



TREBALL DE CAMP SOBRE:

**DESIGUALTS EN L'ACCÉS A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA
SANITARI PÚBLIC PER PART DE COL·LECTIUS SOCIALMENT
DESFAVORITS A BARCELONA-CIUTAT.**

I N F O R M E

Treball realitzat per:

ANDRÉS CERNADAS RAMOS

Profesor del Departamento de Ciencia Política y de la
Administración.

Universidad de Santiago

**PER A LA REALITZACIÓ D'AQUEST TREBALL DE CAMP S'HA
COMPTAT AMB UN AJUT FINANCER DE LA FUNDACIÓ JAUME BOFILL**

AGRAÏMENTS

Volem donar les més sinceres gràcies a totes les persones que han col·laborat en aquest estudi, tant les persones entrevistades com els participants en els grups focals, doncs ells són els veritables autors d'aquest treball de camp en el que nosaltres només hem intentat organitzar, estructurar i donar forma a les seves opinions i idees.

Hem d'agrar a les persones que viuen habitualment al carrer, sense un sostre on aixoplugar-se, que ens hagin explicat les seves vivències i ens hagin ajudat a comprendre una mica més la seva situació, les seves mancances, el seu estat de salut i les seves relacions amb els serveis sanitaris.

També a les persones gran que viuen soles amb unes pensions mínimes i que han trobat un moment per a explicar-nos la seva situació i repassar episodis de la seva vida que no sempre els hi porten bons records.

El mateix hauríem de dir dels immigrants irregulars, que entre les seves preocupacions per a obtenir *papeles*, trobar algun tipus de feina que els permeti viure i fer-ho tot sense fer-se massa visibles per a les autoritats; han trobat un moment per a parlar amb nosaltres i fer-nos partícips de les seves angoixes.

Als diferents professionals i tècnics de l'administració, que dintre de les seves carregades agendes del dia a dia han fet un forat per a mantenir un intercanvi d'impressions amb nosaltres en relació al nostre tema d'interès.

També volem reconèixer la col·laboració de les diferents institucions que ens van facilitar, espais, i altres tipus d'ajudes, com ha estat el cas de la Fundació Prisba, Fundació Arrels, Associació Nou Horitzó, Associació EICA o la Fundació J. Bofill.

I per a acabar, haig d'agrir personalment la inestimable col·laboració en la realització d'aquest estudi d'Adriana Valeiras i Laura Toribio. Han estat dues persones sempre voluntarioses, que han patit pacientment els meus tics i les meves manies, molt professionals, i que van fer contribucions molt positives i valuoses a aquest Informe.

A tots i a totes, moltíssimes gràcies!!

PRESENTACIÓ

Les desigualtats en salut constitueixen un camp d'estudi que, tot i ser relativament nou, ha assolit una important rellevància, de la qual cosa hi són una bona mostra tant les publicacions científiques generades com el nombre de persones que s'hi dediquen així com les diferents perspectives i enfocaments que actualment s'estan duent a terme en els diferents àmbits geogràfics.

Aquest interès recent, ve motivat per els avenços tecnològics que el possibiliten (noves fonts d'informació, dades més fiables, estudis comparatius, etc.) però també perquè, si les desigualtats en general poden ser criticables des de una perspectiva de justícia social, les desigualtats en salut semblen constituir una de les desigualtats més importants i menys justificables ja que per una part la salut és un bé en sí mateixa -i per a una gran majoria de persones el bé més apreciat de tots-, i per altra part, les desavantatges en salut priven a les persones que les pateixen d'un recurs bàsic e imprescindible, como és ara la salut, per a aconseguir altres fines diversos de l'individu.

El treball de camp que ara presentem no pretén ser més que una petita aportació a aquests estudis. És un treball centrat en la ciutat de Barcelona i que tracta d'ampliar el coneixement sobre les dificultats que certs col·lectius poden sofrir per tal accedir a les prestacions del sistema sanitari públic en condicions d'igualtat a la resta de la població.

Els col·lectius objecte d'estudi han estat els immigrants irregulars de parla no hispana d'Àsia i Àfrica, les persones sense sostre i les persones grans que viuen soles i perceben una pensió no contributiva. El treball de camp es bàsicament de caire qualitatiu i es basa en una sèrie d'entrevistes i grups de discussió o debat amb els col·lectius triats com a objecte d'estudi, els professionals sanitaris, els treballadors socials, persones de l'anomenat tercer sector, així com tècnics, polítics, acadèmics i altres informats rellevants.

Mitjantzant aquestes entrevistes obertes i en profunditat o semi-estructurades hem intentat copçar les dificultats d'accés específiques d'aquets col·lectius indistintament de quina sigui la causa que les genera: impediments legals, problemes de mobilitat, formatiu, psicològiques, desarrelament social, etc. o un conjunt de d'aquestes. Les seves opinions han estat contrastades amb l'opinió dels professionals per tal d'aprofundir en el coneixement de la problemàtica tractada i poder suggerir quines són les causes d'aquestes desigualtats i els mecanismes que podrien reduir-les o eliminar-les.

Donat que els objectius són pretensiosos –tenint en compte la dificultat de la problemàtica tractada i la diversitat entre i intra-col·lectius-, no pretenem res més que aportar una mica de coneixement sobre el com i el perquè de les desigualtats, quelcom que vagi una mica més enllà del que ens diuen les estadístiques i els números o, si més no, ens ajudi a interpretar aquests dades quantitatives. Si ho aconseguim pensarem que hem fet un bon ús del temps dedicat a aquest treball.

Hem d'agraciar el recolzament financer e institucional que la **Fundació Jaume Bofill** ens ha facilitat per a la realització d'aquest treball, sense el qual no hagués estat possible o hagués segut molt més difícilós.

Barcelona, 29 de setembre de 2005.

ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ	4
1.1 Delimitació de l'objecte d'estudi	5
2. METODOLOGIA	6
2.1. Les tècniques d'investigació utilitzades	6
2.2: Descripció del treball de camp	8
3. CONTEXTUALITZACIÓ SOCIOLÒGICA DELS COL·LECTIUS	17
3.1. Persones sense sostre	20
3.2. Gent gran que viu sola amb P.N.C.	26
3.3. Immigrants irregulars de parla no hispana d'Àsia i Àfrica	33
4. PRINCIPALS RESULTATS DEL TREBALL DE CAMP	44
4.1. Gent gran que viu sola amb P.N.C.	44
4.3. Immigrants de parla no hispana procedents d'Àfrica i Àsia	59
4.3. Persones sense sostre	84
5. CONCLUSIONS	104
6. BIBLIOGRAFIA	111

1. INTRODUCCIÓ

La realització del present estudi s'emmarca en un dels àmbits de treball definits per la Fundació Jaume Bofill: **la recerca sobre desigualtats socials i el coneixement de les realitats on s'hi manifesten**. Concretament, aquest treball aborda el tema de **desigualtats en salut**, analitzant aquestes desigualtats en termes d'accés al sistema sanitari públic.

La idea de prendre aquest punt de mira prové de dos supòsits inicials inspirats en certs coneixements previs entorn al funcionament del nostre sistema sanitari, per una banda, s'ha treballat sota la idea que malgrat la seva universalitat, els sistemes de la sanitat pública estan dissenyats per atendre a un usuari estàndard, sent difícil l'adaptació a la varietat de perfils (amb més o menys peculiaritats) que, avui dia, componen la nostra societat. Aquestes dificultats per a fer front a la diversitat, no es contemplen tan sols des de la perspectiva dels propis afectats, sinó que les posen de relleu les veus dels professionals de l'àmbit sanitari (que a la fi, són ells qui han de moure els fils per a fer encabir a tothom).

Per una altra banda, i lligat amb l'anterior idea, es parteix d'una perspectiva basada en les capacitats de les persones. En línies generals i a mode molt orientareu, es tracta d'una perspectiva que no es centra únicament en la distribució de renda per explicar les desigualtats, sinó en la carència de capacitats de l'individu i les possibilitats que té de fer ús de certs serveis i d'obtenir un bé o unes condicions de benestar.

Amb aquest punt de partida, es podrien definir molts col·lectius o perfils d'usuaris desfavorits o en situació de desavantatge a l'hora de fer ús de la xarxa pública de serveis sanitaris. Per tal de fer viable la recerca, però, es van escollir tres col·lectius: **els immigrants irregulars de parla no hispana d'Àsia i Àfrica, les persones grans que viuen soles i cobren pensions no contributives (PNC) i les persones sense sostre**. D'aquesta manera s'acotava l'objecte d'estudi i es feia més abordable però a l'hora (en escollir tres grups de característiques molt diferents) es feia possible contemplar un ventall més ample de barreres en l'accés.

1.1. Delimitació de l'objecte d'estudi

L'objectiu central de les següents pàgines, serà, analitzar si els esmentats col·lectius poden accedir i fer un ús del sistema sanitari públic en condicions d'igualtat i equitat, tal com preveu la Llei General de Sanitat i la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. A més, el treball de camp ha pretès en tot moment recollir informació i discursos sobre les situacions i causes que generen aquestes iniquitats.

Es tracta, doncs, d'un treball de caràcter empíric, encara que connectat amb la base teòrica que hi ha darrera. L'anàlisi del què ens diuen els col·lectius i els professionals configura el nucli d'aquest Informe com a resultat d'un treball de camp força llarg i laboriós.

En el Informe, després d'aquesta breu introducció que conformaria l'apartat 1, ens trobarem amb un segon apartat on es presenta una descripció detallada de la metodologia emprada i del procés de recollida d'informació. Després, i ja entrant en matèria, dediquem l'apartat 3 a descriure i contextualitzar sociològicament els col·lectius, sota la perspectiva de l'exclusió i la vulnerabilitat social. Al punt 4 es presenten els principals resultats obtinguts, analitzant per separat els discursos de cadascun dels col·lectius i les problemàtiques que els professionals han posat de relleu. El Informe es tanca amb unes conclusions (apartat 5) que recullen el conjunt de barreres en l'accés a la sanitat pública, tant les barreres de caire més genèric per al conjunt del col·lectius estudiats com aquelles que afecten exclusivament a un dels grups estudiats.

Tot plegat, el present estudi pretén detectar les principals fonts de desigualtats i d'iniquitat i esdevenir una eina per a proposar accions que suprimeixin, o si més no, redueixin, els mecanismes que dificulten un ús universal del sistema sanitari públic per al conjunt de la població.

2. METODOLOGIA

2.1. Les tècniques d'investigació utilitzades

En el present estudi els esforços centrals s'han dedicat a parlar amb els col·lectius objecte d'estudi, així com el conjunt de professionals que els atenen i aborden les seves problemàtiques (tant des dels serveis sanitaris i socials com des del tercer sector). Escoltar les seves percepcions, contemplar els discursos que elaboren), i recollir opinions sobre els obstacles existents, configuren el nucli de la nostra tasca. Es tracta doncs, d'un treball de caràcter eminentment qualitatiu.

Relacionats amb la temàtica aquí abordada, s'han realitzat recentment (i els tenim presents) diferents estudis de caràcter quantitatiu a nivell de Barcelona, Catalunya o Espanya, que ofereixen dades estadístiques de gran utilitat a l'hora de comptabilitzar usos, freqüències, perfils d'usuaris...; i que ens permeten esbrinar on es troben els problemes i quan una pràctica inadequada es pot considerar que constitueix un problema que mereixi ser estudiat. Les limitacions que plantegen aquest tipus d'estudis, fets molts cops des de els mateixos serveis sanitaris, són, precisament que es centren exclusivament en indicadors estadístics molt útils a l'hora de fer comparacions entre països i avaluar polítiques sanitàries però que no ens proporcionen gaire informació sobre les causes i les conseqüències de les diferències trobades. Pocs cops, entren en les problemàtiques manifestades pels propis usuaris o professionals: no es plantegen com a pregunta què succeeix a la pràctica, quins són els usos quotidians i les seves conseqüències. La nostra aportació pretén ser un apropament complementari i diferent alhora al aportat per les dades quantitatives.

A banda de cercar certa complementarietat amb estudis de caràcter quantitatiu ja realitzats, la elecció de la metodologia ha vingut determinada, com és bastant habitual a molts altres estudis, per la naturalesa de l'objecte d'estudi (l'interrogant central de la investigació) i els objectius plantejats. Així, cal tenir en compte:

- i) Els punts de partida exposats a la introducció: la inadaptació del sistema a usuaris que se surten del perfil estàndard i una perspectiva de les capacitats.
- ii) Per una altra, l'estudi té com a punt de mira identificar quins són els factors que produeixen dificultats en l'accés al sistema sanitari i quins són els mecanismes/procediments que n'obstaculitzen l'ús en condicions d'igualtat. En segon terme, es pretén fer una sèrie de propostes per millorar l'accés d'aquells persones que es veuen afectades per la suposada iniquitat en el sistema.

Per donar resposta a la nostra hipòtesi central i als objectius cal, en primer lloc, conèixer les percepcions dels membres dels col·lectius en la seva condició d'usuaris de la sanitat, i en segon lloc, contemplar les seves dificultats des de la perspectiva dels professionals com a facilitadors i/o obstaculitzadors en l'accés i coneixedors dels recursos i com a agents que els canalitzen. Les tècniques que s'ha considerat idònies per a la recollida d'aquesta informació han estat dos: **l'entrevista** (tant les entrevistes en profunditat com les semi-estructurades) i **el grup focal de discussió**.

Ambdues pràctiques de recerca, permeten accedir a l'univers de significacions dels individus, fent referència a la pròpia experiència, a accions passades i presents, i generant una relació social entre dos o més actors amb espais cognitius i simbòlics diferents. De les converses a dos (entrevistador/entrevistat) o en grup, es poden extreure opinions, sensacions, percepcions, actituds i conductes dels propis participants i de la seva interrelació amb els professionals i també amb terceres persones que hi puguin participar en els processos assistencials.

Entrevistes

Les **entrevistes més obertes i en profunditat** s'han realitzat a les persones triades dins dels tres col·lectius objecte d'estudi, perquè enteníem que les característiques dels col·lectius no sempre ens permetrien ajustar-nos a una estructura d'entrevista predefinida; mentre que les **entrevistes semi-estructurades** s'han realitzat als diferents col·lectius de professionals seguint un guió preestablert de preguntes (diferent per cadascun dels col·lectius professionals) entorn a l'accés al sistema i amb un cert ordre però alterable en funció de les respostes donades per l'entrevistat / da o les seves tasques com a professional en relació a aquest col·lectiu.

Els grups focals

Els grups focals de discussió, es centren el en tema d'interès específic d'aquest treball, i enriqueix la informació obtinguda a través de les entrevistes, en el sentit que són els mateixos participants els que contrasten percepcions en interaccionar en un mateix espai. Tot, seguit es descriu amb detall el disseny del treball de camp utilitzat per a l'obtenció de la informació.

2.2. Descripció del treball de camp

Com ja s'ha dit més amunt, les tècniques utilitzades en el nostre treball de camp han estat bàsicament dos (entrevistes i grups de discussió), però aplicant-se diferencialment als diferents grups d'actors amb els que s'ha treballat: els col·lectius objecte d'estudi, els professionals de l'àmbit sociosanitari, persones del anomenat tercer sector i els informants clau.

El contacte amb els col·lectius objecte d'estudi

La selecció de persones entrevistades ha atès als perfils elaborats en la definició dels col·lectius. Territorialment, els casos s'han anat a buscar a aquells districtes o barris, on existeix una major concentració de persones amb els requisits cercats, donat que es pretenia treballar amb mostres estadísticament representatives sinó amb unes mostres significatives dins de cada col·lectiu, s'ha anat a cercar territorialment aquelles, zones, districtes o barris amb una major densitat, on els col·lectius estudiats presenten una concentració més elevada.

Remuneració

Tots els participants en els grups de discussió van rebre una remuneració per la seva participació en el grup i la seva col·laboració en l'estudi.

Als entrevistats que formaven part dels col·lectius objecte d'estudi també se'ls hi va remunerar per la seva participació —donada l'habitual situació de necessitat econòmica dels col·lectius—, mentre que la resta d'entrevistes realitzades a persones del tercer sector, professionals sanitaris, informants clau,...; no han estat remunerades.

Confidencialitat

A tots els participants se'ls hi va garantir la confidencialitat de la seva identitat, i això fa que les entrevistes amb els col·lectius objecte d'estudi tinguin sempre noms ficticis (es va triar l'opció d'utilitzar un nom fictici en lloc d'un codi, perquè creiem que això ens permet fer un major èmfasi a l'hora de fer cites textuais de les entrevistes). Mentre que per a les persones participants en els grups focals així com els professionals entrevistats sí que s'ha decidit assignar-los codis o noms ficticis.

Aspectes mostrals

Hem pretès que les persones entrevistades només estiguessin incloses dins d'un dels col·lectius triats, deixant fora aquelles persones en les concorria més d'una de les característiques que havien utilitzat per a definir els col·lectius objecte d'estudi. D'aquesta manera intentàvem que no es solapessin les característiques de cada col·lectiu que eren bàsiques per al nostre estudi per a poder analitzar més detalladament els aspectes diferencials de cada col·lectiu en relació amb el nostre objecte d'estudi.

Tanmateix, i prèviament al inici de les entrevistes, hem elaborat –en base a la literatura existent sobre el tema- uns determinats perfils dins de cada col·lectiu per tal de fer les entrevistes a les persones més indicades, no repetir perfils que ens donessin informació ja coneguda i poder entrevistar sempre a persones que ens poguessin facilitar informació variada i enriquidora i a l'hora recollir les diferents especificitats i la variabilitat intra-col·lectiu.

a) Gent sense sostre

Del col·lectiu **gent sense sostre**, ens interessava parlar amb persones que en el moment de la entrevista visquessin al carrer, de nacionalitat espanyola i d'una edat que no superés els 65 anys (per tal de no solapar amb els altres perfils estudiats). Tot i que numèricament hi ha més homes que no pas dones en aquesta situació, sí volíem contemplar la cara femenina d'aquest tipus més extrem d'exclusió i incloure-la en la nostra mostra. Tal i com s'havia previst en el nostre disseny previ del treball de camp, es van realitzar un total de sis entrevistes a persones amb aquest perfil (5 homes i una dona). Val a dir, que han estat les entrevistes més difícils de realitzar donat que –en la seva majoria- es van fer a peu de carrer, tot apropant-nos a persones que responien a les característiques dels sense sostre (aspecte descuidat, envoltats de pertinences, bosses i cartrons, freqüentant sempre els mateixos espais públics...).

La rebuda al investigador no sempre ha estat amistosa, en ocasions va ser totalment hostil, sense donar possibilitat de cap tipus d'apropament no violent. Cal recordar que en molts casos ens troben amb persones totalment desinstitucionalitzades i que tenen uns cercles de relació molt tancats o quasi nuls i generalment amb gent que es troba en la seva mateixa condició. A això cal afegir, els problemes de salut mental associats a determinats perfils dins d'aquest col·lectiu.

Tot i així, les persones entrevistades es van mostrar cordials, amb un nivell de llenguatge i expressió més que acceptable i amb un bon grau de receptivitat que va fer possible l'entrevista i un intercanvi d'impressions que ens va permetre captar aquells aspectes bàsics per al nostre estudi.

b) Gent gran

La **gent gran entrevistada**, en canvi, va ser seleccionada amb ajut dels professionals de diferents entitats o institucions que tenen contacte amb aquest sector de la població (casals, centres de dia, associacions...), per la dificultat d'accedir a dades que ens permetessin identificar aquests domicilis/persones donada la confidencialitat d'aquest tipus d'informació. Cercàvem persones que superessin la barrera legal dels 65 anys, que visquessin soles i no institucionalitzades i que tinguessin un nivell d'ingressos baixos, concretament que fos perceptor d'una pensió no contributiva (PNC). Amb aquestes característiques s'han entrevistat 9 persones (5 homes i 4 dones) dels barris de Ciutat Vella (Raval, Gòtic i Casc Antic), Gràcia i Horta-Guinardó.

Va ser costos trobar a aquestes persones, perquè no sempre estaven disposades a col·laborar (elles o els responsables dels centres que ens feien d'intermediaris), o perquè es trobaven amb un estat de salut que no aconsellava fer aquest tipus d'entrevista.

Les persones finalment entrevistades es van mostrar afables i col·laboradores en general i el volum d'informació obtinguda es considera altament satisfactori.

c) Immigrants

La **mostra d'immigrants** de parla no hispana d'Àfrica i Àsia també ha estat trobada amb la col·laboració de professionals que els presten atenció en alguns casos, i en d'altres no ha seguit necessari recórrer a aquestes tècniques i s'ha fet un apropament directe a la persona objecte de l'entrevista. S'ha intentat recollir la veu de persones de diferent nacionalitat per tal de recollir la diversitat del que sovint englobem dins del mateix col·lectiu o categoria. La barrera idiomàtica en alguns casos ha hagut de ser superada amb la presència d'un mediador que realitza la traducció en el moment de l'entrevista. D'aquesta manera, s'ha contactat amb 8 persones de diferents països del continent africà, mentre que la part asiàtica (Filipines, Índia, Pakistan, Nepal, ...) s'ha cobert a l'hora de fer el grup de discussió. Cal assenyalar que l'apropament als

immigrants procedents de certs països pot ser realment difícil –com podria ser el cas del col·lectiu de xinesos- i ens aquest casos hem cercat la informació que buscàvem mitjançant l'entrevistes a informadors clau com poden ser els intermediadors culturals.

Estructura de les entrevistes

A continuació es detalla el guió d'entrevista seguit per cadascun dels col·lectius. Les entrevistes, com ja s'ha dit han estat tant entrevistes obertes com semi-estructurades, alterant-se l'ordre i les preguntes en funció de la marxa de la conversa. Tot i això, en el quadre següent apareixen els ítems bàsics a abordar.

Qüestions genèriques (per a tots tres col·lectius)

- * Característiques socio-demogràfiques: edat, lloc de naixement, lloc de residència, professió.
- * Qüestions sobre la trajectòria vital i les condicions de vida actuals (es fan sortir al llarg de l'entrevista)
- * Relacionades amb salut:
 - Patologies actuals
 - Tractaments mèdics seguits
 - Darrer cop que es va anar al metge

Immigrants en situació irregular de parla no hispana d'Àfrica i Àsia

- * Possessió de targeta sanitària?
- * Provisional o definitiva?
- * Tràmits burocràtics i temps d'espera...
- * Assignació de metge de família o ús d'urgències
- * Tracte rebut als centres per part de treballadors i professionals
- * Comprensió d'explicacions i informació: barrera idiomàtica. Mecanismes per entendre i fer-se entendre.
- * Finançament de medicació
- * Possibles barreres culturals:
 - Gènere
 - Concepció del dolor
 - Funcionament del sistema sanitari al país d'origen

Gent gran que viu sola amb PNC

- * Com es demana visita (telèfon o presencialment, ...)
- * Distància casa-CAP (mobilitat)
- * Va al metge sol o acompanyat?
- * Tracte rebut als centres per part de treballadors i professionals
- * Comprensió de la informació generada pel sistema sanitari (explicacions metges, prospectes...).
- * Medicació: dosificació i cura en la pressa. Receptes de genèrics (adaptació?)
- * Llistes d'espera
- * Ingressos hospitalaris
- * Finançament d'ulleres, pròtesis dentals...
- * Propostes de millora de l'atenció sanitària al col·lectiu al que pertany

Persones sense sostre

- * Relació amb alguna institució?
- * Que fa quan es troba malament?
- * Té targeta sanitària (o la conserva)?
- * Acut a algun centre? A quin? Sol o acompanyat?
- * Tracte rebut als centres per part de treballadors i professionals
- * Experiència amb ambulàncies i altres sistemes de trasllat als centres d'atenció sanitària
- * Ingressos hospitalaris?
- * Segueix tractament? Com paga i pren la medicació?
- * Propostes de millora de l'atenció sanitària al col·lectiu al que pertany

En general, la informació rellevant per a nosaltres, tenint en compte que ens centrem principalment en l'accés i ús del sistema sanitari públic per part dels col·lectius objecte d'estudi, la podríem agrupar en sis grans blocs:

- **Coneixement** del nostre sistema sanitari, i dels drets i deures de l'usuari.
- **Accés**, tant pel que fa a les barreres físiques (distància bàsicament) com les barreres legals i socials.
- **Tracte** proporcionat (i tracte percebut) pels professionals sanitaris.

- **Informació**, comprensió de la informació que genera el propi sistema: explicacions dels professionals, campanyes, follets, documents legals, etc.
- **Medicaments**, control, dosificació, financiació,...
- **Propostes de millora**

Després, dins de cada bloc ens podem centrar més en un o altre aspecte segons de quin col·lectiu es tracti.

Els grups de discussió

Els *grups de discussió* han seguit una estructura molt similar a la descrita a les entrevistes en quant a contingut, amb la diferència que es tractava de posar en comú percepcions i intercanviar experiències.

Com estava previst es va realitzar una sessió específica per cadascun dels col·lectius. En la realització de tots tres grups, hi van col·laborar diferents entitats que ens van facilitar els locals i el contacte per a seleccionar els participants.

En el cas de les persones sense sostre, donada la dificultat de reunir en un mateix espai a gent que fa vida al carrer, es va veure la necessitat de recórrer a una entitat especialitzada en l'atenció a aquestes persones com és la *Fundació Arrels*, que ens va facilitar tota la seva col·laboració per a reunir als integrants i facilitar un espai on reunir al grup. Es va reunir un grup de 7 persones durant 2'30h, 6 homes i una dona

Pel que fa al grup de discussió de gent gran, ha estat l'associació *Nou Horitzó*, del Guinardó a la que hem recorregut i que s'han mostrat disposats a facilitar tota la col·laboració necessària per a formar i desenvolupar el grup focal. D'aquesta manera, es va fer una sessió de 2'30h amb la presència de 6 dones.

Mentre que la sessió amb el col·lectiu d'immigrants va ser organitzada amb el suport de l'associació *Papers per tothom*, i es va comptar amb la presència de 8 persones de diferents països d'Àsia, complementant la visió donada pels entrevistats, majoritàriament del continent africà. Al igual, que amb els altres dos col·lectius es va realitzar a un espai amb el qual els participants estiguessin familiaritzats per tal que es trobessin còmodes i distesos.

Tant, els grups de discussió com les entrevistes en profunditat han estat gravades i transcrites per tal de facilitar l'anàlisi de casos¹. Tant a les entrevistes com en els grups de discussió hi van estar presents dues persones (un investigador i una investigadora) per tal de facilitar la interacció amb membres de diferents sexes i sensibilitats². Amb tot aquest material s'ha fet el tractament oportú dels discursos (amb recolzament informàtic del programari Atlas.ti, 3.1) per tal d'extreure conclusions entorn a la nostra hipòtesi de treball.

Els professionals com a font d'informació

Al llarg dels mesos de treball de camp s'ha establert contacte amb gairebé mig centenar de professionals de l'àmbit sanitari, de l'administració o del tercer sector. Amb alguns d'ells s'han mantingut llargues converses entorn a la temàtica tractada mentre d'altres ens han facilitat informació concreta entorn a interrogants que ens anàvem plantejant a mesura que avançava el contacte amb la realitat.

Aquesta part del treball de camp ens ha permès anant descobrint el complicat entramat del sistema sanitari, les seves virtuts i deficiències. Les entrevistes amb professionals en cap cas han estat enregistrades, donat que més que el seu discurs ens interessava el seu coneixement sobre la realitat adquirit amb l'experiència del dia a dia. Es per això, que la informació recollida s'ha presentat de forma sistemàtica com a anotacions³ dels investigadors. Ens ha estat possible, a més, elaborar una base de dades de contactes de cara a futurs treballs que pot resultar molt útil.

Dins d'aquesta part de treball amb, el que genèricament hem anomenat, professionals, distingim diferents subgrups, per àmbits i per funcions exercides (entenent que les perspectives varien). Al quadre que apareix a continuació es presenta la classificació seguida en fer l'anàlisi, juntament amb els codis assignats a cada categoria (que s'han fet servir per obviar noms i càrrecs concrets).

¹ Val a dir que dues entrevistes no van poder ser enregistrades per realitzar-se en un lloc públic amb soroll i en el seu defecte s'han incorporat les anotacions agafades per els entrevistadors.

² Veure annex amb transcripcions de col·lectius

³ Veure annex amb anotacions recollides al llarg de les entrevistes amb els professionals.

		CODI
1. Professionals de l'àmbit sanitari	1.1. Metges de família	MF
	1.2. Treballadors socials de CAP-Hospital	TSCAP
	1.3. Treballadors socials d'Hospital	TSH
	1.4. Infermeria CAP	InfCAP
	1.5. Infermeria Hospital	InfH
2. Tercer sector	2.1. Informants de sense sostre	TSSS
	2.2. Informants gent gran	TSGG
	2.3. Informants d'immigrants	TSIM
	2.4. Informants genèrics (tots tres col·lectius)	TSG
3. Administració sanitària, responsables polítics sanitaris, altres tècnics.	3.1. Responsables sanitaris	AS
	3.2. Càrrecs polítics	CP
	3.3. Altres tècnics	AT

Complementant les entrevistes, s'han realitzat dos grups de discussió amb professionals: el primer en començar el treball de camp per tal que ens facilités una panoràmica general de les problemàtiques que podríem trobar i amb l'objectiu que la informació obtinguda ens pogués ser útil a l'hora d'estructurar les entrevistes, triar a les persones adequades i abordar la problemàtica objecte d'estudi amb més garanties i amb un nivell de coneixement més ampli; i el segon grup es va realitzar a les acaballes de la recerca, i es pretenia discutir, matisar, complementar i afinar la informació obtinguda durant tot el treball de camp previ.

La composició d'ambdós grups -que va ser la mateixa-, era la següent:

2 Metges/metgesses de família

1 Professional d'infermeria

1 Treballador/a Social d'un CAP

1 Treballador/a Social de Districte

1 Persona coneixedora de la problemàtica de la gent gran

1 Persona coneixedora de la problemàtica dels sense sostre

1 Persona coneixedora de la problemàtica dels immigrants irregulars

Els grups de discussió dels professionals, a diferència de les entrevistes, van ser enregistrats i transcrits⁴, es van celebrar a l'Aula Provença de la pròpia Fundació J. Bofill, i es va obtenir un material de primera mà representatiu de les percepcions entre les persones que treballen i atenen als tres col·lectius objecte d'estudi.

⁴ Veure annex

3. CONTEXTUALITZACIÓ SOCIOLÒGICA DELS COL·LECTIUS

En contextualitzar sociològicament els col·lectius que són objecte d'estudi, cal parlar, inevitablement, d'exclusió social i nova pobresa a les anomenades *societats avançades*. Aquests conceptes permeten començar exposant condicions, o si més no algunes qüestions estructurals comuns, a les que cal enquadrar els tres grups triats (i sobre els que s'ha indagat exclusivament en termes d'accessibilitat al sistema sanitari).

La crisi econòmica que s'inicià a mitjans dels anys 70 i les reestructuracions que es van desencadenar han tingut efectes considerables sobre la estructura social als països de la OCDE. Amb l'era de la flexibilitat, emergeixen microtipologies de treballadors que ja no comparteixen unes mateixes condicions laborals. En aquest context, les variables gènere, edat i lloc de procedència són determinants per l'encasellament dels individus en l'estratificació social. Cal afegir que, sovint, les xarxes familiars constitueixen un coixí que proporciona benestar, fet que no ens permet parlar exclusivament d'estructura ocupacional en analitzar les desigualtats a les nostres ciutats.

El distanciament incremental que separa a sectors de la població, especialment en el context urbà, es pot entendre com a resultat d'un doble fenomen: els sistemes d'estratificació social son cada cop més diversificats de manera que un gran nombre de categories (fragmentació) semblen concentrar-se entorn a dos pols (allunyats en termes de condicions de vida i d'accés a recursos). Aquesta imatge de la ciutat dual --o del que també s'ha anomenat societat dels dos terços⁵-- ens dibuixa una lògica de fora-dins que en el que existeixen sectors inclosos i exclosos socialment.

Exclusió social i nova pobresa

El terme exclusió social⁶ es fa servir per referir-se a totes aquelles persones que es troben fora de les oportunitats vitals que defineixen una ciutadania plena en les anomenades *societats avançades*. Per tant, es tracta d'un concepte que es defineix en sentit negatiu: en base a allò que no es té o que representa una carència (drets polítics,

⁵ Aquesta terminologia, que es comença a utilitzar els anys 80, es qüestiona en constatar-se que el terç que es troba fora va en augment, deixant de ser 2/3 els "estables".

⁶ TEZANOS, J.F. (1999: pp 11-55)

laborals, econòmics i/o socials). En general es defineixen els grups exclosos considerant diferents variables per separat o en combinació: econòmiques, laborals, culturals, personals, socials etc. Malgrat això, la exclusió social no pot ser definida tan sols en termes de estar o no estar, sinó que cal atendre el context, els processos i als itineraris personals que poden conduir a sectors de la població cap als límits on es dilueixen els drets de ciutadania.

El nostre model d'integració social, en definitiva, exclou a tots aquelles a qui els falla o els funciona parcialment un o més dels eixos "proporcionadors" de benestar: el treball assalariat, el sistema de protecció social i les xarxes familiars - relacionals. A aquests tres, caldria afegir el sistema jurídic-legal que constitueix una barrera per tenir accés almenys als dos primers pilars esmentats.

A partir de la definició d'exclusió com a pol oposat a la inclusió o integració social, **la vulnerabilitat social** representa una condició intermitja. Es podria descriure com aquella situació de risc que fa de franja fronterera. D'aquesta manera, integració, vulnerabilitat i exclusió social constituïrien en aquest ordre una mena de gradació, les categories de les quals presenten diferents intensitats. Ser vulnerable implica major possibilitats de quedar fora de l'accés a tots aquells drets que s'inclouen dins del concepte de ciutadania. Dins de l'esquema representa una zona inestable que pot apropar-se cap a la integració o a l'exclusió.

Així, el que avui dia s'ha etiquetat com a **nova pobresa** s'ha d'entendre com una forma d'exclusió que engloba tant els perfils que "queden fora" com els que es troben a la franja de vulnerabilitat. Estadísticament la pobresa queda fixada pel llindar del 50%: pobres són les persones que obtenen la meitat dels ingressos mitjos de la població.⁷ Aquest indicador però, no contempla el dinamisme, la multiplicitat de factors i sectors del fenomen de la exclusió. Front la tradicional concepció de pobresa que tenia associada un estereotip de família o individu, se'ns presenta un conjunt de variables, que per si soles o en combinació dibuixen, una gamma considerable de perfils de pobresa i marginalitat.

Caldrà veure per cadascun dels col·lectius quines són les variables que els defineixen com a exclosos o vulnerables socialment, i quins dels eixos "proporcionadors" de benestar són els que fallen. Abans, però, cal posar de relleu la dimensió espacial

⁷ La pobresa es sol fixar estadísticament en el llindar del 50%. Aquest indicador fa disposar d'unes xifres de "pobres" que queden per sota de la realitat en deixar *fora nous tipus de pobres*. Jesús M. de Miguel, 1998, p. 296.

d'aquesta pobresa a l'escenari urbà i les conseqüències que se'n deriven per als col·lectius aquí estudiats.

La concentració espacial dels col·lectius

Una de les característiques de la exclusió es la seva dimensió geogràfica - espacial: l'hàbitat urbanístic en el que es manifesta. La geografia de la pobresa, fruit en gran mesura de la ciutat dual, es concentra bàsicament en dos situacions característiques de l'industrialisme:

- (a) El barris més envellits i degradats que responen a un urbanisme del passat i que estan situats al epicentre de la ciutat. Els habitatges poden tenir més de cent i dos-cents anys d'antiguitat, presenten una mancança d'instal·lacions, els carrers son estrets i tortuosos, i la densitat de població és més alta que altres parts de la ciutat.
- (b) Els barris perifèrics desfavorits, construïts amb certa rapidesa per acollir fluxos d'immigració nacional (de la dècades centrals del segle XX) provinent del camp. En el seu origen eren assentaments de barraques, més tard habitatges d'autoconstrucció, de manera que la edificació no atén a un ordre urbanístic. En altres casos, l'aixecament d'un barri responia a l'especulació urbanística sense regulació de l'administració, esdevenint barris d'alts edificis de poca qualitat i d'habitatges de dimensions molt reduïdes.

En el cas de Barcelona, la major concentració dels col·lectius que són objecte d'estudi la trobem al districte de Ciutat Vella i zones properes. També, els percentatges, de gent gran i població immigrada destaquen a barris perifèrics (com Trinitat Vella, Ciutat Meridiana...) Cal posar de rellevància dos dimensions d'aquests contextos espacials que afecten directament a les condicions de vida:

- Com a entorn físic: presenta trets que es poden considerar com condicionants per el benestar dels habitants. Ens estem referint a la degradació dels habitatges, a la manca d'instal·lacions en aquests que faciliten rutines, i a la mancança d'esponjament en determinades zones.
- Com a context social: per una banda, la concentració de pobresa i determinats col·lectius de població fa que les xarxes de solidaritat (entre veïns, compatriotes...) funcionin sovint per cobrir necessitats entre aquells que habiten al barri des de temps enrere. D'aquí no s'ha de derivar, però, una

lectura idil·lica de convivència. En segon lloc, a alguns barris on la gran concentració d'aquests sectors de població pren forma de problemàtica, s'han intensificat els serveis d'atenció i el grau de sensibilització es major. Això fa, que l'accés sigui més senzill, esdevenint un efecte crida per població de determinats perfils que habiten a altres lloc de la ciutat.

3.1. PERSONES SENSE SOSTRE

Origen del terme

No disposar d'habitatge estable i adequat, "estar al carrer", s'ha associat històricament a la forma de pobresa més extrema. La imatge de rodamón com a home de mitjana - avançada edat, rodejat de bosses, cartrons, i pertinences... ha constituït al llarg dels segles tot un imaginari entorn a la concepció d'exclusió social. És cap a mitjans del segle passat quan es comença a forjar la noció de sense sostre tal i com l'entenem avui dia, tenint com a precursors el conjunt d'estudis nord-americans de l'Escola de Xicago. De fet, la terminologia emprada es una traducció gairebé literal del terme anglès *homeless*. Tot i això, el perfil sociològic atribuït al vocable *homeless* en les darreres dècades ha anat canviant, tot donant resposta a noves realitats estructurals i a les consideracions fetes de la mà dels moviments de defensa d'aquest col·lectiu.

Definició

No hi ha una definició única del que és una *persona sense sostre*. Com succeeix amb molts vocables referents a col·lectius, entre les versions més restringides i les més ampliades trobem un ventall força ample de definicions. Les definicions més restrictives engloben a aquells individus que es troben literalment sense espai propi per allotjar-se i al que accedir de forma permanent: persones que resideixen temporalment a albergs, centres o directament al carrer. En canvi les definicions més amples inclouen també a totes aquelles persones que es troben en condicions dolentes d'allotjament (habitacions de pensions, rellogats...)⁸. Per referir-se aquest subgrup, però, ja s'ha començat a parlar dels *sense llar*, evitant així que la expressió sense sostre esdevingui

⁸ CABRERA, P.J (1998: p.126)

un cul de sac on ficar a tots els individus que no tinguin ben coberta la necessitat d'habitatge. En el present treball el col·lectiu sense sostre l'hem delimitat en base a una definició restringida per evitar malentesos⁹ i una heterogeneïtat massa ample.

Així, el grup objecte d'estudi queda delimitat per una privació central: l'habitatge. Precisament, aquest fet, els defineix com a un grup visiblement exclòs, a diferència d'altres formes de pobresa existents en el context urbà. Atenent a una definició més elaborada de la versió restringida, es considera el sense sostre com un individu¹⁰:

- Mancat d' una residència nocturna, fixa, regular o adequada
- Resident nocturn d'un centre supervisat públic o privat que té com a finalitat atendre a aquest col·lectiu
- Resident en una institució que aixopluga temporalment a individus
- Que ocupa un espai públic o privat no dissenyat per a l'allotjament regular nocturn de persones.

En aquesta definició no s'introdueix el factor temps. Malgrat això, en no especificar altres trets característics ens permet delimitar un col·lectiu anant més enllà de patologies i històries de vida individuals tot distingint d'altres tipus de situacions de pobresa. Atorga una centralitat clara a la carència d'habitatge a l'hora de considerar qui entra dins el col·lectiu i quin no.

Perfils post-industrials

Els sense sostre al llarg del anys 80 i 90 comencen a prendre rostres molt diversos en comparació amb el que havia estat aquest tipus de pobresa en dècades anteriors. Els efectes de la crisi dels anys 70 es desencadenen en forma de reestructuració de l'esfera productiva i es veu emergir una nova pobresa fruit, en gran part, de la reconversió industrial.

En front de l'estereotip dominant home adult i solitari, trobem nous pobres sense sostre, entre els que augmenta el numero dones, els joves i inclús els menors. A això, cal afegir l'arribada continua de gent immigrada, fent créixer el nombre de persones que es troben sense habitatge. Per una altra banda, es mantenen subgrups presents tradicionalment. Els malalts mentals configuren un d'ells, i la seva presència augmenta

⁹ Cal tenir en compte que del col·lectiu de gent gran, hi ha individus que es troben en una situació molt frontera amb els sense sostre: es poden definir sense llar, però passar a ser sense sostre pot dependre d'un canvi de situació, com perdre l'habitatge que tenen rellogat.

¹⁰ Stuart. B. Mc. Kinney Act (1987) document citat a BAQUER MOLAS, B. (1999: p.385)

també com a efecte no desitjat del tancament d'institucions que els albergaven. Juntament amb aquests, es continuen trobant els alcohòlics als que s'hi sumen persones amb addicció a altres drogues. La problemàtica dels sense sostre, des de aquesta perspectiva es presenta com a multicausal i ens dibuixa cada com a més grups de persones vulnerables que res tenen a veure amb l'estereotip construït socialment del rodamón i transeünt.

Les causes

Un dels principals interrogants plantejats sociològicament és perquè i com s'arriba a aquesta situació de viure al carrer. En aquest sentit, de la prevalència de la personalitat i les condicions individuals que es plantejaren en dècades passades s'ha passat al reconeixement d'una multicausalitat. Els factors que expliquen la presència de gent pobre al carrer es poden agrupar en tres grans grups:

- a) Condicions i itineraris vitals personals: Característiques, experiències i conductes individuals.
- b) Factors socials o relacionals: Desaparició de xarxes socials i deslligament de les institucions.
- c) Context socioeconòmic: Mercat de treball, salaris, preu de l'habitatge...

Tipologies

Les tipologies de persones sense sostre que sovint fan les entitats que les atenen, es deriven en gran mesura de les causes o fenòmens que els porten a aquesta situació d'exclusió social. D'aquí se'n deriva que la intervenció ha de ser totalment individualitzada. En aquest sentit, s'insisteix en la multicausalitat i en el desencadenament d'un elevat nombre d'esdeveniments més o menys dramàtics per a la vida de la persona. Així, per exemple, en un document publicat per la Fundació Arrels s'afirma:

De fet, si mirem les interioritats del funcionament social ens adonem que la major part de les vegades, les persones excloses han arribat a aquesta situació abocats per les circumstàncies que els ha "tocat" viure, per una tràgica "loteria". Preguntem-nos: Qui ha pogut triar viure en una família on les relacions humanes han estat constructives o destructives? Ha tingut les mateixes oportunitats de formació cultural el fill d'un metge que el fill d'un treballador en situació d'atur? He pogut escollir un pare que no fos alcohòlic o drogodependent o una mare prostituta, o m'ha vingut imposat?¹¹

¹¹ Balot, J (2000)

A nivell teòric i fruit d'estudis empírics, la distància que els separa de la inclusió social es pren com a eix per distingir perfils de sense sostre. Aquestes tipologies s'estableixen a partir de la consideració de dimensions com:

** El tamany de la xarxa social que en la seva situació els dona suport.*

** La competència psicològica*

** El temps com a sense sostre.*

En base, a aquestes dimensions, es distingeixen tres grans grups: els resistents (subgrup que es resisteix a entrar en el cercle de desarrelament total, però d'alt risc); els oscil·lants (entren i surten de la condició de sense sostre en funció de les circumstàncies); els acomodats (són crònics i tenen la seva pròpia xarxa en un món paral·lel que els hi dona suport).

Els sense sostre en xifres

Segurament un pregunta prèvia al perquè es viu al carrer i qui hi viu, és quanta gent sobreviu a la ciutat sense un habitatge. La quantificació és difícil: per una banda degut a la variació del nombre en funció de la definició del col·lectiu que es prengui; per un altre el propi fet de viure al carrer o de trobar-se semi o totalment desinstitucionalitzat.

El primer obstacle, queda relativament superat en prendre com a punt de partida una definició restrictiva com la que s'ha donat més a dalt: es tracta d'una vulnerabilitat visible (es troben al carrer). No entra totes aquelles famílies o persones que viuen al voltant o per sota de llindar de pobresa però que més bé o malament tenen un lloc relativament fix on dormir.

Tot i tenir delimitat el col·lectiu, el recompte no és tasca fàcil. Caldrien estudis a nivell de ciutat que estimessin el nombre de gent que dorm a carrers, places, parcs... així com l'obtenció d'una mostra significativa que recollís si més no les característiques socio-demogràfiques.

Les úniques dades que ofereix el Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona referides al col·lectiu són les que es poden extreure des usuaris de l'atenció social primària i de la xarxa de centres d'estada limitada (***veure taula A1, p.10***). Cal, però, fer una lectura d'aquestes dades amb molta cautela, donats el alt grau de desarrelament institucional d'alguns dels subgrups del col·lectiu. Més que el nombre d'usuaris sense sostre (que pot resultar una xifra molt allunyada de la realitat) destaca

l'evolució de la xifra d'usuaris en el període comprés entre 1999 i 2003. En quatre anys, el nombre d'usuaris de l'atenció social primària etiquetats com a sense sostres es triplica i més. La tendència és similars pels menjadors socials i altres centres de prestació (en aquest cas l'augment d'usuaris va lligat també a un increment del nombre de places).

En contrast, el nombre d'usuaris dels centres d'estada limitada disminueix (*veure taula A2, p.11*), però la permanència per usuari son més llargues. Per coherència amb la taula anterior, aquesta evolució semblaria respondre més a 'un canvi en els criteris d'acolliment de la xarxa dels centres que no pas una real disminució de la gent que recórrer a aquests centres (més nits per usuari). Als centres d'estada i serveis de l'ajuntament, cal sumar-hi la disgregació d'usuaris atesos o vinculats a organitzacions sense ànim de lucre.

En conclusió, les xifres resulten molt dispars en funció de l'organisme que s'utilitzi com a font. Referències trobades a premsa amb motiu de la presentació de Pla Municipal per a la Inclusió Social es parla de que al llarg de l'any 2003 els serveis socials van atendre al voltant de 3400¹² persones sense sostre. D'altres fonts ens han facilitat xifres que oscil·len entre les 400 i les 900 persones vivint al carrer. No se'ns aclareix però, els criteris i la definició emprada pel recompte.

¹² <http://hemeroteca.diaridebarcelona.com/DdB-041021/afons00.htm>

A. Dades complementàries: persones sense sostre

Taula A1.- Evolució en l'atenció social a persones sense sostre

Atenció social primària. 1999-2003					
SERVEIS	1999	2000	2001	2002	2003
Atenció social a persones sense sostre (SIS) (1)					
Usuaris atesos	990	2.143	2.545	2.613	3.477
Unitats d'atenció	6.909	10.666	16.798	16.224	22.612
Menjadors socials					
Punts de prestació	2	3	3	3	3
Places	425	525	550	609	702
Usuaris atesos	3.237	7.286	8.888	11.075	12.845 (3)
Àpats servits	145.094	173.471	192.930	215.138	246.179
Centre de dia Meridiana					
Places	50	50	50	50	50
Usuaris acollits	247	246	476	669	673 (3)
Àpats servits	7.397	7.361	8.898	9.355	9.500
Dutxes i rober					
Serveis	8.078	10.724	11.710	11.744	12.407
Acolliment persones sense sostre (2)					
Places	208	231	188	214	242
Persones acollides	1.629	1.647	1.113	1.077	1.340 (3)
Estades	74.061	83.401	67.426	75.292	83.390 (3)
Acolliment hivernal persones sense sostre					
Persones acollides	866	1.391	547	516	566
Estades	4.744	7.237	4.248	5.291	9.830
(1) SIS: Serveis d'inserció social.					
(2) Correspon als punts de prestació Can Planas, Alberg de Sant Joan de Déu, Ntra. Sra. de Montserrat, Hotels i Pensions i Centres materno-infantils, i altres places en conveni.					
(3) Dades provisionals o estimades.					
Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm					
Font primària: Direcció de Planificació, recerca i desenvolupament. Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona.					

Taula A2.- Evolució del nombre d'usuaris dels centres d'estada limitada

Centres d'estada limitada per punts de prestació. 1999-2003					
Centre	1999	2000	2001	2002	2003
Can Planes					
Places	50	50	50	50	50
Usuaris	330	276	259	193	265
Estades	16.886	17.542	17.437	17.566	16.154
Mitjana estades	51.2	63.6	67.3	91.0	61.0
Alberg S. Joan de Deu					
Places	50	50	50	50	50
Usuaris	841	617	544	544	499
Estades	17.875	18.082	18.000	17.024	17.173
Mitjana estades	21.3	29.3	33.1	31.3	34.4
Hotels i pensions					
Places (1)		130.9	87.6	63.7	91.3
Usuaris		754	310	255	477
Estades		47.777	31.989	23.244	33.316
Mitjana estades (2)		63.4	103.2	91.2	69.8
Ntra. Sra. De Montserrat (concert)					
Places (1)	-	-	-	35	35
Usuaris	-	-	-	70	75
Estades	-	-	-	11.998	10.962
Mitjana estades (2)	-	-	-	171.4	146.2
(1) Places = estades realitzades/365 dies.					
(2) Mitjana d'estades per usuari acollit.					
Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm					
Font primària: Direcció de Planificació, recerca i desenvolupament. Sector de Serveis Personals.					
Ajuntament de Barcelona.					

3.2. GENT GRAN QUE VIU SOLA AMB P.N.C.

El segon grup estudiat queda definit per tres condicionants: l'edat (majors de 65), un nivell d'ingressos que es troba molt per sota del salari mínim interprofessional i el fet de viure sol. Introduïrem tots tres fenòmens (vellesa, manca de recursos econòmics i soledat) per separat, per acabar posant de relleu que la combinació de tots tres situa aquest col·lectiu en una posició de vulnerabilitat, on la barrera amb l'exclusió social es difumina.

La població envellida a Barcelona

En aquest inici del segle XXI, l'envelliment de la població és una de les tendències demogràfiques que es presenten com més alarmants, i així, ho constaten l'evolució de les dades demogràfiques referents a la darrera dècada. Els elements que es senyalen com a causants d'aquesta tendència són la reducció de la taxa de mortalitat, l'allargament de l'esperança de vida i el continu descens de la natalitat.

Sigui com sigui, el pes demogràfic de les persones grans gairebé s'ha duplicat en les darreres dècades. Precisament, el que fa vulnerable a la població envellida són les seves condicions de salut i el seu grau de dependència associats al pas dels anys. Entre els trastorns crònics més freqüents trobem molts que dificulten la mobilitat (l'artrosi, el mal d'esquena crònic) i els associats a la mala circulació. El deteriorament físic i/o mental associat a l'avanç de l'edat i la pèrdua d'autonomia que s'hi deriven són els successos que fan que aquest grup sigui un dels punts de mira dins dels serveis d'atenció primària (tant socials com sanitaris). La condició de persona gran per si (sense estar combinada amb d'altres factors) té associada una vulnerabilitat de caire personal (i no necessàriament social). Per tant, dependrà de si els recursos econòmics són suficients i de si existeix una xarxa familiar que funcioni com a protectora, perquè es posi de rellevància algun tipus de marginalitat social.

Per contemplar el grau d'envelliment d'una població prenem com a edat de referència els 65 anys, per tractar-se de la barrera legal per continuar accedint al treball assalariat. Malgrat això, cal tenir en compte que aquest sector poblacional engloba una varietat de situacions, donat que la qualitat de vida empitjora a mida que ens apropem al centenari. De fet, l'augment de benestar a determinades edat planteja la possibilitat

de que s'enredereixi la edat de vellesa construïda socialment. Sigui com sigui, la varietat de situacions en el sector de la població que supera els 65 anys ha conduït a que l'índex de sobreenvelliment s'hagi tornat indispensable per reflectir, la realitat d'un subgrup que reclama més atencions per part de la administració i de la comunitat en general.

L'any 2003 (darreres dades publicades per l'Ajuntament¹³) hi havia a la nostra ciutat 336.241 persones grans xifra que representava el 21,2% de la població total (*veure taula B1, p. 16*). Com és sabut, la vellesa té més noms de dona que d'home, degut a l'esperança de vida major d'elles: del total de gent gran més del 60% són dones.

La proporció varia de forma considerable en funció del districte al que ens referim, trobant l'Eixample com el que té un major percentatge de majors 65 anys, el segueix Gràcia, Nou Barris i Sant Martí. Ciutat Vella, que anys enrere era el districte amb un major pes de població gran (a 1996, la gent gran representava un 27,9%)¹⁴ presenta una de les proporcions més baixes de la ciutat, fet que s'explica per la entrada d'immigrants que fan créixer el sector de la població en edats mitjanes (25-50). Això, no vol dir, però que el grau d'envelliment sigui, menor com es veurà en la lectura dels índexs d'envelliment.

L'índex d'envelliment posa de relació la població més gran de 65 anys amb la menor de 15 anys. Per a la població de Barcelona a l'any 2003 l'índex és de l'1'83 (per cada persona menor de 15 anys gairebé n'hi ha dos de majors). Aquesta relació ens mostra un rànquing diferent de districtes del panorama que ens presentaven els percentatges. Eixample, Gràcia i Ciutat Vella, són els districtes on més gent gran hi ha en comparació amb la jove, és a dir, menors de 15 anys. (*Veure taula B2, p. 16*).

Com s'ha dit abans, però, les condicions de vida a partir dels 65 anys varien substancialment, canvis que s'associen al procés d'envelliment i que augmenten el grau de dependència de les persones. Aquest fet, junt l'allargament de la vida humana, fa prendre en consideració el *sobreenvelliment de la població*. ¿Què s'entén per població sobreenvellida? No hi ha acord unànim en la barrera d'edat, i depèn en gran mesura de l'organisme que faci l'anàlisi (es sol situar als 75, 80 o 85). En l'àmbit sanitari es treballa 75 anys, entenent que augmenten les necessitats d'atenció. El

¹³ <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/ine/index.htm>

¹⁴ http://www.csbcn.org/area_prov/sociosan_bcn.pdf

sobreenvelliment està localitzat als districtes més cèntrics (*veure taula B3, p.17*). Els barris que es crearen els anys 60 (per exemple, nou barris) presenten una proporció de gent gran elevada, però el volum de gent més gran de 75 es menor.

La soledat

L'any 2001 a Barcelona hi havia 155.463 llars unipersonals de les quals gairebé la meitat (48,5%) es corresponien amb persones grans que vivien soles, en la seva majoria dones. Els percentatges de població que viu sola augmenta, especialment a partir del 74 anys (*veure taula B4, p.17*).

La dimensió social d'aquesta soledat en aquest sector de la població és ben clara: la manca d'un suport familiar a dintre de la llar entre persones en les que el grau d'habilitats per desenvolupar la seva vida quotidiana disminueix gradualment. La situació de la persona gran pot variar considerablement en funció de si existeix la presència d'un familiar proper. Tot i així, no s'ha de fer una lectura generalitzada d'abandó dels pares per part dels fills (quan aquests existeixen), donat que negariem la capacitat decisòria d'aquest col·lectiu. A la ciutat es veuen casos, de gent molt gran que vol mantenir la seva independència i continuar vivien "al seu pis de sempre".

Per una altra banda, les condicions de l'habitatge també poden agreujar el fet de trobar-se sol. En molts casos presenten barreres arquitectòniques, humitats, instal·lacions elèctriques o de gas en mal estat, les finques no tenen ascensor... Tot plegat, fa que el risc als accidents domèstics augmenti. En ocasions, les xarxes de solidaritat veïnal encara funcionen als barris i pal·lien una situació d'aïllament a l'habitatge. Tot i això, cal tenir present que amb els processos de renovació de població aquest suport es va extingint.

Recursos econòmics: les Pensions No Contributives

El sector de població de gent gran que viu sola, al present estudi, s'ha reduït el col·lectiu a aquells que cobren pensions molt minses, concretament la PNC, per ser el nivell d'ingrés més baix (a l'actualitat es troba en 276,30 euros). La percepció d'aquesta

pensió és incompatible amb qualsevol altre ingrés que tingui el titular o la llar familiar (en cas de que existís més d'un membre).

El fet de rebre una PNC, pel col·lectiu aquí tractat, es fruit d'unes condicions laborals del passat. Molts del perceptors foren treballadors de sectors on la contractació no era oficial: la construcció, la pesca, l'agricultura... Les dones abunden dins d'aquest col·lectiu, donat que moltes no treballaven fora de casa, d'altres ho van fer però com a treballadores de la llar. Per tot plegat, cal parlar del passat com a condicionant de la situació econòmica present.

Aquestes mancances econòmiques es veuen agreujades si la persona no disposa d'un habitatge de propietat o de lloguer vitalici. Llavors la quantitat de diners que resta per la manutenció i d'altres necessitats bàsiques es pot veure reduïda a menys de la meitat de la pensió percebuda.

En resum, i per tancar la presentació del col·lectiu, la vulnerabilitat social que pateix la gent gran que viu sola amb recursos escassos, ve determinada per la mancança o el funcionament parcial dels tres pilars bàsics proporcionadors de benestar a les nostres societats: Mercat de treball; Estat (com a proveïdor de recursos econòmics i assistencials); i xarxa familiar-relacional. A aquestes mancances, cal afegir com a variable l'estat físic i mental de la persona.

B. Dades complementàries: Gent gran

Taula B1.- Distribució de la població per grans grups d'edat als districtes. 2003

Districte	0-14	%	15-24	%	25-64	%	65 i més	%	TOTAL
Ciutat Vella	10.038	9,4	11.579	10,8	64.267	60,2	20.838	19,5	106.722
Eixample	28.465	10,9	26.302	10,0	145.470	55,5	61.807	23,6	262.044
Sants-Montjuïc	20.183	11,5	19.950	11,3	99.438	56,5	36.509	20,7	176.080
Les Corts	9.997	12,0	10.085	12,1	47.215	56,5	16.330	19,5	83.627
Sarrià-S. Gervasi	2.0624	14,8	14.329	10,3	75.087	53,8	29.466	21,1	139.506
Gràcia	12.832	10,8	11.948	10,0	67.474	56,6	26.962	22,6	119.216
Horta-Guinardó	19.225	11,3	18.377	10,8	96.317	56,6	36.344	21,3	170.263
Nou Barris	187.29	11,2	19.105	11,5	91.605	55,0	37.188	22,3	166.627
Sant Andreu	165.25	11,7	16.737	11,9	80.294	57,0	27.294	19,4	140.850
Sant Martí	26647	12,2	24176	11,1	123477	56,7	43503	20,0	217803
BARCELONA	183265	11,6	172588	10,9	890644	56,3	336241	21,2	1582738

Taula B2.- Index d'envelliment per districtes. 2003

Districte	0-14	65 i més	I.E.
1. Ciutat Vella	10.038	20.838	2,08
2. Eixample	28.465	61.807	2,17
3. Sants-Montjuïc	20.183	36.509	1,81
4. Les Corts	9.997	16.330	1,63
5. Sarrià-Sant Gervasi	20.624	29.466	1,43
6. Gràcia	12.832	26.962	2,10
7. Horta-Guinardó	19.225	36.344	1,89
8. Nou Barris	18.729	37.188	1,99
9. Sant Andreu	16.525	27.294	1,65
10. Sant Martí	26.647	43.503	1,63
BARCELONA	183.265	336.241	1,83
Elaboració pròpia.			
Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.			
(1) S'obté del càlcul Població 65 i més/ Població 75 i més			

Taula B3.- Sobreenvelliment per districtes. 2003

	Població 65 i més	Població 75 i més	Sobreenvelliment(1)
Ciutat Vella	20.838	10.811	51,88
Eixample	61.807	33.134	53,61
Sants-Montjuïc	36.509	17.021	46,62
Les Corts	16.330	7.627	46,71
Sarrià-S. Gervasi	29.466	15.237	51,71
Gràcia	26.962	14.077	52,21
Horta-Guinardó	36.344	16.029	44,10
Nou Barris	37.188	15.401	41,41
Sant Andreu	27.294	12.500	45,80
Sant Martí	43.503	19.660	45,19
BARCELONA	336.241	161.497	48,03
Elaboració pròpia. Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.			
(1) S'obté del càlcul Població 65 i més/ Població 75 i més			

Taula B4.- Llars unipersonals a Barcelona. 2001.

TOTAL llars unipersonals	155.463	
Llars d'una persona sola, de 16 a 64 anys:	N	%
Homes	38.637	49,4
Dones	41.287	51,6
Llars d'una persona sola, més gran de 64 anys:		
Homes	13.875	19,4
Dones	61.664	81,6
Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. http://www.bcn.es/estadistica/estatista/estadista/taules/index.htm		

3.3. IMMIGRANTS SENSE PAPERS DE PARLA NO HISPANA PROCEDENTS D'ÀSIA I ÀFRICA

El debat entorn al fenomen de la nova immigració s'elabora molt sovint en termes genèrics, presentant-se la multiculturalitat, la integració com un dels grans reptes d'aquest inici del segle XXI. Quan s'enfoca des de la perspectiva de problemàtica social, també se sol englobar a tot nouvingut en un mateix sac.

El fenomen migratori, però té moltes cares i dimensions, que constitueixen factors condicionants a l'hora d'entendre el procés d'integració dels diferents col·lectius i de les persones per separat. Per una banda, les característiques de la societat emissora (culturals, polítiques...), passant pels trets socio-demogràfics i les capacitats individuals del nouvingut, condicionen l'aterrament a lloc de destí i els itineraris personals.

Per una altra, trobem les condicions de la societat receptora: el marc legal, el mercat de treball i la disponibilitat d'habitatge/habitatge són les esferes essencials d'anàlisi, per ser també prioritats a cobrir per part de l'immigrant. Tot seguit, caldria parlar de l'accés la resta dels drets que constitueixen la condició de ciutadà i que queden determinats pel marc legal.

Fugint d'embarcar a tots els immigrants dins una categoria amb unes mateixes dificultats, pel nostre estudi hem pres les persones de parla no hispana de procedència africana i asiàtica en situació irregular. Hem acotat aquest tercer col·lectiu en base al diferencial idiomàtic i cultural (més pronunciat que en el cas d'altres procedències, com ara la llatinoamericana). Entenem que idioma i cultura poden constituir una barrera a l'hora d'accedir no solament al sistema sanitari, sinó també a altres serveis. Al mateix temps, prendre aquestes dues procedències, implica deixar al marge immigrants comunitaris o d'alt estandí, centrant-nos en col·lectius que surten del seu país per motius exclusivament econòmics, cap a destins on s'espera un nivell de vida més alt.

Donada la *multidimensionalitat* del fenomen migratori, per tal de presentar a aquest col·lectiu ens centrarem primerament en el marc legal existent en matèria d'estrangeria, com a pilar primordial d'acollida de la societat receptora. En segon lloc, es contemplaran algunes dades sobre la gent de procedència africana i asiàtica resident a la ciutat de Barcelona.

El marc legal i l'accés a la provisió de drets

Les polítiques d'immigració a l'estat Espanyol han sofert una ràpida evolució en un curt període de temps. Al 1985 el govern socialista introdueix la primera llei en matèria d'immigració, regulant drets i deures dels ciutadans de nacionalitat estrangera. Al llarg dels 90, el nombre d'immigrants que arriben va en augment, convertint-se en els darrers anys en un dels principals temes de l'agenda política. És a partir de 1999 quan es profunditza en la matèria, i s'obre un període de constants reformes. Aquest fet que ha originat certa confusió tant entre la població immigrada (entorn al procés de regulació) així com entre la opinió pública. En dos anys s'aproven i es referen tres cops les lleis d'estrangeria, esdevenint un marc legal inestable. La primera reforma s'introdueix a l'any 2000 (LO 4/2000), mitjançant la qual s'igualen alguns drets respecte a la ciutadania, entre ells l'accés a la educació i al sistema públic de salut. En aquest text ja es promou l'empadronament per a la participació de la vida pública local.

Respecte a l'accés al sistema sanitari (aspecte central del nostre treball) queda establert:

1. Els estrangers que es trobin a Espanya inscrits al padró del municipi i que hi resideixin habitualment, tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.
2. 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'atenció fins a la situació d'alta mèdica.
3. Els estrangers menors de divuit anys que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.
4. Les estrangeres embarassades que es trobin a Espanya tindran dret a l'assistència sanitària, durant l'embaràs, el part i el postpart.

Font: *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.*

La segona reforma, pocs mesos després i sota la majoria absoluta del PP, significa un retrocés en la consecució de drets establint-se la distinció entre immigrants legals i il·legals per a la provisió de drets. A més, preveu la capacitat del control de moviments

dels immigrants quan es cregui necessari. Es passa, així, a una llei una centrada en el control i la restricció d'immigrants, més que en la integració. Després que el Tribunal suprem esmenés la llei, el govern inicià una nova reforma molt ràpida, per a restringir la entrada d'immigrants i evitar noves apel·lacions dels tribunals. Aquesta llei, (LO 14/2003), va ser aprovada pel parlament amb l'acord de PP i PSOE. D'aquesta darrera llei cal destacar tres punts:

- La necessitat de permís legal de treball per entrar al país,
- La restricció de la reunificació de família,
- I la creació de mecanismes per controlar la immigració, com l'ús del padró municipal per part de la Direcció General de la Policia, o la repatriació pels sospitosos criminals.

El darrer procés en matèria de immigració s'introdueix, a nivell estatal, amb el Real Decret 2393/2004 del passat desembre, on s'aprovava el Reglament de la LO 4/2000 de 11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració. Manifesta com a principal pretensió "endreçar els fluxes migratoris i atendre a la realitat de l'ampli col·lectiu de persones immigrants en situació irregular". La mesura més immediata ha estat l'obertura d'un període de regularització de tres mesos (del 7 de març al 7 de febrer de 2005) per a tots aquells immigrants que acreditin un contracte laboral de mínim sis mesos (amb alguna excepció). Passats aquests tres mesos s'obrirà un règim general amb diversos elements de caràcter permanent (com ara l'ampliació de la quota oberta a immigrants a l'any). En matèria de treball, es pretén fixar també un nou sistema de classificació de demandes de treball a l'INEM, per ampliar les ofertes a la població immigrada. Tot i que en finalitzar el període s'espera que es presentin unes 500.000 sol·licituds a tot l'Estat, el procés ha tingut els seus detractors ("entenent que el reglament emana d'una llei injusta") i denúncies d'irregularitats i abusos per part d'empleadors.

A banda de marc legal estatal, cal considerar les funcions normatives i executives que es poden desenvolupar a nivell autonòmic i local. Des de la Generalitat, el Decret 188/2001, concretava i ampliava la prestació de determinats serveis públics vinculats a drets dels estrangers. Entre ells l'assistència jurídica gratuïta, l'educació, assistència sanitària, ajudes en matèria d'habitatges, serveis i prestacions socials, així com en l'exercici de determinades potestats d'inspecció en matèria laboral. S'estableix, a més, que els estrangers en *situació irregular* tenen dret a la pràctica totalitat dels serveis d'atenció social primària (serveis bàsics d'atenció socials primària, d'atenció

domiciliària, de menjador, residencials d'estada limitada, centres oberts per a infants i adolescents), afegint les ajudes d'urgència social.

A nivell local, els municipis en matèria d'estrangeria tenen com a competències principals la gestió del padró municipal; l'expedició d'un informe per aquella persona que sol·liciti reagrupació familiar d'acreditació de la disponibilitat d'habitatge suficient; garantir els drets establerts des del nivell autonòmic i estatal¹⁵. En el cas de Barcelona, la Carta Municipal preveu la realització d'altres activitats complementàries en matèria d'integració d'estrangers en situació irregular. Com a servei municipal específic, cal destacar l'existència del SAIER (Servei d'Atenció als Immigrants i Refugiats). Es tracta d'un servei constituït per un conjunt d'actuacions específiques en estrangeria i asil que ofereixen diferents entitats de forma coordinada. En aquest sentit, s'ha d'afegir que en l'atenció a l'immigrant el tercer sector juga té un pes important a la ciutat. Tot i l'existència d'aquesta xarxa, des de les diferents entitats i professionals que treballen en l'àmbit, veuen una mancança de recursos i manifesten la necessitat de reformular un pla d'acollida efectiu a nivell de ciutat.

Les xifres d'estrangers empadronats a Barcelona

Al llarg de la darrera dècada a la ciutat s'ha multiplicat gairebé per deu la presència d'estrangers als seus carrers. No només s'han incrementat les xifres de nombre total de nouvinguts, sinó també la diversitat de procedències. Les dades oficials sobre estrangeria, són útils en la mesura que mostren una evolució i tendències a les diferents zones de la ciutat. S'ha de tenir present, que la condició d'irregular, junt amb el funcionament de les xarxes relacional que faciliten l'aixopluc compatriotes, pot dificultar un recompte real. Malgrat això, amb l'empadronament per a l'accés a serveis municipals, s'ha de concedir fiabilitat a les dades sobre estrangers que es publiquen cada any.

A l'actualitat (segons dades oficials a 1 de gener de 2005 del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona¹⁶) viuen a la ciutat, un total de 230.942 estrangers (empadronats), que representen el 14,6% del total de la població (**veure taula C1 p. 23**). L'increment d'immigrants s'accelerà sobretot a partir de l'any 2000, data a la que el percentatge no arribava al 4%.

¹⁵ <http://www.bcn.es/diversa>

¹⁶ <http://www.bcn.es/estadistica>

C. Dades complementàries sobre població estrangera

Taula C1.- Evolució de la població estrangera a Barcelona. 2000-2005

	Març 2000	Gener 2001	Gener 2002	Gener 2003	Gener 2004	Gener 2005	Taxa creixement
TOTAL NAC. ESTRANGERA	53.428	74.019	113.809	163.046	202.489	230.942	14,1
% sobre tota la població	3,5	4,9	7,6	10,7	12,8	14,6	
Europa	13.316	16.286	22.924	33.111	44.483	52.835	18,8
Unió Europea (dets 25)	11.487	13.141	16.852	22.889	31.212	37.017	18,6
Europa central i oriental	1.542	2.529	5.372	9.418	12.214	14.627	19,8
Resta d'Europa	589	616	700	804	1.057	1.191	12,7
Àsia	9.326	12.175	17.934	26.412	30.954	36.810	18,9
Orient mitjà	687	893	1.147	1.346	1.607	1.812	12,8
Àsia central	4.933	7.012	11.604	18.528	21.375	26.204	22,6
Sud-est Asiàtic	3.062	3.534	4.302	5.435	6.535	7.190	10,0
Japó	644	736	881	1.103	1.437	1.604	11,6
Àfrica	8.181	10.044	13.893	17.002	19.321	20.818	7,7
Àfrica del nord i Magrib	6.786	8.242	11.291	13.939	15.725	16.827	7,0
Àfrica Subsahariana	1.180	1.525	2.244	2.638	3.106	3.448	11,0
Àfrica central i meridional	215	277	358	425	490	543	10,8
Amèrica	22.488	35.378	58.944	86.364	107.517	120.197	11,8
Amèrica del nord	1031	1.170	1.413	1.930	2.631	3.268	24,2
Amèrica central	5.470	6.985	9.003	11.978	15.168	17.447	15,0
Amèrica del sud	15.987	27.223	48.528	72.456	89.718	99.482	10,9
Oceania	85	99	114	157	214	282	31,8
Oceania	85	99	114	157	214	282	31,8
Apàtrides	32	37	(1)	(1)	(1)	(1)	

Última xifra oficial de població a 1 de gener 2004 aprovada per l'INE: 1.578.546 habitants.
 (1) Aquest any no estan comptabilitzats.
 Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Per districtes (*veure taula C2 p. 24*) es contempla una major concentració d'estrangers a tota Ciutat Vella (el 35,6%) i barris fronterers, com ara el Poble Sec. Com és sabut, el Raval és el barri més habitat per immigrants, arribant a representar gairebé la meitat de la seva població. Destaquen percentatges alts a algunes zones de la perifèria est de la ciutat, on el preu de l'habitatge és més assequible. Així, trobem barris com Ciutat Meridiana–Vallbona- Torre Baró (zona nord de Nou Barris) o Trinitat Vella (dins del districte de Sant Martí); on al llarg dels dos darrers anys la població nouvinguda ha passat a representar al voltant del 25%. Com ja s'ha dit anteriorment, aquestes dades de concentració s'han tingut present per a la selecció de la mostra dels nostres entrevistats/des. Igualment, són indicatives per a detectar on es poden trobar els centres d'atenció on més nouvinguts arriben.

Centrant-nos en les procedències seleccionades per l'estudi, la població d'origen asiàtic és la que més ha incrementat en nombre després de la sud-americana. A gener de 2005 es comptabilitzaven un total de 36.810, majoritàriament de la part central (*veure taula C3, p.25*). Concretament, les nacionalitats que tenen més presència a la ciutat és la paquistaní (11.997) i la xinesa (9.524). Els primers, segons les estadístiques de l'Ajuntament, constitueixen una comunitat masculina, només un 10% són dones i, conseqüentment, la població infantil no és gaire nombrosa. La població xinesa, a diferència de la paquistaní (que es troba ubicada sobretot a Ciutat Vella) es concentra als districtes de l'Eixample i Sant Martí. Del sud-est asiàtic destaca el contingent de persones de nacionalitat filipina (6.470), esdevenint un dels col·lectius de major presència a Ciutat Vella.

Provinents del continent africà (*veure pp. 26-27*), les dades oficials d'aquest any parlen de gairebé 21.000 persones, aproximadament un 10% de la població estrangera. D'aquestes, el 80% són de l'Àfrica del Nord i del Magrib (majoritàriament del Marroc). La comunitat marroquina a Barcelona és més masculina que no pas femenina, tot i que es troba força igualada (65%-35%). D'aquesta nacionalitat hi ha una proporció rellevant de menors i adolescents, que habiten sobretot a Ciutat Vella. El col·lectiu l'Àfrica subsahariana, en canvi no és gaire gran (unes 3.500 persones), Nigèria, Senegal i Guinea, són les nacionalitats més presents.

Taula C2.- La població estrangera als diferents districtes. Gener de 2005

	Població estrangera			Principals nacionalitats	
	N	% sobre pob. estrangera	% sobre pob. total	Nacionalitat	%
BARCELONA	230.942	100,0	14,6	Equador	13,8
				Perú	6,5
				Marroc	6,3
1. Ciutat Vella	38.045	16,5	35,6	Pakistan	15,3
				Marroc	11,5
				Filipines	11,0
2. Eixample	39.616	17,2	15,1	Equador	10,7
				Perú	7,9
				Xina	7,4
3. Sants-Montjuïc	28.352	12,3	16,1	Equador	16,1
				Marroc	8,3
				Perú	7,7
4. Les Corts	8.340	3,6	10	França	8,0
				Itàlia	8,0
				Colòmbia	7,4
5. Sarrià-Sant Gervasi	14.949	6,5	10,7	França	9,7
				Itàlia	9,2
				Argentina	6,0
6. Gràcia	15.326	6,6	12,9	Equador	11,5
				Itàlia	8,2
				Argentina	7,8
7. Horta-Guinardó	16.688	7,2	9,8	Equador	19,6
				Colòmbia	9,6
				Perú	8,8
8. Nou Barris	19.307	8,4	11,6	Equador	30,8
				Perú	6,8
				Bolívia	6,3
9. Sant Andreu	14.135	6,1	10	Equador	20,7
				Perú	12,8
				Marroc	8,2
10. Sant Martí	25.639	11,1	11,8	Equador	16,7
				Perú	8,1
				Marroc	6,8
no consta	10.545	4,6	—	Bolívia	19,8
				Marroc	8,3
				Pakistan	7,7
Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm					

Taula C3.- Evolució de la població estrangera per països d'Àsia

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL ÀSIA	5.576	7.164	9.326	12.175	17.934	26.412	30.954	36.810
Orient mitjà	672	569	687	893	1.147	1.346	1.607	1.812
Afganistan	0	1	1	2	9	3	3	10
Aràbia Saudita	2	3	4	4	5	6	10	12
Bahrain	0	0	0	0	0	0	1	1
Iemen	0	0	0	0	1	1	1	1
Iran	201	176	179	201	229	233	261	267
Iraq	29	20	48	112	163	144	145	149
Israel	87	77	93	117	158	268	377	458
Jordània	56	59	69	81	103	126	144	144
Kuwait	0	1	1	1	0	0	0	0
Líban	152	101	113	144	188	194	217	228
Oman	0	0	0	0	0	0	0	0
Qatar	0	0	0	0	0	0	0	0
Síria	101	87	113	137	181	229	273	317
Turquia	42	44	66	94	110	142	175	225
Unió dels Emirats Àrabs	2	0	0	0	0	0	0	0

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Àsia central	1.998	3.428	4.933	7.012	11.604	18.528	21.375	26.204
Azerbaidjan	3	7	18	19	32	40	52	48
Bangla Desh	64	143	169	300	587	748	889	1.271
Bhutan	0	0	0	0	0	0	0	0
Índia	509	579	670	788	1.485	2.358	2.792	3.064
Kazakhstan	0	1	2	3	19	40	46	51
Kirguizistan	0	0	3	3	8	9	11	14
Mongòlia	0	0	0	3	14	16	15	12
Nepal	4	6	5	16	26	67	132	176
Pakistan	614	1.382	2.129	3.405	6.112	9.944	10.198	11.997
Tadjikistan	0	0	2	2	2	3	4	4
Turkmenistan	0	0	2	2	2	2	2	2
Uzbekistan	0	1	4	11	14	29	39	41
Xina	804	1.309	1.929	2.460	3.303	5.272	7.195	9.524

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sud-est Asiàtic	2.103	2.639	3.062	3.534	4.302	5.435	6.535	7.190
Brunei	0	0	0	0	0	0	0	0
Cambodja	2	0	0	0	4	5	5	5
Corea, República de	149	125	148	176	234	283	373	386
Corea, Rep. Dem. Pop. De	10	30	29	25	27	25	23	22
Filipines	1.854	2.384	2.758	3.176	3.859	4.903	5.871	6.470
Indonèsia	9	14	17	20	22	25	30	37
Laos	0	0	0	0	0	0	0	1
Macau	0	0	0	0	0	0	0	0
Malàisia	12	11	18	25	28	33	37	38
Maldives	1	0	0	1	1	1	1	1
Marshall	0	0	0	0	0	0	0	0
Myanma	0	1	2	2	2	2	3	2
Singapur	6	11	13	22	27	35	35	41
Sri Lanka	5	6	9	9	10	10	11	14
Tailàndia	25	22	27	30	31	45	59	71
Taiwan	13	22	31	38	45	55	70	80
Vietnam	17	13	10	10	12	13	17	22
Japó	803	528	644	736	881	1.103	1.437	1.604

Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Taula C4.- Evolució de la població estrangera per països d'Àfrica

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL ÀFRICA	4.044	6.365	8.181	10.044	13.893	17.002	19.321	20.818
Àfrica del nord i Magrib	3.510	5.487	6.786	8.242	11.291	13.939	15.725	16.827
Algèria	194	379	556	855	1.238	1.547	1.702	1.858
Egipte	69	63	72	88	117	177	178	196
Líbia	9	4	5	18	15	14	14	18
Marroc	3.196	4.982	6.074	7.165	9.751	11.985	13.594	14.508
Mauritània	5	5	14	29	54	79	64	63
Sudan	15	17	24	28	27	27	30	26
Tunísia	22	37	41	59	89	110	143	158

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Africa Subsahariana	451	726	1.180	1.525	2.244	2.638	3.106	3.448
Benín	1	4	8	8	8	14	16	14
Burkina Faso	0	4	4	5	15	21	21	27
Cap Verd	3	7	9	11	12	19	21	28
Costa d'Ivori	5	6	20	26	48	55	51	61
Gàmbia	23	23	32	48	60	80	103	94
Ghana	33	55	85	116	225	314	466	492
Guinea	220	321	416	494	588	653	677	746
Guinea Bissau	2	13	22	28	31	31	37	42
Guinea Equatorial	3	40	58	95	145	166	186	210
Libèria	4	12	18	18	19	20	25	28
Mali	13	34	44	61	93	111	144	160
Níger	0	3	7	7	4	6	6	12
Nigèria	41	62	261	348	594	648	768	876
Senegal	94	118	163	215	301	410	481	564
Sierra Leone	9	19	27	37	88	74	85	75
Togo	0	3	4	4	9	13	16	16
Txad	0	2	2	4	4	3	3	3

	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Àfrica central i meridional	83	152	215	277	358	425	490	543
Angola	6	14	26	33	35	49	51	57
Botswana	0	0	0	0	1	1	1	1
Burundi	0	1	1	1	1	2	2	3
Camerun	30	59	99	123	163	181	206	230
Centreafricana, República	0	0	0	1	0	1	1	3
Comores	0	0	0	0	0	0	0	0
Congo	2	2	13	34	43	41	46	53
Congo, Rep. Dem. del	7	23	20	20	19	17	14	13
Djibouti	0	0	0	0	0	0	0	0
Eritrea	0	0	0	0	1	1	1	2
Etiòpia	1	2	4	6	6	5	10	13
Gabon	4	0	0	0	1	1	4	2
Kenya	10	16	16	19	23	33	35	32
Lesotho	0	0	0	0	0	0	0	0
Madagascar	1	1	1	1	1	2	2	4
Malawi	0	1	0	0	0	2	2	2
Maurici	7	7	4	4	5	4	4	7
Moçambic	1	1	3	5	8	18	26	30
Namíbia	0	0	0	0	0	0	0	0
Rwanda	0	1	3	4	5	4	4	3
Sao Tomé i Príncipe	1	0	0	1	1	1	2	2
Seychelles	0	0	0	0	0	0	0	1
Somàlia	1	2	2	2	2	1	3	2
Sud-àfrica, República de	8	15	18	16	32	47	59	63
Swazilàndia	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanzània	2	3	3	5	6	6	9	10
Uganda	0	2	0	0	2	2	2	3
Zàmbia	0	0	0	0	0	2	2	2
Zimbabwe	2	2	2	2	3	4	4	5
Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.								

4. PRINCIPALS RESULTATS DEL TREBALL DE CAMP

L'anàlisi de la informació recollida s'ha fet separatament per col·lectius, a fi d'esclarir quines són les barreres per a cadascun d'ells, i quines afecten de forma més transversal. Per a cada grup, s'han detectat unes problemàtiques concretes en l'ús de l'assistència sanitària pública. Entorn a elles s'han analitzat, per una banda, els discursos i les percepcions dels usuaris, tot complementant-se amb les veus dels informants clau que els representen des de el tercer sector. Per una altra, tot plegat s'ha contrastat amb la visió dels diferents professionals del àmbit sanitari. Aquests criteris analítics donen forma a aquesta presentació dels resultats més rellevants, de forma que ens portin a corroborar la hipòtesis central segons la qual el sistema sanitari no s'adequa correctament a la diversitat de perfils d'usuaris

4.1. GENT GRAN QUE VIU SOLA AMB PNC

Descripció de la mostra

Per a la detecció de dificultats del col·lectiu de gent gran, es van entrevistar a una total de vuit persones que constitueixen els casos analitzats. Tots/es els entrevistats/des responen al perfil cercat: majors de 65 anys, viuen sols/es i perceben una PNC. Les seves percepcions, s'han perfilat amb els resultats del grup de discussió integrat per cinc persones que posaren en comú els seus punts de vista. Al quadre que segueix es presenten els components de la mostra i es recullen les seves especificitats més rellevants.

Com es contempla al quadre s'ha contactat amb persones majors de 65 anys, però no descuidant els casos que superen la barrera dels 75, per tal de contemplar si existeix un diferencial en capacitats entre sector de població que podríem anomenar sobreenvellit. A la nostra mostra hi ha tant persones nascudes a Barcelona, com persones procedents d'altres comunitats autònomes de l'Estat, arribades a la ciutat amb les onades de migracions internes dels anys 60 o 70. Narren històries de vida

força diferents (a diferència del que succeeix amb les persones sense sostre) destacant la manca de recursos, la inestabilitat laboral en el passat o la no presència en el mercat de treball (fets que explicarien la percepció actual d'una PNC), la pèrdua prematura de la parella, o la inestabilitat afectiva.

Les patologies que manifesten, en general, estan associades a l'edat: artrosis, problemes de circulació, pèrdues de memòria... En aquest sentit són els mateixos entrevistats qui relacionen el seu estat de salut amb el pas dels anys.

Entrevistes					
N	Nom fictici	Edat	Procedència	Barri	Principals problemes de salut manifestats
1	Nicolás	73	Mérida	Gòtic	Bronquitis i nervis
2	Manuela	73	Barcelona	Raval	Sobrepès
3	Domingo	66	Jaén	Gòtic	Problemes respiratoris i d'estómac
4	Magdalena	67	A Coruña	Raval	Artrosis, problemes de cor.
5	Ginés	65	Barcelona	Raval	Manca peu, hipertensió, problemes de circulació.
6	Gloria	71	Ciudad Real		
7	Joan	73	Barcelona	Gràcia	Fractures de caiguda, inici de parkinson
8	Cecilia	71	Granada	Raval	Osteoporosis, artrosis, desviació de columna vertebral.

Grup de discussió					
N	Nom fictici	Edat	Procedència	Barri	Principals problemes de salut manifestats
1	Pilar	93	Barcelona	Congrés	Tiroides, problemes de cor
2	Dolors	78	Barcelona	Camp de l'Arpa	Angina de pit, asma i artrosis.
3	Carmen	87	Lleida	Guinardó	Problemes de memòria arran d'una embòlia, colesterol.
4	Paquita	78	Jerez de la F.	Guinardó	Tensió i cataractes
5	Amelia	76	Granada	Sagrera	Tensión, huesos, ...

Dimensions d'anàlisi

Per l'anàlisi de les dificultats de la gent gran en l'accés al sistema sanitari, s'han definit quatre àrees: l'atenció primària, l'assistència a domicili, altres serveis sanitaris i l'accés a la medicació o altres productes sanitaris. Per a cadascun d'aquest blocs, a la taula que segueix, s'han posat de rellevància aspectes o moments on el funcionament pot fallar o resultar incomplet per al col·lectiu. Cal insistir que l'esquema recull el ventall de dificultats trobades, que no vol dir directament que totes les persones d'aquest col·lectiu es trobin amb totes elles.

Dimensions d'anàlisi per a la detecció de dificultats de la gent gran			
1. Atenció Primària	Com concertar visita		
	Mobilitat: Arribar al centre		
	Freqüència de l'usuari		
	Tracte rebut	Temps de la visita	
		Comprensió per part del personal mèdic i de treballadors.	
	Enteniment de la informació rebuda		
2. Assistència a domicili	* Tracte, rapidesa...		
	* Us de telealarma		
3. Atenció des de altres centres/ serveis sanitaris	Especialitats: Proves i diagnòstics		
	Hospitalitzacions		
	Ambulàncies		
4. Medicació i tractaments	Forma de dosificar		
	Comprensió dels prospectes		
	Adaptació als "genèrics"		
* Accés a medicació o productes específics que no cobreix la seguretat social (pròtesis dentals, ulleres, o productes de règim).			

L'accés a l'atenció primària

Per a la gent gran que es troba sola, les barreres a l'hora d'anar al metge de capçalera o especialistes (al seu CAP) s'inicien, en alguns casos, en el moment de concertar visita. La barrera prèvia que trobem per molts membres dels altres dos altres col·lectius analitzats no es dona: tots/es ells/es estan en possessió d'una targeta sanitària i tenen assignat un metge, en la majoria de casos el mateix des de fa anys.

Demandar dia i hora a la consulta pot resultar problemàtic quan es combinen dos o més situacions: (a) el CAP assignat es troba a una distància difícil de recórrer per l'usuari (ja sigui per llunyania o per barreres físiques); (b) les línies d'atenció del centre es troben saturades i la comunicació requereix temps d'espera. (c) hi ha problemes auditius o la comprensió per telèfon es difícil per l'usuari (en absència de la gesticulació o d'algun element escrit que els recordi allò que els han dit). Així ho manifesten alguns dels nostres entrevistats, manifestant la seva preferència anar-hi personalment bé perquè es troben a prop del seu centre i no els agafen el telèfon, o bé perquè entenen millor el que els hi diuen anant personalment al centre.

E: ¿Cómo pide visita? Por teléfono, se pasa...

Si lo tengo a dos puertas..., voy y ya está

(...)

Pues jo vaig, perquè no m'aclareixo per telèfon, jo vaig personalment y tinc la visita cada deu dies. Vaig avui i aniré d'aquí a deu dies.

(...)

No voy personalmente, porque estoy cerca, vivo en la calle Escudellers y me cae al lado. Y te atienden mejor yendo personalmente que llamando por teléfono.

[entrevistes a usuaris]

Des de entitats del tercer sector que treballen amb el col·lectiu, senyalen altres dificultats en aquest procediment com els horaris que els hi donen per anar a la visita, o el nerviosisme -angoixa que provoca per a una persona gran una conversa telefònica per la que ha de pensar quan li anirà bé o malament sortir. Per aquest motiu, quan hi ha treballadora familiar o voluntari és una de les tasques que assumeixen.

En el moment d'arribar-se al centre per a rebre l'atenció escaient, tomem a trobar la ***dificultat de desplaçament*** en aquelles persones que tenen problemes de mobilitat i que han de salvar un recorregut llarg o amb barreres arquitectòniques.

Es un passeig pels que ho tenen clar, però pels que ho tenim algo més difícil... jo tinc unes pujades ben maques però hi vaig, hi vaig perquè m'ho pren amb calma i arribo. I ... però hi ha persona que no es mou de casa per no bellugar-se. Llavors van a la farmàcia i ho paguen. Hi ha de tot. [usuaria]

Al respecte, els metges i els professionals d'infermeria entrevistats relacionen directament la variable distància de la llar al centre mèdic amb la freqüència de l'usuari: El que ells anomenen **hiperfreqüència** es dona sobretot entre aquella gent gran que viu a una curta distància del CAP i que no té cap impediment físic per arribar-hi. Els metges i treballadors socials dels centres, han posat de rellevància que per determinada població gran són massa accessibles, i que anar a consulta es converteix en una forma de relació social. Al respecte les persones grans entrevistades no es consideraven usuaris hiperfrequentadors manifestant que acudeixen al CAP quan realment ho necessiten. Si que reconeixien, però, un ús abusiu del servei per part de terceres persones (no referint-se mai a ells/es mateixos).

Cuando voy al médico es cuando ya no puedo más. Yo no me gusta ir mucho al médico, cuando voy es por necesidad completamente y a veces paso sin tener que ir al médico.

(...)

Puede que haya de todo, yo me lo pienso y cuando tengo que ir es porque lo necesito. Y hay que no porque le duele un dedo ya va. Y hay otras personas que no: Estás costipada, pues ya se me pasará. Se toma un vaso de leche caliente y ya se le pasará. Y otras le duele un dedillo y ya se les pasará. (...)

[usuarios]

Per una altra banda, tant els usuaris com a professionals, han estat força crítics amb la reestructuració de centres, centralitzant-ne els serveis en menys punts, i allunyant-se per alguns sectors dels barris. El cas més qüestionat és el del centre de Maragall on s'ubiquen barris, com el Congrés, on l'índex d'envelliment és dels més alts de la Ciutat, s'ha d'agafar l'autobús per arribar-se al CAP de barri, quan abans estava situat al mateix barri. Per a molta gent, aquests canvis han significat un pas enrere.

Valoració del tracte rebut als CAPs

La valoració del tracte rebut pels professionals i treballadors dels centres, en general és força positiva quan prové de persones grans (a diferència del col·lectiu dels sense sostre). Les queixes referents al tracte s'han referit més envers personal d'hospitals i urgències que no pas envers als CAPs.

Els *temps d'espera per entrar a consulta* es consideren raonables i quan aquests són excessius s'exculpa al professional i es posa de rellevància la quantitat de gent assignada per metge. La durada de les visites tampoc ha estat objecte de crítica, i quan s'ha fet menció tampoc se'n culpabilitza al professional.

E: ¿El tiempo que les dedican en las visitas le parece adecuado?

Bueno, ahora un poco mejor, pero hacen falta 15 minutos por lo menos, pero va un poco mejor. Pero mire..., hay gente que tiene una farmacia en su casa, una farmacia, y que van al médico sin tener nada, nada y se quejan por todo, cambian de médico..., yo no. [usuarios]

Si, hay días que no que en diez minutos te visitan. Pero hay días que dice, hoy voy con mucho retraso, la doctora, y entonces tienes que esperar por lo menos una hora. Pero claro eso no es culpa de ella. A mi me dijo una vez la doctora esta, porque hace muchos años que me visita, que claro que se quejaron que visitaba rápido, usted que tiene tome esto y ya se puede ir. Y ahora no, ahora la reconocemos, la escuchamos, la tentamos a ver, le coge la tensión, y claro eso le lleva tiempo, le lleva retraso, y por eso es...[usuarios]

Es que mira pensa que estem en un sistema que tenim sis minuts per persona, a llavors, has de fer, tantes firgranes per visitar aquell matí. Que no pots garantir, jo al menys em sento incapaç de garantir complir l'horari. Perque a vegades el compleixes a vegades no. [metge de família]

L'atenció un cop dins de la consulta es considera generalment correcte i cordial. Tot i això, hi ha persones grans, mostren cert descontent envers *l'actitud d'alguns metges* que des de la seva perspectiva els tracten amb cert to d'infantilisme en dirigir-se a ells/es. Una voluntària en l'acompanyament a gent gran comentava que sobretot gent

gran amb capacitat intel·lectual es queixen d'un tracta massa familiar i poc respectuós utilitzant expressions com "nena, "maca.

Les **explicacions del metge** es consideren entenedores per part de la majoria d'usuaris d'aquest col·lectiu, i quan no ho els entrevistats/des asseguren que pregunten sobre allò que no han comprés.

Yo eso no se porque siempre voy solita, pero yo le digo usted me lo dice a mi para que yo lo entienda. Porque yo esta vez que he ido con la sangre le digo, me va a mandar al hospital del mar, me van a meter la goma por aqui o algo. Y me dice, no, no, es una visita rutinaria... Tu vas alli, es otro médico diferente a mi... Es una visita rutinaria, pero hay que saber lo que tiene. O sea, pero que a mi me habla claro. Y yo me entero, a lo mejor hay gente que también... la cabeza... [usuaria]

Tot i això, s'ha donat una queixa freqüent envers a aquest aspecte: Quan acudeixen a la consulta amb algú més jove, el professional dona les explicacions a l'acompanyant, sense preocupar-se si l'interessat ha seguit les indicacions. Per a ells/es és una forma d'acabar més ràpid i poder continuar amb les visites. Els informants clau del tercer sector que s'han entrevistat en qualitat de representants del col·lectiu, posen de rellevància aquest fet i el problema que se'n deriva: quan la persona gran resta sola al seu domicili, es queda sense les indicacions del metge, a no ser que l'acompanyant faci una bona tasca de transmissió de la informació.

Pues si, yo creo que eso si, porque yo conozco a una chica que va con un acompañante, y me dice se lo ha dicho al Juan y no se entera. Eso si puede que ocurra. Bueno yo hasta ahora he ido sola porque tampoco ha sido esas enfermedades tan graves tan graves para que me acompañaran. [usuària]

Des de la perspectiva dels metges el factor temps és crucial per fer-se entendre. La durada establerta per pacient és insuficient quan existeix algun problema de comunicació: en el cas de la gent gran solen ser les dificultats auditives o capacitats cognitives deteriorades . A més, posen de rellevància que entre la població gran hi ha un percentatge d'analfabetisme més alt que entre altres sectors. Així, afirmen que quan existeix la figura de l'acompanyant i tenen la pressió del temps la via més ràpida és dirigir-se a aquesta.

Altres qüestions referents al tracte rebut, al·ludeixen al **perfil sociodemogràfic del professional**. La percepció general és que els metges joves són més atents i dediquen més temps a interaccionar amb ells/es. En preguntar si prefereixen un home o una dona a la consulta, els sol ser indiferent, però per determinats problemes prefereixen que els atengui algú del seu mateix sexe.

Per una altra banda, per part d'aquest col·lectiu s'aprecia **la coneixença d'anys** i la confiança agafada amb l'equip de professionals del centre on van. En aquest sentit, qualsevol reestructuració en la xarxa de centres els afecta, i mostren certa reticència als canvis de personal o al fet de canviar de centre.

(...) Allá abajo, me gustaba más que arriba. Allá abajo ya conocía a las enfermeras, conocía a los médicos y tenía más amistad con ellos porque ya los conocías de muchos años, pero con todo y eso tampoco son malas chicas, eh? No es mala chica, no, es una chica joven también. [usuària]

La perspectiva dels metges

Sensibilitat de cada professional pot ser diferent:

M6: A vegades els assistents socials sí que truquen i diuen: quin metge... van buscant a la persona més sensible. Nos volvemos a encontrar un poco el tema d'abans. I es este tema la dependencia va en aumento. Claro, i el tema, antes porque no tenían vivienda, y ahora porque la tienen, pero... les sirve de cueva.

Assistència al domicili

Donades les característiques del grup, i les dificultats de mobilitat de les que ja hem parlat, existeix entre els seus integrants una demanda important d'assistència a domicili. Per assistència a domicili entenem el desplaçament del metge de capçalera o un altres tipus de personal sanitari (infermeria) a domicili. A més però, dins d'aquest apartat cal considerar programes de seguiment o cerca activa (si es que existeixen), i tots aquells mecanismes instaurats per apropar o facilitar el servei a la gent gran. (com l'ús del telealarma).

En referència a la visita puntual del metge al domicili quan la malaltia impedeix apropar-se al centre, no s'han trobat queixes específiques en els discursos de els/les entrevistats/des. Si que es percep però, que a l'hora de fer la demanda han de justificar el fet que el metge hagi d'acudir a la llar.

Si que es dona certa desatenció, quan una persona que viu sola necessita que es faci un seguiment continuat de la malaltia o cures diàries. Diferents professionals senyalaven que existeixen centres que no fan cures a domicili i d'altres que les realitzen cada dos o tres dies, de manera que l'ancià s'ha de desplaçar diàriament.

Fora de la visita o seguiment mèdica davant una necessitat explícita i formulada per l'usuari, des de les entitats del tercer sector, se senyala la manca d'un control exhaustiu d'aquells casos on es detecten situacions de soledat i possible aïllament. Afirmen que sempre s'actua a partir de la demanda concreta, ja sigui feta pel mateix malalt o per l'avís d'algun veí o persona propera. Es planteja que succeeix amb aquelles persones que tenen algun tipus d'incapacitat física o mental que els impedeix tenir cura del seu estat de salut i fer explícita la demanda. En aquest sentit es veu la necessitat d'aprofundir en el que a l'àmbit sanitari s'anomena **cerca activa**. Des d'alguns centres, els professionals entrevistats, parlen de l'existència programes pilots d'aquest tipus que consisteixen en l'emissió de trucades telefòniques en aquells casos que es detecta la combinació de vellesa, soledat i la poca o nul·la freqüència a l'hora d'acudir al CAP.

Aquest tipus d'experiències, sovint han quedat en la mera recerca de casos, sense tenir una continuïtat posterior en el seguiment de la salut de la persona gran que s'ha detectat com a "exclosa" del sistema sanitari. Des d'altres CAPs on hi ha un percentatge important de gent gran com a usuaris (és el cas de Raval Nord), hi ha establert un servei de seguiment a través de l'atenció domiciliària que es porta a terme des de la infermeria. També trobem d'altres centres que tenen en funcionament una cerca activa acompanyada d'un seguiment anual, semestral o trimestral d'aquells casos considerats de necessitat després d'un procés de cribatge.

Els inconvenients que es troba a aquest tipus d'actuació són:

- No funcionen de forma homogènia a tot el territori de la ciutat. Els testimonis recollits entre els professionals dels diferents barris així ho corroboren: des de cada centres es té activat un programa amb noms i criteris diferents (i en alguns casos és gairebé inexistent).
- El servei no arriba sempre a l'usuari i amb la qualitat que caldria. El contacte s'estableix per telèfon i es fa una tria exhaustiva incloent sempre el mínim de

gent en règim de visita a domicili. El seguiment que es fa és molt espatat en el temps.

- El seguiment domiciliari pot tenir efectes (resultats) positius però també negatius. Per una banda, es pretén arribar a població molt necessitada però per una altra generaria acomodament entre sectors que possiblement estiguin capacitats per desplaçar-se al centre. Per aquest motiu, és important el procés de tria intentant que tots els usuaris capacitats es vinculin al centre i el visitin freqüentment, deixant el seguiment domiciliari reduït estrictament a casos molt necessaris.
- Es pot córrer el risc de medicalitzar en excés.
- Cal posar de rellevància que la gent gran entrevistada en cap ocasió s'esmenta aquest tipus de seguiment, ni com a beneficiaris ni en referència a coneguts que estiguin dins d'algun programa. Aquest fet fa pensar que aquest tipus de programes encara no estan suficientment estesos.

El col·lectiu de gent gran que viu sol és un dels principals usuaris del telealarma, i el que pot arribar a ser més nombrós. Cal tenir en compte que juntament amb els problemes de mobilitat, les condicions de l'habitatge pot fer augmentar el risc d'accident a la llar. Una mesura prèvia, a facilitar l'aparell, seria doncs el bon acondicionament de la llar. Tot i que des dels serveis sanitaris es parla d'una extensió en el seu ús, de els/les entrevistats/des i participants al grup de discussió, només una persona desponia d'un.

Els professionals tant del tercer sector com de l'àmbit sanitari, senyalaven tres problemes en l'ús d'aquest aparell:

- El telealarma ha d'anar acompanyat d'un seguiment continuat de trucades per comprovar l'estat de la persona. L'estratègia no ha de ser només esperar a que Aquest servei de seguiment depèn de la empresa o organisme que el gestiona, n'hi ha algunes que truquen dues vegades per setmana, mentre d'altres no ho fan mai.
- Sovint la gent gran no fan un ús correcte: no dormen amb el telearma per por a prémer el botó o no el solen portar. L'utilitzen com a emergència mèdica, però en el cas de trobar-se en una situació d'immobilitat, no els serviria.
- La gent gran mostra certa desconfiança en deixar la clau perquè en cas de necessitat pugui entrar algú al domicili. Alguns d'ells posen el passador de ferro a la porta i això impedeix una entrada senzilla.

Altres serveis

Relacionat amb les dificultats d'arribar als centres sanitaris, trobem els desplaçaments en ***ambulància***. Respecte al funcionament del 061 en cas d'emergència, la gent gran entrevistada no percep, ni per bé ni per mal, un tracte diferencial respecte a altres sectors de població. En canvi, si que es fan explícites queixes envers el servei que cobreixen les ambulàncies a l'hora de fer possible un desplaçament a qualsevol CAP, hospital... Hi ha una demanda important per part gent gran que ha d'acudir amb freqüència per fer cures, rehabilitacions, proves o, simplement per anar a especialitats. La denúncia principal envers al funcionament d'aquests trasllats es dirigeix a les llargues estones d'espera i el trasbals que suposa per a una persona gran. Pot succeir que l'ambulància arribi després de l'hora assignada al pacient al centre, situació que se sol resoldre per flexibilitat del personal. Tot i això, la espera provoca patiment a la persona: són conscients de que fan tard i ells no poden resoldre la situació, en ocasions estan en dejuni... La tornada al domicili també pot resultar costosa: s'ha d'esperar que hi hagi un vehicle disponible i en ocasions es deixa a la persona a la porta de casa (no es fa l'acompanyament fins a l'interior del domicili).

Fent referència als ***serveis coberts des dels hospitals*** (tot i que poden existir diferències entre centres) s'han posat de rellevància dos fets que no afecten exclusivament al col·lectiu de gent gran, però si els viuen de forma més problemàtica: les altes hospitalàries i les llistes d'espera.

Per una banda, al igual que amb les persones sense sostre, ***les altes hospitalàries*** es produeixen de forma precipitada. La recuperació a la llar d'una persona gran que es troba sola, esdevé incompleta sense una atenció continuada i un seguiment dels tractaments. El risc a recaure i haver de tornar a ingressar augmenta. Una altra barrera són els tràmits burocràtics per derivar l'atenció a la primària un cop finalitzat l'ingrés. Les altes en divendres es converteixen, per aquest motiu, en un problema tant per l'usuari que restarà desatès fins dilluns, com per els treballadors dels centres que han de buscar recursos per intentar cobrir les necessitats més urgents de la persona durant al menys 48 hores. En alguns centres hospitalaris, s'ha engegat el programa PRE-ALT, per evitar situacions d'aquesta índole. El balanç que fan alguns professionals (metges i treballadors socials dels CAPs) del seu funcionament (que encara es recent i no està estès), no acaba de ser positiu i encara es veu com a un tema a resoldre.

Si la qüestió de les altes era comentada sobretot entre els professionals de l'àmbit sanitari i social, les llistes d'espera per a intervencions quirúrgiques han estat objecte de queixa de gairebé tots els usuaris entrevistats. La saturació en aquests serveis afecta a tota la població, però pren dimensions específiques per a una persona gran que no té una xarxa familiar de suport:

- Les capacitats de denunciar i reclamar poden ser menors per a membres entre aquest col·lectiu, de manera que qualsevol errada informàtica o burocràtica els pot deixar aïllats o inclús exclosos temporalment de les llistes. És el cas d'un dels nostres entrevistats:

- *"De l'operació depèn moltes vegades la qualitat i forma de vida dels darrers anys de la persona".*

- *"L'estil de vida associat a la vellesa (temps lliure) fa en molts casos estar més pendent, esdevenint la malaltia i la conseqüent espera un element central en el pensament de la persona".*

- *"Fer-se més gran per encarar una intervenció quirúrgica provoca cert temor a entrar en quiròfan. La persona pot acabar decidint (en aquells casos que no és percepció de necessitat vital) no operar-se. Es el cas de" [persona tercer sector]*

Especialitats i proves diagnòstiques

L'accés als especialistes també ha esdevingut més problemàtic d'ençà que s'han descentralitzat. El desplaçament a diferents centres per tractar determinades patologies es veu com una complicació de la xarxa d'atenció. Per una banda crea confusió a l'hora d'organitzar-se les visites; per una altra, tomem a trobar els problemes de mobilitat: si el metge de capçalera el tenen a prop, potser l'especialista que els ha de visitar es troba més lluny o el trajecte per arribar-hi és més difícil de recórrer.

Els molesta moltíssim també que tenen un especialista en un ambulatori, un altre especialista en un altre ambulatori. Això els desgavella una barbaritat. És clar abans tenien un ambulatori que sabien que aquí tenien el CAP i l'ambulatori dels especialistes. I allà veien a tots els especialistes. Això els tenia com a molt segurs. I ara hi ha aquest canvi total. [persona tercer sector]

Per a les proves diagnòstiques succeeix quelcom semblant: la gent gran assegura perdre's pel circuit. Hi ha proves que es realitzen al propi CAP, d'altres han d'acudir a especialitats i d'altres vegades a algun centres hospitalari.

Medicació i seguiment dels tractaments

L'adquisició i pressa de medicaments constitueix un altre aspecte on la gent gran pot tenir problemes, no ja per accedir-hi sinó més aviat per cobrir les seves necessitats correctament. Econòmicament, l'adquisició d'una medicina es veu alleugerada per la part que cobreix la seguretat social: Tot i això, amb pensions tant baixes, comprar determinats medicaments que no tenen cobertura o haver-ne de comprar molts pot ressentir i fer trontollar encara més el pressupost mensual de despesa.

Parlant estrictament de la pressa de medicació una de les principals dificultats posades de rellevància per part dels professionals ha estat la seva correcta dosificació: prendre la medicina adient en quantitat justa, i en el moment que toca. Els mateixos entrevistats han afirmat oblidar-se prendre les pastilles, deixar estar un tractament per haver-se de llevar massa d'hora, o necessitar ajuda a l'hora d'organitzar la pressa.

La dosificació és complica sovint per l'acumulació de tractaments a seguir per part de la mateixa persona. La polifarmàcia entre la gent gran, des de la perspectiva dels professionals és molt usual. En alguns casos és l'ajustada però es considera que hi ha una part dels usuaris d'aquest perfil que presenta consum abusiu de medicaments. En veu dels propis metges "la gent gran no marxa contenta de la consulta sinó surt amb receptes".

(...) Aquest sistema que té la sanitat de donar als malalts crònics, tres, quatre, cinc receptes, del que sigui, pastilles de la pressió o coses d'aquestes. Per mi, és nefast. Perquè? Perquè els avis és el que els hi agrada més, o sigui quan una persona ha arribat ja a una edat. No parlo de la gent gran activa que es pot considerar com les altres que estan molt al cas. Sinó a aquestes persones que ja no estan actius que ja d'alguna manera són una mica dependents, però que no esta atesos completament. A llavors aquestes persones fan unes acumulacions de medicació que són bestials. [treballadora social]

Un altre fet que es posa de rellevància és la confusió que crea entre la gent gran més depenent, un canvi de medicació (substitució d'un tractament per altre). En aquest sentit es donen casos de seguir dos tractaments a l'hora per la mateixa patologia. Tot plegat fa que a moltes llars de gent gran que viu sola es trobin unes farmacioles molt plenes.

L'arribada dels anomenats "genèrics" també ha causat desconcert entre el col·lectiu. El control dels medicaments sovint funciona per associació dels colors i formes que presenten. Amb el canvi de marca es canvia el format de presentació (tot i que la composició és la mateixa), fet que trenca amb la rutina creada a partir de colors i formes a l'hora de prendre la medicació. Per una altra banda, entre alguna gent hi ha un factor psicològic: perquè haig de canviar de producte si aquest em funciona molt bé, i potser l'altre no m'anirà tant bé. Tant és així, que entre la gent gran entrevistada hem trobat detractors a l'hora de canviar als genèrics:

Si a l'accés a medicaments la barrera econòmica gairebé no era esmentada pels nostres testimonis (degut a que la majoria queden coberts en la seva totalitat per la seguretat social), sí que s'han posat de relleu dificultats de caire econòmic a l'hora d'adquirir determinats productes sanitaris o que són indispensables per a una bona qualitat de vida. Entre els productes que s'han esmentat estan els bolquers especials per a gent gran (que tenen un cost molt elevat i no queden coberts) o l'alimentació especial quan cal seguir una dieta.

Després hi ha tota una sèrie de d'aparells indispensables per a complir determinades funcions vitals (la correcta alimentació, o la visió) i que són difícilment subvencionables (moltes vegades pels tràmits burocràtics que comporta accedir-hi). Els casos més usuals són les ulleres i les pròtesis dentals.

Aleshores hi ha el tope de la història ve quan per exemple et ve una Setmana Santa, un Nadal o això, i tens una persona al davant i l'has de portar a ingressar. Bueno, ho sabem que hi ha molta gent que agafen materialment a l'avi o l'àvia i el deixen a l'Hospital i aquí ja us espavillareu i ens el cuideu perquè nosaltres marxem de vacances, això ja ho sabem que passa. Però hi ha molta gent que no, que no és així. I llavors la susceptibilitat que hi ha, que és normal, perquè a mi si em deixen dos avis de paquet al que fa tres, li faré totes les preguntes a veure si els parents...

(...) Aquest és el problema que té les urgències, que amb les persones grans s'aguditza, perquè després hi ha molta gent que té molta por de morir-se i encara, no li puja una mica la febre, ja els porten a urgències. Això, també està, és una de les coses que la gent que els toca cuidar, estiguessin una mica més mentalitzats amb el que hi ha. Bueno total, que la part sanitària estan cremats perquè els hi deixen la gent allà com un paquet. [persona tercer sector]

4.2. IMMIGRANTS DE PARLA NO HISPANA PROCEDENTS D'ÀFRICA I ÀSIA

Com ja s'ha comentat en la presentació d'aquest tercer col·lectiu, els immigrants, es tracta d'un grup més heterogeni que els altres dos estudiats. Com a eixos definitoris en la selecció de la mostra es prenen tres eixos: l'origen, la llengua (implicant el desconeixement del català i/o castellà) i el fet d'estar sense papers. Fora d'aquests dos trets, els perfils podien ser molts diversos, tenint present des de les diferències culturals entre els diferents països dels continents citats, a les característiques socio - demogràfiques dels entrevistats.

Cal tenir present que l'idioma també constituïa un problema de comunicació a l'hora de realitzar el treball de camp. Aquest fet s'ha intentat salvar amb la presència de mediadors culturals o de companys que poguessin fer una traducció. Es van entrevistar a una total de vuit persones totes elles de continent africà. En quant als trets individuals, la mostra es força diversa, de manera que trobem homes i dones d'edats compreses entre els 21 i 52 anys. Els components del grup focal, en canvi, eren persones del continent asiàtic. D'aquesta manera, completàvem la mostra amb casos de l'altra procedència seleccionada, i a l'hora facilitàvem una comunicació més fluida a la sessió de discussió. La representativitat en funció de l'origen s'ha completat amb entrevistes a mediadors culturals, que han esdevingut informants clau.

Tant les persones entrevistades com els participants en el grup focal, a més de complir els requisits de la mostra seleccionada, havien tingut algun contacte amb el sistema sanitari a la ciutat. A aquestes experiències, cal sumar-hi les "històries" que coneixien de compatriotes en referència a l'atenció sanitària.

A la taula que segueix, apareix una relació dels components de la mostra amb alguns trets de rellevància.

ENTREVISTES					
N	Nom fictici	Edat	Procedència	Barri	Temps estada
1	<i>Latifa</i>	35 anys	Marroc	P. Nou	Més de 2 anys
2	<i>Jaramogi</i>	37 anys	Kenia	Gòtic	Més de 5 anys
3	<i>Teresinha</i>	29 anys	Cabo Verde	Gòtic	8 mesos
4	<i>Saliou</i>	21 anys	Senegal	Raval	5 mesos
5	<i>Nadia</i>	49 anys	Marroc	Raval	1 any i mig
6	<i>Yassir</i>	37 anys	Marroc	Raval	3 anys
7	<i>Hajar</i>	27 anys	Marroc	P. Nou	10 mesos
8	<i>Fernando Nuhe</i>	52 anys	Guinea	Trinitat Nova	2 anys

GRUP DE DISCUSSIÓ					
N	Nom fictici	Edat	Procedència	Barri	Temps estada
1	<i>Abdul</i>	36	Pakistan	Raval	3 anys
2	<i>Mushahid</i>	36	Pakistan	Raval	1 any
3	<i>Dostan</i>	27	Pakistan	Raval	6 mesos
4	<i>Girja</i>	29	Nepal	Raval	3 anys
5	<i>Madhav</i>	29	Nepal	Raval	5 anys
6	<i>Mujibur</i>	34	Bangladesh	P. Nou	Menys d'1 any
7	<i>Akali</i>	42	India	P. Nou	Més de 3 anys
8	<i>Elkadi</i>	45	Pakistan	P. Nou	1 anys
9	<i>Shamshad</i>	31	Pakistan	Sants	Menys d'1 any

Dimensions d'anàlisi

Al igual que s'ha fet per als altres dos col·lectius, s'han definit diverses dimensions d'anàlisi en l'accés dels immigrants a l'assistència sanitària que es recullen al quadre

resum de la pàgina següent. A més per cada dimensió s'especifiquen el conjunt de dificultats possibles detectades entre els casos analitzats i des de la perspectiva professionals.

Dimensions d'anàlisi per a la detecció de dificultats entre els immigrants sense papers d'Àfrica i Àsia		
A) Tramitació de la TIS	Empadronament	
	Tràmit sol·licitud	
	Temps d'espera i ús de la TIS provisional	
B) Conseqüències en l'accés de no estar en possessió de la TIS	No assignació de metge	Ús habitual d'urgències
		Concentració a determinats centres
	L'accés a medicaments i tractaments	
C) Idioma	* Recursos: traducció, mediadors...	
	* Mitjans alternatius de comunicació: Com entendre i fer-se entendre?	
D) Diferències culturals	* Enteniment del sistema sanitari	
	* Concepció de les malalties i del dolor	
	* Qüestions de gènere en la relació metge- pacient	
E) Els circuits d'informació entre la població immigrada		

Per aquest grup, el primer obstacle el trobaríem en la tramitació de la TIS i tota una sèrie de passos de caràcter administratiu. Com a conseqüències directes de no estar en possessió de la TIS aquestes persones en veuen abocades a un ús regular i habitual de les urgències i els mitjans alternatius per a aconseguir els medicaments. La barrera idiomàtica i les diferències culturals seran tractades com a dos dimensions que afectaran de forma transversal en l'accés a qualsevol servei d'atenció sanitària. Al llarg d'aquests punts es posarà de relleu un aspecte analitzat pels professionals de l'àmbit: la capacitat del sistema per rebre a la població nouvinguda i la concentració /especialització territorial.

Fora de les qüestions que afecten al col·lectiu de forma transversal i que apareixen a l'esquema (barreres burocràtiques, idioma i diferències culturals), les dificultats que manifesten respecte a determinats serveis no es distancien dels de la resta de la població. Per exemple, les queixes respecte a les estones d'espera, o les llistes per intervencions quirúrgiques no són un obstacle específic del col·lectiu o les seves conseqüències no resulten més negatives que per d'altres sectors de la població. En el cas dels sense sostre o de gent gran si que trobàvem que qüestions genèriques (que afecten a tots els usuaris) per a ells esdevenien una problemàtica major.

A) Accés a la TIS

L'accés a la Targeta d'Identificació Sanitària (a partir d'ara TIS) esdevé el primer pas per rebre una atenció en condicions d'igualtat respecte a la població autòctona. Cal tenir present que per l'immigrant en situació irregular la cobertura sanitària no és una qüestió prioritària. Trobar una feina i cobrir la necessitat d'habitatge, entre d'altres, van molt per davant. Aquest fet condicionarà el contacte amb la sanitat pública, de manera que obtenir la TIS sovint es retarda fins que es necessita tot fent un ús molt puntual.

Tot i que l'assistència sanitària no se li nega a ningú donada la universalitat d'aquest dret, no tenir la TIS implica almenys dos conseqüències que seran analitzades més endavant: la no assignació d'un metge de capçalera (el que suposa l'atenció als serveis d'urgències) i no tenir cobertura en medicaments. De moment, però, ens centrem en l'element clau: *com s'obté la TIS?*

El procediment implica alguns tràmits administratius que es detallen des de l'atenció a l'usuari o des de serveis socials dels CAPs. El requisit indispensable, i que a la fi, es el que pot bloquejar la sol·licitud és restar ***empadronat a la ciutat***.

E: ¿No fuiste a la sanidad ninguna vez sin tarjeta sanitaria?

La primera vez fue sin tarjeta sanitaria, se encontró con problemas por ellos no le querían atender sin tarjeta sanitaria. Le explicaron que ella tenía que hacer el trámite de empadronamiento para solicitar la tarjeta y luego ya le dieron un papel. Y ahora ya tiene la tarjeta sanitaria.

E: Y los problemas, ¿esa primera vez dónde fue?, ¿qué era en atención primaria o en un hospital?

En el ambulatorio. [usuari]

Per a efectuar l'empadronament, cal demostrar un domicili i presentar el passaport. La domiciliació, si no es té, és pot aconseguir tot i que les formes poden amagar abusos per part de terceres persones. Hem conegut casos on ha estat un compatriota o amic qui ha facilitat l'adreça per empadronar-se, però en ocasions l'immigrant pot arribar a pagar quantitats de diners només per fer constar que viu a un domicili.

Dice que ella se empadronó sin problema. Una de sus amigas le dio domicilio y con eso pudo tener la TIS. Pero sabe de compañeros que pagan por un domicilio sólo para empadronarse, aunque no vivan en él. [usuària]

Un treballador social d'un CAP comentava al grup de discussió:

Si además hace unos días hablando con una intermediadora, ella tenía por traslados... 250 euros que pagan por utilizar una dirección.

(...)

Y eso es falta de información,

(...)

Claro, si la están dando gratis [usuaris]

Aquest tipus d'enganys es donen molts cops per desconeixement, donat que existeix l'empadronament sense domicili fix, cas en el que es fa constar l'adreça del mateix CAP o d'algun altre centre on la persona sigui usuària. Tot i que, associar-se a un domicili és una barrera salvable, com s'observa, els tràmits i no conèixer els procediments poden esdevenir problemàtics.

Així ho explicaven els professionals i els mediadors que estan en contacte amb els col·lectius:

Hay otro tema, que es el hecho de exigir estar empadronado para poder acceder a la sanidad, el problema es que sabemos que hay mucha gente sin papeles, y esto lleva a mucha gente a hacer trampa. Obligan a la gente a hacer trampa para empadronarse para acceder a este servicio. [persona tercer sector]

P1: Y en algún ambulatorio por no estar empadronados se les niega la tarjeta sanitaria.

P2: Si, hombre claro, en Drassanes.

P1: Pero te inventas el Drassanes 127 o no te lo inventas.

P2: No, cuando llegan arriba de la... o sea lo de Drassanes 127 es abajo con inspección. Pero si una persona sube arriba donde están los médicos y se va al mostrador, a la administrativa y dice: quiero visita de... enseñame la tarjeta, no la tengo, pues tráeme un papel de empadronamiento, si no me traes un papel no te puedo dar visita con ningún médico.

A: ¿Sin tarjeta no hay visita?.

P1: Hay visita en urgencias... pero no en el médico de allí...

P2: Pero no se puede crear una tarjeta sin domicilio...

P1: Entonces te dicen baja a bajo, donde está inspección y pregunta. Entonces allí, es donde ya tramitan la tarjeta y si no tienes domicilio, ponen: Drassanes 17.

Pero es después de este paso. [grup discussió professionals. P=participant]

El fet que resulta gairebé irresoluble per empadronar-se és no ***estar en possessió del passaport o document d'identificació***. Cal tenir present que es donen casos en els que l'immigrant destrueix la documentació per evitar repatriacions.

Yo creo que hay dos tipos de inmigrantes sin papeles: unos que tienen pasaporte y otros que no tienen nada. Los que tienen pasaporte, más o menos tienen un acceso a servicios sanitarios, porque pueden tener la tarjeta sanitaria. Sino tienen donde empadronarse, hay SAIER, hay SOS Racismo, hay muchos sitios, hablo aquí en Barcelona. Y otro tipo de gente, por ejemplo los hindúes, de India, si tu pierdes tu pasaporte, olvidate, nunca vas a tener, nunca más, como el Prestige. [persona tercer sector]

Un dels nostres entrevistats, després de tretze anys de viure a la ciutat encara no havia pogut tramitar cap paper per aquest motiu:

E: Como digo, en 11 años tendrías que tener ya hasta nacionalidad, con diez años ya se puede solicitar.

Claro, pero no tengo pasaporte.

E: Pero se puede demostrar la estancia y

Yo quiero pasaporte, mi familia cuando yo consiga dinero para enviar el pasaporte, yo cuando manda, ellos comen, porque tienen hambre. Mi familia es pobre, yo estoy aquí, si estoy trabajando mando dinero 200, 100 euros y ellos comen. Ellos saben que estoy en Europa y que tengo de todo, y yo no tengo nada, ellos no saben. Yo intentaré mandar 50 para que hace papel y cuando lo manden ellos yo haré papaporte. [usuari]

Un cop obtingut el certificat d'empadronament, la sol·licitud es tramita des dels CAPs, i en aquest sentit hi ha certa variabilitat en funció del centre: en alguns CAPs, assumeixen la primera acollida els treballadors socials, tot recollint una sèrie d'ítems per conèixer la situació de la persona; mentre en d'altres s'encerrega el personal administratiu d'atenció a l'usuari. Per aquelles persones que no treballen o que treballen sense cotitzar a la Seguretat Social (que són els casos més usuals entre gent immigrada), es tramita una targeta per a persones sense recursos (independentment dels ingressos que tinguin, donat que no es verifiquen les declaracions d'ingressos que no estiguin documentades).

Arribats a aquest punt accedeixen a un resguard provisional que poden utilitzar durant els tres mesos fins que s'expedeixi la targeta definitiva i que ha de implicar l'assignació d'un metge de capçalera. Tant els professionals com les persones entrevistades, han evidenciat que amb el resguard provisional (tot i que teòricament té la mateixa validesa que la TIS) hi ha dificultats per accedir a segons quins serveis, o si més no, posen pegues (a l'hospital, a les farmàcies, per prestacions ortopèdiques...), moltes vegades per desconeixement dels propis treballadors que no resten informats.

Tal com ens comenta una persona participant en el grup focal:

A veces, en el Hospital del Mar, por ejemplo cuando van de urgencia les dicen "no, esto no vale", la tarjeta provisional que yo doy con sello con teléfono... En el Hospital del Mar no tienen información y ese documento de cartón provisional que ha enseñado pues no sirve, entonces claro, vienen otra vez para acá, a la consulta del trabajador social: que no sirve, que no sirve... Coges el teléfono, llamas a

asesorla jurídica del hospital, mira pasa esto tal y cual, entonces se le explica y no hay ningún problema. Entonces... Es que el tema de la tarjeta sanitaria es para un capítulo, volumen 1, capítulo primero, sección primera, como yo digo. [grup discussió professionals]

Amb la provisional s'assigna un Codi d'Identificació Personal (CIP), sense el número d'afiliació a la Seguretat Social, fet que genera confusions burocràtiques. Al grup de discussió es van posar de rellevància dificultats amb la targeta provisional:

También tengo uno privado, médico, yo pagar cada vez que ir 50€. Otra cosa, yo tengo tarjeta temporal, de aquí de Badalona, entonces yo trabajando en Lloret Mar. Yo tengo unos problemas y va para Lloret de Mar, cuando voy al médico dice esta tarjeta no vale aquí, porque sólo en Badalona. No vale en otros ...de España. Esta tarjeta no vale. Cuando tu tienes tarjeta sanitaria permanente si esta vale por toda España. Pero ahora no la que tu tienes. Provisional esta no vale. Entonces tu pagar 50 euros al médico o pagar para las medicinas. [usuari]

El procés final d'expedició de la targeta definitiva i l'arribada a mans del nou usuari, també es pot veure interromput per motius com:

- El tràmit administratiu es pot veure afectat per les característiques del programa informàtic utilitzat. Per que s'arribi a expedir la TIS han de constar omplerts tots els camps. Qualsevol espai en buit, pot significar un bloqueig del procés.
- El temps que transcórrer des de que es fa la sol·licitud fins que surt la TIS, pot arribar a ser de mesos molt mesos, anys inclòs. (fet generalitzat per a tots els usuaris)
- Relacionat amb l'anterior punt: L'usuari pot haver canviat de domicili en el temps que triga en expedir-se el document, donada l'alta mobilitat d'aquest col·lectiu. Si no existia domicili particular i s'hi havia fet constar un domicili genèric (per exemple el del CAP) un canvi d'ubicació pot implicar no arribar a recollir la TIS definitiva. Canviar de centre d'atenció (CAP), llavors, significaria tomar a començar el procés de sol·licitud.

Vist tot els procés i les situacions que se'n deriven cal concloure que l'accés a la TIS es factible per al sector d'immigrants amb document d'identificació, tot i que els tràmits poden resultar llargs i implicar estratègies per fer-ho possible (ja sigui per part dels

professionals o dels mateixos usuaris). En canvi, per aquells/es hi ha una minoria de persones immigrades que resulten inempadronables per la seva condició de indocumentats, i per tant, ara per ara no poden obtenir la TIS.

Sigui per trobar-se en tràmit, o per impossibilitat d'accedir-hi cal interrogar-se per les estratègies utilitzades per accedir a determinats serveis sense la TIS. Tot i que com es veurà, es recorre als serveis d'urgències per rebre atenció mèdica, també es dona ***l'ús de targetes de companys, amics o familiars***. Aquesta pràctica genera problemes a nivell d'historial dels usuaris. Pot arribar a succeir que una mateixa persona hagi estat tractada d'una mateixa patologia dos cops (extirpació d'un òrgan com l'apèndix més d'un cop), o que figuri com al·lèrgic a determinades substàncies sense ser-ho (o viceversa), que la mateixa persona tingui obert més d'un historial perquè el personal administratiu, en transcriure un nom estranger per a ell desconegut, no ho ha fet amb la grafia adequada.

Ah, esto también sí. Depende qué tipo de problema tiene, si van a esperar o ir a médico. Este chico estaba en templo de... la India, que utilizaba... su dedo de pie cortado el médico. Él no tenía papel, y utilizaba la tarjeta de su amigo. Pero tenía gangrena y cortado dedo. Su amigo, esto pasó. Gente estaban preparando como una especie de misa, estaba trabajando cayó una cosa a su pie. Y cortaron su dedo de pie. Y cuando fueron al Hospital del Mar, el médico ha dicho que tiene gangrena, y que van a cortar su dedo de pie. Y él utilizaba una tarjeta de amigo porque no tenía papel. [grup discussió immigrants]

B) Conseqüències de no estar en possessió de la TIS

Fins ara s'han analitzat totes les traves de caire administratiu per a l'obtenció de la TIC, així com diferents pràctiques "extraoficials" per poder-la obtenir o fer-ne ús. En aquest epígraf, hem volgut incidir en dos fets que es deriven del fet de no estar en possessió de la TIS i que suposen un tracte diferencial: la no assignació d'un metge capçalera i la no cobertura farmacèutica.

- ***La no assignació del metge de capçalera i l'ús de les urgències***

Des de la perspectiva dels professionals, l'assignació d'un metge de capçalera és considera essencial per un tracte equiparable al del "usuari estàndard". Amb l'assignació de metge s'aconsegueix un seguiment, es disposa del seu historial i és

possible el tractament continuat i la prevenció. En canvi, no tenir la TIS implica no estar vinculat ni a cap centre ni a cap metge. D'aquest fet se'n deriven dos tendències en l'ús del sistema:

1. Els serveis d'urgències esdevenen el recurs per a qualsevol requeriment en salut que se'ls presenti.

E: Cuando el disparo y todo, siempre a urgencias. ¿A dónde fuiste al Mar, al Clínico?

J: A Pere Camps, al Hospital Clínico, y del Clínico yo estuve en la cárcel de aquí. Porque yo dentro de la cárcel me he caído, y me llevaron al Hospital del Clínico. Y cuando tenía problema aquí en Drassanes, y en el Hospital del Mar también. [usuari]

Les urgències, tal i com indica el seu nom, estan destinades per incidències/accidents determinats que es presenten de forma sobtada i requereixen certa immediatesa. Utilitzar aquests serveis en substitució de l'atenció primària té, almenys dos efectes negatius: i) entorpeix la seva raó de ser, atendre les urgències en salut de la població; ii) per la persona que en fa un ús habitual no gaudeix d'una cobertura com la que proporciona estar vinculat a un CAP.

Alguns dels entrevistats, han manifestat més queixes respecte al tracte rebut a les urgències hospitalàries que respecte a l'atenció als CAPs (que majoritàriament s'ha qualificat de satisfactòria)

E: Luego hay servicios de urgencias...

Te vas a urgencias y estás cinco o seis horas esperando, te dejan de último paciente.

E: Crees que tratan diferente a los inmigrantes.

Hombre yo no digo todos los médicos, hay médicos que tratan bien. Pasa el problema de la gente que hay [usuari]

2. Independentment del barri on es visqui, s'acudeix a aquells centres on saben que seran millor atesos i on els posaran menys traves administratives. Donada la concentració espacial de col·lectius immigrants a determinades zones de la

ciutat, hi ha centres on la sensibilitat i la capacitat d'atenció a nouvinguts es major. Això genera cert efecte crida, trobant centres que atenen un alt percentatge de gent immigrada. Al respecte, els immigrants entrevistats en han manifestat recórrer a determinats centres: Pere Camps i el CAP de Drassanes són els centres més esmentats. Inclús es donen casos de derivació d'altres centres d'atenció cap a aquests dos.

E: ¿Si tuvieras tarjeta irlas a otro médico o irlas más al médico?

Sí, me gustaría ir a otro médico, pero no papeles, no poder, solo Drassanes, allí no pedir papeles, no pedir nada, pero esperar mucho. Yo querer ir al médico normal. [usuari]

A: ¿Y alguna persona se ha encontrado en el caso que contaba él que con la tarjeta provisional al cambiar de domicilio no le hayan atendido?

I: Si él dice que también. Que cuando ha caído en la escalera tenía tarjeta temporal y fue a urgencias de medicinas, al ambulatoria, en Drassanes. Entonces ha subido con problema de pierna que no podía andar y estaba esperando, así una hora y media. Y después dijeron usted aquí no, usted debe ir a urgencias, a otro lado. Mandaron a otro lugar de urgencias. Los inmigrantes como no pueden hablar ni saber nada, entonces es una cosa (...) Este señor tiene alergia hace dos años, está diciendo que para cita previa con médico tres meses, es muy largo. Él tiene su carta de cita que está en casa pero de dos meses y medio. [usuari]

Des de la visió dels professionals s'ha contemplat aquesta tendència amb preocupació, donada la desigualtat territorial que es genera a la xarxa d'atenció. Temen el col·lapse de determinats centres així com un esgotament dels professionals que hi treballen. A això cal sumar, la possibilitat d'elecció de centre per part del usuari, el que pot aguditzar la segregació dels immigrants de la resta de població.

Y entonces es un tema de sectorización, porque tu encuentras que CAPs en determinadas épocas, y dependiendo del tipo de población que tengan en su área geográfica, pues tienen unos niveles más altos que otros, como decir, Drassanes, durante la época de verano. Ahí la gente empieza a hacer la vacunación y esto se vuelve insostenible. Y la gente de Drassanes que además históricamente ya sabe como tratar, como llevar el caso. Porque hay gente que lleva diez años... Pues es

un nivel de estrés, que claro es la parte humana la que revienta. Y llega el inmigrante, y nada más llegar que nunca ha ido y se encuentra con un nivel de estrés tremendo. Y entonces claro la tendencia es a generalizar. Claro como éste es así, entonces todo el sistema sanitario es así. [metge de família]

- *La cobertura en medicamentos*

La segona conseqüència de no estar en possessió de la TIS afecta a l'accés a la medicació i el seguiment de tractaments. Les dificultats econòmiques associades a la manca de treball o a sous molt baixos característics de l'economia submergida, han estat manifestes per la majoria dels entrevistats/des. Així, pagar-se una medicació o un tractament pot esdevenir impossible i més quan és concep com a necessitat secundària. Per aquells/es que no tenen TIS i per tant no gaudeixen de la cobertura parcial, encara es fa més difícil.

E: ¿No tienes tarjeta sanitaria?

Nada, ahora yo he estado enfermo y no sabe donde ir al médico.

E: ¿No has ido nunca al médico?

Si, he ido al médico, antes si cuando rompe cabeza, fui rápido. Antes me dispara aquí en el 97, me dispara un racista aquí en Barcelona, me dispara en la pierna. Entonces mi nombre está dentro de computer. Voy al médico, escribe papel y no puedo comprar medicinas, porque como no tengo trabajo.

E: ¿Y entonces los medicamentos como haces para comprártelos, cuando vas al hospital?

Cuando voy al hospital me dan unos papeles, y cuando eso yo pido a una amigo mío dinero, y voy a la farmacia, y cuando no tiene...no compra. [usuari]

Cal recórrer llavors, a les farmacioles que disposen als CAPs (que estan dotats d'una gamma de productes molt reduïda), al SAIER o alguna entitat sense ànim de lucre que atengui al col·lectiu.

E: Estas tomando ahora algún medicamento?

Sí, tomo unas pastillas y unos sobre, pero los medicamentos son muy caros y no siempre puedo comprar.

E: ¿Entonces que haces?

Vas al SAIER y ellos ayudan a inmigrantes sin dinero. Hacen receta y tu pagas solo una parte.

E: ¿Tu pagas el 40 y el resto lo paga el SAIER?

Ellos te pagan todo, pero te piden, digamos la receta. Tienes que pagar cinco euros. [usuari]

Tuve problema de un día que no tenía dinero para comprar medicamento. Y dije a médico que ese día no puede pagar, este mes no puede. ¿Usted puede ayudarme? Eran seis o siete euros pero no tenía. El mandaba abajo a una planta que ayuda... Estaban preguntando cual es mi ingreso del mes y estaba diciendo que en estos momentos no tengo nada, que tengo que pagar gastos de comida, gastos de alquiler... Entonces fui tres veces con médico y paga medicamento. [usuari]

C) L'idioma com a barrera

L'idioma esdevé el segon gran obstacle i afecta a tots els immigrants que desconeixen el castellà i/o el català ja sigui perquè porten poc temps al país o perquè el procés d'aprenentatge és lent donats els seus cercles de relació. Les dificultats en la comunicació s'han posat de rellevància per tots els entrevistats en preguntar pel tracte rebut als serveis sanitaris. En alguns casos, fins i tot ha estat l'única qüestió especificada, considerant-se el tracte totalment correcte. Per part de l'usuari els entrebancs es produeixen en tres moments crucials per accedir al sistema sanitari i ser atès correctament:

- En primer lloc, es donen els **tràmits administratius previs a la consulta**, on la persona ha d'entendre com funciona el circuit d'atenció i que ha de fer fins arribar al metge. En aquest sentit, el personal administratiu juga un paper clau en la derivació de la persona. En general, el pas administratiu es considera salvable, donat que pot haver-hi un primer cop que es desconeixi totalment el funcionament, però també hi ajuden les xarxes d'informació entre el propi col·lectiu. Per una altra banda, les indicacions administratives solen ser més breus i de menor complexitat. Tot i això, els mateixos professionals de l'àmbit sanitari consideraven adequat una mínima

formació tant en idiomes (anglès i/o francès) com en sensibilització pel personal que es troba a primera filera d'atenció.

Però un moment y ahora me meto. O sea el tema, el tema de l'idioma, es tan borde... Y la administraci3n tendr3a que poner tantas cartas en el asunto que no est3 haciendo... Desde administrativos que sepan hablar Franc3s e ingl3s, por ejemplo. Porque esto lo he visto yo: Do you speak English? Y la administrativa: no. Se te cae la cara de verguenza, bueno entonces como vas a recibir, en un sitio d3nde casi el 50% son inmigrantes. Y no sabes decir nada en ingl3s. Haber que el ICS tiene que tomar partido en esto, ¿no? Y decir, bueno pues en este sitio la gente tiene que saber decir cuatro palabras, en ingl3s, porque sino no estes de cara al p3blico. Porque se har3 la cola, has de ir a buscar a otra persona, bueno... Esto yo creo que es responsabilidad de la Administraci3n directamente....[persona tercer sector]

- Un cop s'estableix contacte amb el metge, l'usuari **ha fer-se entendre i expressar** els símptomes de la patologia. Així ho explicava una medidora cultura com a experiència pròpia.

Yo primero le digo mi opini3n personal. Yo aqu3 tuve este problema, primero el tema del idioma, que no puedes decirle tan r3pidamente al m3dico que es lo que te duele. Y no puede adivinar lo que... Lo segundo, si ya conoce la patolog3a que puedes tener y ya te ha pasado antes, y ya tienes experiencia, y ya sabes que medicamento m3s o menos te puede servir... Nosotros tenemos una terminolog3a en relaci3n con el medicamento, si nosotros sabemos que una cosa va bien para algo, conocemos el nombre comercial. Entonces al llegar aqu3, aqu3 no lo podemos conocer, porque son otros laboratorios... Y este problema suele ocurrir, sobretodo en estos t3rminos. O sea, por una parte no puedes ayudar al m3dico a que te administre... Mi ejemplo, un d3a en el trabajo, me dolla la cabeza me tom3 una aspirina, y tuve una alergia, sabiendo que yo ten3a alergia. Pero no me di cuenta en el trabajo, y fui al m3dico y yo sab3a lo que hab3a que tomar. Era una inyecci3n que yo no me acordaba del nombre, hay que ponerla, y en diez minutos se te va. Pero estuve all3 de las siete de la tarde hasta las cuatro de la ma3ana en el Hospital del Mar, y no me han hecho nada, o sea m3s que esperar. Y sin poder explicar lo que habl3a que poner. [persona tercer sector]

- De la mateixa manera, s'ha d'arribar a **comprendre el diagnòstic i les indicacions del professional**.

Ella dice que no está de acuerdo porque dice que el problema es cuando llegas, cuando ya estás hablando con el médico. Porque igual para pedir día y hora es fácil, pero a la hora de ir al médico, dice que el médico te pregunta muchas cosas y utiliza por ejemplo un vocabulario un poco de medicina, y ahí es donde ella se encuentra con problemas. [usuària]

Per aquests dos darrers moment (entendre i fer-se entendre) alguns dels components de la mostra explicaven com es feien acompanyar per fills, companys, amics... que poguessin fer de traductors.

Si ella me comentaba antes, que el problema principal era el idioma y que tenía que llevar a una persona con ella para entenderse. (...) Dice que si, que para ella el problema más grande es el tema del idioma, porque cada vez que tenga que ir al médico tiene que buscar a una persona que le acompañe. Y como su marido trabaja, pues no puede cada vez que vaya al médico que él coja un día. Es un problema muy grande... [usuària]

Dice que hasta ahora no se ha encontrado con el problema este, porque siempre le piden que le acompañe alguien que le pueda transmitir la información correcta. La primera vez le pasó con el niño, que lo tenían enfermo, fue ella sola y la atendieron pero no le quisieron dar la información ni nada. Le dijeron que fuera con una persona que le pudiera transmitir la información. Luego la segunda vez hace poco, a ella le dolía el oído, fue al médico y tampoco la querían atender porque ella no entendía nada. Y por eso le pidieron también que fuera una persona para hacer de traductor o para transmitirle la información correcta. Hasta el momento no se encontró con con más problemas... [usuària]

Per una altra banda, trobem que el professional com a interlocutor topa amb la mateixa problemàtica que l'usuari: ha d'entendre i ha de fer-se entendre.

De vegades perds molt temps fins a saber que és que el que li passa a aquest usuari és que li dol el cap. Això crema al professional perquè no sap com fer-se

entendre ni com entendre a l'usuari. I un és pot cremar per una tuberculosi, però per un mal de cap no val la pena, això no pot ser. [metge de família]

Si per part de l'usuari se senyalava com cercaven recursos propis per acudir a la consulta, tant metges com treballadors socials incidien en la necessitat de recursos dins del sistema que funcionin eficientment. El professional també intenta buscar-se els seus propis recursos, utilitzant diccionaris de lèxic, esquemes explicatius i intenten trobar vies per pal·liar el problema de comunicació (aprenent algunes paraules clau en altres idiomes).

Ensenyar castellà a tots és difícil perquè estan treballant moltes hores de forma irregular (...) És millor facilitar al metge unes eines mínimes per a solucionar els problemes, que se'ls doti de temps. (...) [metge de família]

(A l'hora de demanar anàlisi) Ens va costar treball saber com es deia caca (femta), i quan vam aprendre de vegades els pacients portaven orina, sobretot els hindús i paquistanesos. Després vam saber que caca i pipi es diu de la mateixa forma, però l'una es caca gran i l'altra caca petita (...) [metge de família]

Com a recurs, reconeixen que es fan servir els propis fills dels usuaris (infants o adolescents) per fer la traducció o persones conegudes que sàpiguen el castellà, com a recurs més fàcilment disponible. Creuen, però que és una estratègia poc adequada i que atempta contra la intimitat del malalt.

Bueno, però eso ya es patético, cuando va la mujer de un Pakistán que lleva días que solamente habla urdú y lleva a su hijo de once años que habla perfectamente urdú, catalán y castellano, a que le haga una traducción literal de lo que el médico le está explicando. Y el médico ni se entera que le está diciendo el chaval. O sea como si es un tema ginecológico, y esas cosas se permiten. Y además me parece a mi que el médico o la médica en medio de su desespero, pues lo acepta, pero no deberla así. Claro terminas explicándoselo, pero es lo que no deberlas hacer, porque imagínate que hay malos tratos o algo así.. [persona tercer sector]

Respecte a la figura de l'agent de salut (per fer de mediador) es considera insuficient, per haver-n'hi pocs i no estar presents de forma continuada a tots els centres. Els mateixos agents de salut entrevistats així ho han expressat considerant a l'hora que cal una professionalització i dedicació a temps complert d'aquesta figura.

Un altre recurs existent és el servei telefònic de Sanitat respon, que entre d'altres coses, ofereix traducció simultània a la consulta a través d'un "mans lliures". Amb cap dels entrevistats del col·lectiu s'havia fet servir aquest mètode ni eren coneixedors del seu funcionament. Dels professionals entrevistats, no tots sabien de l'existència d'aquest sistema, i aquells que ho havien fet servir ho consideraven poc efectiu. La manca de temps ha estat assenyalat com el primer factor que impedeix el seu ús.

¿Pero es un sistema bastante nuevo, o existía ya hace?

E: No, ya hace yo diría que hace más de un año que lo tienen.

Yo estaba de mediador aquí y me mandaban bastante a este CAP y desconocía que había este servicio, e igual hace año y medio que estoy... [persona tercer sector]

(...) Yo una vez lo utilicé y estuve dos hora para una entrevista, dos horas... En la consulta es imposible.

No es nada práctico. Y vamos a lo práctico, está clarísimo. O sea que cuando tienes cuarenta personas en un mañana es que seleccionas, vas a lo que funciona pero seguro. Vas a lo que te funciona y lo que te funciona a veces es salir a la sala de espera, mirar a ver y decir mmm: Usted, pues venga... Y te traduce una persona lo que te está pasando cuando no te conocen de nada. [metge de família]

Un altre tema que s'apuntava des de la perspectiva dels professionals és que la traducció literal no és suficient (inconvenient que també se li veia al mecanisme del "mans lliures"). Consideren important acompanyar la traducció amb la interpretació de les gesticulacions, de la seva concepció del dolor i la forma d'expressar-lo. Amb tots aquests aspectes entrem en el terreny de les barreres culturals.

Lo que pasa es que yo, por una parte es una maravilla. Pero a veces no sólo hace falta la traducción, sino también la interpretación. Cogemos un ejemplo, la gripe,

aquí la gente lo interpreta de una manera, y en Marruecos se interpreta de otra. Lo más importante es como interpretar las cosas, y a veces también ayudan los gestos.

E: Entonces sería necesario también que el traductor estuviera presente.

Si, mi opinión es esta, no quiero meteme, pero es un comentario breve. [persona tercer sector]

D) Les diferències culturals

La distància cultural ha estat considerada com a barrera pels professionals en diverses dimensions: la idea de cobertura sanitària; la concepció i expressió del dolor i tota una sèrie de qüestions que afecten a la relació metge-pacient (el gènere, la religió, el caràcter i l'expressivitat). En canvi, des del punt de vista dels immigrants entrevistats la qüestió de l'idioma era central reduint-se els problemes causats per la distància cultural a qüestions de pudor a l'hora de parlar de certs temes. D'aquesta manera, en aquest punt cal insistir en la diferència entre les percepcions dels components de la mostra i la visió dels professionals.

Una primera diferència de caire cultural que es posava de rellevància és la **idea de sistema sanitari** amb la que arriba la persona immigrada. Per aquest motiu als immigrants entrevistats se'ls s'interrogava sobre el tipus de cobertura sanitària existent al país d'origen. A la majoria de casos la xarxa sanitària pública del lloc de procedència és inexistent o de mala qualitat, esdevenint l'esfera privada única via. En alguns casos, també es parlava d'un sistema sanitari molt desigual, concentrat a ciutats i d'una descobertura a zones rurals. El funcionament de la cobertura sanitària i com fer-ne ús esdevé una novetat, sobre la que cal informar i educar. Així ho expressava un mediador cultural al grup de discussió:

¿Sabes que pasa? Es que en nuestros países, ten en cuenta que la mayor parte son países empobrecidos. Es que no hay atención primaria. El concepto de atención primario no existe. Nosotros llegamos aquí y hay un médico de cabecera, y lo primero que pensamos es cuánto nos irá a cobrar. Claro porque es que no hay este concepto. Entonces construir ese concepto cuesta. Yo por eso soy partidario de que a nivel de propuestas es que hay que llegar a los inmigrantes a fuera, a través de las asociaciones. De los centros neurálgicos donde se reúnen para generar todo un proceso educativo de lo que es el sistema sanitario. Porque es

que sino se genera ese primer proceso educativo que un proceso sanitario como el nuestro, que además es gratuito que tiene unas ventajas y al cual hay que acceder de forma correcta. Y no estar accediendo como en el caso que comentaba en Hospitalet. Todo el año: necesito que me envíe la radiografía otra vez, que me des... Es decir acceder adecuadamente. Esto requiere un proceso de educación. [persona tercer sector]

Per una altra banda, a aquells països d'origen on la medicina tradicional o els coneixements de caràcter popular estan molt arrelats, es continua utilitzant un cop instal·lats a la societat receptora.

Mira tu ves a la mujer y la primera vacuna, con la preinscripción que le hizo al niño... Se va al locutorio y llama a su mamá al otro lado del mundo, a Senegal, a preguntarle que era lo que le daba cuando ella era pequeña para quitarle ese mal que tenía. Y luego la ves por las herboleras de Barcelona consiguiendo la hierbita con otro nombre. Y nunca la consigue. El tema que jode de fondo, es si visitas al médico, pues porque no sigues el circuito y cierras el círculo. Porqué haces otra cosa, lógico, eso también tiene una explicación obvia, no a nivel... El tema es como intentamos generar un cambio de chip... Sin domesticar, sino educando a la gente para que asuma un marco diferente, que eso también tiene un tiempo y tal, y que pasas por el tema de educación. Por eso lo digo, porque es imposible que se el pida al médico que haga prevención con un usuario de otra cultura. Cuando es imposible en cinco minutos, casi imposible intentar diagnosticarle. Si entendiésemos su sanidad, y cómo esa persona ha estado utilizando el sistema, sería más fácil... Ellos también nos harán cambiar a (...) [persona tercer sector]

Algunes cultures combinen els seus mètodes amb l'ús de l'atenció sanitària pública, pràctica que, com s'observa al fragment anterior, no és considerada correcta des de la perspectiva dels metges.

E: ¿Encuentras algún problema con la interpretación de la información que da la sanidad? Información que sanidad emite: prospectos, folletos...? Es decir todo lo que es la información que genera el sistema sanitario. ¿Hay problemas de comprensión o hay vías para entenderlo?

Dice que hasta ahora no se ha encontrado con el problema este, porque siempre le piden que le acompañe alguien que le pueda transmitir la información correcta. La primera vez le pasó con el niño, que lo tenían enfermo, fue ella sola y la

atendieron pero no le quisieron dar la información ni nada. Le dijeron que fuera con una persona que le pudiera transmitir la información. Luego la segunda vez hace poco, a ella le dolía el oído, fue al médico y tampoco la querían atender porque ella no entendía nada. Y por eso le pidieron también que fuera una persona para hacer de traductor o para transmitirle la información correcta. Hasta el momento no se encontró con...[persona tercer sector]

D'altres comunitats gairebé no fan servir la xarxa sanitària pública, per exemple, els professionals comentaven que la presència de xinesos com a usuaris és molt reduïda en comparació amb la grandària de la comunitat instal·lada a la ciutat.

- Una pregunta, ¿els xinesos, van al metge?
 - No, en Badalona y Santa Coloma.
 - Es que per aquí a l'eixample es veuen molts, i l'altre dia ho estava pensant... Es clar com ells tenen un altre tipus de medicina, s'adapten al sistema?
 - Aquí hay temas... Por ejemplo a nivel de enfermedades endémicas, hay unos problemas gravísimos con ciertas poblaciones. Por ejemplo con los xinos es un tema clarísimo. Porque ellos como comunidad son un guetto. Son super cerrados.
- [grup discussió professionals]

La segona qüestió contemplada pels metges entrevistats la constitueixen les diferències en la **concepció i expressió del dolor en funció de la cultura**.

L'experiència en el contacte amb les diferents cultures, acaba sent clau per concebre les malalties des del punt de vista d'altres cultures.

Per exemple els pakistanesos treballen molt amb el concepte de fred/calent en relació amb la malaltia, i després ho compensen amb l'alimentació menjant fred o calent per compensar l'estat del cos. [metge de família]

Aquest fet aguditza la dificultat de comprensió derivada de la barrera idiomàtica. Així, entendre els símptomes de l'usuari esdevé més difícil, i poden portar a una confusió en els diagnòstic. Ha estat diverses, les anècdotes d'aquest tipus explicades pels professionals entrevistats:

Pero mira de Pakistán le pasó a la que tenía que venir hoy en mi lugar. Me parece que tenía tres o cuatro visitas, de pakistaní que le decía: Ojos lloran. Y le trató con dos o tres colirios, no le iba el antibiótico, le cambió... y ojos lloran y era que estaba triste. Pero se enteró a la tercera o cuarta visita. (...) Pero ahora cuando dicen ojos lloran, ja ho saps. Ya primero te lo miras dos veces a ver que cara pone. Però bueno, aixó és que és inevitable no? El contacte y... [metge de família]

Hay un perfil de población que si que necesitamos conocer mutuamente lo que son todos los hábitos y las costumbres y los sistemas como están funcionando. Y hay otros que es que ya están fuera en el sistema de su país. Si están fuera del sistema sanitario de allí no pretendamos que aquí entren. [metge de família]

En darrer lloc hi ha tota una sèrie de qüestions culturals que afecten a la relació metge - usuari. Per una banda, i el fenomen més citat ha estat la diferència de sexe entre pacient i metge. Al respecte no s'ha trobat unanimitat d'opinions. La majoria dels immigrants entrevistats no ho veien com a una barrera, més aviat com a cert pudor tant per part d'homes com dones a ser atès per algú del sexe contrari en relació a determinats temes (ginecologia, sexualitat...).

En nuestra cultura, yo conozco bien el Islam de los pueblos, las mujeres embarazadas o cuando tienen problema de ginecología, tradición es ir doctoras. En pueblos. Hay dos tipos de culturas. Gente educada, gente religiosa que no dejan irse, ella tampoco no gusta ir a hombre. Además hay... ¿cómo se llama?, vergüencia.

A: ¿Y los hombres no, no tenéis problemas para ir con una mujer doctora?

Nosotros también tenemos problemas, cuando... Hombres también no podemos estar sin ropa cuando... [persona tercer sector]

En canvi, els mediadors culturals narraven experiències on aquest aspecte prenia rellevància i dificultava l'accés d'algunes dones a l'atenció ginecològica. Si el canvi de metge no és possible, és pot arribar a abandonar el seguiment mèdic, o com alternativa (si el nivell adquisitiu ho permet) recórrer a la consulta privada.

E: Un par de cuestiones más y ya acabamos. Una es de tipo cultural, es si cree que el sistema sanitario respeta aspectos de su cultura. (...) Si cree que esos temas culturales influyen en el trato, o cree que los respeta.

Dice que ella por ejemplo no le pasó nada así. Que en su caso su marido siempre le empuja para que vaya sola al médico y todo. O sea el problema este no existe, que el marido acompañe y tome toda la... Luego dice que no se encontró con problemas porque a nivel cultural, porque ella es medico de cabecera, es doctora. Y al ginecólogo tampoco, porque nosotros si que pedimos a veces sobretodo preferimos que el ginecólogo sea una mujer. Pero sino da igual, podemos... Ella dice esto y o sea con problemas culturales, no...

E: Lo que me refería es que si el médico en el trato tenía en cuenta que puede haber diferencia cultural o, en el caso de pakistaní, no lo tiene en cuenta y le trata como un español. Si prescinde de las diferencias culturales y hace un trato estándar.

Dice que no se, que si que se respeta el tema de la cultura y que bueno ella hasta el momento no se encontró con ninguna dificultad. Quizás, no se si puedo opinar, como tengo experiencia en el tema (*habla la traductora*). Quizás ella, de entrada en el tema del ginecólogo le dieron a una chica. Pero yo tenía casos en Badalona que el sistema sanitario se negó de cambiar a un ginecólogo a una doctora. Pero de este modo: Estáis aquí, tenéis que integraros.

(...)

E: Y entonces que hace, ¿va al privada?

Va a la privada, a veces si económicamente si se lo puede permitir va a la privada. Y a veces, yo tenía casos, vecinas y todo, mujeres que estaban embarazadas, y pasaron de las citas de control, por el tema este, que tenían un ginecólogo y no les quisieron cambiar de ginecólogo a una doctora. [usuària]

Els hàbits religiosos també han estat esmentats com a aspecte cultural que pot arribar a enterbolir l'enteniment entre el professional i l'usuari. En referència a aquestes situacions, la mediació i la comprensió són les vies considerades per prendre decisions respecte al tractament d'una malaltia. Tot i que el metge és l'especialista, la via no ha de ser imposar sinó l'acord amb el pacient la forma de resoldre incompatibilitats entre pràctiques religioses i control de la salut.

Que un médico por falta de habilidad y por falta de herramientas, no podía llegar con un caso de tuberculosis de un musulmán, entró el ramadán, negociar el hecho que se tomara las pastillas. Y es que se lo imponía, y es un caso tuberculoso y resistente (...) Además es un tema de mediación, y lo comento porque llegó. Y claro, el uno no lo quería hacer, es el Ramadán y yo no me tomo las pastillas, me importa lo que pase, y ni me importa lo que pase con la sociedad... Si estoy transmitiendo el pasillo... que esto es ya lo peor de todo. Y el médico, pues tampoco, parado en la raya. Al final, fue finalmente tan sencillo, pero gastamos

una cantidad de tiempo innecesaria en negociar el tema. Pues el hombre se terminó levantando a las cuatro y media de la mañana, comía antes se tomaba las pastillas y hacía el ramadán todo el día. Y fuera, eso fue todo. Pero claro, en medio de la aspereza que estaban viviendo los dos, no había modo para poder negociar. Pero eso son cosas que pueden negociar. Hay otras que yo creo que es que... es que ya nos pasamos de paternalistas. Yo creo que hay que ser justos, porque yo creo que nos ha hecho mucho daño el marco de tolerancia, yo creo que más que tolerar es comprender. Porque la tolerancia lo último que crea es una bomba. Te tolero porque me toca tolerarte pero por dentro estoy... [persona tercer sector]

En darrer lloc, els professionals que estan en contacte amb diversos col·lectius, estableixen comparacions en la forma de tracte i fan distincions respecte al **caràcter cultural i formes d'expressivitat**. En aquest sentit, des de la perspectiva dels metges i treballadors socials algunes cultures es perceben com més agressives o exigents, mentre d'altres es consideren més adaptables o conformistes. Els tons de veu i la gesticulació sustenten en gran mesura aquestes percepcions.

E) Els circuits d'informació entre la població immigrada

En els tres temes centrals analitzats fins ara (la sol·licitud de la TIS, la barrera idiomàtica, i el diferencial cultural), l'accés a la informació s'ha apuntat com a necessitat, resultant un eix clau per salvar algunes de les dificultats senyalades. Ens referim a informació sobre tràmits administratius, sobre com funciona la xarxa pública d'atenció sanitària i els mecanismes existents que poden facilitar un accés més igualitari. La percepció de molts professionals de l'àmbit és que la informació oficial no arriba ni suficientment ni de la forma adequada a l'usuari acabat d'arribar a la ciutat.

Pues hicimos una traducción de un cartel que ponía lo que es la tarjeta sanitaria, como solicitarla, cuales son los documentos, que es el certificado de empadronamiento, donde lo tienen que solicitar... Eso lo hemos traducido al árabe, al urdú, al francés y al inglés. Y bueno lo teníamos ahí en la recepción y cuando la gente venía pues depende del idioma y del país que venga pues se le da la información. Eso de una parte, y de otra parte también... ¿Pero tu crees que una persona inmigrada puede leer un librito

tipo así? Es que nada más verlo y todo te da la sensación que es un libro, yo no tengo tiempo y no se qué. Nosotros hicimos un papel pequeñito, que está a la disposición de cada persona, está ahí en el mostrador y lo puedes coger y en un momento puedes tener la información. Pero para conseguir eso, primero, no está en cada CAP disponible. Segundo, coger un libro para leerlo así, no sé. [metge de família]

En aquest sentit, a més de la publicació en diferents idiomes de la informació que expedeix els sistema, és veu necessari l'establiment d'un protocol d'acollida on el nouvingut pugui conèixer com moure's a través serveis socials i sanitaris.

Claro, y si la persona no puede ni ir, para empadronarse como va buscar ¿sabes? Yo para mejorar el sistema sanitario, es una manera, a la hora que una persona se empadrona en el ayuntamiento se le tiene que pasar toda la información: Cómo funciona el sistema sanitario, cómo tiene que solicitar la tarjeta sanitaria. O sea esto, yo creo que se tiene que hacer a la hora de empadronarse. Porque ahí la persona aprovecha, tiene tiempo y yo aprovecho también para explicárselo todo: el CAP que le toca, todo. Es el buen momento y el mejor momento para transmitir la información, cuando vaya a empadronarse. [persona tercer sector]

Per una altra banda, cal atendre que els col·lectius de cada comunitat tenen circuits propis d'informació on el traspàs boca a boca funciona de forma més efectiva que qualsevol publicació. Tot i això, la *rumorologia* i la informació falsa pot esdevenir l'inconvenient, donat que pot donar lloc a abusos i enganys. Una de les propostes fetes per treballadors socials de sanitat, era precisament aprofitar els circuits interns que poden ser informadors fiables i on l'immigrant acudeix amb freqüència.

Y una cosa que tu has dicho, que yo pienso que sería una cosa interesante, escuchar las redes alternativas, que son geniales. El tipo de acceso a esas redes y el tipo de circuito de información, que a veces. A veces lo que si que hacemos desde servicios sociales, porque si que creo que es lo único que nos queda por hacer, es informar, de esas redes alternativas que funcionan correctamente, que pueden dar una buena información. Porque claro, el problema que muchas veces tienen las personas sin papeles para el acceso a cualquier servicio, en este caso a la sanidad, es que los rumores, la rumorología, es realmente destructiva, y te

llegan con miedo, a veces como si lo fueran a deportar. Entonces hay redes alternativas, entidades que están en estos circuitos que son buenas informadoras, que podrán entrar dentro de lo posible, incluso... Es lo que servicios sociales puede hacer, colocar a las personas en esa red, y a veces esa red les facilita una serie de cosas, y eso funciona muy bien. Es lo que buenamente, te disminuye la angustia a nivel profesional, porque realmente estás ofreciendo algo, y esas redes funcionan. Pero, claro las entidades que son ellos mismos lo saben más que nosotros. [trabajador social]

4.3. PRINCIPALS RESULTATS DEL COL·LECTIU SENSE SOSTRE

El col·lectiu de *gent sense sostre*, tal com ja vam explicar més amunt en definir els col·lectius objecte d'aquest estudi, no és senzill d'acotar i definir donat que no hi normes o situacions legals que els determini. En aquest sentit sembla que el més adient és acudir al concepte sociològic de *persones sense sostre*, i això és el que fem nosaltres, tot i ser conscients de que també aquest concepte ha evolucionat al llarg del temps.

La literatura sobre les persones sense sostre els classifica en tres grans grups: les persones que porten temps al carrer -més de dos anys-, les persones que porten només uns mesos, i les persones que es troben en aquesta situació conjunturalment i de forma no permanent; aquest darrer grup de persones són aquelles que els treballs esporàdics o les ajudes de les administracions els hi permet de vegades pagar-se un lloc on dormir.

Nosaltres en el nostre treball ens hem centrat en el primer grup, amb les persones que porten temps al carrer i que presenten un major grau de cronificació en el seu estat i la seva conducta.

A l'hora de perfilar les característiques de les persones a entrevistar, hem de tenir en compte que siguin persones en les que concorrex cap de les característiques definitòries dels altres dos col·lectius, així doncs, deixem fora de la mostra als immigrants que viuen al carrer i també a les persones jubilades, indistintament del tipus de pensió que aquests percebeixen. Triem doncs, persones d'etat mitjana -entre 40 i 60 anys-, que no siguin estrangers i portin cert temps vivint al carrer.

Un cop perfilat el nostre grup de sense sostre per a veure a quines persones ens adrecem, en interessarà també veure quina variabilitat n'hi intra-grup per tal de no repetir perfils molt semblants -que no ens aportarien informació rellevant, nova i enriquidora a l'estudi- i poder abarcar els diferents perfils més habituals de persones que viuen al carrer. En aquest sentit, la literatura consultada ens reflexa que els perfils venen determinats per la trajectòria vital de la persones sense sostre, per aquells

aspectes, causes o condicionants que l'han portat a la situació actual. Així podríem veure com hi ha una sèrie d'elements que es repeteixen sovint com són: problemes d'alcoholisme, malaltia mental, separacions matrimonials, manca de familiars propers, problemes d'atur,... A vegades no està del tot clar si aquests elements són causa o efecte (com podria ser el cas de l'alcoholisme) però sí podem observar que són característiques que sovint concorreixen en aquest col·lectiu de persones. Entre els nostres entrevistats en podem trobar un bon exemple d'aquestes elements.

Per últim, a l'hora de cercar les persones amb el perfil que prèviament aviem determinat, fem un anàlisi de la distribució territorial del col·lectiu a la ciutat de Barcelona i triem persones de les zones (barris, districtes, etc) que presenten una major densitat, on la presència de persones sense sostre de mitjana etat i autòctones és més nombrosa.

Tots aquest elements anteriorment citats també s'ha intentat mantenir-los a l'hora de formar el grup de discussió, encara que en alguns casos això no ha estat del tot possible perquè, per tal de poder reunir-los en un mateix espai, necessitàvem a persones sense dificultats de mobilitat i amb l'agilitat mental i sociabilitat suficient per a poder participar en un grup d'aquestes característiques. Tot i així, els criteris més definitoris dels nostre grup d'interès es mantenen de forma estricta, no així els perfils que en alguns casos es repeteixen.

Descripció de la mostra

A la nostra mostra hi ha persones nascudes a tot l'Estat, entre les quals les nascudes a Barcelona són minoria perquè donades les característiques del col·lectiu, és més fàcil que les persones nascudes prop del lloc on viuen tinguin algun tipus de suport social o familiar que els acull i els permet sortir del carrer.

Les patologies que manifesten, són de diversa gravetat, des d'aquelles que són quasi invalidants a d'altres molt més lleus que pràcticament no requereixen tractament. Una bona part d'aquestes patologies s'agreugen o cronifiquen per les seves pautes comportament i el seu estil de vida i semblen ser més el resultat de la infravaloració de la pròpia vida que no pas derivades de components biològics com l'edat o les malalties hereditàries.

Al quadre que segueix es presenten els components de la mostra i es recullen les seves especificitats més rellevants.

ENTREVISTES				
N	Nom fictici	Edat	Lloc de procedència	Barri de residència
1	<i>Miguel Àngel</i>	53 anys	Almeria	Barceloneta
2	<i>Gregorio</i>	47 anys	Murcia	Gòtic
3	<i>Ramon</i>	64 anys	Lleida	Poble Sec
4	<i>Claudio</i>	50 anys	Jerte del Valle (Ext.)	Sants
5	<i>Ramiro</i>	48 anys	Orense	Gràcia

GRUP DE DISCUSSIÓ				
N	Nom fictici	Edat	Lloc de procedència	Barri de residència
1	<i>Manuel</i>	56	Baza (Granada)	Raval
2	<i>Pedro</i>	56	Badajoz	Raval
3	<i>Florencio</i>	50	A Coruña	Raval
4	<i>Francisco</i>	50	Barcelona	Poble Sec
5	<i>Jaime</i>	66	Granada	Raval
6	<i>Esther</i>	53	Barcelona	P. Nou

Dimensions de l'anàlisi

Per tal d'estructurar la informació rellevant en relació a les dificultats d'accés al sistema sanitari públic que les persones sense sostre manifesten, hem cregut pertinent agrupar aquesta en una sèrie d'ítems que recolleix allò que considerem més significatiu.

Aquesta informació la presentem agrupada en sis blocs principals, i en alguns d'ells quals introduïm subdivisions (veure el quadre següent en aquesta mateixa pàgina) que ens faciliten la comprensió i agrupació de les opinions manifestades.

Dimensions d'anàlisi per a la detecció de dificultats d'accés de les persones sense sostre	
Coneixement del sistema sanitari	La concertació de la visita
	Saber a quin servei ha d'acudir
	Possessió de la TIS
L'accés	Mobilitat per arribar al centre
	El servei d' Ambulàncies
El tracte	L'aspecte extern de l'usuari
	Els acompanyaments
	Els prejudicis del professional
Els medicaments	L'adquisició i presa dels medicaments
	El seguiment dels tractaments
La informació rebuda	Informació sobre el sistema
	Informació sobre la seva patologia
	El destinatari de la informació
Les propostes de millora	La proposta de millores en els serveis sanitaris quan la salut no és valora ni la malaltia el principal problema.

Grau de coneixement del sistema sanitari públic

És evident que en tractar-se d'un col·lectiu molt desarrelat socialment, molts d'ells no nascuts a Barcelona, poc estables en el territori en la majoria dels casos i poc

preocupats pels serveis sanitaris en general i per la seva salut en particular; es pot entendre que tinguin un insuficient nivell de coneixement del sistema sanitari que els hi ha d'atendre, desconeixen molts aspectes de la xarxa sanitària i no per manca de nivell cultura que sovint en tenen un bon nivell, sinó pel desinterès que mostren en general per tot allò oficial que els envolta i per la poca preocupació per la seva pròpia salut.

En troben així, amb un col·lectiu que té un elevat desconeixement dels seus drets com a usuaris i molt sovint no saben quin CAP els hi pertany ni si la patologia o el problema sanitari que els hi afecta s'ha de tractar en un determinat centre o nivell assistencial. Moltes vegades, quan ells consideren que tenen una necessitat sanitària, acaben anant al CAP que tenen més a prop d'on es troben, al servei on els porten els acompanyants o el transport sanitari o -si tenen una bona mobilitat i un nivell acceptable de lucidesa-, al centre en el que anteriorment han tingut unes bones experiències en la seva relació amb els professionals sanitaris.

Aquest col·lectiu fa un ús reduït dels serveis sanitaris i aparentment molt per sota de les seves necessitats, alguns dels entrevistats hi tenien ferides, disfuncionalitats, tos, problemes respiratoris, problemes de visió, ...; però no seguien cap tipus de tractament o seguiment mèdic. En general, es mostràvem reaccis a anar al metge tal com es desprèn de les seves pròpies manifestacions.

¿Cuándo se esta viviendo en la calle se va al médico regularmente, cuándo uno esta malo, sólo cuando está muy malo o simplemente no se va?:

Manuel: Yo antes como no fuera la ambulancia por mi yo no iba. Aunque estuviera mal, mal...

Pedro: Yo tampoco

Florencio: Si no te llevan no se va.

Francisco: No, yo voy igual.

Jaime: A mi poco me lleva la ambulancia. Yo voy por mi propio pie. A por medicación, a mirarme.

Esther: Yo voy ahora, pero no iba, hasta que no me lleva la ambulancia yo no he ido. Ahora si, ahora me encuentro lo que sea, voy al médico rápido. Pero antes, hasta la última, ya estaba muerto como aquel que dice. Si me llevaban, sino...

Jaime: Si, hay muchas personas que suelen hacer eso pero yo voy...

Manuel: Yo me he encontrado mal, con mucha fiebre, y es cuando he ido al médico. Pero he esperado hasta el último límite. Pero no por vagancia, pero por no dejar de beber. Me encontré mal, con ese temblor que te da de dejar de beber. Ese es el temor que te da, por sí... Por eso, por la abstinencia, por estar enganchado al

alcohol. Lo único que quieres es coger ese vino, beber y que se te pase ese temblor.

A: ¿Y esperabas al último momento?

Jaime: Sí, y luego, vas al médico y no le vas a decir, mira que a mi me gusta emborracharme. Te da vergüenza. Cuesta mucho. [grup discussió gent sense sostre]

Yo al medico no voy nunca, si un día me pongo muy malo y me llevan al Hospital,... bueno, pero yo al médico no voy nunca. Para que voy a ir... Yo lo que quiero es morirme, morirme.

E: ¿Cuándo fue al médico vino contento, le trataron bien?

Sí, ...bien.

E: Se tiene que cuidar un poco.

Cuidame..., para que, yo lo que quiero es morirme, que hago yo, nada, no me ve, no valgo para nada, morirme es lo que quiero yo. [usuari]

E: ¿I quan té problemes petits, o molésties o petits dolors no va al metge, o va al metge si te problemes greus i sinó no va?

R: Jo per a anar al metge... A vegades que venen aquí metges, digo yo para ir al médico tengo que estar muy enfermo. Si me muero ya me enterrarán.

(...)

E: O sigui que de metges no volem saber res?

R: De moment, no, al metge no.

E: Però si en algun moment es trobés molt greu?

R: Home, si un està molt fumut... Jo mentre em pugui valdre per ala meva persona. Ara el dia que m'agafes un atac o alguna cosa, pues tindria que anar al metge. Però de moment, de tot el que m'ha passat a la meva vida, la salut és lo que he aguantat. [usuari]

"No van al metge, passen, prefereixen morir-se i acabar". [treballador social]

Com s'ha comentat anteriorment, per a aquestes persones, la seva salut no és habitualment la seva primera prioritat, especialment quant presenten dependència de certes productes con és l'alcohol. Situació que també es dona amb les perones amb problemes de salut mental. Aleshores, aquestes persones esperen fins l'últim momemt per a anar al metge i simplement no van fins que els porti una ambulancia.

Aleshores, el servei assistèncial que més utilitzen són les urgències hospitalaries, encara que la situació no sempre ho requereixi, però aquest ús sistemàtic i poc racional

del servei d'urgències pot fer que el professional adopti certs mecanismes de defensa i faci unes intervencions mínimes en lloc de fer intervencions més exhaustives i complertes. Si a això afegim les condicions en les que es dona d'alta a aquestes persones, tenint en compte la manca de qualsevol tipus de suport social, podem entendre el perquè una bona part d'aquestes intervencions a urgències no són satisfactòries per a les persones sense sostre.

Accés a les prestacions sistema sanitari públic

Si tenim en compte que estem parlant d'un col·lectiu fortament desarrelat i socialment exclòs, que en molts casos és manifesta desconexió dels seus drets, que té dificultats de desplaçament, que no és gaire sedentari en tant no té un domicili estable –i per tant, es trobarà cada vegada amb persones diferents, la qual cosa no li permet establir cap tipus de relació o vincle personal amb el professional sanitari-, i que no sempre la salut és la seva primera prioritat; podem entendre que l'accés a les prestacions del sistema sanitari públic presenten serioses dificultats per els hàbits i les característiques de la gent sense sostre.

Per la seva part, els professionals, degut a pressió assistencial a la estan sotmesos, a la manca d'instal·lacions adequades a vegades, al codi ètic particular i la major o menor sensibilitat en relació al col·lectiu; també podem donar lloc a una sèrie d'actuacions que no condueixin a facilitar l'accés d'aquest col·lectiu en condicions d'igualtat a les prestacions del sistema sanitari públic que són comuns per a tots els usuaris.

Però, si bé això que hem comentat semblen ser ja arguments força rellevants per a explicar les dificultats d'accés, encara ens trobem amb altre problema que interconnecta als professionals i a les persones sense sostre, com és l'aspecte extern d'aquest usuari.

Aquest aspecte extern de l'usuari sense sostre, condiona en gran mesura el tipus d'assistència que els professionals posin al seu abast. Tant els treballadors del servei d'ambulàncies, als vigilants dels centres sanitaris, als metges, infermeres, etc.; es declaren influïts per l'aspecte extern de l'usuari, de forma que si porta roba bruta o feta mal bé, si està brut, si fa pudor, si ha begut i fa olor a alcohol, si no s'expressa amb una mínima claredat –per citar algun dels aspectes més importants-; mostren un cert rebuig

i aquest usuari poden acabar sense cap atenció (simplement se'ls deixa en una cadira en un passadís o en un box unes hores i després quan el dolor remeteix o se'ls hi passen una mica els efectes de l'alcohol es tornen a enviar al carrer, encara que es queixi d'una caiguda no es fa cap altre intervenció, no el fa prova radiològica per a veure si té algun os trencat. Les ambulàncies poden posar pegues per a portar-los al centre sanitari i un cop en el centre acabaran rebent les mínimes atencions possibles i sense cap tipus de seguiment posterior.

Com venim dient, una de les dificultats pròpies de l'accés al sistema sanitari sembla estar fortament relacionat amb tot el que implica el desplaçament al centre sanitari per una banda i per altra, l'aspecte extern de l'usuari.

Pel que fa al desplaçament, tal com deien abans, ells no acostumen a anar al metge a menys que es trobin amb un problema agut. Si malgrat això decideixen anar al metge, sovint es troben amb dificultats tant de mobilitat com de garantir la custòdia de les seves pertinences, donat que en molts casos, les persones que porten un cert temps al carrer, han anat acumulant diverses pertinences les quals no volen abandonar per anar al metge i tampoc sempre les se les poden emportar amb ells.

Aquest problema s'aguditza quan tenen algun problema al carrer i algú truca als serveis sanitaris perquè se l'emporti o faci una atenció in situ. En aquests casos, els serveis de transport sanitari (les ambulàncies) en arribar, li demanen al sense sostre *"si vol ser traslladat a un centre sanitari"* i la resposta més comuna és una negativa, i això es relaciona de nou amb tres factors principals: el desig de no abandonar les seves pertinences, les experiències dolentes en anteriors intervencions sanitàries i el fet que la salut no sigui per a ells el principal bé a preservar.

Però el problema principal per l'accés del col·lectiu de persones sense sostre a l'atenció sanitària està fortament mediatitzat per l'aspecte extern del mateix usuari. Així tant els usuaris com els professionals hi són conscients que l'aspecte extern té molt a veure amb unes condicions d'accés i tractament estàndard en (...), del servei d'inserció social, treball amb gent sense sostre. A ver, si que hemos comentado alguna vez el tema, i alguna dificultad si que hay, en el acceso, lo que pasa que es partiendo de las características del tipo de población que es y del uso que suele hacer de los servicios sanitarios. Normalmente, esa población, los que están directamente en la calle, es población que suele hacer un uso puntual o extremo de la sanidad y va exclusivamente a los servicios de urgencias. Haciendo la atención en ese momento y no tiene una continuidad, entre otras cosas. Junto a

esto, también se da la situación que son población que no tienen, que no hay vinculación territorial, o que no tienen vinculación a una zona en concreto con lo cual, la atención a nivel ambulatorio, ya no accede, puesto que a saber donde le pertoca. Con lo cual tiende a ir a los servicios de urgencias. La percepción que yo en este caso puedo tener con las personas que están en la calle, se podría comentar, hablar de un tipo de abandono, hablando de su situación general. Y lógicamente ese abandono se da también en el apartado sanitario, las prioridades no pasan por ahí, se deja llegar hasta que la sintomatología de la enfermedad que padece no le permite aguantar más y entonces va a urgencias. Pero normalmente por un constipado no va ir a urgencias, se aguanta hasta el máximo. Eso por un lado, luego por otro si que es cierto que no puede acceder, no accede a nivel ambulatorio, a poder recibir una atención médica. Con lo cual no tiene tampoco ese acceso, esa vía más continuada de tratamiento. No lo puede hacer a parte de otra serie de dificultades que tiene. A ver yo creo que cuando una persona llega a un ambulatorio, si llega en las condiciones que nos podemos imaginar de las que se está en la calle, con un nivel de desestructuración, a nivel personal e higiénico, pues no se, la cuestión es que no está en muy buenas condiciones. Ya él se puede autoexcluir de ir a ese tipo de servicios, y a lo mejor, con esas condiciones no es posible hacerle una revisión exacta de la patología o enfermedad que puede tener. Con lo cual, a ese nivel si que tiene esa limitación en el acceso, que ya forma parte de una dinámica propia, que van exclusivamente a los servicios de urgencias. Yo creo que ahí si que tienen el mismo nivel o pueden tener el mismo nivel de atención que cualquiera, salvo que... [treballador social]

Els usuaris reconeixen que si no es va convenientment endreçar o es fa olor a alcohol, males olors,...; el tracte és de mínims, es fa una intervenció mínima. Algun professional d'atenció primària reconeix que poder, de forma inconscient s'acaba fent una intervenció de mínims, més quan se sap que probablement no tomarà, -el que impossibilita qualsevol tipus de seguiment de la patologia per part del professional- i que tampoc seguirà el protocol i el tractament recomanat.

Creu que, inconscientment, el professional es desentén una mica del *homeless*, com sap dels seus hàbits i sap que no seguirà els tractaments, li presta poca atenció i no li realitza totes les proves que faria a altre tipus de pacient. *"Encara que no vulguis, poses el xip (pressionat pel temps) i el tracte acaba sent diferent. També penses que si ells són feliços així, ja està, perquè medicalitzarlos més?"*
[metge de família]

(...) Luego creo que hay que trabajar con la situación real que tenemos, o sea tomarle la presión a esa persona que no va a poder hacer un seguimiento si es hipertenso, no vale la pena. [metge de família]

Hi ha tot un seguit de prejudicis del professional que fa que el pacient sempre acabi am un tracte pitjor:

- Alcohol
- Problemes mentals
- Drogodependència
- Aspecte físic: brut, mala olor

* En aquests casos el professional els hi mira a un metre de distància.

* La brutícia és sempre un factor de discriminació assistencial, de fet, infermeria i auxiliars els renten perquè el metge li tracti com a un més i no el discrimini.

* De vegades es presenta alcohòlic amb proves prèvies per a evitar el biaix assistencial del metge, perquè no li discrimini.

* Amb els sense sostre la idea és *"tingui el que tingui, no et matis, no hi ha solució i, al cap i a la fi, tots hem de morir"*.

* Se'l relega en els tractaments, espera més, perquè no es queixa (si es queixa i molesta se li passa abans) i *"se li està fent un favor atenent-lo"* [infermera]

Si bé és cert que en alguns casos el seu aspecte extern pot ser un motiu per a reduir el temps d'espera, degut a les queixes que pot generar entre els altres usuaris a les sales d'espera, el més habitual és que sigui un handicap tal com ens explica un professional:

(...) el hecho de que una persona sin techo asome la cabeza en el centro o en urgencias o tenga tarjeta sanitaria, no quiere decir que el acceso sea bueno. Yo creo que el acceso es pésimo. Si que si va a un hospital si que le atenderán y no habrá ningún problema, o que le darán tarjeta sanitaria. Pero eso no es el acceso. Una persona sin techo llega a nuestro centro, a veces ocurre, y primero se encuentra con la administrativa, que si está empadronado, que si no tiene asignado el médico, que sino tiene tarjeta. Además huele mal, entonces toda la cola se rebota... Entonces viene fuera de hora, no ha pedido hora, no sabe quien es su médico, el de guardia no está, todo el mundo tiene cuarenta visitas y nadie tiene espacio ni tiempo para visitarlo. Bueno, si esto es tan urgente, que se tiene que visitar, una llaga horrorosa o algo así, entonces por suerte se le pasa a alguien que le toca urgencias en ese momento. Entonces te encuentras a un señor que huele

horrible sentado en la sala de esperas, en un momento que tienes cuarenta visitas y cinco minutos por visita. Que la gente que espera se va calentando, porque el señor este molesta... Y entonces al cabo del rato lo pasas, claro ¿no? Entonces te encuentras en la consulta con una persona que resulta difícil entenderse porque no es una relación normal a la que estamos acostumbrados, que no sabes nada de ella, es nueva, que tu tienes cinco minutos para visitarla. Entonces intentas someramente aclararte, que huele horrible, y cuando dices, desnúdese, a ver la sensación que tienes o que yo tengo es muy dura, porque tienes que hacer un esfuerzo muy grande de disciplina y profesionalidad para acercarte y no vomitar. Es que es así de verdad. Entonces se sube a la camilla, se desnuda, o se levanta la llaga, o se quita los zapatos, entonces si no te has muerto todavía entonces abres la ventana. Entonces si es una úlcera y se tiene que curar porque no está la enfermera, si es una cosa simple, que a lo mejor hay que darle antibiótico. En nuestro centro hay muestras, pero hay muestras de las inutilidades más grandes que traen los laboratorios. Entonces claro, lo tienes que curar tu, y cuando consigues acabar con todo esto y visitar a la persona y curar a la úlcera, pongamos, y conseguir que le den hora para la asistente social para mañana o para la tarde, entonces claro la persona ya se ha ido a su casa, sin medicación, sin posibilidades aunque sea pequeñas de seguimiento. O sea que esto no es tan real, van a urgencias y porque... **Pero es heroico que hayan conseguido llegar, han pasado por un montón de trabas.** Entonces, no hay seguimiento, es realmente difícil. Yo pensaba, a ver, que esto depende mucho, en realidad de la buena voluntad de las personas que están en ese momento en el centro. Que los de la puerta en ese momento se apiadan y lo pasan, del profesional que... claro cuando sale ese señor, tu tienes cuarenta personas, pero en la consulta no puede entrar nadie. O sea abres la ventana, te vas a tomar el café para que se ventile todo, luego vuelves, realmente..., y esto hace que sea difícil el acceso. Entonces un poco, yo creo que a parte de todos los problemas de los servicios sociales y de las dificultades para trabajar en red y todo esto, hay una parte que nosotros tendríamos que intentar facilitar. O sea **el sistema sanitario es muy rígido en el acceso, para estas personas**, y como para estas otras, por ejemplo los gitanos en general. Tienen dificultades para enterarse de todo este sistema tan burocratizado ¿no? (...) [metge de família]

A nivell hospitalari, la situació pot ser una mica diferent en quant les intervencions, per la pròpia dinàmica del sistema sanitari, ja tendeixen a ser puntuals en la majoria dels casos traslladant després el seguiment d'aquestes intervencions als serveis d'atenció primària. Alguns centres hospitalaris disposen de boxes de dutxes que permeten dutxar i endreçar al usuari abans de ser atès pel metge per tal d'evitar certs perjudicis socials

que aquest pugui tenir, però altres centres no disposen d'aquest serveis i la persona sense sostre es presenta davant del metge en l'estat en que es trobava al carrer amb un major risc de no ser atès convenientment.

Si a tot això afegim que molt sovint són persones que no tenen tarja sanitària (l'han perdut, no han tingut mai, en tenen però és provisional o d'una altre CC.AA), podem entendre perfectament que tot i no existir barreres físiques ni legals importants, les barreres de marcat caràcter social tenen un forta incidència negativa que dificulta un accés estàndard per als membres d'aquest col·lectiu.

Qualitat assistencial i interacció amb els professionals de la salut

En parlar de la qualitat assistencial hauríem de repetir una part dels arguments utilitzats per a descriure els problemes d'accés, donat que tots dos aspectes estan íntimament relacionats: si l'accés no és d'adequat la qualitat assistencial es ressenteix o, en certs casos, senzillament no es produeix la intervenció assistencial.

Tampoc ens hem d'oblidar del fet que ens troben davant d'un col·lectiu altament susceptible, que se sent rebutjat per les institucions i per la societat que l'envolta, i que per a ells, l'administració sanitària i els professionals sanitaris formen part d'allò que ells consideren que els margina i els manté en aquesta situació d'abandó.

La interacció entre la persona sense sostre i els professionals sanitaris bé molt mediatitzada per l'aspecte extern y l'estat en que arriba aquest l'usuari, si tenim en compte que moltes vegades arriba brut, fent olor a alcohol, amb males olors, desendregat, ..., i es troba amb un professional —especialment en l'atenció primària— que està saturat de feina i que té per a cada usuari una mitja de sis minuts, que no disposa d'un lloc especial o adient per atendre a aquest tipus d'usuari, que intueix que la intervenció que hi faci ha de ser del tot puntual ja que no hi haurà possibilitats de fer un seguiment de la malaltia, que la persona no seguirà el tractament recomanat, ...; ens podria ajudar a entendre que les interaccions i els processos assistencials que d'aquí se'n deriven, no són habitualment processos empàtics en els que la comunicació i el grau d'enteniment entre usuari i professional sigui fluida, raonable i comprensible.

Veiem doncs que molts dels diferents elements que interaccionen i concorren per a facilitar una atenció sanitària estàndard i de qualitat en aquest estan absents, dificultant així l'eficàcia dels processos assistencials.

L'absència d'aquest d'aquests elements necessaris per poder facilitar una acceptable qualitat assistencial, poden ser parcialment substituïts per una major sensibilitat dels professionals cap aquest col·lectiu, prenen consciència de la seva situació de marginalitat i intentant contribuir a pal·liar-la fent una atenció de qualitat. Però encara i així, encara que aquest plus de sensibilitat hi fos present encara estarien també presents els condicionadors negatius relacionats amb els condicions i entorn en el que es desenvolupa el procés assistencial per part dels professionals de la salut.

Si finalment l'atenció rebuda en el centre d'atenció no ha satisfet les expectatives de l'usuari, en quant considera que no li ha segut útil per a solucionar el seu problema de salut o que el tracte humà —al que són molt sensibles— no ha estat correcte; aquesta mala experiència condicionarà fortament l'ús futur dels serveis sanitaris tal com ells mateixos manifesten:

Francisco: Cada uno explica como le ha ido. Pero yo tengo muchas quejas porque a mi me han pegado una paliza en el hospital, un guardia de seguridad. En el mismo hospital. Y los médicos por aquí le entra y por aquí les sale, el que me estaba llevando. Sin comerlo ni beberlo, llega me mete en la salita de fumar y se llan conmigo a puñetazos. Me pusieron esto así (señala un lado de la cara). ¿A qué viene esto? Si yo he pedido una pastilla para dormir que se hablan olvidado. A ti te ha ido bien, pues mira.. me alegro. Yo tengo mal trago. [usuari]

Pedro: Pues no se quien fue, algún vecino sería. Luego también otra vez me dieron tres puñaladas en frente de la estación de Francia, aquí en la pierna, otra en el brazo, y otra aquí, que si me pilla el ojo... Era de noche y me llevaron también al hospital del Mar. Y a la una de la noche que ya me hablan acabado de curar, sin pantalón, porque me hablan rajado el pantalón todo... Pues no se le ocurre nada más con un frío como ahora, fue por este tiempo, pues venga usted ya a la calle. No esperaron ni a por la mañana siquiera. Y había una neblina y lloviendo, sin ropa y sin nada.

Luego otra vez, con la mano, que se me puso la mano así. Y me llevaron al hospital. Y a las once de la mañana me cogieron en una ambulancia y me llevaron al San Pablo. Me sentaron en una silla, y hasta el día siguiente, allí, y porque me levanté y dije que yo me marchaba de allí. Que iba a ir a buscar a cualquiera para que me hiciera una denuncia al hospital. Entonces ya había un enfermero que se

portó bien y ya pasé con el médico y me cogieron para el quirófano. Me entraron a las cuatro de la tarde en el quirófano hasta las dos. Y me hablan puesto hierro, y con la mano vendada, y me hablan puesto anestesia, pues ala a la calle. Y aún por la tarde arrojando anestesia, yo creo que tampoco hay derecho a eso, a hacer cosas de esas. [usuari]

Així les males experiències degudes a l'aspecte extern que presenta l'usuari en arribar al centre assistencial, la manca de sensibilitat dels professionals sanitaris en relació a aquest col·lectiu, les condicions ens les que se'n desenvolupa el procés assistencial, o una combinació de totes a l'hora farà que l'usuari es senti decebut i no continuï fent un ús racional dels serveis sanitaris en funció de la necessitat percebuda i que pot influir en un empitjorament de l'estat de salut del col·lectiu de referència.

(...) Pero yo no vuelvo al médico, lo que quiero es morirme..., y cuando me muera, cuando vea que voy a morirme, dos días antes tiraré el carné de identidad a la basura..., no quiero que sepan quien se ha muerto, a nadie le importa..., ellos pasan de mí..., pues vale... yo no necesito nada,
(...) el médico que me atendió es do peor que me encontré en mi vida, lo tengo aquí --señala al centro de los ojos-- aquí metido, de lo peor..., no tiene ni educación ni vergüenza, ni humanidad, lo primero que ha de tener es humanidad. Me habló muy mal, con mucho carácter (mal genio) el medico era muy malo en todos los sentidos, también trataba mal a la enfermera que trabajaba con él. Lo tengo metido en la cabeza y no quiero volver más al médico, quiero morir cuanto antes, ¿Qué hago yo así...? [usuari]

Però, en tot cas, tal com hem comentat més amunt, ens trobem amb una una gran variabilitat en la pràctica professional, així veiem com un mateix usuari pot tenir experiències molt positives i altres de molt negatives:

Pedro: Porque luego estuve con una anemia mallísima, que estuve seis días en el hospital del Mar que no entraba en sí. Y se portaron correctamente. Mejor imposible. No me faltaba de nada de nada de nada. Lo mismo digo una cosa que digo la otra. Cuando eso se portaron, que estuve mes y medio, lo mismo médico que enfermeras que todo. Qué desea alguna cosa? Correctos, bien. Pero lo otro ya le digo, que ni a un animal se le hace eso. Y se de varias personas que han pasado por eso también. [usuari]

E: ¿Cuándo fue al médico le han atendido bien?

Sí, muy bien, yo con los médicos tuve mucha suerte, siempre me han atendido bien, pero no voy al médico, estoy bien, no tengo ningún problema. [usuari]

Informació

Si atenem a la informació que es dona al usuari sense sostre per part dels professionals, entenem que aquesta és bàsicament idèntica a la que es facilita a la resta d'usuaris del sistema. Malgrat això, l'aprofitament que aquest usuari pot fer d'aquesta informació pot ser sensiblement menor, tant pel desinterès que pot mostrar l'usuari com per la inutilitat de la informació en no seguir els tractaments i els protocols recomanats, com pel nivell de comprensió i grau de predisposició a interpretar adequadament la informació facilitada.

Però si parléssim d'altres tipus d'informació com pot ser la informació generada pel sistema: diferents, follets, tríptics, díptics,..., informació legal sobre els drets i deures dels usuaris, consentiment informat, etc; hauriem de concloure que aquesta informació no arriba a ser percebuda ni consultada per aquest tipus d'usuari, i el mateix podríem dir de la informació relacionada amb els diferents medicaments que pugui prendre.

A vegades ens poden trobar amb situacions més crítiques en las que el professional sanitari no interactua directament amb l'usuari sense sostre sinó que ho ha directament amb l'acompanyant.

L'acollida sol no ser bona, a una persona li fan unes proves d'urologia: " digui-li que es baixi els pantalons, que es baixi els calçotets, que es llevi...." però el pacient està davant escoltant al professional, però aquest no es dirigeix al usuari – ni el toca- sinó que es dirigeix sempre a l'acompanyant. [treballador social]

Això pot implicar un efectes greus per al usuari ja que per una banda es mantindrà desinformat en pensar que la informació no va adreçada a ell en quant no li es tramesa directament per professional sanitari, però més greu encara pot ser l'efecte que aquest comportament pugui causar en l'usuari sense sostre en tant en tant es pugui sentir menystingut i menyspreat per el professional i pugui contribuir a desenvolupar un comportament de rebuig del sistema i a fer un ús reduït del sistema sanitari al marge de la presència d'una major o menor necessitat.

Per altra banda, són persones que, tant per seu nivell de formació com per el tipus de vida que porten i la manca de relacions socials; no estan en condicions de recavar del professional la informació que se'ls hi caldria per fer un bon tractament i seguiment de les seves malalties.

La presa de medicaments i el seguiment dels tractaments i els protocols

Tractant-se de persones sense recursos o amb recursos minsos la qüestió econòmica és manifesta com molt rellevant donat que ens podem trobar amb persones que no tenen cap tipus d'ingrés i han de fer front al cost d'uns productes –farmacèutics en la seva majoria- que esdevenen clarament cars per a les seves possibilitats econòmiques, tant pel que fa als productes que estan fora de la cobertura de la Seguretat Social (SS) com de productes que impliquen el co-pagament en un 40% de seu cost per part de l'usuari.

Si a més tenim en compte que moltes d'aquestes persones presenten patologies cròniques relacionades amb l'alcoholisme i/o la salut mental que impliquen un tractament continuat (en el cas del alcoholisme, el tractament compost per u.....) i també molt sovint necessiten prendre complexos vitamínics degut a la seva deficient alimentació, i que molts d'aquest productes estan exclosos de la financiació pública; podrem entendre l'abast del problema que estem tractant i el seu grau d'incidència.

Això fa que en molts casos, senzillament es deixen de prendre el medicaments quan impliquen un sacrifici econòmic important que l'usuari no pot assumir, tal com ells mateixos manifesten en més d'una ocasió:

E: La gente que está en la calle, que no están vinculados a ninguna institución, ¿los tratamientos los siguen?

Manuel: No, no los siguen. Los toman dos o tres días, desastrado, mezclado con alcohol...

Pedro: Ese es otro problema que se lo toman como se lo toman.

Francisco: Estando en la calle no se toman, yo lo veo. Porque yo he estado.

Esther: No se toman [grup de discussió gent sense sostre]

E: ¿Y como se encuentra de salud?

G: Pues como me voy a encontrar, no me ve..., soy diabético..., pero ya no me tomo las pastillas, cuestan casi 5€ y yo no tengo dinero, la última vez me dieron una caja que dura un mes, se ha tomar tres veces al día..., pero ahora ya no tomo nada. Me hinchán las piernas y los brazos con la diabetes pero... que voy a hacer...para la diabetes tendría que andar mucho pero... como quiere ande..., así en silla de ruedas, y gracias que una señora me dio esto (una especie de rueda externa que utilizan para empujarse con las manos) pues la otra estaba rota y solo podía empujarla de un lado. Pero ahora cuando me ve no me conoce, le da vergüenza. (...) Voy a la Iglesia, y si una persona alguna vez me da 5 o 10€, miran para el otro lado, no me dicen nada, les da vergüenza. [usuari]

Encara que també ens hem trobat amb persones que ens han manifestat que:

E: Y si no tiene dinero, ¿cómo hace con las medicinas?

-No hay ningún problema, las medicinas las consigues en cualquier sitio, yo tengo unas monjitas que las voy a ver y me dan las medicinas que necesite.[usuari]

Però, si malgrat tot poguessin fer front al cost dels medicaments, aquestes persones encara no tindriem el problema resolt sinó que s'hauria de veure com aquest usuaris es prenen aquests medicaments, i ens torbaríem que el ritme de vida i el seu tarannà habitual dificulten enormement la presa dels medicaments amb regularitat i respectant els horaris i les pautes recomanades.

Si tenim presents els elements aquí expressats ens és més fàcil preveure l'abandó de la medicació i la interrupció dels tractaments per part de les persones sense sostre.

A: Entonces en esos casos..., cuando no hay recursos y hay que pagar las medicinas, qué se hace?

Florencio: Pues no se toma ¿no?

A: Es decir, se interrumpe el tratamiento si no hay financiación detrás. Entonces las consecuencias es que continúa el hábito.

Manuel: Seguiríamos inducidos al alcohol.

Florencio: Tienes más posibilidades...

Jaime: Yo si no hubiese venido aquí, no hubiese dejado de beber, porque seguiría con la misma vida. Yo cuando cobraba me lo gastaba y luego cuando se acababa,

pues esperando los días para volver a cobrar y ya está. Siempre he tenido suerte, me he ido trapicheando...

(...)

Pedro: ... El medicamento que estoy tomando ahora mismo. Más de la mitad de lo que yo estoy cobrando era para el medicamento.

[J: Está trabajando Florencio en este momento ¿eh? Está trabajando.]

Pedro: Pero si no fuera por esto, más de la mitad de lo que cobro...

A: *Y el tema, siguiendo con las medicinas, ¿eso lo controlamos bien, es fácil hacer las tomas y con las dosis adecuadas, ...?*

Florencio: Nos las dan aquí

Manuel: Aquí, me dan para mañana por la mañana. Y aquí en el bolsillo llevo para... Esto lo llevamos bien aquí en (...)

A: *¿Y si no estuviera (...) detrás?*

Manuel: Fatal, fatal porque como somos personas que hoy estamos aquí mañana allá, nos aburre llevar el medicamento encima. Y más por pereza, por dejadez, pues no lo tomarías, la terapia como hay que llevarla.

Pedro: Está más controlado aquí, te lo controlan bien.

A: *¿Creen que la gente que está en la calle que no están vinculados a ninguna institución, los tratamientos no los siguen?*

Manuel: No, no los siguen. Los toman dos o tres días, desastrado, mezclado con alcohol...

A: *Ese es otro problema que se lo toman como se lo toman ¿no?*

Pedro: Estando en la calle no se toman, yo lo veo. Porque yo he estado.

Florencio: No se toman [grup de discussió gent sense sostre]

Propostes de millora de d'assistència sanitària per al col·lectiu de gent sense sostre

Tal com hem ja s'ha comentat, per a les persones sense sostre, i encara que en algun sentit ens pugui sorprendre, la salut no és la seva primera prioritat. Les seves necessitats són moltes i molt diverses i la salut no ocupa un lloc capdavanter perquè saben perfectament que el seu estat de salut està directament relacionat amb la seva condició de persona sense sostre que fa vida al carrer, i que, en el cas d'interessar-se més pel seu estat de salut, es trobaríem que mantenir un nivell acceptable de salut pot implicar un esforç econòmic que en general no es podem permetre.

Per tant, no ens ha d'estranyar que quan els hi demanem propostes per a millorar l'atenció sanitària a les persones que viuen al carrer, la resposta més comuna tingui un contingut i unes reivindicacions econòmiques més que no pas sanitàries.

Però no podem deixar aquí de banda un fet força significatiu en aquest col·lectiu com és les poques ganes de viure que en molts casos manifesten les persones entrevistades i com ha quedat de manifest més amunt.

Aquest estat de semi-abandó en que viuen (tant personal com per part de les institucions), junt amb les poques possibilitats que ells vislumbren per a sortir de la situació en que es troben; fa que la vida per a elles no tingui gaire valor. Aquesta infravaloració de la pròpia existència els porta a no mantenir tota la cura que seria necessària per a mantenir un estat de salut acceptable, encara en la seva situació, i els porti a fer declaracions en les que manifesten la voluntat de morir i no perquè no vulguin viure sinó perquè assignen molt poc valor a la vida que estant vivint actualment i a la que no preveuen canvis immediats que els permeti mantenir l'esperança de millora.

En aquest sentit, les propostes de millora de l'assistència sanitària passen clarament a un segon pla, tal com ja hem pogut veure..

Blocs d'informació	Principals aspectes al·legats pels informants
<i>Coneixement del sistema sanitari</i>	- Desconeixement del CAP al que pertanyen - Desconeixement parcial dels seus drets - Desconeixement del seguiment de les malalties
<i>L'accés</i>	- Problemes amb el trasllat als centres assistencials - Barreres d'accés de tipus físic - Barreres d'accés de tipus legal - Barreres d'accés de tipus social
<i>El tracte</i>	- Intervencions puntuals - Absència de seguiment de les malalties - Condicionaments socials en el tracte
	- No sempre cerquen la informació rellevant en funció de les seves necessitats.

<i>La informació rebuda</i>	- A vegades no entenen la informació que se'ls hi dona - A vegades no fan ús de la informació facilitada - Hi ha casos en els que la informació no els hi arriba indirectament
<i>Els medicaments</i>	- No els compren perquè són costosos - No sempre els prenen - No els prenen degudament
<i>Les propostes de millora</i>	- La salut no sempre és la seva primera prioritat - No sempre saben com cuidar la seva salut - No sempre poden assumir els costos que implica la protecció de la seva salut

7. CONCLUSIONS

Tal com avançàvem en la presentació d'aquest estudi, la nostre societat està plena de iniquitats i desigualtats de tot tipus o tota mena i sembla que ens estem acostumant a viure en una societat insolidària i egoistes on les desigualtats –segons diuen alguns- inclòs poden ser bones per al creixement i el desenvolupament, especialment pel que fa a les desigualtats econòmiques.

Però difícilment podríem dir el mateix de les desigualtats sanitàries, doncs les mancances sanitàries i de salut són sempre un handicap per al creixement econòmic i el benestar de les persones que les pateixen i el seu entorn familiar més proper; en quant limiten o impossibiliten l'activitat laboral necessària per a la generació d'ingressos i la realització professional d'aquestes persones. Les desigualtats sanitàries priven a les persones d'una part important de les seves capacitats de concurrència en els diferents àmbits de la vida professional i familiar, la qual cosa es manifesta en unes majors dificultats per a formar parella, tenir fills,...; o les limitacions per a accedir a segons quins llocs de treball o les possibilitats de promoció.

Som plenament conscients que les desigualtats en salut poden venir condicionades per altres tipus de desigualtats: econòmiques, educatives, de vivenda, laborals, etc.; donat que totes elles interactuen, es condicionen i influeixen mútuament i que no es poden imputar les desigualtats sanitàries exclusivament a uns determinats fets o serveis, com seria en el nostre cas els serveis sanitaris. Però, en el nostre cas, si ens fixem exclusivament en desigualtat generada per les dificultats d'accés a les prestacions del sistema sanitari públic, sí podem dir que els serveis sanitaris en particular i l'administració sanitària en general, tenen un paper preponderant donat que són precisament aquests serveis i aquesta administració sanitària els encarregats per via normativa de assegurar que l'accés es produeixi en condicions d'igualtat, tal com preveu la LGS i la LOISC i les disposicions posteriors que les desenvolupen.

Però els sistemes sanitaris -tant que parlem del sistema sanitari espanyol en el seu conjunt com del sistema sanitari català en concret- bàsicament estan pensats per a un usuari tipus, un usuari estàndard, amb una certa edat, un determinat nivell de formació, sense dificultats de mobilitat, que entén l'idioma, que presenta patologies comuns o habituals o que porta un estil de vida estàndard, per citar alguns dels elements més significatius. En quan l'usuari s'aparta d'aquests estàndards ens troben que el sistema

sanitari no s'adapta a les seves especificitat o particularitats i aquest usuari comença a tenir problemes per a fer un ús dels serveis sanitaris públics en condicions d'igualtat.

Així, si parlem de persones que viuen al carrer, immigrants que no entenen l'idioma o estan en situació irregular al nostre país, de persones grans amb dificultats de mobilitat, de persones fràgils amb pocs recursos, persones dependents de substàncies adictives, o persones que exerceixen professions especials com la prostitució; ens troben que serà molt difícil que puguin accedir als serveis sanitaris en igualtat de condicions que la resta de ciutadans si el sistema no s'adapta a les especificitats d'aquestes persones o col·lectius.

Són aleshores aquests serveis sanitaris els que hauríem de supervisar el compliment de la igualtat d'accés avaluen periòdicament que aquesta es compleixi, generen i posant en marxa els mecanismes correctors quan es detectin incompliments, bé sigui per qüestions administratives, per manca de recursos o per causes imputables als professionals de salut si fos el cas; o posant a l'abast del usuari un conjunt de recursos i mitjans que li facilitin l'accés a les prestacions sanitàries en condicions d'igualtat donades les seves característiques personals o de col·lectiu.

En el mateix sentit, entenem que aquestes desigualtats d'accés també generen fortes iniquitats en tant en tant afecten principalment a persones o col·lectius socialment desafavorits. Són col·lectius que, de *per se*, presenten tota una sèrie de mancances i privacions que els fa especialment fràgils i vulnerables i a les que es bé a afegir el problema sanitari que no contribueix a pal·liar la seva situació, sinó més bé a agreujar-la.

Com a conclusions, i en relació a la nostre hipòtesis d'estudi, podríem dir que hi ha tot un conjunt de variables que limiten l'accés d'aquests col·lectius a l'hora d'accedir i fer un ús de les prestacions del sistema sanitari públic en condicions d'igualtat en relació a la resta de la població. Aquestes limitacions entenem que tenen el seu origen en les característiques pròpies dels col·lectius en tant aquestes s'aparten de les de usuari estàndard per al qual està pensat el sistema sanitari i al qual s'adreça.

Immigrants

Així, en el cas dels immigrants veiem com a la seva situació de marginalitat e invisibilitat derivades de falta de documentació per a residir en el nostre país, el

sistema sanitari bé a suposar una dificultat més en tant limita clarament les possibilitats d'accés d'aquestes persones a les prestacions del sistema sanitari públic.

Els immigrants irregulars sense TIS (Targeta Individual Sanitària) només tenen accés als serveis d'urgències dels diversos centres sanitaris, això fa que no es puguin beneficiar de la sanitat preventiva, que no tinguin assignat un metge de capçalera on adreçar-se per a poder fer un seguiment de la seva patologia, que no tinguin expedient/historial mèdic personal, que no puguin gaudir de cobertura farmacèutica o pròtesis o la impossibilitat d'utilitzar el servei d'atenció a domicili.

Si aquests immigrants, malgrat la seva situació de irregularitat, estan empadronats (condició *sine qua non* per a poder obtenir una TIS) i disposen d'una TIS, en molts casos aquesta targeta serà provisional i els hi generarà molt problemes a l'hora de canviar-se de residència, o a la farmàcia tal com s'ha comentat abans. Si tenim en compte que les targetes definitives poden trigar fins a dos anys en arribar i que moltes d'aquestes persones estan empadronades en un domicili genèric al qual no s'enviarà la TIS o si s'envia els no passaran a recollir-la, podem pensar que aquestes persones trigaran anys en disposar d'una TIS definitiva amb les cobertures estàndard.

Quan aquests problemes anteriors no es donen es clar que les dificultats d'accés són mínimes o desapareixen, però aquest col·lectiu encara pot tenir certes dificultats per a fer un ús dels serveis sanitaris públics en condicions d'igualtat, dificultats derivades dels problemes idiomàtics, del desconeixement del sistema sanitari del país d'acollida, o les diferències culturals que es manifesten en la percepció/manifestació del dolor, el concepte d'allò que és o no és malaltia, les relacions de gènere o el recurs als mètodes terapèutics del país d'origen de forma simultània a la medicina occidental.

Un part d'aquestes dificultats queden pal·liades per les intervencions d'organitzacions del tercer sector (Càritas, Salut i Família, etc.), però el volum d'actuacions d'aquest tipus d'organitzacions, tot i que siguin actuacions molt correctes i professionals, només serveixen per a corroborar les dificultats d'aquestes persones per a poder fer ús del circuit d'atenció sanitària estàndard igual que la resta dels ciutadans. Aquestes persones acaben rebent una atenció sanitària poc transparent, no sempre integral, que els hi genera múltiples derivacions i desplaçaments i que no està concebuda com a un dret per part de l'usuari sinó que és més bé percebuda com un favor, on l'usuari assumeix que depèn de la discrecionalitat dels professionals amb els que interaccionen aquests immigrants.

Tal com hem comentat en diferents moments d'aquest estudi, aquestes situacions de impossibilitat d'accés donen lloc a tot tipus de picaresca i d'incompliment de la normativa, tant per part dels usuaris que faciliten la seva pròpia TIS per a que pugui anar al metge una persona que no en té (donant lloc a que una persona tingui més d'un expedient o que en el historial una persona figurin intervencions quirúrgiques que no són certes) o demanant medicaments que no són per ell; com per part del professional que per raons ètiques i humanitàries acaba atenent a persones que jurídicament no tindrien dret a ser atesos.

Persones jubilades amb PNC

Pel que fa a les persones grans que viuen soles i cobren PNC, hem de dir que, al contrari que passava amb els immigrants, aquests no tenen cap problema jurídic d'accés a les prestacions sanitàries. Aleshores el seu principal problema és la mobilitat i la manca de suport social que –junt amb els baixos ingressos econòmics de que disposen- els converteix en persones molt vulnerables.

Des de un punt de vista sanitari, aquest col·lectiu pateix d'una manera especials els problemes de mobilitat i la descoordinació dels serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. Pel que fa a la mobilitat, ant és així, que es podria establir una correlació positiva entre la distància que han de recorre per anar al centre sanitari i les vegades que hi van, de forma que les persones que viuen molt a prop van molt sovint i les que viuen més lluny es visiten més esporàdicament. Aquest problema de la mobilitat s'ha vist fortament agreujat amb el procés de reforma de l'atenció primària ciutat de Barcelona que ha suposat el tancament de molts centres mèdics i l'agrupació de diferents CAPs en un mateix edifici (com seria el cas dels 4 CAPs ubicats en l'edifici de Passeig Maragall / Padre Claret) el que ha fet que les distàncies per anar a visitar-se s'hagin incrementat molt i s'hagin convertit en un seriós obstacle per a les persones amb dificultats de mobilitat.

A aquest problema de mobilitat hem d'afegir els problemes de descoordinació dels serveis sanitaris que fa que un mateix usuari tingui el metge de capçalera en un lloc, un especialista en altre lloc, les proves diagnòstiques en altre lloc (a vegades els especialistes estan en els antics ambulatoris o a les consultes externes dels hospitals, però no necessàriament el mateix usuari ha de tenir tots els especialistes en el mateix centre, sinó que es pot veure obligat a anar a diversos centres molt separats

físicament), aquestes proves poden ser programades a uns horaris força inhabituals per a no dir intempestius per aquestes persones, es multipliquen les visites perquè no s'aprofita per a fer les proves quan l'usuari hi és al centre per altres qüestions, no se'ls hi dona prou informació de les proves a realitzar o no els hi dona de forma que ells la puguin entendre i processar per tal que es sentin més segurs i menys angoixats; i tot això ho han de fer en la majoria dels casos sense el recolzament de persones properes, familiars o amics, que els puguin acompanyar en aquestes visites.

Aquesta descoordinació té el seu principal exponent a l'hora de donar d'alta a aquestes persones després d'un ingrés. Aquestes altes es poden donar en cap de setmana (el divendres es un dia d'altres als hospitals) sense avisar als serveis socials, als serveis d'atenció a domicili o al metge de capçalera d'aquest usuari (generalment, al metge de l'hospital que dona l'alta no li és possible saber qui és el metge de capçalera que té aquest usuari, els programes informàtics o la protecció de certes dades o fan impossible) que es pot quedar perfectament desatès tot el cap de setmana he inclòs sense medicaments.

Si a les dificultats anteriors afegim els problemes de la medicació: dosificació, genèrics, canvi de medicaments, presa adequada d'aquests medicaments; els problemes del transport sanitari -que pot implicar esperes que superen les 3 hores o que es deixi a l'usuari davant del portal de casa seva però no a casa seva i en vivendes sense ascensor que puguin implicar haver de pujar al tercer o quart pis sol o amb l'ajuda dels veïns- i constatem que els serveis d'atenció domiciliària són clarament insuficients per a pal·liar aquestes dificultats, podem entendre més bé el perquè aquestes persones són realment fràgils en tant en tant presenten una sèrie de mancances o incapacitats clarament superiors a les pot tenir un usuari estàndard i davant de les quals el sistema sanitari no s'adapta a les seves necessitats i particularitats dificultant així que aquestes persones puguin fer un ús dels sistema sanitari en condicions d'igualtat.

Persones sense sostre

Si ara, per a acabar, ens fixem en les persones sense sostre veiem que les seves possibilitats d'accedir al les prestacions del sistema sanitari públic en condicions d'igualtat a la resta de la població són molt més formals que reals. Si bé jurídicament, al contrari del que passaria amb els immigrants irregulars, no hauríem de tenir cap problema, a la pràctica en tenen més d'un tal com s'ha exposat més amunt.

Sen tractar-se de persones que porten un cert temps vivint al carrer, sovint tampoc hi disposem de TIS (bé perquè l'han perdut, no saben on la tenen, els hi han tret o se'ls ha fet malbé) i aleshores tampoc tenen un metge assignat i han d'anar a urgències, en certa forma es trobaven en una situació similar als immigrants irregulars: sense seguiment de les seves patologies, sense cobertura farmacèutica, sense història clínica o sense prevenció.

Quan la persona conserva la TIS, els problemes d'accés es deriven, per una part dels seus hàbits i les seves condicions de vida que els porta a infravalorar la salut com a un bé fonamental, i per altre part, de la burocràcia i les dificultats formals e informals que els hi posa el sistema sanitari públic. Tal com ens comentaven tant els professionals de la salut com les persones del tercer sector que treballen amb aquest col·lectiu, el fet d'anar al metge amb una imatge que s'aparta del que entenem per socialment acceptable (és a dir: brut, desendreçat, fent pudor, amb olor a alcohol, etc) implica sempre problemes d'accés o senzillament desatenció.

Si a això afegim que són persones excloses i per tant molt vulnerables, per a les quals, petits problemes burocràtics, de desplaçament, males experiències, carències personals, baixa autoestima, etc.; poder suposar tot un handicap que per a ells és molt difícil de superar, podem entendre con davant d'una petita dificultat per anar al metge es rendeixen i no van, però si finalment arriba al metge i aquest li tracta com a un usuari estàndard, s'estaria produint una certa ficció perquè aquesta persona no disposa de l'arrelament i el recolçament social que li suposem a qualsevol persona i que en molts casos és absolutament necessari per a superar amb èxit segons quines patologies.

I pel que fa als medicaments, en tractar-se d'unes persones habitualment sense ingressos, el cost dels medicaments, ni que sigui l'aportació del 40% habitual d'un usuari estàndard, suposa per a ells un gran problema que els hi pot impedir seguir el tractament, tan per els problemes de finançament com per la dificultat de fer les pertinents preses d'aquests medicaments en condicions adequades.

No ens ha de sorprendre doncs, que siguin unes persones amb una esperança de vida molt per sota de la mitjana de la població, si donem com a bones les dades facilitades per una ONG amb forta tradició de treball amb aquest col·lectiu, la edat mitjana dels darrers 150 òbits de persones sense sostre comptabilitzats al llarg de 10 anys per aquesta institució, seria de 56 anys.

Així, doncs, creiem que queda suficientment demostrat al llarg d'aquet treball que aquestes barreres d'accés no són exclusivament una qüestió de volitud i actitud dels col·lectius objecte d'estudi, sinó que les dificultats burocràtiques, la pressió assistencial a que estan sotmesos els professionals, la manca d'instal·lacions adequades, el codi ètic del professional -i la variabilitat de la pràctica mèdica- i l'aspecte extern de l'usuari, aspecte que sol estar lluny del que entendríem per "socialment acceptable"; són elements decisius que limiten i condicionen l'accés de les persones sense sostre a les prestacions del sistema sanitari públic.

BIBLIOGRAFIA

- BALOT J. (2000) "Els sense sostre. Hi ha realitats que s'han de conèixer". A Papers - Centre d'Estudis *Cristianisme i Justícia* n. 140. (També a <http://www.fespinal.com/espinal/realitat/pap/pap50.htm>).
- BAQUER MOLAS, B. (1999) " El col·lectiu dels sense sostre a Barcelona: algunes possibles respostes". A NAVARRO V. *Les desigualtats socials a Catalunya* (1999), Col·lecció *Polítiques* (Fundació Jaume Bofill) : 24. Barcelona: Mediterrània.
- DE MIGUEL, J.M. (1998). *Estructura y cambio social en España*. Madrid: Alianza Editorial.
- CABRERA P.J. (1998). *Huéspedes del Aire, Sociología de las personas sin hogar en Madrid*: UPCO.
- GARCIA M. & PRADEL M. (2004) "Immigrations policy in Spain. Country report in *Europub WP5 transferability*". A <ftp://ftp.iccr-international.org/europub/europub-d5.pdf>
- GUTIÉRREZ E. (Coord) (2004). *Immigració, Igualtat i convivència: Un repte per al Voluntariat Social*. Barcelona: Federació Catalana Voluntariat Social (FCVS).
- PORTES, A. i BÖROCH, J. (1997): "La migraciones actuales: perspectivas teóricas sobre sus causas determinantes y las formas de incorporación de extranjeros". A MALGESINI, G.: *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial*, Barcelona: FUHEM-Icaria.
- MARTÍNEZ, E. (2001) "Centros históricos en perspectiva. Observaciones sociológicas al análisis y la planificación territorial". *Revista Catalana de Sociologia*, num.14 (Desigualtats, classes socials i territori) p. 87-105.
- TEZANOS, J.F. (ed). (1999) *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Ed. Sistema.
- Tezanos, JF. "Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas". *Un marco para el análisis*, p 11-55.
- Tortosa J M., "Pobreza y desigualdad social", p 57-105.
- Jiménez Hernández P, "Personas mayores con ingresos escasos". p. 407-429
- Hernandez de Frutos, T. "La exclusión residencial en España: barrios degradados y barrios desfavorecidos". p.617-643
- VALIENTE, M. (2004) "Un marco legal para la integración social de los extranjeros". *Documentación social* nº 132, Enero- Marzo, p. 157 -176.
- PORTERO, M. & ULTRILLA M.J.(2003) "Personas sin hogar y salud". *Documentación social* num 127 Abril – Junio. p 227 -246.

Recerca a internet

<http://www.diba.es/servsocials/informes/informes.asp>. Diputació de Barcelona.

http://www.csbcn.org/area_prov/sociosan_bcn.pdf *L'atenció sociosanitària a la ciutat de Barcelona. Anàlisi de la situació i conclusions dels grups de treball* (Direcció de Planificació i avaluació -Consorti Sanitari de Barcelona. (Ajuntament de Barcelona).

<http://w3.bcn.es/fitxers/premsa/plainclusidp21102004.220.pdf> (Pla municipal per a la inclusió social 2005-2010. - Ajuntament de Barcelona).

<http://www.diaridebarcelona.com/> (Diari electrònic promogut per l'Ajuntament de Barcelona).

<http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm> (Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona).

<http://www.mtas.es/migraciones/proceso2005/default.htm> (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

<http://www.arrelsfundacio.org> (Fundació Arrels: Entitat privada sense ànim de lucre de Barcelona que atén a persones sense llar a través de diversos programes d'actuació).

<http://www.extranjerossinpapeles.com> (Asesoría per a residir i treballar a l'Estat Español).

<http://www.sosracisme.org> (SOS Racisme)

Legislació consultada:

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 010 de 12/01/2000 Sec 1 Pag 1139 a 1150

Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 307 de 23/12/2000 Sec 1 Pag 45508 a 45522

Ley Orgánica 14/2003 ley de extranjería (reforma de la ley 8/2000) BOE 279 de 21/11/2003 Sec 1 Pag 41193 a. 41204

Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 006 de 07/01/2005 Sec 1 Pag 485 a 539

Orden PRE/140/2005, de 2 de febrero, por la que se desarrolla el procedimiento aplicable al proceso de normalización previsto en la disposición transitoria tercera del del Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 029 de 03/02/2005 Sec 1 Pag 3709 a 3723

NOTA:

En la realització d'aquest estudi han col·laborat **ADRIANA VALEIRAS**, politòloga i **LAURA TORIBIO**, sociòloga.

Barcelona, 28 de setembre de 2005.



TREBALL DE CAMP SOBRE:

**DESIGUALTS EN L'ACCÉS A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA
SANITARI PÚBLIC PER PART DE COL·LECTIUS SOCIALMENT
DESFAVORITS A BARCELONA-CIUTAT.**

ANNEX I

ENTREVISTES

Treball realitzat per:

ANDRÉS CERNADAS RAMOS

Profesor del Departamento de Ciencia Política y de la
Administración.

Universidad de Santiago

**PER A LA REALITZACIÓ D'AQUEST TREBALL DE CAMP S'HA
COMPTAT AMB UN AJUT FINANCER DE LA FUNDACIÓ JAUME BOFILL**

ANNEX I: ENTREVISTES

ÍNDEX

1. Immigrants	3
2. Gent sense sostre	28
3. Gent gran	49
4. Professionals sanitaris	91
4.1. Metges de família	91
4.2. Personal d'infermeria	99
4.3. Treballadors/res socials	101
4.4. Altres professionals de serveis sanitaris	117
4.5. Responsables de serveis i entitats sanitàries	122
5. Tècnics de l'Administració i càrrecs polítics	128
6. Tercer sector	141
6.1. Representants de persones sense sostre	141
6.2. Representants de gent gran	149
6.3. Representants d'immigrants	161
7. Altres informants rellevants dels tres col·lectius	179
8. Altres entrevistes	185

1. ENTREVISTES A IMMIGRANTS SENSE PAPERS D'ÀSIA I ÀFRICA

Dades d'identitat		
Nom	Latifa (Nom fictici)	
Edat	35 anys	
Lloc d'origen	Marroc	
Barri de residència	Sant Martí	
Realització de l'entrevista		
Data: 05/02/2005		
Hora inici: 17:00	Hora final: 18:30	Duració: 1:30 h
Lloc: domicili d'ACAU		

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista que no s'ha pogut enregistrar per qüestions tècniques i/o ambientals:

* **Situació legal:** Fa tres anys que va arribar a Espanya.

- Té passaport.

- Està empadronada però sense permís de residència.

* **Situació familiar:** Es viuda i té una filla de set anys. Viu en un pis de Càritas amb ajut social d'ACAU.

* **Treballa:** Treballa en l'atenció – cura de gent gran.

* Darrer cop que va anar al metge: Fa un mes, a causa d'un constipat. Va anar al CAP de Ramon Turró.

* **Empadronament:**

- Es va empadronar sense cap problema. Una de les seves amigues li va "donar" domicili. Amb això ja va poder accedir a la TIS. Tot i això, quan va arribar sap de companys que pagaven domicili només per empadronar-se, encar que no hi visquessin.

- En general tots tenen el passaport però tenen dificultats per empadronar-se sense domicili.

* **Targeta sanitària:**

- Ha tingut sempre la TIS, no ha anat mai sense aquesta.

- Reconeix que moles companys utilitzen la TIS d'un conegut o familiar.

* **Atenció sanitària**

- Demana visita personalment o per telèfon. Quant truca per telèfon considera que l'atenen ràpid.

- Idioma: Les primeres vegades sempre anava acompanyada per poder entendre's.

- Enten les explicacions del metge i les troba correctes.

- Troba que la informació rebuda i la documentació és correcta —ella ha canviat de CAP sense cap problema- encara que pensa que aquesta informació hauria de ser donada per persones del seu col·lectiu.
- Li és indiferent que el professional sigui home o dona. Prefereix un metge gran que un de jove.
- Fa un ús del servei sanitari com al seu país i no creu que els immigrants vagin molt al metge.

*** Altres aspectes comentats:**

- Al seu país hi ha metges generalistes gratuïts i privats. Els públics no són bons. Els especialistes es paguen i els medicaments també.
- En ocasions, proten als pares per fer tractaments de sanitat, però ho fan bàsicament amb la idea que estableixen residència aquí. Tot i això, els pares després sempre volen tornar al poble. Ella mateixa vol portar a la seva mare. Els porten per problemes de vista, dentadura...
- Al seu país també hi ha ginecòlegs homes, però ella enten que una dona no vulgui ser examinada per un metge. Depen del grau de creença i religiositat de la dona i del seu nivell cultural. A més cultura i menys religiositat amb més normalitat accepten la relació amb l'altre gènere.
- A ella li és igual que el metge sigui home o dona, però prefereix una persona gran a una de jove.

OBSERVACIONS

*En aquest cas la entrevista no va poder ser registrada pel soroll que hi ha havia en l'entorn, per aquest motiu s'han transcrit les notes preses durant la entrevista.

Dades d'identitat		
Nom	Teresinha (Nom fictici)	
Edat	29 anys	
Lloc d'origen	Cabo Verde	
Barri de residència	Gòtic	
Realització de l'entrevista		
Data: 1 de febrer de 2005		
Hora inici: 12:00	Hora final: 12:45	Duració: 0:45 h
Lloc: Serveis socials Correu Vell		

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista que no s'ha pogut enregistrar per qüestions tècniques i/o ambientals:

* **Situació legal:** Fa dos anys que va arribar a Espanya.

- Té passaport
- Està empadronada però sense permís de residència.

* **Situació familiar:** Es soltera amb un fill nadó i viu amb uns familiars llunyans.

* **Treballa:** Treballa amb la neteja.

* **Darrer cop que va anar al metge:** Fa un dos per un problema d'esquena. Va anar al CAP de Raval.

* **Empadronament:**

- Es va empadronar sense gaires problemes en el domicili d'aquest familiars. Amb això ja va poder accedir a la TIS. Recorda que coneguts seus han tinguts problemes per a empadronar-se, per no tenir un domicili i no tenir-ne familiars que els hi facilitessin.
- En general tots tenen el passaport però tenen dificultats per empadronar-se sense domicili.

* **Targeta sanitària:**

- Ha tingut aviat la TIS, no ha anat al metge sense aquesta.
- Reconeix que moles companys utilitzen la TIS d'un conegut o familiar, o compran directament els medicaments a la farmacia sense anara previament al metge.

* **Atenció sanitària:**

- No va gaire al metge però quan hi va no s'ha trobat amb problemes. Considera que l'atenció és correcta i les esperes normals. Demana visita personalment, ella o algun familiar.
- Idioma: una doctora que que només parla català i que es nega a parlar en castellà amb ella (Cuando yo estaba embarazada, yo no habla mucho castellano. Y mi comadrona, el médico, el ginecólogo, no quiere hablar castellano, quiere sólo hablar catalán. Y yo siempre, ella sabe hablar castellano también, pero ella sólo catalán, muy catalán. Habla muy rápido y sólo catalán -aquesta doctora era d'un altre CAP-)
- Enten les explicacions del metge.

- No té problemes de tipus cultural, li és igual que el professional sigui home o dona, i tampoc considera important l'edat del professional, encara que reconeix que *"els joves et miren més, posen més interès, mentre els més grans saben més, tenen més experiència"*.

- frequenta els serveis sanitaris només quan té problemes importants, per problemes d'horaris i altres, accepta que va menys al metge que si estigués al seu país.

*** Altres aspectes comentats:**

- Creu que la informació que els hi arriba no es suficient, i que de vegades costa trobar/obtenir aquesta informació.

- Pensa que els metges haurien de parlar idiomes ("con un par de ellos que hablen dos idiomas cada uno ya esta bien")

- En aquest sentit, també creu que els prospectes dels medicaments haurien d'ar escrits en varios idiomas comunitaris per a facilitar la comprensió pels immigrants (ella entendria el portuguès si vinguessin escrits en aquest idioma)

OBSERVACIONS

*En aquest cas la entrevista no va poder ser registrada pel soroll que hi ha havia en l'entorn, per aquest motiu s'han transcrit les notes preses durant la entrevista.

Dades d'identitat		
Nom	Jaramogi (Nom fictici)	
Edat	37 anys	
Lloc d'origen	Kenia	
Barri de residència	Gòtic (CAP: Gòtic)	
Realització de l'entrevista		
Data: 1 de febrer de 2005		
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:00	Duració: 1 h
Lloc: SS.SS. Correu Vell, 5		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

J: Jaramogi

Bien, ya sabes pues de que vamos a hablar y como va a discurrir la entrevista, empezamos pues.

A: ¿Cuál es tu nombre?

J:

A: ¿Cuánto tiempo llevas en Espanya?

J: Trece años sólo en Barcelona

E: Me escribes tu nombre porque sino yo lo escribiré mal

J: John lae. Este es el nombre que uso en España, antes en mi país ese no es mi nombre de verdad, mi nombre de verdad, me llamo (.....) Ese nombre aquí en España como tengo miedo, yo cambié nombre y otro país. Yo mi país es Kenia, pero aquí en los papeles que uso aquí mi país es de Sudafrica. Yo de Kenia. Te enseño papeles.

E: No, no hace falta.

J: Ahora cuando la policía me coge, sabe mi nombre, John lae, pero eso es un nombre falso. Aquí en España yo uso ese nombre porque no tengo pasaporte, y al no tener pasaporte no doy mi nombre original. Ahora yo estoy esperando mi pasaporte aquí, para estar con mi chica. Ahora con el libro de familia uso mi nombre original. Yo aquí vivo, por la tarde busca basura, encontrar ropa, bambas, y me voy a vender a Glòries. Hago eso, es todo el tiempo, necesito comida. No tengo tarjeta del médico, no tengo nada de nada.

E: ¿No tienes tarjeta sanitaria?

J: Nada, ahora yo he estado enfermo y no sabe donde ir al médico.

E: ¿No has ido nunca al médico?

J: Si, he ido al médico, antes si cuando rompe cabeza, fui rápido. Antes me dispara aquí en el 97, me dispara un racista aquí en Barcelona, me dispara en la pierna. Entonces mi nombre está dentro de computer. Voy al médico, escribe papel y no puedo comprar medicinas, porque como no tengo trabajo.

E: A urgencias?.

J: Si, pero como no tengo tarjeta ni nada, me duele, no tengo trabajo no tengo nada. La asistenta social me ayuda un poco, a comprar y eso. Nosotros solo pagamos el alquiler de casa, tenemos niño ahora. Nosotros vive ocupa, me entiendes, todos los años en España nosotros vive en casa ocupa. Allí en Sant Andreu, yo he salido en la tele y con ella (es refereis a la seva parella actual), en Sant Andreu, yo vive allí todos los años. Cuando rompe, la Cruz Roja, vive solo unos meses, luego mentira. Como la

chica mía, no es africana no puede ir a Cruz Roja (és de l'Europa extracomunitaria), a ayuda de Médicos del Mundo.

J: Todos los años vive aquí en Barcelona, todos los años vive en casa ocupa, ahora con la bebé, paga casa, la asistenta paga solo dinero de casa. Ahora yo no tengo trabajo, no tengo papeles, no tengo nada. Ahora yo tengo que visitar al médico, no se que cosa he comido, y que me da medicina.

E: Como digo, en trece años tendrías que tener ya hasta nacionalidad, con diez años ya se puede solicitar.

J: Claro, pero no tengo pasaporte.

E: Pero hay que demostrar la estancia.

J: Yo quiero pasaporte, mi familia cuando yo consiga dinero para enviar el pasaporte, yo cuando manda, ellos comen, porque tienen hambre. Mi familia es pobre, yo estoy aquí, si estoy trabajando mando dinero 200, 100 euros y ellos comen. Ellos saben que estoy en Europa y que tengo de todo, y yo no tengo nada, ellos no saben. Yo intentaré mandar 50 para que hace papel y cuando lo manden ellos.

E: Y en este proceso que se está haciendo de regularización, tu crees que te darán ya documentación.

J: Ahora cuando me traigan papeles de mi país podré ya. Yo tengo derecho ya para papeles, ahora tengo barba, tengo ya un hijo.

E: ¿Te has hecho un hombre aquí?

J: Y yo estoy esperando ahora que mi familia me mande, no el pasaporte, como certificado de donde nací.

E: La partida de nacimiento.

J: Si ahora, necesita 50 euros para mi mama, pero no tengo ni un duro ni nada, entonces yo me busca la vida para conseguir ese dinero, cuando tenga 50 euros.

E: ¿Y las veces que fuiste al médico, fue siempre a urgencias?

J: Si.

E: Cuando el disparo y todo, siempre a urgencias. ¿A dónde fuiste ...al Mar, ...al Clínico?

J: A Pere Camps, y al Hospital Clínico, y del Clínico yo estuve en la cárcel de aquí. Porque yo dentro de la cárcel me he caído, y me llevaron al hospital del Clínico. Y cuando tenía problema aquí en Drassanes, y en el Hospital del Mar también.

E: ¿Y cuando sales del hospital por ejemplo del Mar, te facturan la atención que te han prestado?

J: No, no me hacen nada.

E: Una factura para cobrar el coste de la asistencia.

J: No, no, yo nunca lo hice aquí en Barcelona. No nunca.

E: John, y el trato con el médico ¿cómo lo has encontrado?

J: Ah, me trata bien, me trata bien, estas mal y me trata bien, y cuando salgo de ahí compra medicina. Cuando está mal me trata bien, pincha me hace de todo. Médico si.

E: Y la ventaja que tienes tu es que ya hablas muy bien castellano entonces tampoco tienes mucho problema para entenderse.

J: Ahora, yo no se que cosa comí que mi pie esta hinchado, ahora sale por aquí. Aquí me duele, aquí también, no sabe. Yo ahora como voy a pensar en médico con mis papeles, tu dices ¿Dónde está tarjeta? No tengo tarjeta, me he hecho daño aquí y no tengo tarjeta ni nada. Te mandan por ahí, qué médico tengo que ir...

E: Yo te recomendaría que fueras a Drassanes, que probablemente es dónde más rápido y mejor te pueden atender.

J: Con extranjeros, y así...

E: Si ellos están muy acostumbrados a tratar con extranjeros, y nosotros hemos hablado con mucha gente, y Drassanes es posiblemente el sitio donde mejor atienden.

J: Antes, cuando estaba en Sant Andreu, iba a Médicos del Mundo, es mejor, daban medicina. En Sant Andreu.

E: ¿Y Médicos sin Fronteras no?

J: No

E: Pero en Sant Andreu, teníais asistencia sanitaria, también había el servicio de unos curas.

J: No siguió ellos, ella tiene tarjeta pero yo buscar la vida. Ese sitio, con tarjeta de médico como yo no consigues... Mucha gente iba ahí.

E: Porque a Sant Andreu iban unos curas.

J: Si, ayudó mucho antes, mucho antes. Como yo no conseguí...

E: ¿Y entonces los medicamentos como haces para comprártelos, cuando vas al hospital?

J: Cuando voy al hospital me dan unos papeles, y cuando eso yo pido a una amigo mío dinero, y voy a la farmacia, y cuando no tiene...

E: ¿Y a la farmacia vas directamente cuando tienes un problema pequeño?

J: No, no, más al médico que hace papel, y con el papel va a la farmacia. Yo ahora quiero ir al médico, porque me he puesto una crema, y quiero ir al médico para saber que es eso. Porque antes me hace frío, se me ha hinchado.

E: Probablemente como dices tu, alguna cosa que comiste que te sentó mal.

J: El médico me dice que cosa, me hace analítica o algo así, y sabe algo.

E: Pues tendrías que acercarte a Drassanes o según como, al Hospital del Mar.

J: Drassanes, Drassanes. Si porque saca mis papeles, y me visita.

E: Entonces una cosa John, si tu le pidiéses alguna cosa a sanidad para que mejorase la atención a los inmigrantes, tu que crees que se debería mejorar para que la atención sanitaria estuviese mejor.

J: Bueno, yo pide, para cambiar. Pide para cambiar, médicos que te den medicina, no la farmacia, mucho dinero, porque no tiene trabajo, no tiene nada. Cuando tu tienes papel si vas a la farmacia y no tiene dinero, ¿como lo vas a comprar? Mejor en el médico te da la medicina.

E: ¿Y no has ido nunca al SAIER?

J: No, no.

E: Porque los del SAIER, que están allí en Plaza España, en Paralelo 202, trabajan exclusivamente con inmigrantes irregulares.

J: Conozco yo, cuando vine.

E: Porque normalmente ellos suelen pagar las medicinas a la gente que va a través del SAIER. A lo mejor te podrían ayudar.

J: Sabes tu, dame la medicina, porque yo no compra porque no tengo dinero. Ese es grande problema.

E: ¿Y alguna cosa más le pediríamos a la sanidad? Problemas con el idioma,... problemas culturales.

J: No, problema son las medicinas y la tarjeta.

E: ¿Os parece que los temas culturales influyen en la atención sanitaria?

J: Aquí, eso no es.

E: Tu crees que una mujer de tu país si tuviera un ginecólogo hombre, no le importaría, le daría igual.

J: No eso, no. Si es mujer, quiere doctor mujer. No va a doctor hombre. Si está enferma va a visitar doctor mujer como ella.

E: Y al revés J, si tuvieses un problema te importaría que fuese una mujer.

J: Me da igual, que sea fuera hombre que mujer, porque yo asisto muchas veces aquí en España.

E: Te da igual que sean temas sexuales, de huesos, de lo que sea.

J: Me da igual, porque yo estoy enfermo y quiero solucionar mi cosa y ya está.

E: Y una última cuestión y ya no os molesto más. En las veces que habéis ido al médico ¿Creéis que hay diferencia de trato si es un hombre o una mujer, o si es una persona joven o una persona mayor?

J: Yo pienso que señora mayor puede curar, que cabeza funciona bien.

E: ¿Tu te fías más de alguien mayor?

J: Si.

E: Tu si ves a Laura (Laura Toribio, co-entrevistadora) de doctora ya no entras.

J: No...

E: Pero si ves a un doctor con canas...

J: Si, pero una doctora muy mayor sabe mucho. Pero yo tuve visita con un estudiante y él es muy, mira todo, todo el cuerpo, porque tiene miedo. Es muy bien también.

J: Viene chica como estudiante, y no tiene confianza, y una mujer mayor esta sabe mucho.

E: Probablemente la gente mayor tenga mucha experiencia, pero como dice R, la gente joven seguramente pone mucho interés, quiere mirarlo todo (...) ¿Y luego entre hombres y mujeres que os parece?

J: No, eso no. La mujer mayor quiere una cosa tranquila, y sabe que cosa hace.

E: Me decían otras personas que entrevistamos que la información del sistema sanitario, debería estar en más idiomas. Algunos me decían, que se debería traducir la ley de Extranjería a otros idiomas. Sin embargo otras personas, por ejemplo algunos los sindicatos, nos decían que no se debería traducir a otros idiomas, sino enseñar a los inmigrantes otros idiomas. ¿Qué os parece?

J: Estamos en España.

J: Si, pero los medicamentos están siempre en castellano, no en inglés. Yo creo que es mejor en otro idioma, porque es peligroso si tu no puedes leer.

J: Si pero que te refieres a la receta del médico o al folleto explicativo que viene con las medicinas.

J: Si al folleto.

E: Si es verdad, si tomas un medicamento...

J: Si, no puede ser, yo he tomado tres pastillas y no sabe pastillas de qué, y luego se ha hinchado y de qué.

E: Una última cuestión, Jaramogi, ¿Qué les pedirías tu a los servicios sanitarios, para que mejorase la atención sanitaria a los inmigrantes.

J: No se ahora no se. Más información. Que médico dé medicinas, allí, cuando vas.

J: Que pongan médico que sepa hablar inglés y castellano. Como extranjero no habla castellano, el médico puede hablar english y castellano...

J: Y también como Médicos del Mundo, venir cada semana, en un sitio. Y todo el mundo sabe que jueves, a una hora está.

J: Médicos del Mundo habla english y castellano. Creo que la persona habla sólo castellano, problema, dice ¿qué está hablando? Y el doctor habla inglés y castellano.

E: No, los médicos con los idiomas, con los extranjeros tienen muchísimo problema.

J: Los extranjeros no hablan castellano nada de nada.

E: Pero ¿sabes una cosa? Esto nos llevaría a una situación que tampoco no nos gusta. Si imponemos que el médico hable un par de idiomas...

J: Hay extranjeros que no habla english, tampoco.

E: Entonces haríamos una atención sanitaria sólo para inmigrantes, y esto implicaría una separación, una división y según como tampoco gustaría. Y hacer que el médico hable inglés es imposible. En España hay poca formación de idiomas, entonces es muy difícil.

J: Si, médico que habla inglés y francés, y así este médico de extranjero, y este médico de española. Eso podría ser.

E: Pero eso llevaría a una cierta segregación.

J: Si, pero si hay un centro, para extranjeros, que se hable.

E: En tu país J, ¿la sanidad es gratuita como en España también?

J: Si, no paga pero no muy buena. En mi país el médico habla english y habla el idioma.

E: ¿Crees que el uso que hacen los inmigrantes del sistema sanitario es mayor, menor o igual al de los españoles? Es decir si van más a menudo, si van sólo cuando están más graves...

B: Yo voy solo ti tengo problema dolor. Como en mi país o menos

E: Bueno pues no os cansamos más, muchas gracias por haber venido y haber colaborado con nosotros.

Dades d'identitat		
Nom	Saliou (Nom fictici)	
Edat	21 anys	
Lloc d'origen	Senegal	
Barri de residència	Barceloneta	
Realització de l'entrevista		
Data: 03/12/2004		
Hora inici: 10:30	Hora final: 11:30	Duració: 1 h
Lloc: Estació del Nord, Estació d'autobusos		

E: Entrevistadora (Adriana Valeiras, col·laboradora en aquest estudi)

S: *Saliou*

L: *Yahya* amic de *Saliou*

E: *Hola*

S: *Hola ¿qué tal, chica?*

E: *Bien, ¿y vosotros?*

S: *Se rien y se miran. Parecen sorprendidos por mi acercamiento.*

E: *¿Puedo sentarme?*

S: *Si claro...*

E: *Soy Adriana*

Y: *Hola, yo soy (...)*

S: *Yo soy (...) Saliou*

E: *¿De dónde sois?*

Y: *Yo soy de Gambia... ¿sabes dónde está?*

E: *Si, en África ¿no?*

Y: *Si, y él (refiriéndose a Saliou) es de Senegal...*

S: *Son dos países así (gesticula uniendo sus manos)... "sans frontiere"... son países hermanos... están al lado... mi padre es de Gambia... y mi madre de Senegal... ¿Y tú? ¿Eres de aquí?*

E: *No, yo tampoco soy de Barcelona... llevo poco tiempo... ¿y vosotros?*

Y: *Yo un día llegué ayer a Barcelona, pero ya llevo 6 años en España... he estado en Logroño, Soria y Olot.*

S: *Yo 8 meses...*

E: *¿Y sois amigos?*

Y: *Nos conocimos ayer... yo llegué a Barcelona y cuando salí ahí del metro y lo vi, le pregunté donde podía pasar la noche... y me llevó a su casa...*

E: *¿Sí?*

S: *Si claro... Qué iba a hacer... es de mi país... mi padre es de Gambia... normal ¿no?*

E: *Claro, claro Bubu*

S: *¿Y todas estas preguntas? ¿Eres policía?*

E: *No, no... ¿no os gustan los policías?*

Y: *Policías no son malos. Si tu no haces nada, no pasa nada...*

S: *Si es verdad*

E: *No, yo no soy policía... (els hi expliquen el que estem fent i els hi demanen –a Bubu– si hi vol col·laborar, i ens diu que sí)*

S: *Ah, vale vale... no problema... es que yo no tengo papeles...*

Y: Yo si eh? Yo no tengo problema...yo tengo papeles.

E: ¿Y buscas trabajo?

Y: No, mañana me voy a Almería. Acabo de comprar el billete...mira (me lo muestra)...esta noche me voy...

E: ¿Y por qué a Almería?

Y: Porque ahora hay muchos chino y pakistaníes aquí...y ellos trabajan mucho y muy barato... ¿tu sabes no?...y los prefieren para trabajar a ellos...no a nosotros de color... (y se toca la mano indicando su color de piel)

E: ¿Y tu Saliou?

S: Yo vivo aquí hace 7 meses...mi hermano vivía aquí...si...yo llegue por mar...en barca. ¿Sabes? (Gesticula y dibuja ondas en el aire)

E: ¿En patera?

S: Si, si...

E: ¿Llegaste a Andalucía?

S: No, no...a Canarias...y entonces la Delegación Canarias envió a Murcia...

E: ¿Cómo?

S: Yo no tenía mi pasaporte y la policía de Canarias me hizo unos papeles con mi nombre y todo y me enviaron a Murcia...

E: ¿Y a Barcelona cómo llegaste?

S: Pues hace 7 meses que llegué...porque estaba mi hermano... ¿sabes?...mi hermano vive aquí.

E: ¿Y qué tal en Barcelona?

S: Bien, Barcelona es más grande para buscar trabajo...más trabajo...pero no tengo papeles...entonces...

E: Claro...

S: Yo voy al INEM...y el señor me pide mi pasaporte y mis papeles...y le digo que no tengo...y me dice siempre: "no papeles, no trabajo"...entonces...

Pone cara de resignación.

E: ¿Y te tratan bien?

S: Si. Mira, hay buenas personas y malas personas...en todas las partes del mundo...hay buenos y malos...

Y: Pero aquí no hablan bien de nosotros...yo llevo 6 años en España y puedo hablar...yo te contaría...yo sé muchas cosas...cuando los blancos van a nuestro país nosotros nunca hablamos mal de ellos y ellos de nosotros no... ¿sabes?

Se dirige a Saliou: Tu aún no sabes...cuando trabajes, tu verás, ya verás lo que pasa...

El aún no conoce España...aún no sabe...porque no trabaja...

E: Y tu Saliou ...ya hablas español muy bien...

S: Si, gracias...es que ya estoy aquí hace 7 meses...

E: ¿Qué hablas francés?

S: Si, francés, inglés, y árabe un poco...

Y: Aunque no vayamos a la escuela, nosotros sabemos eh...no somos tontos ¿sabes?

E: Claro (le respondo)

S: Yo ahora quería aprender bien español para trabajar... (dice Saliou)

E: Creo que hay cursos gratuitos para extranjeros de español y catalán de la Generalitat...

S: Pero no tengo papeles...

E: No sé si es imprescindible que los tengas Bubu... ¿Y tu amigo?

S: No sé, por aquí cerca...

E: ¿Y tu, Saliou, que tal de salud?

S: Ahora tengo mucho frío...y a veces dolor de cabeza muy fuerte...

E: ¿Dolor de cabeza?

S: Si, a veces me duele mucho... (se lleva la mano a la cabeza)...y se me ponen los ojos rojos...

E: ¿Y has ido al médico?

S: No, porque no tengo papeles...pero voy a un centro de medicina tropical que está aquí cerca...por allí arriba... (me señala con el dedo)

E: ¿Y qué te han dicho?

S: Me dan unas pastillas...pero no mejora...sólo el dolor de cabeza.

E: ¿Y dónde vives?

S: Aquí cerca, con mi hermano en un piso.

Y: Oye dime... ¿Por qué aquí todos los pisos son para comprar? ¿Y no para alquilar?

S: Sí...mira...yo no tengo papeles...no tengo trabajo...no tengo dinero... ¿Cómo voy a comprar una casa? (dice Saliou)

E: Ya, entiendo...

S: Yo sólo vine para trabajar...y sólo me dicen..."sin papeles no puedes trabajar"...

Dime ¿qué puedo hacer?

E: ¿Cuándo vas al médico te tratan bien?

S: Sí, bien

E: Y las medicinas..., ni no tienes tarjeta sanitaria?

S: Dar allí, en medicina tropical.

E: ¿Si tuvieras tarjeta irías a otro médico o irías más al médico?

S: Sí, me gustaría ir a otro médico, pero no papeles, no poder, solo Drassanes, allí no pedir papeles, no pedir nada, pero esperar mucho. Yo querer ir al médico normal.

E: ¿Crees que el uso que hacen los inmigrantes del sistema sanitario es mayor, menor o igual al de los españoles? Es decir si van más a menudo, si van sólo cuando están más graves...

S: Yo voy poco, solo ti tengo problema de mucho dolor, voy poco. Como en mi país. Pero aquí tener más problemas, estar más enfermo.

E: Hay algún aspecto cultural que influya cuando vas al médico: que sea hombre o mujer, la edad, etnia,....

S: No, me da igual.

E: ¿Te dan información sobre tus problemas de salud de forma que tu la entiendas?

S: No, no explicar nada, nada de información, pastillas y ya está.

E: Si, lo entiendo...no os preocupéis...todo irá mejor..

S: Claro...con papeles...(se rien)

E: Bueno, ya os dejo, muchas gracias por haber atendido y haber compartido todo esto conmigo...y mucha suerte...

S: Si mucha suerte a ti también chica.

OBSERVACIONS

Ens trobem a l'entrevistat junt amb un company a un lloc proper a l'Estació del Nord. L'entrevista, però, només es dirigeix a Saliou, donat que l'acompanyat no compleix els requisits de la nostra mostra (té papers).

Dades d'identitat		
Nom	Nadia (Nom fictici) (traductor: Mebjib, mediador cultural)	
Edat	No sap quan va néixer. Creu que té 49 anys, però sembla tingui uns 65.	
Lloc d'origen	Marroc	
Barri de residència	Poble Nou	
Realització de l'entrevista		
Data: 10/11/2004		
Hora inici: 15:00	Hora final: 15:50	Duració: 50 m.
Lloc: EICA (Espais d'Inclusió Casc Antic)		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

N: Nadia

Bien, una vez explicado el estudio que estamos llevando a cabo y como se desarrollará esta charla, empezamos:

E: Primero los datos básicos, la edad...

N: 49

E: ¿49? ¿Más joven que yo? (parece mucho más mayor).

N: Sabe su edad, pero la fecha no, porque en su época no había estado civil.

E: El país de procedencia.

N: Marruecos.

E: ¿Y cuánto tiempo lleva en España más o menos?

N: Cuatro meses.

E: ¿Y el nombre? Como te decía el nombre no va a aparecer en ningún sitio, nos inventaríamos uno o si quiere elegir ella uno.

N: Dice que ponga lo que quiera.

E: Bien le pondré Nadia. Hay varias cuestiones: Si ha utilizado alguna vez los servicios sanitarios en el tiempo que lleva en España, a que ha sido debido y cómo le han tratado, qué percepción tiene ella.

N: Dice que tuvo una caída en Marruecos cuando era joven y cuando vino aquí pues le hicieron un seguimiento más regular, y vino aquí a Drassanes.

E: Vino aquí a Rec Comtal

N: Dice que le han hecho un seguimiento bastante riguroso, radiografías, un tratamiento de calor y dice que al principio no le han puesto ninguna pega, por los papeles ni nada.

E: Ella ahora tiene tarjeta sanitaria.

N: Si

E: ¿Fue al médico alguna vez sin targeta?

N: No

E: ¿La atención que recibió la considera correcta?

N: Si, le parece que era correcta, está bastante satisfecha.

E: Y ¿cuáles son los problemas que ella encuentra en la sanidad española para la gente extranjera? Mucha gente me comenta el tema del idioma, entonces yo ya soy consciente que el idioma es la gran barrera. ¿Pero hay alguno otro más?

N: Si ella me comentaba antes, que el problema principal era el idioma y que tenía que llevar a una persona con ella para entenderse.

[E: Ayer me pasé el día en Sanidad y me mostraron un servicio de atención telefónico, un manos libres con el que se mantiene una conversación a tres (...)] Pero la chica que entrevisté el

lunes, también me dijo que siempre le pedían que llevase una persona que hablase castellano. Y un día que fue sin acompañante que hablase castellano, no la atendieron, le dijeron que volviera al día siguiente con alguien. Sanidad me dice que no hace falta. Entonces yo me pregunto si esos servicios están pero no se usan, si los extranjeros no saben que existe y no los exigen...

N: ¿Pero es un sistema bastante nuevo, o existía ya hace?

E: No, hace yo diría que cerca de un año que lo tienen.

N: Yo estaba de mediador aquí y me mandaban bastante a este CAP y desconocía que había este servicio, e igual hace año y medio que estoy...

E: Pues hace poquito en el CAP de Sardenya, me enseñaron el funcionamiento.

N: Yo mismo he ido acompañando a mucha gente, que por ejemplo había una gripe pues había que acompañare.

E: Pero ella comentó que llevaba siempre una persona.

N: Que le han comentado el tema, que había una persona que podía hacer de traductora, pero un día tal, que la disponibilidad de esta persona no es diaria.

E: Tiene que ser una fecha concreta, coger hora...

N: Y que ella prefería coger a una persona para que le acompañase].

E: ¿Y se ha encontrado alguna vez que si van sin alguien que no hable castellano, no la atienden?

N: Bueno, ella siempre ha ido con esta persona, o se que en su caso, y no conoce ninguna persona que no haya ido y no la hayan atendido.

E: Otra cosa, el trato que a veces se dice que hay un trato discriminatorio, si eso cree que se produce más entre los profesionales o entre lo que es el personal de contacto: los funcionarios que están en ventanilla y te dan las horas, el conserje, el vigilante jurado, etc.

N: Dice que no ha encontrado ningún problema, que el trámite ha sido normal, llegar allí, hacer la cola, entregar la tarjeta y pasar.

E: La tarjeta tiene cobertura sanitaria ¿y farmacéutica también? ¿40% habitual nuestro o no tiene esta cobertura?

N: Va a la farmacia y paga el 40%.

E: Otra cosa, la información que facilita el doctor o sistema sanitario en su conjunto a veces no es del todo comprensible -incluso para los nacionales-, y más al haber barreras de idioma ¿Cómo vive este problema de no entender la información?

N: Ella dice que no sabe que ella toma medicinas con papel de médico ya ya esta.

[Yo primero le digo mi opinión personal. Yo aquí tuve este problema, primero el tema del idioma, que no puedes decirle tan rápidamente al médico que es lo que te duele. Y no puede adivinar lo que... Lo segundo, si ya conoce la patología que puedes tener y ya te ha pasado antes, y ya tienes experiencia, y ya sabes que medicamento más o menos te puede servir... Nosotros tenemos una terminología en relación con el medicamento, si nosotros sabemos que una cosa va bien para algo, conocemos el nombre comercial. Entonces al llegar aquí, aquí no lo podemos conocer, porque son otros laboratorios... Y este problema suele ocurrir, sobretodo en estos términos. O sea, por una parte no puedes ayudar al médico a que te administre... Mi ejemplo, un día en el trabajo, me dolía la cabeza me tomé una aspirina, y tuve una alergia, sabiendo que yo tenía alergia a eso. Pero no me di cuenta en el trabajo, y fui al médico y yo sabía lo que había

que tomar. Era una inyección que yo no me acordaba del nombre, hay que ponerla, y en diez minutos se te va. Pero estuve allí de las siete de la tarde hasta las cuatro de la mañana en el Hospital del Mar, y no me han hecho nada, o sea más que esperar. Y sin poder explicar lo que había que poner.

E: Es una barrera grande.

N: Si, y el problema de antibióticos, para la penicilina, aquí para explicarlo. Conoces el nombre comercial, o sea te van probando, administrando. Hasta que no tienes un médico de cabecera que te lleva más o menos al día y tiene tu historial, digamos que no acaba de funcionar].

E: Otra cosa, si ella pudiera pedirle algo al sistema sanitario opudiera cambiar algo para mejorar la atención sanitaria al inmigrante, para que el inmigrante pudiese hacer uso del servicio con más naturalidad ¿qué cambios cree que se deberían hacer?

N: Dice que en general está bastante contenta con el sistema sanitario. Y bueno, tema de fechas, tema de plazos, de si te dan para una radiografía... Pero en principio no...

E: Ese tema de plazos es para todos, todos tenemos que soportar las listas de espera.

[N: Hay otro tema, yo creo que el hecho de estar empadronado para poder acceder a la sanidad, el problema es que sabemos que hay mucha gente sin papeles, y lleva a mucha gente a hacer trampa. Obligan a la gente a hacer trampa para empadronarse para acceder a este servicio. Supongo que habrá otra fórmula. Yo he oído de todo ¿eh? He oído de gente que va "como yo cotizo en la seguridad social"... Esto lo he oído yo "y viene un inmigrante sin pagar ni nada, y pasa delante de mí. O sea que a nivel de la sociedad también...

E: Esto también lo comentábamos con Sanidad ayer, que había que ir con mucho cuidado para que los nacionales tampoco se sintieran discriminados. Que había que ir con mucho cuidado con la discriminación positiva., porque puede haber cierta reacción].

E: ¿Cree que el uso que hacen los inmigrantes del sistema sanitario es mayor, menor o igual al de los españoles? Es decir si van más a menudo, si van sólo cuando están más graves...

N: Ella explica el caso de sus hijas. En su casa hasta que no sienten mucho dolor no van al médico.

E: O sea por una gripe o un resfriado, o un dolor de cabeza de dos días seguidos no se va al médico.

N: Ella cuenta el caso de ella y sus hijas, tienen la misma tendencia de ir como iban en Marruecos. Que aquí nota que bueno, que su médico de cabecera tiene un seguimiento más riguroso, o sea en tal fecha tienes que venir.

E: Si, hay más programación. Pero eso por una gripe, un resfriado, un dolor de cabeza de dos días no se va al médico.

N: Ella va al médico cuando la a espalda y le comenta otras cosas, si le duele la cabeza o...

E: ¿Cree que el tema cultural influye en la atención sanitaria? ¿Le preocupa que le atienda un hombre, o una mujer o le da igual?

N: Bueno..., según el problema prefiere que le atienda una mujer,... pero le da igual.

E: Bueno, pues le dejamos, muchísimas gracias por atendernos y por colaborar con nosotros.

OBSERVACIONES

- Entrevista feta amb intèrpret.
- Problemes amb l'empadronament: Viuen al pis d'una persona, aquesta no vol que s'empadronin a aquest domicili (sembla ser que hi ha un nombre màxim

per habitatge. En ocasions, se'ls cobra per l'empadronament 200 o 300 €.
Després pastas cinc o sis mesos se'ls dona de baixa sense prèvia comunicació, per poder registrar a una altra persona passat un temps.

- [apareixen també les opinions personals del traductor, donat que creiem que també aporten informació]

Dades d'identitat		
Nom	Yassir (Nom fictici)	
Edat	37 años	
Lloc d'origen	Marroc	
Barri de residència	Ribera	
Realització de l'entrevista		
Data: 08/11/2004		
Hora inici: 13:00	Hora final: 14:30	Duració: 1:30 h.
Lloc: PRISBA, C/ Carders, 18		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Y: Yassir

E: ¿Cuánto tiempo llevas en España?

Y: Un poco más de 5 años, pero no tengo papeles

E: ¿Cuándo fue la última vez que fuiste al médico?

Y: Hace dos meses

E: ¿Estas tomando ahora algún medicamento?

Y: Sí, tomos unas pastillas y unos sobre, pero los medicamentos son muy caros y no siempre puedo comprar.

E: ¿Entonces que haces?

Y: Vas al SAIER y ellos ayudan a inmigrantes in dinero. Hcen receta y tu pagas solo una parte.

E: ¿Tu pagas el 40% y el resto lo paga el SAIER?

Y: Ellos te pagan todo, pero te piden, digamos la receta. Tienes que pagar cinco euros.

E: Entonces cuando sales de hospital, te hacen una receta y lo pagas todo.

Y: Sí

E: Entonces vas al SAIER y te lo cambia por una receta, y pagas el 40.

Y: Sí. Los marroquies, los sudamericanos, a lo mejor te vas a una obra, preguntas por el encargado, y estas a lo mejor estás algo resfriado,

E: Luego hay servicios de urgencias...

Y: Te vas a urgencias y estás cinco o seis horas esperando, te dejan de último paciente.

E: ¿El trato en el médico es bueno?

Y: ...bueno,...inmigrantes...

E: Crees que tratan diferente a los inmigrantes que a los nacionales.

Y: Hombre yo no digo todos los médicos, hay médicos que tratan bien. Pasa el problema de la gente que hay

E: ¿De la gente previa al médico?

Y: Yo he visto mucho, he observado mucho si cuando miran habla. Hay intérpretes.

E: Hay un sistema, de manos libres...

Y: Yo he conocido muchos que usan inmigrantes para traducir, pero la persona tiene problema. Hay jueces, y hay intérpretes que tu dice al juez, una cosa y a lo mejor intérpretes dicen otra. Dice todos son negros, todos son negros.

E: Ya no saben, no es que es que tengan con mala intención.

Y: No, no sabe, lo que pasa es que los contratan, no se porqué. Yo estuve hace tiempo en Lérida (...)

E: Pues en los hospitales dicen necesitamos una traducción (...)

Y: Y me da un medicamento por que yo no lo entendía, porque mayoría que sabe hablar el norte hablan un poco castellano, dos palabras. Y en el sur... Entonces hablan un idioma que no lo entiende ni dios, habla un poco inglés, mal hablado, si habla contigo el inglés no le entiendes, y se habla su idioma no lo entiendes. Hace falta un intérprete. Aquí si una persona quiere aprender hay muchos colegios. Gente, mayoría, la persona no sabe leer, como si no sabe marroquí como va a aprender español. Pasa claro, también un problema, aquí no te reciben con los brazos abiertos. Yo llevo ocho años, y cuatro o cinco españoles, gente mayor. Si vas al trabajo, hablan contigo y tal, los demás cada una habla... Luego dicen si llevas ocho años habla catalán, habla castellano. Trabajo, tratan cada día más mal. Aquí si una persona viene, con una información, de hace 20 años, aquí todo ha cambiado. La gente tiene mala información. Hay muchas familias: Cuidao con los moros cuidao con los gitanos. Y todos meten en la misma cesta. Muchas veces he entrado al metro, y muchos crios que te miran, como si fuese un monstruo. Pero a ver si yo quiero integrar, entro a un bar. Buenos días quiero hablar con usted, y no me dejas hablar. Yo soy marroquí, ah, bueno no. ¿Con quien me voy a integrar?

E: *Es complicado, es complicado.*

Y: ¿Qué es lo que tienes que hacer? Por ejemplo, si puede ir una persona a urgencias. Tu vas a entrar y yo voy para la silla. A urgencias van personas que pueden ir a sanidad, y esa persona cuenta en su casa lo que quiere... Aquí mucha gente si no tienes papeles.

E: *Claro, si vas a urgencias atienden a todo el mundo.*

Y: Muchas veces te piden la cartilla. Hay inmigrantes digo yo que tienen miedo, porque dejan pasaporte.

E: *En general no se paga pero te hace una factura... Y parece debo aquí...*

Y: Mira a mi me operaron, un accidente. La primera vez que me mira el médico dice usted no la puede pagar, yo no paga porque no estoy trabajando ahora mismo. Y yo he dicho, porqué ayer cuando ambulancia me ha traído porque no me echaron de la clínica? Porque me van a operar? Te operan porque estás enfermo. Tengo la cartilla y tengo papeles, pero cuando trabajo, dice pero cuando no trabajas esta cartilla no vale. Yo no voy a pagar, esto fue en el 2000. Cuando trabajo, pago mi seguridad social. Estuve una semana en el hospital. Solo por visitar me tienen que hacer una factura, porque... Estuve una quince días de baja, y me dice cuando tu no cotizas no vale esa cartilla. Tu tienes, pero no vale. No vale, cuando trabajo puedo ir al hospital, cuando no trabajo no puedo ir al hospital, es un poco...

E: *Es un poco raro, yo ahora me quedo en paro y voy al médico me atiende igual. ¿De eso cuánto hace?*

Y: 2000, cuando voy a Barcelona, me dice si no estas cotizando la tarjeta no vale.

E: *¿Y cuándo vas al médico de cabecera?*

Y: Hay quien te trata bien, pero hay quien te trata mal.

E: *Si hay médicos que son...*

Y: A veces sería para denunciar una cosa... Yo para quitarme una muela...

E: *Pero depende del médico ¿no?*

Y: ...da asco tocarlo o... Muchas enfermeras entras y trata: qué te pasa? Aver dime! Estás en urgencias y trato muy fuerte. Y tu sólo puedes ir a urgencias. Y mucha gente va a urgencias (...) y hace así porque seguro que faltan médicos. Te hacen un trato para que te vayas. Te tratan un poco... falta humanidad, humanidad. Es lo que importa.

E: *Y otra cosa, crees que el trato, en urgencias como decías es un poco brusco, ¿tu crees que depende un poco del tipo de inmigrante que seas? Si es hispano, de los países del este, si es árabe, si es negro.*

Y: No, no porque la persona de Centroamérica, lo tratan casi como la gente de aquí. Porque en Centroamérica la gente es cristiano-católica. Los musulmanes o las personas de África, muchos que vienen encuentran mucha dificultad y muchos de ellos te tratan como eres nadie. Estas legal o ilegal, es igual si tienes papeles o no papeles.

No es un trato, si está un peruano y un marroquí, trata mejor a peruano que a ti. Esto es cierto porque peruanos, me ha dicho mucha gente de aquí que hablan castellano, son cristianos, creen en Cristo. Los musulmanes creen en Alá, Mahoma... Todo.

E: Y cuando dices M que les tratan mejor a ellos que a ti ¿Dónde ves la diferencia? En que son más amables con él...

Y: No, a mi me han contado muchas personas que tratan mejor, que van sin cartilla y los atienden. Y va un marroquí y sin cartilla a lo mejor, no quiere hacer algo, te van a complicar más el trámite. Te vas a buscar el empadronamiento, y mucha gente que no cogen en hospitales igual porque pensaban que estaba buscando algo... Llama a la policía...

E: O sea que ponen más pegas. Como te dije los sudamericanos no entran en el estudio, porque ya supongo que tienen menos problemas o que no tienen.

Y: Creo que no, porque yo hablé con bastantes y aquí en Barcelona, chicas y chicos que trabajan sin papeles... Pero un marroquí no le dan trabajo sin papeles, no lo dan. Y peruanos están trabajando perfectamente. Yo tengo amigos. Si yo trabajo sin papeles, y conozco marroquíes que no encuentran nada.

E: Yo tengo un vecino que es venezolano y no tiene papeles, y lo tiene muy mal. Y me dice pierdo trabajos buenísimos, por no tener documentación.

Y: Yo conozco muchas chicas que trabajan de camareras en bares, ecuatorianas, y no tienen papeles. Y trabajan para cuidar gente mayor... Yo conozco un montón y sin papeles. Una mujer de Marruecos, sin papeles no la quieren en su casa. Yo lo he visto aquí.

E: ¿Y las mujeres marroquíes generalmente buscan trabajo, quieren trabajar por las casas?

Y: Sí, sí. Hombre, es que aquí todas las que vienen aquí, solteras o casadas buscan para poder trabajar. Puede trabajar en un trabajo no público, trabajar en un trabajo a lo mejor en una casa de limpieza. Anteriormente viene sólo hombres, ahora hace cinco o seis años, vienen parejas, vienen mujeres, se casan aquí o vienen casados. Sobre todo si tienen dos o tres hijos, puede trabajar de limpieza o cualquier cosa. Pero ponerla de camarera, el marido no, piensa de otra manera los peruanos. Pero si hay trabajo trabajan algunas. Lo que pasa también hay muchas que van con pañuelo, y hay muchas mujeres que dicen "no yo esta mujer con pañuelo no quiero en mi casa porque claro..." Y siempre, se está temiendo por la raza. Si fuera yo me llamo Pepe o me llamo Juan, tengo trabajo, tengo mi casa. Pero tu ves Mustafá en el currículum y me faltan los papeles.

E: Pero yo creo que no es el nombre, es el aspecto, es el color ¿no?

Y: No es árabe.

E: Lo que te quiero decir, es que aquí en España hay negros que son de la antigua Guinea Española. Entonces esa gente a todos los aspectos se llaman Juan Pérez Ruiz. Sin embargo son negros, y cuando van a buscar trabajo también lo tienen difícil y se llaman Juan, Pedro. Probablemente el problema sea el color, la religión.

Y: Te voy a decir una cosa, en muchos bares, un marroquí en la barra sirviendo.

E: Es que ha cambiado mucho el panorama, porque yo recuerdo hace unos años había marroquíes en los bares y a la gente incluso le hacía gracia. Pero ha cambiado mucho el panorama.

Y: Hombre yo creo que cada día esta peor esto, que la gente tiene mala información sobre...

E: Tienen poca información, ni buena ni mala, no tienen información. Y cómo dices tu se asocia mucho la imagen de árabe con terrorismo etc...

Y: Pasa la persona, hay la persona que está... islamista aquí en España, hay cuesta traducirlo en castellano. No se quiere la violencia, sino la paz. Pero mucha gente,... Ahí que pone, Mahoma nunca era un hombre de matanza... o si no entras al Islam te mato. No, este entra o no entra. Los musulmanes no puede obligar nadie que entra en la religión. También dice que la religión trata a la mujer mal y todo esto. No, yo no creo esto, Islam es todo puro amor, hacer bien.

E: Sí, pero eso que dices tu, por ejemplo el Imán de Almería (...) Todo eso a la gente le confunde.

Y: Aquí también hay muchos curas que los han pillado abusando de los niños... Y tampoco nosotros decimos mira lo que hacen los curas españoles o los curas cristianos. Muchas veces visten de una ropa, si por ejemplo va trajeado, y va como camuflado, y hay algunos que quieren la guerra. Cogen la religión como fanatismo, hasta el final. Pero normalmente el Islam no es así. Mi padre y mi madre son musulmanes, y se levantan a rezar, y yo también hago eso, y yo no pongo bomba aquí o pongo bomba allí. Yo digo una cosa, el Islam Paz (...)

E: Dos cosas más. Desde tu punto de vista ¿qué cosas crees que tendría que cambiar la sanidad para mejorar el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario?

Y: Yo le pido por ejemplo, que los medicamentos son muy caros.

E: Primero me decías que haya un intérprete, que haya alguien.

Y: Si esto, si. Un intérprete en cada centro médico, porque hay muchos árabes y cada día hay más. Y las personas que van al hospital tiene que ir su padre, su hermano, para poder... Muchos intérpretes tampoco interpretar lo que tiene la persona, que estudien todo bien. Y a lo mejor otra cosa se puede facilitar la medicina, porque muchas veces ponen muchas trabas, y van a Cruz Roja, y piden requisitos para poder dar medicamentos. Y ya está. Y... bueno a la persona tratarla un poco mejor porque yo he visto...

E: Un trato más amable, no tan brusco.

Y: He visto un tratamiento en urgencias a los inmigrantes, cualquier palabra te echan a la calle. Esto no es ser humano, no se puede hacer en ningún sitio. Porque si esta persona no sabe hablar, y está con otra que habla un poco español, un poco francés, un poca árabe, y no lo entiende... Y luego lo de los medicamentos.

E: Y luego dos cuestiones, más pequeñas. ¿Tu crees que los inmigrantes más o menos al médico que los españoles? Cuando tienen un problema pequeño, van o esperan...

Y: No, no, esperan.

E: ¿Evitan al médico?

Y: No es que evitan al médico, es que para tontería no va al médico. Si pasa cualquier cosa así...

E: Y luego cuando vas, ¿las listas de espera? Cuando vas y te tienes que operar, por ejemplo, de varices, y hay lista de espera...

Y: Hay que aguantar claro. Si alguna persona te refrias o cualquier cosa no va corriendo a urgencias. Nosotros no somos así, aguantamos más. Si tienes un problema y te dura una semana o dos, vas al médico. Yo muchas veces cuando me pasa algo, me espero, que se vaya el resfriado, que me cure. Y sino voy a la enfermera o al médico, pero pasan días. Pero hay mucha gente que cualquier cosa corriendo al médico. Nosotros esto, no...

E: Y otra cosa, sobre la atención del médico. Hace poco se comentaba de los pakistaníes, el tema de la mujer, que a la mujer no se le podía tocar, que estaba siempre el marido como interlocutor.

Y: Esto para nosotros pasa muy raro.

E: No en el caso del Pakistán se ve que es una cosa bastante habitual.

Y: Si la mujer no sabe hablar.

E: No, no aunque sepa hablar no la dejan sola con el doctor, sin que esté le marido, el hermano...

Y: Las mujeres mayores, las mujeres árabes, en Marruecos, mi hermana, van al médico solas, aquí igual. Si dice el médico que tiene cáncer, tiene que mirarla, tiene que tocarla. Aquí los hombres marroquíes, no.

E: ¿Tienes una hermana allí?

Y: No, tengo uno en Andorra, y dos en Barcelona, hermano y hermana.

E: ¿Las otras en Marruecos?

Y: Somos nueve hermanos, cinco hermanas y cuatro hermanos.

E: *Nosotros siete (...) ¿En Marruecos cuando te jubilas también se cobra pensión?*

Y: *Sí, si trabajas, la mayoría son gente... que trabaja en empresa, cuando se es mayor...*

E: *Bueno, yo creo que lo más importante ya lo hemos comentado y te agradezco mucho tu colaboración con nosotros..*

OBSERVACIONS

Informació adicional:

- Triguen a prop dels tres anys en aprendre a parlar castellà.
- Moles subsaharians parlen àrab perquè han passat alguns mesos al Magreb abans d'arribar a Espanya.
- Els centres on acudiesen són els menjadors o centres de dia on no se'ls demana cap documentació: Paral·lel, 97; Meridiana, 197; Terraceta (Fontana).
- SAIER Paral·lel, 202. És el centre de referència per els que no tenen recursos. És una espècie de serveis integrals per a immigrants. Els mateixos treballadors del SAIER reconeixen que no funciona de forma totalment satisfactòria o que no arriben a cubrir les necessitats existents.
- Punts d'arribada dels immigrants: Plaça Catalunya, Estació Sants, Estació del Nord.
- Els serveis de Metges Sense Fronteres i Metges del Món, ja han cesat. Abans, els segons tenien un autobús a Paral·lel, i els primers un vehicle que donava tómb pel Casc Antic. Actualment no fan res en aquest sentit.
- Referència pel tema d'immigrants i malaltia mental: Vila-Vila, 16. Dr. Anxotegui.

Dades d'identitat		
Nom	Hajar (<i>Nom fictici</i>) (traductora: Fátima, mediadora cultural)	
Edat	27 anys	
Lloc d'origen	Marroc	
Barri de residència		
Realització de l'entrevista		
Data: 08/11/ 2004		
Hora inici: 15:00	Hora final: 16:00	Duració: 1 h.
Lloc: EICA (Espais d'Inclusió Casc Antic)		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

H: Hajar

E: Bueno, la primera cuestión es si el tiempo que llevas en España has utilizado alguna vez la sanidad.

H: Sí, varias veces

E: ¿Y tienes tarjeta sanitaria?

H: Sí.

E: ¿No fuiste a la sanidad ninguna vez sin tarjeta sanitaria?

H: La primera vez fue sin tarjeta sanitaria, se encontró con problemas por ellos no le querían atender sin tarjeta sanitaria. Le explicaron que ella tenía que hacer el trámite de empadronamiento para solicitar la tarjeta y luego ya le dieron un papel. Y ahora ya tiene la tarjeta sanitaria.

E: Y los problemas esa primera vez que fue, ¿qué eran en atención primaria o en un hospital?

H: En el ambulatorio.

E: Las veces que fuiste, en general, ¿la atención recibida te pareció correcta?

H: Sí, ...más o menos...

E: ¿Crees que el trato es diferente para inmigrantes que para nacionales o te parece que es igual?

H: No, dice que sí, que la primera vez la trataron un poco diferente pero ella lo ve como algo positivo. Dice que intentaron explicarle de todas las maneras por el tema del idioma. Le intentaron explicar las cosas de varias maneras... Ella está hablando de la enfermedad, en cambio el médico le comentó que como no entiende el castellano pues tiene que venir acompañada, sino no... Dice que es muy importante el tema del idioma.

E: Y hablando con algunos inmigrantes más me han dicho que cuando hay problemas de acceso es más por parte de los funcionarios, es decir la chica de recepción etc. Pero no los médicos, que éstos atienden igual que si fueran del país. ¿Está de acuerdo con esa idea?

H: Ella dice que no está de acuerdo porque dice que el problema es cuando llegas, cuando ya estás hablando con el médico. Porque igual para pedir día y hora es fácil, pero a la hora de ir al médico, dice que el médico te pregunta muchas cosas y utiliza por ejemplo un vocabulario un poco de medicina, y ahí es donde ella se encuentra con problemas.

E: Pero en los filtros previos no encuentra problemas.

H: Dice que puede que sí, que a veces te tratan un poco como una persona inmigrada y no se qué, pero el problema, en realidad es cuando uno trata con el médico.

E: Y en todo ese proceso ¿tu crees que hay diferencia de trato a inmigrantes de habla hispana, que a los inmigrantes subsaharianos, o del Magreb?

H: Dice que sí.

E: ¿En qué se traduce, como se perciben esas diferencias de trato?

H: Dice que sí, que ella también lo notó. Por ejemplo, que a ellos les hablaban de una forma más bruta, y a los sudamericanos hablan más despacio.

E: ¿Entonces para ti el mayor problema sería el idioma?

H: Dice que sí, que para ella el problema más grande es el tema del idioma, porque cada vez que tenga que ir al médico tiene que buscar a una persona que le acompañe. Y como su marido trabaja, pues no puede cada vez que vaya al médico que él coja un día. Es un problema muy...

E: Lo que pasa es yo estuve en un par de CAPs, y ellos me dicen que tienen un servicio que se llama Sanidad Responde (...) Mantienen una conversación a tres con un teléfono a manos libres.

[H: ¿Pero eso funciona?

E: Sí, yo lo he visto, pero estoy hablando con gente y veo que no lo utilizan ¿Entonces que pasa? Puedes preguntarle si lo han utilizado alguna vez con ella.

H: Pero en principio es sanidad que tiene que, ¿o no?

E: Es el médico que tiene que saber de dónde es la persona, y llamar al servicio para buscar un traductor.

H: Yo es la primera vez que oigo eso.

E: Pues a mi me hicieron la demostración y funciona de maravilla, pero si no lo utilizan. Lo tiene que pedir el médico.

H: Los pacientes tampoco tienen información de ese servicio, para cuando haya una necesidad que lo pida al médico.

E: El problema es que el paciente no tiene esa información para pedirlo].

H: Dice que es la primera vez que sabe que existe esto.

E: Si, es curioso, ya me encontré más gente que me dijo que no conocía la existencia de este servicio (...)

[H: Lo que pasa es que yo, por una parte es una maravilla. Pero a veces no sólo hace falta la traducción, sino también la interpretación. Cogemos un ejemplo, la gripe, aquí la gente lo interpreta de una manera, y en Marruecos se interpreta de otra. Lo más importante es como interpretar las cosas, y a veces también ayudan los gestos.

E: Entonces sería necesario también que el traductor estuviera presente.

H: Si, mi opinión es esta, no quiero meterme, pero es un comentario breve.

E: Si, hay cosas que la expresión corporal expresa mucho mejor.]

H: Pero ella dice que nunca supo que existe este servicio.

E: Y siguiendo con este tema, ¿qué otros problemas encuentras para hacer un uso de la sanidad pública en España igual que puedo hacer yo, por ejemplo?

H: Dice que por el momento, y para ella es el tema del idioma es un gran problema.

E: ¿Cómo ve la información que genera el sistema sanitario: recetas, prospectos, folletos... Es decir todo lo que es la información que genera el sistema sanitario. ¿Hay problemas de comprensión o hay vías para entenderlo? A veces para los nacionales, porque la información es muy técnica.

H: Dice que hasta ahora no se ha encontrado con el problema este, porque siempre le piden que le acompañe alguien que le pueda transmitir la información correcta. La primera vez le pasó con el niño, que lo tenían enfermo, fue ella sola y la atendieron pero no le quisieron dar la información ni nada. Le dijeron que fuera con una persona que le pudiera transmitir la información. Luego la segunda vez hace poco, a ella le

dolía el oído, fue al médico y tampoco la querían atender porque ella no entendía nada. Y por eso le pidieron también que fuera una persona para hacer de traductor o para transmitirle la información correcta. Hasta el momento no se encontró con...

E: *¿Y la cobertura sanitaria la tienes completa, con medicinas inclusive?*

H: Ella está con su marido, su marido trabaja y paga la Seguridad Social.

E: *Entonces paga una 40%*

H: Si.

E: *Un par de cuestiones más y ya acabamos. Una es de tipo cultura, es si cree que el sistema sanitario respeta aspectos de su cultura.*

H: Dice que ella por ejemplo no le pasó nada así. Que en su caso su marido siempre le empuja para que vaya sola al médico y todo. O sea el problema este no existe, que el marido acompañe y tome toda la... Luego dice que no se encontró con problemas porque a nivel cultural, porque ella es medico de cabecera, es doctora. Y al ginecólogo tampoco, porque nosotros si que pedimos a veces sobretodo preferimos que el ginecólogo sea una mujer. Pero sino da igual, podemos... Ella dice esto y o sea con problemas culturales, no...

E: *Lo que me refería es que si el médico en el trato tenía en cuenta que puede haber diferencia cultural o, en el caso de pakistani, no lo tiene en cuenta y le trata como un español. Si prescinde de las diferencias culturales y hace un trato estándar.*

H: Dice que no se, que si que se respeta el tema de la cultura y que bueno ella hasta el momento no se encontró con ninguna dificultad. [Quizás, no se si puedo opinar, como tengo experiencia en el tema. Quizás ella, de entrada en el tema del ginecólogo le dieron a una chica. Pero yo tenía casos en Badalona que el sistema sanitario se negó de cambiar a un ginecólogo a una doctora. Pero de este modo: Estáis aquí, tenéis que integraros.

E: *Pero eso es un derecho, a cambiar de médico....*

H: Pero los usuarios no saben que tienen derecho.

E: *El usuario tiene derecho a cambiar tanto de especialista como de médico de familia.*

H: Yo se que existe este derecho.

E: *Claro no se puede negar.*

H: Pero como la gente no sabe que tiene este derecho, por todo el tema del idioma, de que hay alguien que les informe de los derechos que tienen y todo. O sea una mujer que le niegan, por ejemplo, cambiar de ginecólogo, se queda en casa y no va a la visita porque tiene un médico.

E: *Y entonces que hace, ¿va al privada?*

H: Va a la privada, a veces si económicamente si se lo puede permitir va a la privada. Y a veces, yo tenía casos, vecinas y todo, mujeres que estaban embarazadas, y pasaron de las citas de control, por el tema este, que tenían un ginecólogo y no les quisieron cambiar de ginecólogo a una doctora.

E: *Es que eso es denunciabile.*

H: Y bueno intentamos, y hay algunos casos que hemos podido llegar a cambiar de médico y unos casos que la verdad es que.

E: *¿Y no crees que el problema puede ser más la burocracia que los médicos en si? Por eso te decía antes que parece que hay más barreras con el personal administrativo que no con los especialistas y médicos. Aquí no es el médico quien se niega.*

H: No, no es el personal, los administrativos.

E: *Por eso decía yo que la discriminación puede venir más de la parte administrativa que no propiamente sanitaria.*

H: Yo creo que si].

E: *Una última cuestión. perdón.*

H: Ella habla ahora del problema del idioma de cómo moverse por Barcelona. Por ejemplo, le dolía una muela y antes de quitarla la derivaron para hacerle una radiografía. Y como no sabe moverse por Barcelona, tenía que ir a otro centro. Ella toca el tema de que por ejemplo a veces en el CAP de la zona no están todas las especialidades. Y derivan a un centro y como ella tiene la dirección pero no sabe dónde está el centro ni sabe moverse pues no fue a la radiografía.

E: *¿Cree que los inmigrantes van mucho o poco al médico, más o menos que los autóctonos?*

H: Ella dice que va cuando lo necesita, como si estuviera en Marruecos. Pero piensa que aquí se va menos, porque es más difícil.

E: *Una última cuestión y le pediría que fueses todo lo explícita que puedas. ¿Cómo crees que debería de cambiar o adaptarse la sanidad para que el inmigrante pudiese hacer un uso igual que yo de la sanidad pública? Todo lo que se le ocurra para cambiar, o de servicios que no hay y que habría que poner para que el inmigrante no tenga dificultad en el uso del sistema sanitario.*

H: Dice lo primero que haya un traductor en cada CAP de zona porque dice que una persona que, por ejemplo, acaba de llegar a España, hasta dos o tres meses no puede aprender el idioma.

E: *O más tiempo incluso...*

H: O sea eso es lo más importante, tener un traductor en cada CAP y en un horario que cuando una persona vaya al médico encuentre una persona que le pueda ayudar y le pueda traducir y transmitir la información.

E: *Pues muy bien, nada más. Los problemas que encuentra son básicamente de idioma.*

H: Sí para ella sí.

E: *Yo me pensaba que también podría haber problemas de información, de que no les llegase toda la información que... Porque hay información que tienes que ir a buscarla...*

H: Quizás ella, o sea para ella la parte más importante es el idioma.

E: *Claro, porque es la parte que no domina.*

H: Sí, pero hay otros tipos de problemas.

[E: *¿A ti se te ocurre algo más para mejorar el sistema en la asistencia a inmigrantes?*

H: Yo, por ejemplo, teníamos una experiencia con el CAP este de la zona que traducimos... Aquí cerca de Arco de Triunfo. Bueno, hemos intentado colaborar un poco con el CAP desde el servicio de mediación de aquí, intentar facilitar esta información para los pacientes. Pues hicimos una traducción de un cartel que ponía lo que es la tarjeta sanitaria, como solicitarla, cuales son los documentos, que es el certificado de empadronamiento, donde lo tienen que solicitar... Eso lo hemos traducido al árabe, al urdu, al francés y al inglés. Y bueno lo teníamos ahí en la recepción y cuando la gente venía pues depende del idioma y del país que venga pues se le da la información. Eso de una parte, y de otra parte también...

E: *Pero los CAPs, no no da la información.*

H: Bueno, nosotros dejamos ahí la información y en principio la gente que está en la recepción lo tiene que ir dando. Pero yo no creo que lo hiciera.

E: *Porque hablando de esto, por sanidad según ellos los tiene traducidos a quince idiomas. Nosotros también lo teníamos. Son estos tipos de libritos.*

H: *¿Pero tu crees que una persona inmigrada puede leer un librito tipo así? Es que nada más verlo y todo te da la sensación que es un libro, yo no tengo tiempo y no se qué.*

Nosotros hicimos un papel pequeñito, que está a la disposición de cada persona, está ahí en el mostrador y lo puedes coger y en un momento puedes tener la información. Pero para conseguir eso, primero, no está en cada CAP disponible. Segundo, coger un libro para leerlo así, no se.

E: O sea que no es la manera más práctica, para entenderlo.

H: Es mi opinión, y no sólo la mía. Yo hablé con gente cuando salieron estos libritos famosos...

E: La cuestión es el libro no está donde tendría que estar.

H: Claro.

E: Tienes que buscarlo en el ayuntamiento.

H: Claro, y si la persona no puede ni ir, para empadronarse como va buscar ¿sabes? Yo para mejorar el sistema sanitario, es una manera, a la hora que una persona se empadrene en el ayuntamiento se le tiene que pasar toda la información: Cómo funciona el sistema sanitario, como tiene que solicitar la tarjeta sanitaria. O sea esto, yo creo que se tiene que hacer a la hora de empadronarse. Porque ahí la persona aprovecha, tiene tiempo y yo aprovecho también para explicárselo todo: el CAP que le toca, todo. Es el buen momento y el mejor momento para transmitir la información, cuando vaya a empadronarse].

OBSERVACIONS

- La entrevista es va fer amb una intèrpret, Fatima, mediadora cultural. fatimataleb75@hotmail.com
- La entrevistada feia 10 mesos que havia arribat.

Informació addicional facilitada per la mediadora culturaY:

* Hi ha moles usuaris que són analfabets, pels que la informació no s'adequa gens. No segueixen correctament els tractaments perquè no entenen les explicacions del metges, ni els prospectes. Això pot produir més danys que beneficis.

* Necessitat de formar a metges en temes de multiculturalitat.

* Hi ha malalties que ells expressen o manifesten de forma diferent. Per exemple, en el parts les dones criden molt, encara que no tinguin dolors. El metges els pregunta: Perquè cries? I segons com, s'emprenyen unamica.

* Hi ha coses que ells consideren malalties i aquí no es veu com a tal, i viceversa.

* Les dones sempre volen ginecòlogues. Si no és possible no hi van (només per tenir el fill). O si tenen recursos econòmics van a la privada.

* Hi ha nens de fins a tres anys sense TIS, perquè el funcionari de torn va demanar més coses de les necessàries (més de les que la usuària podia portar). I això ja és el desencadenant perquè continuïn sense targeta.

* No els hi arriba la TIS de forma automàtica en vèncer l'antiga, l'han de tornar a sol·licitar.

2. ENTREVISTES A PERSONES SENSE SOSTRE

Dades d'identitat		
Nom	Miguel Àngel (Nom fictici)	
Edat	53 años	
Lloc d'origen	Almeria	
Barri de residència	Casc Antic (Districte de Ciutat Vella)	
Realització de l'entrevista		
Data: 16/12/2005		
Hora inici: 16:30	Hora final: 18:00	Duració: 1:30h
Lloc: Placa Palau		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

M: Miguel Àngel

E: Hola! ¿Cómo estamos?

M: Bien,..... Bien jodidos.

E: Queríamos hablar con usted un poco sobre sanidad y sobre su salud, si no le molesta.

M: No... ¿Queréis un cigarrillo? Aunque me quedan pocos... pero es igual, ¿queréis un cigarrillo?

E: No, no fumamos, gracias. ¿Cómo se llama?

M: (....)Miguel Àngel, nacido en Almería. Buena gente, Uds. son buena gente, se les nota, se lo noto yo en los ojos, son buena gente, buena pareja.

E: Entonces le gustará el flamenco.

M: Sí, mucho, yo he sido palmero con artistas muy importantes, muy importantes, y mucho tiempo.

E: Dígame algún cantante de flamenco de Almería importante o famoso.

M: Bueno..., de Almería....., no se..., hay gente muy importante en Almería, de flamenco. Pero tu escuchas flamenco?,

E: Sí, mucho, me gusta mucho Manolo Caracol, Antonio Mairena, Porrinas de Badajoz.

M: ¿Tú escuchas a Caracol?

E: Si.

M: A Caracol, tu, tu escuchas a Caracol...

E: Sí.

M: Ha dicho a caracol, Caracol es lo más grande que existe, lo mejor del mundo.

E: Pues sí yo lo escucho, y también me gusta Camarón

M: Camarón, hombre Camarón. Camarón el lo mejor que hay, ...lo mejor que parió la tierra, ...Camarón es lo mejor del mundo. ¿A su pareja le gusta el flamenco?

E: Poco, pero no es mi pareja, es mi compañera de trabajo. ¿Se encuentra bien de salud?

M: Como me voy a encontrar bien, no me ve, ...aquí tirado, pasando frío. Yo duermo aquí, en este bando, todos los días, siempre duermo aquí, a mi siempre me encontrará usted aquí.

E: ¿Que le ocurrió en ese dedo?

M: Lo rompí, pero se curará.

E: *¿Le duele?*

M: Pues claro, claro que me duele, pero ya se curará.

E: *¿No ha ido al médico?*

M: No al médico nunca, yo nunca voy al médico, nunca, nada de médicos.

E: *¿Se acuerda de la última vez que fue al médico?*

M: Claro que me acuerdo, ...en agosto del año pasado.

E: *¿Y que le ocurría?*

M: Y yo que sé, como me voy acordar yo desde el año pasado, ¿Ud. se acuerda de todo? ¿Se acuerda Ud de lo que le paso el año pasado, se acuerda Ud de las cosas?

E: *Yo me acuerdo porque me lo apunto.*

M: ¿Ud. se lo apunta....?, No más que yo,...porque lo mío es apuntar, sabe, lo mío es apuntar, lo mío es apuntarlo todo, lo mío es apuntar.

E: *¿Pero se encuentra bien de salud?*

M: Sí, bien

E: *Pues tiene un poco de tos que debería de mirar. ¿Porque no va al médico?*

M: Yo al medico no voy nunca, si un día me pongo muy malo y me llevan al Hospital,... bueno, pero yo al médico no voy nunca. Para que voy a ir... Yo lo que quiero es morirme, morirme.

E: *¿Cuándo fue al médico vino contento, le trataron bien?*

M: Sí, ...bien.

E: *Se tiene que cuidar un poco.*

M: Cuidarme..., para que, yo lo que quiero es morirme, que hago yo, nada, no me ve, no valgo para nada, morirme es lo que quiero yo.

E: *No hombre no, lo que ha de hacer es cuidarse un poco.*

M: Sí, la semana que viene ya me pongo yo en marcha, tengo que volver a ir a cuidar mis ovejas. 1500 ovejas, sabe? 1500 ovejas en el Pre-pirineo. Sabe una cosa, donde mejor he estado nunca, donde he sido más feliz es con mis ovejas en el Pre- pirineo, ...la semana que viene ya me pongo en marcha, tengo los días contados, yo cuento los días que me falta para irme.

E: *¿No tiene familia?*

M: Sí que tengo familia, mi ex-mujer, mis dos hijos y mis hermanos. Mi madre ya murió, pobrecita, lo más bueno de mundo, mi madre era lo más bueno del mundo, sabe. Pero... se acabo mi madre y se acabo la vida para mí, el día que murió mi madre, me acabé yo, me dije, ¿para qué?. Ya está Miguel Ángel, la vida se acabo. Desde entonces ya me da igual todo. Mi madre murió de las palizas que le daba mi padre, mi padre era alcohólico y le pegaba muchas palizas a mi madre, sabe, pero palizas, patadas... de todo, de eso murió mi madre, pobrecica..., mi padre era lo peor que hay en la tierra.

E: *Es que a veces las personas alcohólicas pueden ser violentas.*

M: Siempre, sabe, siempre, los alcohólicos siempre son violentos. Mis hijos viven en Calvia, muy bien..., en una torre con varios pisos, muy bien...y mi exmujer. Yo a mis hijos les regalé 20 millones, sabe. Cuando mis padres murieron, mis hermanos y el Notario me dijeron: "Miguel Ángel, tienes aquí 20 millones que te han dejado tus padres", y yo dije, no quiero nada, "Cómo que no quieres nada", No, no quiero nada, todo para mis hijos. Yo se lo dejé todo a mis hijos, 20 millones de pesetas. Ellos me quieren mucho, cuando los llamo..., alguna vez que podemos hablar..., me -dicen: "papa te queremos mucho, queremos verte..., ellos me quieren mucho.

E: *¿Y su mujer?*

M: Mi mujer tiene montones de dinero, y su padre montones y montones de dinero, me casé con una encunada, sabe, ¿sabe usted lo que es una encunada?, lo sabe, pues así era mi mujer, pero yo cuando me separé se lo dejé todo a ella y a mis hijos, a mi el dinero no me importa nada, yo no lo necesito, lo que quiero es ir con mis ovejas, pero la semana que viene ya me pongo yo en marcha.

E: *¿Pero no cobra nada?*

M: No, nada, la asistente social me dijo, que...unos papeles...que podría cobrar el PIRMI ese, pero yo no quiero nada, me voy por las terrazas y pido unos cigarrillos, algo para tabaco, algún amigo me compra tabaco...

E: *Pero para comer, para tabaco..., debería cobrar algo.*

M: No lo necesito, yo tengo 1500€ en el banco, ahí apalancados, pero no los puedo sacar porque me robaron la cartilla y tengo que hacerme otra. Un morito, sabe, que yo lo conozco, sé quien es, me robo la cartilla y otro día mientras estaba durmiendo me robo el reloj de la muñeca, sabe, yo soy alcohólico, todo hay que decirlo. A mi el dinero no me importa, sabe, yo fui..., fui..., lo que fui yo siempre fue..., que no me sale ahora, fui.... director de empresa, jeso, eso es lo que fui yo siempre!, director de empresa, nacionales, multinacionales..., de todo, siempre director de empresa.

E: *¿Y para comer, como se arregla?*

M: Como poco, a veces una abuelita me trae comida..., sopa..., es muy buena, no me dice nada..., me trae la comida, me deja y me dice toma Miguel Ángel. Hay gente muy buena, y también mala, mira el otro día un amigo mío me trajo una bandeja de lentejas, pero estaban muy calientes y le dije a un amigo, espérame que voy a ver si consigo unos cigarrillos en las terrazas, y cuando volví nada, ni el chico ni las lentejas. Usted cree que eso se hace, si el me dice que las necesita yo se le digo: "pues tómalas, para ti", que yo sin comer me arreglo...El problema es el frío, paso mucho frío...

E: *¿Quiere tomarse un café calentito?*

M: Bueno..., no se si me sentará bien, pues casi nunca tomo, y a veces... como no tomo... no me sienta bien al estomago, pero me lo tomaré.

E: *Si le va sentar mal mejor que no se lo tome*

M: Sí, me lo tomaré

E: *Miguel Ángel, tiene que cuidarse hombre, debería ir a al medico y mirarse ese dedo y esa tos. ¿Tiene cartilla sanitaria?*

M: No, la tenía pero la perdí.

E: *¿A dónde fue al médico la última vez? ¿Le trataron bien?*

M: No me acuerdo, pero yo para que voy a ir al médico si lo quiero yo es morir. Gracias a mi virgencita, [se emociona, se le llenan los ojos de lagrimas y le tiembla la voz] que hablo con ella todos los días y le pido que me ayude y ella me da fuerza...

E: *¿De qué virgen es devoto, Miguel Ángel? [para tranquilizarlo un poco]*

M: De la Virgen de allí, de la Virgen del Rosario de Almería.

E: *Bueno Miguel Ángel,, tenemos que irnos... Le agradecemos mucho que haya hablado de sus cosas con nosotros.*

M: Vale, buena suerte, sois buena gente...

E: *Cúidese mucho.*

M: Bueno, vale, gracias...

OBSERVACIONS

Sobre el seu estat físic:

- Tenia una tos continua que li provocava molèsties.
- Clarament tenia problemes mentals
- estava força deteriorat físicament i molt envellit
- Caminava amb molta dificultat.
- A més presentava una ferida important a la tercera falange de un dit de la mà dreta. Tenia tot el dit envermellit i embolicat amb quelcom que semblava un paper de fumar.

Durant l'entrevista:

- Li anem a buscar un café a un bar del costat.
- En marxar es queda al mateix banc prenent el café. El got li tremolava lleugerament entre les mans i tenia dificultats per mantenir-se erigit.

Dades d'identitat		
Nom	Gregorio (Nom fictici)	
Edat	47 años	
Lloc d'origen	Francia (A Murcia des dels 16 anys)	
Barri de residència	Casc Antic (Districte de Ciutat Vella)	
Realització de l'entrevista		
Data: 02/12/2004		
Hora inici: 10:30	Hora final: 12:15	Duració: 1:45 h
Lloc: Parc de l'Estació del Nord		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

G: Gregorio

E: Hola, yo me llamo Andrés y me gustaría hablar un rato con Usted sobre su salud y la sanidad, si no le molesta.

G: Bueno

E: ¿Usted como se llama?

G: Me llamo (...), murciano, pero nacido en Francia, me vine para Murcia con 16 años.

E: ¿Cómo se encuentra?

G: Miré como estoy, en silla de ruedas, sin poder moverme..., y cuando voy a pedir alguna cosa, me piden un contrato de trabajo. ¿Cree usted que yo estando como estoy puedo tener un contrato de trabajo? ¿Usted lo cree? ¡Dígamelo!

E: ¿Entonces usted no cobra nada?

G: Nada, ni un duro. Pero a mi no me importa, para mi café con leche y un cruasán voy sacando y ya esta, yo como muy poco, no me importa que no me den nada, les dan a sus amistades a quien les conviene a ellos, a quien les da a ellos la gana, a los jóvenes...

Pero no me importa, lo que me cabrea mucho es el engaño, la falsedad.

Vas a navas a comer, y solo puedes ir tres días, luego fuera, nada..., pero a los jóvenes sí les dan el papelito para ir a comer, a ellos que pueden buscar trabajo sí, pero a mi que voy en silla de ruedas no, a mi no me dan nada. Esta silla me la dieron en la Iglesia..

E: ¿Y las muletas, se las dieron en la Seguridad Social?

G: Las primeras ¡, pero me las robaron en Plaza Cataluña, y el reloj, los moritos jóvenes, estas muletas me las dieron también, ellos, en la Iglesia, los martes reparten ropa y si necesitas algo más lo apuntan y luego si pueden te lo dan, una gente que viene ahí los martes a la Iglesia esa... La Seguridad Social no me dio nada.

E: ¿Y no le dejan ir a comer a los comedores sociales?

G: No, en Navas, Enrique, pregunte Usted por él, es una mala persona. Enrique me dijo que yo no tenía derecho, que fuera a la asistenta social y la asistenta me pidió un contrato de trabajo. ¿Qué contrato voy a tener yo como estoy, dígame? Ayudan a quien ellos quieren. Yo tengo 24 años cotizados en la Seguridad Social, la mayoría en el campo, pero primero fui mecánico. Con 26 años al venir de Francia, me puse a trabajar de mecánico, luego me fui a la mili y me pude haber reenganchado, me tenía que haber quedado allí, me tenía que haber quedado... Luego trabajé mucho tiempo de paleta y un poco de ebanista. Luego trabajé mucho en el campo, en Extremadura y en Lérida, mucho tiempo en la fruta, recogiendo, me quedaba en el invierno podando, arando... De todo, a mi me gusta mucho el campo. Esto que me pasó fue en Lérida con un tractor que me cayó encima... Me salvé de milagro, ¿para qué?, me pude haber muerto.

E: ¿Y puede cobrar alguna ayuda como el PIRMI?

G: No, me dicen que tengo que llevar un año empadronado. Los extranjeros 10 años, pero yo uno..., en cada sitio es diferente, en Murcia son dos años..

E: ¿Y se ha empadronado?

G: No, para que, yo ya no quiero que me den nada, lo que quiero es morirme, yo no me empadrono ni nada.

E: ¿Y como se encuentra de salud?

G: Pues como me voy a encontrar, no me ve..., soy diabético..., pero ya no me tomo las pastillas, cuestan casi 5€ y yo no tengo dinero, la última vez me dieron una caja que dura un mes, se ha tomar tres veces al día..., pero ahora ya no tomo nada. Me hinchán las piernas y los brazos con la diabetes pero... que voy a hacer...para la diabetes tendría que andar mucho pero... como quiere ande..., así en silla de ruedas, y gracias que una señora me dio esto (una especie de rueda externa que utilizan para empujarse con las manos) pues la otra estaba rota y solo podía empujarla de un lado. Pero ahora cuando me ve no me conoce, le da vergüenza. (...) Voy a la Iglesia, y si una persona alguna vez me da 5 o 10€, miran para el otro lado, no me dicen nada, les da vergüenza.

E: Tiene tarjeta sanitaria?

G: Sí, claro. Pero yo no vuelvo al médico, lo que quiero es morirme..., y cuando me muera, cuando vea que voy a morirme, dos días antes tiraré el carné de identidad a la basura..., no quiero que sepan quien se ha muerto, a nadie le importa..., ellos pasan de mí..., pues vale... yo no necesito nada, yo con un café con leche y un cruasán ya como, lo que mas me gusta son los cafés con leche, pero voy a un bar y a veces la señora, que es muy buena, no me los cobra, y el domingo si que como bien, el domingo hay tres misas y en la Iglesia saco dinero para ir al bar a comer, porque la chica tampoco me cobra mucho.

Luego los martes vienen unos chicos aquí a la estación a las 9 de la noche y tren bocadillos de pan *bimbo* con queso y un vaso de zumo y dos magdalenas, pero los bocadillos no son buenos, están duros, deben de ser del día anterior, yo casi nunca voy a coger..., pero un sábado cada quince día vienen unos chicos por la noche, y traen unos bocadillos muy buenos, sopa de pollo caliente, un vaso de cola-cao caliente y un vaso de zumo..., entonces si que voy, entonces como muy bien, ... a veces me sienta un poco mal al estomago, porque siempre como muy poco y ese día como mucho, pero siempre voy, esta muy bueno lo que traen.(...)Antes iba al comedor de Redes a S. Agustín, pero ahora no puedo llegar hasta allí, hay muchos bordillos(...) Pero yo no bebo, no bebí nunca, solo fumo un poco y como poco, y para eso voy sacando en la Iglesia y alguna vez algún amigo de aquí del parque me compra tabaco, o me da algo,...

E: Cómo es que va en silla de ruedas, le mando el médico?

G: Me caí de un tractor, me rompí las piernas, tengo artrosis..., artritis..., hernia discal, y la columna removida en la parte de abajo, tengo mucho dolor..., en las caderas y las piernas sobretodo...

E: Y como no cobra por el accidente?

G: Primero cobré, unos 3 meses, unas 150.000 pesetas al mes, pero luego, como era un seguro del campo..., un seguro privado del dueño..., es un seguro malo y no cobras.

Antes iba en muletas, pero no podía andar y me dieron esta silla

E: Pero no fue al médico para comentárselo?

G: No, yo al médico no vuelvo más.

E: ¿Cuándo fue al médico la última vez?

G: En agosto, el 2 de agosto.

E: A donde fue al medico

G: Primero fui a Navas, allí un poco más adelante del comedor social..., bajando... y allí me enviaron a Drassanes.

E: Cuando fue al médico, le trataron bien?

G: No, muy mal, el médico que me atendió es do peor que me encontré en mi vida, lo tengo aquí --señala al centro de los ojos-- aquí metido, de lo peor..., no tiene ni educación ni vergüenza, ni humanidad, lo primero que ha de tener es humanidad. Me habló muy mal, con mucho carácter (mal genio) el medico era muy malo en todos los sentidos, también trataba mal a la enfermera que trabajaba con el. Lo tengo metido en la cabeza y no quiero volver más al médico, quiero morir cuanto antes, ¿Qué hago yo así...?

E: Pero José, a lo mejor si va otra vez se encuentra una persona que le atienda correctamente, hay médicos muy amables

G: Ya lo sé, ya lo sé, pero si voy allí ya tendrán mi ficha y me enviarán con el mismo médico....

E: No necesariamente, a lo mejor ya no está.

G: Si pero de aquí a allá hay muchos bordillos y yo no puedo llegar..., la gente no te ayuda a cruzar..., alguna vez la G. Urbana, pero yo no puedo subir los bordillos, voy por aquí y tengo que ir por el medio de la calle porque no puedo subirme a la acera.

E: Si quiere le puedo llevar yo

G: No, no quiero volver al médico

E: ¿Pero cuando Ud. va entiende las explicaciones del médico?

G: Si me explica si que entiendo, pero no me explica nada..

E: ¿Cree que le tratan mal por estar en la calle?

G: No lo sé, porqué también trataba muy mal a la enfermera. Luego, te envían de un lado para otro y nadie te quiere ayudar, no quieren trabajar ni preocuparse.

E: ¿Conoce a otras personas que ambién les hayan tratado mal en el médico?

G: ...no sé, unos dicen que bien, otros que mal...

E: Y para tomarse las medicinas ¿se organiza bien o le iría bien que alguien le ayudase?

G: No, me las tomo yo.

E: ¿No tiene familia?

G: Tengo a mis padres y somos 5 hermanos, pero mi padre el muy malo, mi madre le dijo un día: "el nene esta malo" y el dijo, "bueno, pues cuando se muera lo enterraremos", pues bueno, que me entierren..., mi padre es lo peor del mundo y mis hermanos igual, no quieren saber nada de mí, les da vergüenza verme así, se avergüenzan... Como la gente de la Iglesia. La única es mi madre..., y mi hermanica, pero ella no puede tienen muchas cosas, ella no puede... Yo también tengo hijos, pero un día me fui y volví al cabo de tres años y entonces ella -que me quería mucho- ya se había casado con otro, eso de lo único que me arrepiento en la vida, eso no debí hacerlo, no debí marcharme tanto tiempo...

E: ¿Que tal ve? (lleva gafas)

G: Mal, porque los cristales hace 8 o 10 años que no los cambio, no tengo dinero, que voy hacer.

E: ¿Porqué no va Servicios sociales?

G: Ya fui y la asistenta me pide un contrato de trabajo, y que me empadrone...solo trata bien a quien le da la gana, a los moritos jóvenes..., la una buena era la de Lérida, la mejor que he encontrado nunca, me llevaba a tomar un café y me decía que le explicase que me pasaba.

E: Pero a lo mejor encuentra a otra que le trate mejor.

G: Ya lo sé, ¿usted conoce a alguna? (le doy dirección de Sociales, le hago un pequeño plano)

E: ¿Tiene amigos por aquí?

G: Sí, algunos, algún joven que cobra algo pero solo le dura una semana, luego duerme debajo del puente o en los cajeros, aquí hace mucho frío, yo duermo debajo de aquel árbol, en la silla, pero a las 3 o 4 de la mañana ya no aguanto con el frío y me tengo que mover, doy vueltas por el parque y como peso mucho tengo que hacer fuerza para mover la silla y ya entro en calor. En los cajeros se duerme más calentito, pero hay muchos bordillos y yo no puedo llegar, no puedo ir. Aquí en el parque duermo

yo solo porque los moritos vienen a robar y es muy peligroso. (...)A los moritos jóvenes les ayudan pero a mi no, les dejan ir al comedor y les dan 30€ para comer el fin de semana y ahora aun dicen algunas ONGs que es poco, y a mi nada, no me dan nada, pero es igual..., yo no necesito nada.

[E: Le doy 15€, para que vaya a comer, por su colaboración.

G: Muchas gracias --se los guarda, luego reacciona y me dice:-- Pero hombre ¿no los necesitará usted?"

E: No, no]

OBSERVACIONS
- El trobem parlant amb una senyora del servei de neteja de l'ajuntament, que el coneixia i ens confirma bona part de la informació que ell ens ha donat. - No sembla molt interessat en rebre una pensió, diu que té una deute per culpa d'una altre persona i que quan cobrés li embargarien. - Quan ens acomiadem ens pregunta si som assistents socials o d'alguna ONG. Li contestem que simplement estem interessats pel tema de la salut en les persones que es troben com ell.

Dades d'identitat		
Nom	Ramon (Nom fictici)	
Edat	64 anys	
Lloc d'origen	Lleida	
Barri de residència	Casc Antic (Districte de Ciutat Vella)	
Realització de l'entrevista		
Data: 02/12/2004		
Hora inici: 10:30	Hora final: 12:15	Duració: 1:45 h
Lloc: PRISBA, C/ Carders, 18		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

R: Ramon

E: A veure, apunto el nom.

R: Sí, (.....), de primer apellido del meu pare, i (.....), apellido de la meva mare.

E: 74 m'ha dit

R: Ara 73, 74 no fare fins l'any que ve, 73, vaig néixer al 31, encara vaig conèixer la guerra que era un nen jo.

E: Ah, ja, sí. I a on viu?

R: Ara visc aquí al Poble Sec.

E: Al Poble Sec

R: Sí...

E: Al carrer...

R: Em sembla que ho tinc aquí apuntat, si ho tinc, que cada any trec la tarjeta, que en tenir la edat ja tens el metro gratuït.

E: La targeta rosa aquesta

R: Sí. És una casa particular d'un xicot que té un pis de lloguer i en coneixem a mi, va dir.. Ahora tu con lo que cobras si vas a una pensión no podrás yo te cobraré menos. És una habitació petita, bueno és més llarga que això però és petita, m'estimo més dormir aquí que dormir al carrer. És (..... 33). El pis no sé si és el tercer o el quart.

E: És igual, cap problema. [Ja sabem que vivia al carrer des de feia mesos]

R: Aquí on estic dormint ja porto tres anys i mig jo, eh? Ara jo com sóc bon home, no sóc d'aquests que vaig borratxo ni... Jo tinc bon temperament, quan jo treballava, un puesto que no m'agradava a lo millor pel caràcter de l'amo o de l'encarregat, o a millor demanava més cèntim. Oh que no puede ser, si parlava català o castellà. Que no pot ser així, jo dic bueno bueno bueno. Jo tenia companys entonces, que marxo, que em provocaven d'una altra banda perden ja em coneixien. Això sí, jo sóc un home que porto temps, i la Maria Dolors et pot dir que jo mai he fet una mala passada, que ve borratxo, que fot escàndols. Ara quan no m'interessa una cosa, he marxat, amb bon temperament.

E: I aquí ve a dinar?

R: Sí aquí vinc a dinar, només vinc una vegada al dia. Perquè els cèntims que tinc, jo no puc anar. Ara mateix, no és perquè ho vulgui dir això. Encara falten dies per cobrar el dia 25. El dia 25 jo cobro de la Caixa, pues ja vaig malament de cèntims. Jo no sóc un home que jugo, no sóc viciós, però no m'arriben. I amb Franco, i per mi es igual Franco o lo que sigui, tot són ogress, moltes coses que abans podia fer, ara no les puc fer.

E: I aquesta pensió mínima quant és?

R: Aquesta que cobro? 275 em sembla

E: Això en euros?

R: Sí, 275 euros, que als 30 dies no surten, pagant l'habitació, 10 euros cada dia. Ara, que paga una persona amb 10 euros cada dia. No, no es que, jo parlo clar. Avui en dia, aquesta quantitat no pot ser. Ara si jo cobres 400 o 500 euros, encara podria anar una mica millor, però amb això, no.

E: Senyor Ramon, vostè considera que té algun problema de salut, o creu que té la salut bastant forta? De salut com es troba?

R: Home, jo de Salut si ho he de dir vaig bé de salut, perquè he sigut un home que quan he estat més jove no he sigut un viciós, ni coses d'aquestes. Jo aquí porto uns anys venint i jo sempre dic hola bon dia bon dia bon dia, i pues...

E: Però no té cap problema de salut en aquests moments, no pren cap medicament en aquest moment?

R: No, no, no, no. Jo sóc un home que per anar al metge tinc que estar molt malament. He tingut sort. M'han passat moltes coses sense ver mal a ningú, però la salut gràcies a Deu, amb 73 anys que tinc, el dia 6 de l'any que ve, bueno però encara falten uns mesos, faré 74. Jo vaig néixer el 6 de març de l'any 31. I quan va venir la guerra...

E: Així vostè és piscis?

R: Piscis, sí. Això, quan va venir la guerra jo tenia cinc anys i mig, i el meu pare era jove. I es va lliurar d'anar a pegar tirs, que el meu pare havia sigut taxista. I entones, un xofer no és com ara que hi ha xofers així, que els veu pels carrers així així... I el van agafar a la banda de la República i el va agafar un coronel, després el meu pare quan va venir aquí. I li va dir: I usted de dónde es, i li va dir: jo sóc Català; de dónde? De Barcelona. Usted que oficio tiene? Dice soy taxista en Barcelona. I collons... Usted será chófer mio. Un coronel, de la banda de la República eh? Li va posar uniforme i allà on hi havia el coronel a l'altre banda, que a l'altre banda lluny, la banda de Franco, hasta que es va acabar la guerra. I aquí hi ha un altre problema, el meu pare, i la meua mare era jove i després tenia una germà, la meua germana encara no havia nascut. Això, el meu germà tenia dos anys més jove que jo, i el meu pare tenia família a Lleida, a la província de Lleida, a un poble... que havia una germana molt bona dona, així un caràcter com la Maria Dolors, molt bona dona... I el meu pare li va donar el paper que li van donar per anar a la guerra, a l'any 36. I li va dir: Maria... Mira ara la dona i els fills què? I li va dir, no et preocupis, estaven bé, eren pagesos tenia una tenda de comestibles la meua tia, i vam estar els tres anys allí. Que aquí a Barcelona, he sentit a dir, que aquí a Barcelona es va passar molta gana, eh? Els mercats i la gent no podia menjar així. Tothom tenim la nostra història, jo també tinc la meua història, per això te la explico. Tot això que li he dit és realitat.

E: Sí, sí.

R: Que em volia dir, vostè ara?

E: Si no prenia cap medicament?

R: De moment res, ni medicament, ni metges, ni això, gràcies a Deu. Això no vol dir que d'aquí a un any i pico, bum...

E: ¿La ultima vegada que va anar al metge perquè va ser? Se'n recorda?

R: La ultima vegada que vaig anar al metge, quan em vaig arreglar, a l'any 97 o 96, que em va arreglar l'assistenta social que està allí a Meridiana. I em va dir: vostè... Una bona noia també. Diu...tindrà que venir al médico conmigo, per això de l'hospital, per això al metge, tenia que conèixer la paga aquesta. Pues em van mirar, i em va dir com vostè diu, vostè tiene... bueno... em va fer un petit reconeixement i així va anar. Des de entones, del 96 o 97, que no he estat al metge.

E: Molt bé, molt bé, això vol dir que de la salut esta força bé.

R: Ara, l'únic que tinc, es que... bueno això passa a qualsevol home, per l'experiència pels anys que tinc. Si ara jo, jo a vegades li dic a gent que conec, dic si ara jo tancara que hablar, com ara parlo amb vostè, con Zapatero, es un home com jo. Yo hablaria, vamos a ver claro, yo tengo mis años, usted puede ser abogado, puede ser... Pues yo

tambien se lo que es la vida, hoy en día. De la vida qualsevol polític jo puc parlar amb ell, jo he cantat en públic, sempre, que saps més expressar-te i així. I diria Sr. Zapatero esto perdona que le diga no funciona bien por eso por eso... I si l'home és sentit, diria, aquest home té rac. Ara, ell ho arregla o ell o un altre... Oi que ho entén?

E: *Sí, sí... I tampoc nota molèsties per caminar, pot caminar bé?*

R: L'únic que tinc jo, de vegades és fumar, de vegades em prenc una cerveseta... un carajillo. Aquí des de que vinc mai m'han vist borratxo.

E: *No té problemes de vista ni res?*

R: Ah bueno de vista, si tinc que llegir algo, tinc unes gafes aquí, m'entén?

E: *Sí, jo també.*

R: Ara, si haig de llegir alguna cosa al diari, o a una revista, que m'interessa o així. Tinc que mirar perquè veig les lletres molt petites. És l'únic, però jo de moment si no tinc que llegir, veig bé. Jo vaig pel carrer i miro que ve un cotxe que ve això, que vaig per aquí. Això sí.

E: *I una altra cosa Sr. Antoni, vostè quins problemes creu que té la gent que viu al carrer per anar al metge, per prendre's les medicines,... O creu que no tenen cap problema,...com la resta de la gent?*

R: Pues, això és un problema molt gran...

E: *La gent que està al carrer, que hi ha moltes persones, que dormen al carrer cada dia, i que alguns són també gent gran, i que alguns són gent estrangera. I vostè quins problemes creu que té aquesta gent que està al carrer en relació amb la salut i la sanitat?*

R: Bé, jo crec que d'aquesta gent hi ha de varis tipus. Gent que són joves que estan bé i no volen treballar, molts. Avui en dia la joventut d'avui en dia no és diferent. Jo passo moltes hores al carrer i si què és el carrer. Ara jo quan no m'interessa una cosa marxo. Els estrangers, si han vingut aquí, són estrangers, estan millor en el seu país que no fora. I està clar com li anava a mi, hi ha alguns que també tenen el vici, que són drogaadictes, que són alcohòlics i coses d'aquestes. Això, per un govern, segons com jo ho miro té un problema, perquè si un home és alcohòlic o drogaadicta, i coses d'aquestes, i no posen res de la seva part... Pues el govern de vegades, segons com tampoc pot posar... Es com un que li digui: Aquí tu viviràs tu te comportas, si està bien no li diran res, però si l'home no se sap comportar li diran mira váyase. Jo almenys ho veig així. Jo almenys a tots els punts on he estat sempre m'he portat bé, quan una cosa no m'ha interessat, marxo però està clar que aquesta manera de ser jo, hi ha molts que a lo millor no ho pensen.

E: *Si hi ha altra gent és més extranya...*

R: Sí, però jo passo moltes hores al carrer, perquè allà a les nou ja agafo el metro i vaig... Jo veig la categoria de la gent. Aquesta gent, la manera que són mai no podran fer res, encara que el govern aquí sigui els hi donés la mà, perquè no se saben comportar. Primera, perquè t'has de saber comportar-te. Tothom tenim alts-baixos, jo també he tingut molts baixos... però sempre et comportes. Això és un problema gran, i ja dic cada vegada hi haurà més. Jo parlant d'això, jo no sóc un home, la gent, bueno hi ha molta gent cadascú som d'una manera, coño que somos racistas. No racistas no somos. I que jo, no m'agrada que vingui un estranger aquí que faci mala vida i es dediqui a robar a punxar-se. No això, no això en el seu país. Que ho facin al seu país.

E: *Que ho facin allà...*

R: Aquí el govern, la meua manera de pensar, si jo ara suposem que vosté fos el president, jo li diria: Miri senyor Zapatero, aquí hay muchos que no tienen que estar en España, hombre, que son extranjeros, vienen aquí a robar, los peores que hay son los argelinos y los moros. Estos, y de otros sitios. Ahora, si se saben comportar aquí, son jóvenes y encuentran un trabajo. Bueno, la vida es otro mundo, pero si no se saben comportar. Dirá, bueno esta gente no sirve, pues vámonos a la calle. Jo veig les coses clares, tothom té dret a viure però que se sapiguen comportar. Si vas a un puesto i no se saben comportar, li diran váyase. Al menos jo ho veig així.

E: I doncs, tornant la gent que viu al carrer em deia que veia tres tipus: la gent jove que no volia treballar...

R: Els drogaaddictes i els alcohòlics

E: I com deia, els problemes que pensa vostè que té aquesta gent des d'un punt de vista de la sanitat, quins problemes sanitaris pensa que tenen, a l'hora de fer servir la sanitat, quins problemes creu que tenen.

R: Bueno, aquests tenen varis problemes, d'una part uns si canviessin, els alcohòlics si canviessin i són joves, primer joves, perquè quan ets gran... podrien canviar la seva vida, trobar feina, perquè en ser joves, però que es comportessin. Els drogaaddictes, mai no faran res bo, perquè només es droguen i fan 40.000 coses. I els altres que hem dit, els que hem dit abans...

E: Dèiem els alcohòlics, els drogaaddictes i els joves.

R: Aquests els joves, quan un és jove si no fas una feina fas una altra. Si aquella feina no t'agrada perquè és perillosa com la construcció. O com moltes coses, dius no fora. Jo vaig estar una temporada ja fa anys que no vaig trobar feina del que havia fet jo i vaig conèixer jo un contractista a la plaça... ja fa bastants d'anys això, a la plaça Urquinaona, va ser del matí, quan havia remendistes i coses així, quan encara jo era jove. Em ve un i em diu: Usted quiere trabajar? Diu de què? Diu de peón de albañil. Em diu, no no es un sitio de embergadura, es un señor que vive, es deia Porrera a mi m'apreciava molt aquest home, que vivia aquí a Gràcia i feia remendos, el coneixia, l'home portava ja més de quaranta anys ja allí, i el coneixia i vaig estar amb ell i vaig estar un any i pico. L'últim ja em vaig cansar, i a mi aquest home m'apreciava molt, aquest el contractista. Però un dia li vaig dir, señor Porrera, diu no este trabajo, usted es una persona que me gusta su carácter. I l'home em va dir, llavors jo era més jove, no, no cada persona busca lo que le conviene. I vaig marxar, però vaig quedar bé com un senyor. Jo he sigut d'aquesta manera, fins la fecha. Quan una cosa no m'ha interessat, adios... Ara avui en dia hi ha molts conflictes com li diria jo. Si de vegades un diu, jo a vegades dic a mi me ha ido mal con Franco? Perquè hi ha molts que si dius algo de Franco diu, este tio ha sido un Franquista. Yo política no, pero yo veo lo que está bien y lo que está mal y digo, cuando... La vida entonces, Barcelona, tengo 73 años. Yo cuando trabajaba en los bares y tenía yo 20, 20 y pico de años, como hombre, y era soltero, tenía novia, a veces cogía el tranvia, que hi havia els tramvies, i a on treballava, baixava al Poblello y la calle las tapies... No se si vostè les coneix. Després anava al carrer Robador... Això ho havia fet jo, jo tenia vint i encara no havia anat al servici militar, que jo sóc de la quinta del 53. Jo tenia 20, 21, 22. Mai no m'havia passat res. Ara ja fa anys que no ho faig, primer perquè hi ha molt mala gent por ahí, i no es com abans. Jo dic, els hi dic a molts, però casi sempre m'agrada parlar amb homes grans ja, homes que són com jo o més grans, que tenen experiència. Digo cuando havia Franco, la vida era més barata. Ahora tanto mandar, y la vida es mucho más cara. Lo que yo podía hacer cuando tenía 20 años, ahora no lo puedo hacer.

E: Sí, està clar, estoy de acuerdo.

R: I aquests joves com no tenen experiència. Perquè jo sóc un home que sempre he après moltes coses d'homes grans. Perquè un home que tingui 18 o 20 anys de la vida...

E: No sap gaire cosa

R: Jo he agafat la onda i quan he situ més gran, dic, collons aquest home... Si no et poses amb ningú a males mai no et pasará res. Ara si et poses a males si. Però Barcelona, d'aquella època a aquesta és com la nit i el dia. Hi ha diferència.

E: Sí, ha canviat moltíssim.

R: Molt, jo he viscut, com vostè, pues per això que passa

E: I...

R: Avui en dia, bueno jo allà onestic ho dic, avui en dia la vida cada vegada està malament. Jo molts dies miro el diari a veure el que passa. La vida es posa molt cara. Primera, la vivienda, la vivienda avui està carísima. La vivienda jo penso si ara jo fuera joven, tuviera novia, tuviera que casarme, tendría miedo. Porque si tienes unos

millones, un poco de dinero, le das de paso y te metes en una hipoteca en el banco, el día que pierdas el trabajo, el banco no conoce a nadie. El banco son gente que no conoce a nadie. Mientras que tu vayas bien no te dan nada, pierdes la hipoteca, y el piso y te ves en la calle. Pues yo con la edad que tengo eso de casarme ya me ha pasado.

E: *No es pensa casar ya...*

R: No, jo sóc realista, sóc realista.

E: *Ni buscar-se novia tampoc.*

R: No, no... Jo a vegades sóc realista. Si yo con la edad que tengo fuera un hombre que tuviera millones, podría ir con mujeres jóvenes de 25 o 30 años. Digo, pero como saben que no tengo nada, pues dicen... ese tío ya viejo ya y no tiene nada. Les dones són molt astutes, eh? Més que els homes. Per això que avui dia... Este plan que hay muchos hombres y mujeres que son novios ya ellos, diu bueno nos casaremos tanto. Bueno, tenemos ahorrados, varios anys que es coneixen, un millón o dos... això és una entrada i el banc els diu, bueno esta hipoteca... segons la categoria del pis que agafi. Tiene que pagar al mes tanto, y no pueden pagar porque la feina els va malament o així... pum, estan a la ruina. Per això que a mi de la vida, jo no tinc res però...

E: *¿I quan té problemes petits, o molèsties o petits dolors no va al metge, o va al metge si te problemes greus i sinó no va?*

R: Jo per a anar al metge... A vegades que venen aquí metges, digo yo para ir al médico tengo que estar muy enfermo. Si me muero ya me enterrarán.

E: *O sigui si no està greu, greu no va al metge. Això perquè li faci una mica de mal la cuixa, no va al metge, o l'esquena...*

R: Jo sóc molt realista, una cosa que moltes vegades li dic a gent que coneixes... Digo, mira hay un dicho que si vas mucho con los médicos y vas mucho con los abogados, te joderán, porque? Hay que dar tanto, siempre piden dinero. A mi si no es amb una pistola o amb una ganivet, ja no m'enreda ningú. Per la rambla i tot això volto, i aquests de les boletes, sempre guanyen ells.

E: *Home i tant, per això es posen.*

R: Hi ha dones que van amb ells. Però jo com se, perquè jo amb aquesta gent no, però he passat moltes hores al carrer, i he vist la jugada, no m'enreden. Eh que m'entén? És així.

E: *O sigui que de metges no volem saber res?*

R: De moment, no, al metge no.

E: *Però si en algun moment es trobes molt greu?*

R: Home, si un està molt fumut... Jo mentre em pugui valdre per ala meva persona. Ara el dia que m'agafes un atac o alguna cosa, pues tindria que anar al metge. Però de moment, de tot el que m'ha passat a la meva vida, la salut és lo que he aguantat.

E: *Ha anat més bé.*

R: Una cosa que, esta cosa me gustaria. Ahora, yo ahora no puedo... pero precisamente la salud.

E: *Però quan ha anat al metge li han tractat bé, no ha tingut cap problema?*

R: Jo vaig anar l'any 96 o 97, que vaig arreglar la paga, que m'ho va arreglar l'assitenta social. I em va dir "tenemos que hacer una revisión ahora que va a cobrar eso". Lo piden, s'ha d'anar a l'hospital, a Raval, no se com es diu això. Allò que dius bueno, em va fer vàries preguntes al metge. Em va dir bueno usted esto y lo otro

E: *I li han tractat bé, correcte, cap problema...*

R: I quan ve ara el temps que hi ha molta gent, gent gran que ho fan, que es posa la injecció aquesta per no resfriar-se... Jo per anar al metge haig d'estar molt fotut si me muero ya me enterrarán, y si no que me dejen donde quieran...

E: *Però no té res en contra dels metges, no?*

R: No, això, jo no.

E: *Però si es pot estalviar anar no va i ja esta.*

R: Jo no perquè és el meu cos. Hi ha persones que a lo millor els hi fa una mica així el dolor. I de seguida van al metge, jo tinc que estar molt malament. Si jo suposem que estigues al llit i no em pogués aixecar, i jo tindria que trucar: Josep, mira que me ha dado un dolor que no se que me passa. I m'avisaria un ambulància i de l'ambulància em portarien a l'hospital. Mentre que no sigui així, o que jo vagi pel carrer i tingui un accident, un cotxe, una moto, o coses d'aquestes. Quan jo era jove, anava amb el meu pare, que jo deuria tenir 20 anys, quan vivia per aquí al Passeig Maragall, un carrer que li diuen Puerto Príncipe.

E: Allà vic jo ara.

R: Ah, pues el meu pare tenia una casa aquí, i quan ja jo vaig marxar per no aguantar la meva madrastra, que tenia un caràcter que m'agradava, se'l va vendre. A Puerto Príncipe hi va viure molts anys. Principia al final, Pinar del Río, Matanzas, allí. El meu pare quan es va casar amb la meva mare a l'any 29, va comprar el meu pare. Era un home que es guanya va la vida i no era un home viciós de jocs i així. Va comprar una casa que després se la va vendre, entonces les viviendas eren barates. Pues va, es veu que després se la va vendre i va comprar una altra vivienda més amunt, a Horta.

E: La relació amb el seu pare la va mantenir, no?

R: Bueno, jo vaig mantenir la relació mentre jo vaig viure amb ell. La meva mare va morir a l'any 45 jo tenia 14 anys. Encara vaig estar amb el meu pare fins els 27 o 28 anys. Que el meu pare ja s'havia casat amb aquesta dona i tenia un caràcter una mica estrany. Aquesta dona era viuda, també li van matar el seu marit a la guerra. Aquesta dona no va tenir fills, perquè quan va estar amb el meu pare ja tenia cinquanta i pico d'anys. Pues tenia un caràcter, que si això que si lo altre, que patatim. I un dia vaig agafar al meu pare i li vaig dir: Papa jo ja no aguanta més aquesta dona. Li vaig dir que ella no estava. I em diu: Home que això, lo altre que patatim. Home un pare sempre per un fill, és el fill. Miri sap que, jo vaig conèixer a la meva mare, la pròpia, però va tenir la desgràcia de morir. I el meu pare com jo ja tenia la meva edat no em va poder retenir. I jo vaig marxar a viure pel meu compte. Ara després m'han passat coses que així.

E: I germans en tenia?

R: Sí, tinc un germà que és més jove que jo. Ara el meu germà té 71, que va per 72. Jo tinc dos anys més que ell. Jo vaig néixer l'any 31 i el meu germà l'any 33. I la meva germana és més jove. La meva germana era petita... Ara la meva germana també està casa. Ara la meva germana deu tenir 58 anys. Està casada també.

E: Però no té gaire relació amb ells?

R: No, no tinc relació perquè el que tenia el meu pare, no tenia molt ni poc, regular. Quan jo ja em vaig enterar, que aquella dona vivia allí... I un dia jo estava a Urquinaona assentat i passa un cosí germà meu, i em diu: Escolta Toni ja saps que el teu pare va morir? Diu perquè no hi has anat allí? Tu ja saps pel Ramonet, bueno Ramon, que jo vaig marxar per no aguantar aquesta dona. Pues fa tres anys, el meu pare va morir al 84, a l'any que va morir el Paquirri aquest, el torero que estava amb la Pantoja. Als dos anys li va agafar un atac, el van portar al Clínic i va morir. Ja tenia 82 anys. I no hi anat per aquesta dona, i em diu, ui aquesta dona ja fa dos anys o més que va morir abans que el teu pare. I a més, el que tenia el teu pare, tu com a fill et tocarà algo. Però la meva germana em va fer una putadeta, va agafar un advocat pel seu compte i em tocava bastant més i em va donar a l'any 87, i encara no m'ho va pagar tot de cop. L'avocat em va dir vostè coma a hijo legítim fulano de tal, le pertenece la legítima. I jo li vaig dir, bueno la legítima que es? La legítima es lo que tenía su padre un tanto por ciento. Bueno, cuanto dinero es? I em va dir 300.000 pesetas, a l'any 87. Bueno y ese dinero quien me lo va a dar. Lo tiene que pagar su hermana porque ella ha cogido lo más fuerte. I quan baixem al carrer li dic bueno quan m'ho pots donar. I encara em va fer una putada, m'ho va pagar. No t'ho puc pagar de cop. I el meu pare quan va morir tres anys enrere tenia més de dos milions, perquè jo se moltes coses pel meu germà. Ara fa anys que no hi anat per allí... I em va dir, mira tu cada mes vine el dia 1 o 2 de cada mes, jo aniré al banc i et trauré 35.000 pesetes,

hasta que va acabar. I cada vegada que anava jo, hasta les 300.000. Cada que anava jo em feia firma un paper conforme m'havia donat els calers. I ja et dic, desde entonces ja no. Ells no saben res de mi i jo d'ells tampoc. Ells fan la seva vida. El meu germà també està casat, ella també... i jo faig la meva vida. Aquesta és la meva història.

E: Si, una vegada que els pares no hi són la relació amb els germans és diferent. Quan estan els pares...

R: Hi ha un dicho molt bó, diu: Cinco hijos pueden mantener un padre, no... Un padre puede mantener a cinco hijos, y a veces cinco hijos no pueden... Ahora te explicaré un caso que paso ya hace años, dice: Había un hombre que ya era viejo y tenía un coche y cada mes los hijos, le tocaba uno, le tocaba a otro... Y el hombre tenía algo mal el corazón, y cuando fueron para él ya había muerto. I va sortir aquest dicho, un padre puede mantener a cinco hijos, y a veces cinco hijos no pueden mantener a un padre. I és veritat, la majoria de les herències venen de que un vol més que un altre.

E: Sí, la majoria de baralles venen per les herències...

R: Això és el va passar amb la meva germana, amb paraules. Amb el meu germà no, li vam donar el que li va tocar... Però jo que, no vaig quedar content, vaig anar cobrant així. A mi m'interessava agafar-les de cop. I encara poder em tocava més. Perque el meu pare era un home d'aquells antics que mirava per un duro. I ara ells viuen la seva vida i jo la meva. I si algun dia tinc la desgràcia d'anar a l'hospital i un metge diu: Usted tiene familia? Digo si, pero si me muero que me entierren, pero no avisen a nadie porque ya hace tiempo que por una herencia la cosa no fue bien. Si ahora que yo me he muerto, eso en vida, cuando hay contacto con la familia es en vida, después de muerto. És així.

E: Fa molt que no treballa vostè?

R: Sí, sí ja fa. Jo ara cobro aquesta la no contributiva. Cobro de l'any 97. Tenia jo 55 o 56 anys. He tingut els meus...

E: I va treballar fins aquí?

R: No, no vaig estar una temporada que menjava apuestas socials i coses d'aquestes.

E: O sigui que no treballa fa ja temps, i va cobrar aquesta pensió a partir dels 65 anys.

R: Sí, a mi ja m'ho va dir l'assistenta diu: No vostè per la edat que té ja la cobrarà, però tardarà una mica. Va tardar un any abans que no em van pagar. Ara després em van donar, el dia 1 d'agost del 97... Se'n recorda que es va matar la Lady Di, el mateix mes vaig cobrar jo. A ella li va passar l'accident al final de mes. I jo el dia 1 i em van donar 500.000 pessetes que llavors eren molt més que ara.

E: Li van pagar l'any sencer enredit.

R: Vaig anar a la caixa allà on cobro, i em va dir l'home pues vostè tants mesos. No ho vaig treure tot de cop de mica en mica. Llavors jo estava a una pensió, del carrer Sant Pau. A l'any 97, que pagava 1700 pessetes cada dia, per una habitació, un lletet, un armari. Però quan es va acabar, no vaig poder pagar, i vaig trobar aquest xicot que estava en un puesto i em va dir Jose, ahora cogeré yo un piso de estos que donen de la cooperativa, al Poble Sec. Com el coneixia em va dir, allí hay tres habitaciones, yo te alquilaré una habitación. Y bueno. En tres anys i mig ja m'ha pujat dues vegades. Un dia li diré, Antonio, cuando cobre le tendré que dar todo a usted.

E: I al carrer no va estar mai?

R: He estat una temporada però poc.

E: I quan estava al carrer on dormia?

R: No, si era hivern anaven allà al metro, al Passeig de Gràcia. Baixàvem unes escales i allà erem quatre o cinc. I un dia em va passar un cas i estava sol, sort que no va... em ve un moro. Jo portava una cartera, i estava així, i veig al moro que m'estira la cartera. I li vaig dir, escucha no te da verguenza un hombre que está durmiendo en la calle y que le quieras robar. I li vaig dir, mira si tu quieres dinero, mañana aquí arriba en la calle, hay bancos. Pero cuidado que para entrar hay que tener huevos que tienen los hombres. I el tio va marxar. I avui en dia dormir al carrer és més perillós que mai. Hi ha moros, argelins, tot així. I a vegades...

E: Però encara i així hi ha gent dormir al carrers...

R: Sí, hi ha molts

E: Hi ha gent que no té un duro, les pensions no arriben... I això es complicat

R: Si vol fer alguna pregunta més...?

E: No a mi el que més em preocupava era el tema sanitari. Vostè creu que la gent que viu al carrer quan va al metge els atenen bé, són correctes amb ells? O pensen que de vegades per com van vestits...

R: Bueno, segons com un es comporta i després segons com van vestits. Collons aquest tio a veure si portarà misèries o coses d'aquestes. I després la manera com ells comporten. Com et comportes, tens que d'anar sempre curiós, però com et comportes és un punt bàsic perquè t'atenguin bé. Però com aquesta gent, pel que sigui la seva vida no tenen fonament, la gent quan els veu la majoria s'aparta d'ells.

E: Doncs molt bé. Res mési moltes gracies.

OBSERVACIONS
- Tot i dir-nos que vivia amb una pensió, a casa d'un noi conegut, nosaltres sabiem que no era veritat, però, sovint intenten d'amagar la seva realitat, una realitat que no els satisfà.

Dades d'identitat		
Nom	Claudio (Nom fictici)	
Edat	50 años	
Lloc d'origen	Jerte del Valle (Extremadura)	
Barri de residència	Sants	
Realització de l'entrevista		
Data: 02/12/2004		
Hora inici: 16:00	Hora final: 16:45	Duració: 45 m.
Lloc: Estació de Sants		

E: Entrevistador (Adriana Valeiras, col·laboradora en aquest estudi)

C: Claudio

E: Hola, ¿Qué tal?

C: Hola...

E: Perdona, yo soy Adriana...

C: Ah...yo soy (...) Claudio.

E: Hace frío esta tarde...

C: Sí, sí, pero aquí se está bien...

E: ¿Espera usted algún tren?

C: No, no...ahora estoy esperando a un señor...

E: ¿Ah sí?

C: Sí, viene a buscarme sobre las 21h...estoy esperándole...

E: ¿Y eso?

C: Pues...como no tengo casa aquí en Barcelona...me lleva a dormir a su casa...y me recoge en su furgoneta aquí en la estación...

E: Ah...pues mire, yo estoy haciendo entrevistas para un trabajo sobre la salud de las personas que no tienen casa... Si no le importa me gustaría hablar un rato con usted...si no le molesto...

C: No, no...usted no me molesta...dígame...

E: Gracias Teodoro...mire, y el señor que viene a buscarle en la furgoneta... ¿es amigo suyo?

C: No, no...Ana me lo presentó en Rauxa.

E: ¿Ana?

C: Ana es la asistente social que se encarga aquí de mi...sabe usted...es una mujer mayor...tendrá 60 años o por ahí...pero no sabe usted...conmigo se porta muy bien...es muy buena esa señora...

E: ¿Y cómo la conoció usted a Ana?

C: Es que a mi me envió aquí la asistente social de Lérida...sabe usted...yo he llegado aquí hace poco...de Lérida...y conocí a Ana en el CAP que está ahí...en...ahora no me acuerdo del nombre...en esa calle estrecha que está cerca de la Plaza España... (habla del CAP de Consell de Cent)

E: ¿Y cómo es que se vino usted a Barcelona?

C: Mire...yo soy de Jerte del Valle... ¿sabe usted dónde es?

E: No.

C: En Extremadura...pero yo ya llevo 17 años en Lérida...pero esta semana llegué a Barcelona como ya le dije...el lunes por la mañana...porque la asistenta social de Lérida me aconsejó que viniera...que era lo mejor para mi...

E: *Y eso...¿por qué?*

C: Porque mire...Mire...yo he de reconocerlo...bebo, sabe usted...Soy alcohólico... Por eso he venido a Barcelona a curarme...en Rauxa sabe usted...allí desayuno y ya me dan las pastillas...

E: *¿Qué pastillas?*

C: Las pastillas para dejar de beber...

E: *¿En Rauxa es dónde vive usted?*

C: No, estoy esperando a ver si hay sitio en el albergue sabe usted...porque ahora Ana me dijo que estaba lleno...pero estoy en la lista de espera...

E: *Ah...entonces...¿sólo va a desayunar?*

C: Desayuno allí y como y ya me dan las pastillas...

E: *¿Y qué hace toda la mañana?*

C: ¿Qué voy a hacer?...ya me quedo por allí hasta la hora de comer...

E: *¿Y come bien? ¿Está contento en Rauxa?*

C: Sí, sí...y me dan también un bocata para la cena sabe usted...

E: *Ah...muy bien no?*

C: Sí, así como y al terminar ya me vengo andando hasta aquí desde Rauxa...que queda ahí por Doctor Rizal...

E: *¿Andando viene usted?*

C: Sí...porque así también se me pasa la tarde...hasta las 21h no viene el señor de la furgoneta...

E: *¿Y a dónde van? ¿Le lleva a su casa?*

C: Sí...nos lleva a mí y a otros 4 que también están en Rauxa a una casa...y dormimos allí...tiene 5 camas...y se porta bien el señor...se porta bien...Yo antes estaba en la calle sabe, ...en Lérida ... y aquí en Barcelona también, dormía en la calle, ...pero ahora, desde que voy a Rauxa, voy con este hombre.

E: *¿Y usted, qué tal anda de salud?*

C: Bien, bien...

E: *¿Hace mucho que ha ido al médico?*

C: No, fui en Lérida...antes de venirme aquí...hace unos 3 meses

E: *¿Fue la última vez que fue usted al médico?*

C: Sí, antes de venirme...

E: *¿En Lérida?*

C: Sí, sí...allí tengo todos los papeles... (Busca en los bolsillos intentando encontrar los papeles para mostrarme.) Es que me los olvidé...pero voy a ir este fin de semana a Lérida a buscarlos...

E: *Entonces, ¿tiene usted tarjeta sanitaria?*

C: Sí, sí...pero me la olvidé en Lérida con los papeles...

E: *Y entonces, usted se encuentra bien de salud...*

C: Sí, sí...sólo el alcohol...y ya me dan las pastillas cada mañana...

E: *Muy bien... ¿y tiene usted familia por aquí?*

C: No, mire nosotros somos 7 hermanos...unos andan por Madrid...y otros por León... a mi madre la tengo en Jerte del Valle...está quedándose ciega sabe usted...porque es diabética...pero ya le pusimos una señora que la cuida...

E: *¿Y usted volverá para Extremadura o se quedará por Barcelona?*

C: Antes quiero curarme...antes de volver...y después ya veré...si tengo que quedarme en Barcelona tampoco pasa nada...de momento estoy bien aquí...Ana se porta muy bien...

E: *Entonces... ¿está usted contento?*

C: Sí, y además Ana me está mirando lo de la paga sabe usted...

E: *¿La paga?*

C: Sí, porque yo tengo 26 años cotizados...

E: ¿Sí?

C: Sí, 26 años cotizados... porque yo trabajaba en el campo sabe usted... sí, sí...

E: ¿Y lo dejó usted?

C: Sí, me discutí con el jefe... y ya por eso me marché y vine para Lérída... y ahora pues estoy aquí desde el lunes...

E: Cuando va al médico le tratan bien, está contento?

C: Sí, a mí me tratan bien, hay que esperar un poco pero me tratan bien.

E: ¿Cree que que personas como Ud los médicos, las enfermeras,..., les tratan bien en general?

C: A mí sí, a los demás no sé..

E: Entiende las explicaciones que le da el médico, los prospectos de las medicinas,...

C: Sí, yo lo entiendo.

E: ¿Cobra alguna ayuda o pensión?

C: No, no cobro nada, pero Ana me está mirando, sabe...

E: ¿Y cómo hace para comprarse las medicinas cuando las necesita?

C: Yo me encuentro bien sabe usted, voy poco al médico y ahora ya me dan ellos las pastillas...

E: Pues ahora ánimo y a curarse

C: Sí. Gracias. Mire, usted ¿me podría dejar 5 euros para comprar tabaco? El lunes ya estoy aquí.. Que vengo de Lérída y yo si viene usted se los traigo de vuelta... que estaré aquí mismo...

E: Sí, claro que sí, y no se preocupe por devolverme los 5 euros y cuídese.

OBSERVACIONES
- El trobem assegut a la sala d'espera de la Estació de trens de Sants.
- La seva aparença l'identifica com a una persona sense sostre. No sembla esperar cap tren y porta una bossa gran d'esports....

Dades d'identitat		
Nom	Ramiro (Nom fictici)	
Edat	48 años	
Lloc d'origen	Bande (Orense)	
Barri de residència	Gràcia	
Realització de l'entrevista		
Data:	13/12/2004	
Hora inici:	9:30	Hora final: 11:00
		Duració: 1:30 h
Lloc:	Passeig Sant Joan/ P.Claret	

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

R: Ramiro

E: Hola, buenos días.

R: Buenos días

E: Queríamos hablar un momento con usted de sanidad si no le molesta, para ver como se encuentra de salud, si va al médico...

R: No, a mi no me molesta

(Nos explica toda su vida recordando los episodios importantes para él desde los 7 años: a los 7 años una vaca me estrelló contra la pared..., me estampó, casi me mata, estuve muchos días que no respiraba..., ya mis padres me tenían hecho el trajecito, los zapatitos negros, el libro blanco..., la caja encargada, todo, porque me moría. Yo me moría pero la vaca, ¡vaya muerte que llevó la vaca!, me moría porque no comía, pero luego empecé a beber y me salvé, me salvé)

E: ¿De dónde es usted?

R: Yo soy de Orense.

E: Ah, nosotros también somos gallegos.

R: Yo soy de Bande pero me fui pronto para Suiza a trabajar a la construcción..., luego vine y conocí a una chica muy guapa, tenía 13 años, luego..., me obligaron a casarme, una vez que vine, a los tres meses de marchar me llega una carta que me dice, oye que estoy preñada, me vine y fuimos al médico a BCN, y luego me dijeron que nada, que fuera a Londres que ellos lo arreglaban aunque fuera de más de 4 meses, pero nada, tuvo el niño y me tuve que casar, ella tenía 16 y yo 21, a mi me casaron, luego la traje a BCN, a Sta Perpetua y tuve 2 hijos más, pero yo me iba a Suiza a trabajar y ella estaba aquí, en mi piso, en un piso que yo compré, cerca de mis tíos, en Santa Perpetua, en Suiza me compré un Alfa Romeo descapotable por 6 millones de pesetas. Mi padre me dijo que yo estaba loco, yo soy un poco loco, ...ese no corría: ¡volaba! Luego tuve un accidente con él, salí volando a 220 K/h, aquí en la autopista en Barcelona, pero no me morí, estuve 20 días en coma, pero lo peor fue cuando me vi desfigurado, uf, eso... Me mató, acabó conmigo, luego el cirujano plástico se cansó de arreglar en mí pero. Perdí el ojo y la nariz me quedó toda torcida, en fin, ...desfigurado.

E: ¿Ahora no vive con su mujer?

R: Mi mujer, no, con mi mujer no. Yo cuando venía, a veces jugaba al julepe (y nos describe el juego) y al acabar la partida un amigo, me dice: "Pepe, debías estar menos por el extranjero y cuidar más de tu mujer" "Qué quieres decir, que tienes que decir tu de mi mujer... nos peleamos, y luego el dueño del bar, me dijo, "Pepe, tiene razón", Entonces pensé, que vale, que ya la cazaría yo, entonces cogí a un amigo y le dije que

me la vigilara y yo hice que me marchaba para Suiza, pero no me fui, al cabo de unos días, me llama mi amigo y me dice: "Pepe, ahora, ahora esta el pajarito con ella, acaba de subir". Entonces me fui a la ferretería y compré un buen cuchillo, me fui para casa, abrí la puerta con cuidadito, con mis llaves, pero luego tuve un fallo, que al abrir la puerta del comedor me arrastró un poquito y entonces el pajarito saltó por la ventana a la calle, sin ropa ni nada, y ella quedó en la cama. Entonces saque el cuchillo, ...ella gritaba que no la matara, pedía socorro..., le hice, raj, raj...uno por cada lado, no sé si lo corté las tetas o las costillas, ...y cuando le iba a clavar ya el cuchillo para rematarla...me desplomé,

A: *¿Se mareó?*

R: No, el amigo había avisado a la Guardia Civil, y cuando iba a rematarla ya llegaron ellos y me dieron un culatazo en la cabeza y me caí al suelo. Luego la fui a ver al hospital y le expliqué al médico lo que había ocurrido y a la policía, al final, no me condenaron, pidieron firmas a mi favor sin yo saberlo y me dejaron..., ella luego se curó, la cosieron y se curó...pero ya está, nunca más. Luego el Juez me dijo que el 45% de mi sueldo para mi y el 55% para mi mujer y mis hijos y yo le dije: Sr. Juez, que hay que hacer para no pasarle nada, nada, ni una peseta, "No tener nada, para no pasarle nada no se puede tener nada", bien, pues desde este momento no tengo nada, no trabajo más y no tengo nada ni paso nada... Luego le pasaba algo, me volví para Suiza y le pasaba dinero si ella presentaba los recibos en el Banco del gasto que hacía con los hijos, pero para ella nada.

E: *¿Y sus hijos?*

R: Ya están grandes, la pequeña tiene 24 años y no se casa la cabrona, cuando se case les quito el piso, pero no se casa.

E: *¿Usted cobra alguna pensión o ayuda?*

R: No, antes cobraba el PIRMI, pero tenía que hacer cosas..., con los de Arrels..., pero yo me cansé y los mandé a paseo, no los aguanto. Luego estuve en Can Planas, allí..., con los locos, allí están todos locos, todos locos, me marché de allí. No cobro nada, pero ahora quiero solicitar la PNC

E: *¿Tiene tarjeta sanitaria?*

R: Sí, aquí la tengo, del CAP de Sant. Martí

E: *¿Cómo se encuentra de salud?*

R: Yo, perfecto, como un roble, no tengo ningún problema

E: *¿Cuándo fue la última vez que fue al médico?*

R: Hace un año, me hizo un reconocimiento de arriba abajo, me miro todo, me hizo radiografías..., todo. Y me dijo: Usted está mucho mejor que yo, está sanísimo.(1)

E: *¿Cuándo fue al médico le han atendido bien?*

R: Sí, muy bien, yo con los médicos tuve mucha suerte, siempre me han atendido bien, pero no voy al médico, estoy bien, no tengo ningún problema.

E: *Y si no tiene dinero, ¿cómo hace con las medicinas?*

R: No hay ningún problema, las medicinas las consigues en cualquier sitio, yo tengo unas monjitas que las voy a ver a y me dan las medicinas que necesite.

E: *¿Usted cree que los médicos a la gente como usted los atienden bien, que les prestan la atención suficiente?*

R: Mire, yo cuando voy al médico siempre voy aseado, me aseo y voy, y a mi siempre me tratan bien, pero a la otra gente, no sé..., la gente se queja, pero yo no sé...

E: *¿La información que le da el médico usted la entiende bien? ¿Le informa de forma que usted lo entienda o usa demasiadas palabras técnicas?*

R: No, yo lo entiendo, yo tuve suerte con los médicos.

E: *y para tomarse las medicinas, se organiza bien, se le descuidan alguna vez,...*

R: No, me organizo bien.

E: *¿No cree que tendría que cuidarse más?*

R: No, yo estoy bien, yo no tengo ningún problema, estoy bien.

E: *Nos vamos a ir a desayunar, le querríamos invitar*

R: No, yo no quiero nada, yo como poco, gracias, yo no quiero nada.

E: Pues muchísimas gracias por atender y charlar este rato con nosotros

OBSERVACIONS

- *Sobre la seva aparença:* Estava molt prim i d'aspecte molt deteriorat. Té la cara força desfigurada: nas torta i aplastada, li falta un ull i té la parpella totalment tancada. A més, li falten moltes peces dentals frontals (ens explica que es degut a una accident d'automòbil).
- Ens diu que gairebé no menja res, beu un tres litres de vi diariment.
- No té cap ingrés econòmic, però diu que té 7000 euros al banc. Vol arreglar els papers per accedir a la PNC:
- Al llarg de l'entrevista ens explica algunes anécdotes laborals per Vigo, es descriu com una persona impulsiva i vividora.
- Ha tingut relació amb algunes intitutions, però no en té cap.

3. GENT GRAN QUE VIU SOLA AMB PENSIONS NO CONTRIBUTIVES

Dades d'identitat		
Nom	Nicolás (Nom fictici)	
Edat	73 anys	
Lloc d'origen	Mérida	
Barri de residència	Gòtic	
Realització de l'entrevista		
Data: 10 de febrer de 2005		
Hora inici: 10:30	Hora final: 12:00	Duració: 1:30 h
Lloc: Pati Llimona		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

N: Nicolás

E: ¿Me puede decir su nombre?

N: (.....) Nicolás

E: ¿Qué edad tiene?

N: 73

E: ¡Que pocos, ...eso no es nada!

N: ¿Que no es nada 73?

E: Ayer hablamos con una señora de 93 y estaba como una rosa.

N: Sí, si hay personas... Aquí viene uno a comer, se llama Luís, que tiene 86 años y anda y bebe cerveza y bebe de todo. Está bastante bien.

E: ¿Y de dónde es natural usted?

N: Natural de Mérida, provincia Badajoz.

E: Otro paisano también (de Laura) ¿Dónde tiene el médico usted?

N: El médico lo tengo ahí en la plaza esa..

E: Junto a las ramblas

N: Sí, esa

E: En Portal de la Pau

N: Exactamente

E: Cuando fue la última vez que fue, hace mucho que no va?

N: No, pues, ...cuestión de un mes o por ahí.

E: ¿Cuántas veces va al año, más o menos?

N: Al año, algunas veces voy más, porque tuve unos dolores por aquí, y se conoce que es que no iba de vientre, y se me ponían unos dolores...

E: Eso es algo que le pasa bastante a la gente mayor, es bastante habitual

N: Entonces me mandaban unos sobres blancos, que me los tomaba y eso me ayudaba.

E: Pero una vez al mes suele ir

N: Sí, una vez al mes voy, por la medicina, me la da cada tres meses.

E: Entonces toma medicinas ahora.

N: Sí, tomo medicinas.

E: Y qué problemas tiene así más serios de salud'

N: El más serio de salud que tengo es la bronquitis.

E: Y eso le dificulta la respiración.

N: Sí, sí, tomo esto (enseña los medicamentos: Ventolin) pero cuando lo necesito, sino nada. Luego los nervios, soy muy nervioso me empieza a temblar así la mano, y me ha mandado la médica esto....

E: *Tepacetán. Y con estos medicamentos va bien, se va tranquilizando*

N: Sí, voy más tranquilo. Cuando más tiemblo es cuando voy a comer, que cojo la cuchara y pum, empiezo a temblar. Es cuando... Dice que son temblores y la médica me ha enviado para abril a la especialista esa.

E: *¿De parkinson?*

N: Sí, a ver si es principio de eso...

E: *Sí, puede ser, cuando hay temblores.*

N: Entonces, en abril tengo que ir a que me vean.

E: *El parkinson no tiene porque ser muy grave.*

N: Cuando me duele la cabeza me tomo una de estas, cuando me duele, sino no.

E: *Y las medicinas se las controla usted bien? Lo que ha de tomar mañana, tarde, noche*

N: Sí, me lo controlo bien porque la doctora me ha dado una lista con la medicina que tengo que tomar.

E: *Y cuando pide hora para ir al médico, que lo hace por teléfono o va personalmente?*

N: No voy personalmente, porque estoy cerca, vivo en la calle Escudellers y me cae al lado. Y te atienden mejor yendo personalmente que llamando por teléfono

E: *Y le dan hora cuando pide visita para mucho tiempo después o le dan para el día siguiente...*

N: Para el día siguiente, para las 11 u 11'30.

E: *¿Y luego cuando va tiene que esperar mucho para que le atiendan?*

N: Depende, algunas veces sí.

E: *Una hora por ejemplo.*

N: Sí, hay días que no, que en diez minutos te visitan. Pero hay días que dice, hoy voy con mucho retraso, la doctora, y entonces tienes que esperar por lo menos una hora. Pero claro eso no es culpa de ella. A mi me dijo una vez la doctora esta, porque hace muchos años que me visita, que claro que se quejaron que visitaba rápido, usted que tiene tome esto y ya se puede ir. Y ahora no, ahora la reconocemos, la escuchamos, la tentamos a ver, le coge la tensión, y claro eso le lleva tiempo, le lleva retraso, y por eso es...

E: *Y hay poco personal, pocos médicos...*

N: No, esta doctora que yo tengo no es mala doctora.

E: *¿Es mayor o joven?*

N: Es mayor, me parece a mi que es profesora o no se qué.

E: *Porque usted ¿qué prefiere los médicos jóvenes o mayores?*

N: Hombre yo prefiero los médicos mayores porque tienen más experiencia.

E: *Y los jóvenes?*

N: Y los jóvenes pues sí, yo no digo que sean malos, pero tienen menos experiencia y...

E: *Dicen que los jóvenes son más amables, más atentos...*

N: Eso sí...

E: *... y los mayores menos pero tienen más experiencia.*

N: Eso sí, los médicos jóvenes son más amables, te dan la mano, te llaman de tu, te llaman... o sea que son más amables que los mayores, porque los mayores te dicen "a mi no me diga de tu yo soy doctora", o se que los jóvenes te hablan más...

E: *No quieren que les hablen de tu.*

N: No, no.

E: *Sí, cada uno tiene sus manías. Y si usted pudiera elegir ¿qué preferiría un médico o una médica, un hombre o una mujer?*

N: Yo, hay mujeres muy buenas de doctores. Ahora con un médico vas con más confianza, porque claro a mi si me dicen, venga quítese usted la ropa, pues me da corte con las mujeres, con las doctoras.

E: Y para explicar según que cosas una se las explica mejor a gente de su mismo sexo que del contrario

N: Es diferente, sí, sí.

E: Y cuando va al médico va sólo o acompañado?

N: Voy solo, porque estoy solo no tengo con quien ir. Aquí no tengo familia ninguna. Hace poco tiempo me caí en la habitación, me caí y menos mal que no llevaba las gafas, las llevaba quitadas. Me caí y me hice aquí un rozogón y entonces...

E: Estas caídas son muy malas.

N: ... No podía andar y conforme pude fui a la plaza Real y fui a la Policía. Y la Policía avisó a la ambulancia y me llevaron a Pere Camps. Y allí en Pere Camps me estuvieron reconociendo, esto del corazón. Vamos muy bien, muy atentos, la doctora. Y me dijo, si no tiene nada le mandamos a casa, y yo bueno. Y ya me reconocieron y eso, y dice, pues no tiene nada, vete para casa. Y tenía un pulmonía que no podía con ella. Tuve que ir a la doctora de cabecera y si no me manda la caja de sobres de color naranja, me muero, bueno yo no se que hubiese pasado.

E: ¿Y la ambulancia, le trataron bien?

N: Sí, muy bien, fueron ellos con un carro y todo, me llevaron con el carro.

E: Y en el hospital ¿le trataron bien, y le miraron todo?

N: No me miraron, todo todo. Sólo la doctora me estuvo mirando así, por las espaldas, y dijo, nada tiene un pequeño resfriado pero no es nada. Y tenía una pulmonía que no podía con ella, que estuve arrojando noche y día todo. Y yo decía que es esto, arrojando pero una cosa de miedo. Y entonces, esa caja, me tomé dos, me fue muy bien y se me ha quitado. Ahora yo he tenido, cuando fue, hace un año me puse muy malo y me fui ahí a Pere Camps también. Y entonces un médico muy agradable, un médico estupendo. Y dije yo doctor que me pasa que yo estoy muy malo. Dice ahora lo veremos a ver que es lo que tiene, tranquilo. Y me sacó que tenía broncomonía, y dice nada tiene broncomonía una ambulancia y al Hospital del Mar. Y estuve en el Hospital del Mar, estuve nueve días ingresado. Y con el suero, y con los antibióticos y todo eso se me fue. Vino la doctora de allí de urgencias, me tuvieron en urgencias porque tenía un poquito como de infarto. Entonces estaba lleno de cables, con la máquina. Y estuve nueve días ingresado, muy bien muy bien.

E: Le trataron bien allí, correcto...

N: Sí, sí, correcto. Las enfermeras muy simpáticas, muy buenas.

E: Y luego cuando le dieron de alta, luego como se organizaron, porque a veces se sale del hospital pero aun se está malo.

N: Sí, a mi me mandaron cuatro inyecciones, pero como no me hacía falta suero ni nada, me dijeron usted tiene que irse ya para casa porque no tiene nada. Lo que tenía era broncomonía, está curado y estas inyecciones se las ponen en su ambulatoria en la plaza esa de la Paz. Y me ponían las inyecciones y estuve pues cinco días poniéndome inyecciones de esas.

E: Entonces cuando salió de hospital y se fue a casa, ya no tenía que estar en cama, ya podía andar y todo.

N: Sí, sí, bueno en el hospital ya podía andar, ya paseaba por los pasillos.

E: Entonces ya iba usted mismo al médico y le ponían las inyecciones y todo.

N: Sí, sí, todo.

E: Quiero decir, el hospital no avisó al médico diciéndole que le ponían inyecciones. No, ¿O tuvo que ir usted?

N: Tuve que ir yo al médico. Ella misma cuando me dio el alta me hizo ya las recetas de las inyecciones, para que fuera yo a ponerme las inyecciones en la Plaza de la Paz. Y ahí me ponían las inyecciones. Cuando terminé ya nada, entonces me dijo doctora dice: venga dentro de tres días se hace usted unos análisis, se hace usted una placa, y luego con un tubo a soplar. Entonces hice eso se lo llevé a la médica y me dice: Nada está usted estupendo.

E: ¿Y esas pruebas donde se las hizo?

N: En el Hospital del Mar.

E: ¿Y se las hicieron rápido o tuvo que esperar mucho tiempo?

N: No, no tuve que esperar mucho tiempo. Estuve allí sentado y de seguida me llamaron.

E: ¿Y cuando tiene que ir al especialista que va a las Drassanes?

N: A las Drassanes. Porque se me ha caído un diente, la muela esta se me ha caído sola, sin sentirlo. Y entonces allí en Drassanes el dentista me dice que no me lo puede hacer, que tengo que ir a un hospital para que me saquen las raíces, porque me han quedado las raíces. Y ellos ahí no pueden hacerlo porque no tienen herramientas. Y entonces tengo que ir a primera visita el día 28 de febrero, a un hospital que, como le llaman a ese hospital, está ahí junto al Paralelo, detrás del Paralelo, calle Vila.

E: Sí, la calle se cuál es, pero no se que hospital hay.

N: Ahí mismo, hay una clínica porque yo ya estuve en esa clínica. Porque quería mirarme las arterias y me hicieron la prueba de la bicicleta.

E: ¿Y le han dado para febrero? ¿Hace mucho que le dieron esta hora?

N: Sí, sí, hace muchísimo.

E: En el verano a lo mejor.

N: Sí, por ahí, por el verano.

E: Y claro, ahí le sacaran las raíces pero no le pondrán la muela.

N: No, no, imposible. Poner una muela cuesta mucho dinero. Me sacarán estas raíces del diente y estas de aquí, y así estará.

E: ¿Por qué tienen molestias?

N: No, no me duele nada, nada y va ya hacer tres meses. Y hago así con la lengua y las raíces me van creciendo.

E: O sea que la muela se ha ido cayendo a trocitos.

N: Sí, sí, yo no me di cuenta siquiera. Y a ver que pasa. Y este diente igual, ni se dónde ha ido siquiera, se ha caído...a lo mejor comiendo.

E: Pues luego es un problema, porque luego sin dentadura se come mal y ...

N: Sí, se come mal, porque se come y el agujero se llena de comida, es el problema que hay.

E: Y luego si uno come mal pues el estómago anda mal...

N: Sí, por eso yo quiero ir. El día 28 voy a que me miren, porque yo ya he ido... Porque un dentista me mando a ¿cómo se llama el hospital aquel que es tan grande que está por la Plaza España?

E: El Clínico.

N: No está en el Paralelo, allí arriba, que es muy grande, el hospital ese, es un laboratorio.

E: No se cual es.

N: Sí, sí es muy nombrado.

E: ¿Y para qué le mandaron allí?

N: Para hacerme una radiografía de la boca.

E: Para ver como tenía las raíces de los dientes y todo eso. Aquí en Vila, seguramente le hagan unas pruebas, y luego igual le mandan a otro lado para sacárselas.

N: Sí, y a lo mejor la primera vista me miraran y eso.

E: Y cuando va a la doctora me decía que le atiende bien.

N: Sí, me atiende muy bien, esa señora me atiende bien. Por ahí yo oigo que tienen quejas de ella, pero conmigo bien.

E: También depende de cómo entre uno, porque hay gente que va gritando, chillando, sin educación...

N: A mí me ve, y me dice pase señor Nicolás y paso y dice: ¿Qué? Pues ya ve usted me duele esto, o me pasa esto. Y dice bueno, vamos a ver, vamos a ver y me reconoce y me escucha. Y conmigo por lo menos no se porta mal.

E: Quiere decir que le dedica el tiempo necesario, etc...

N: Sí, sí, el tiempo necesario me dedica, y a lo mejor alguna vez me dice: espérese en el salón que te va a coger el enfermero la tensión. Y todo muy bien y el mismo enfermero en vez de mandarme al otorrino me quitó el mismo el tapón. Un tapón que

tenía aquí y el enfermero me lo quitó y me dijo "esto no se lo hago yo a nadie". En fin... Porque a mi me dieron el frasco de unas gotas para que me las echara porque el tapón ese se fuera deshaciendo y yo sí, me lo echaba. Y me dijo el enfermero "es que hay mucha gente que no se echa y cuesta mucho de sacarlo". Pues claro está duro y, no, no, pues digo yo me he echado. Me lo sacó en seguida sí. Dos veces que me hizo así con agua salió.

E: Y la información que le da el médico sobre sus problemas la entiende bien, cuando le explica...

N: Sí, cada vez que voy me dice que no tengo nada, que estoy como un niño me dice. Me dice el único problema que tiene usted es la bronquitis, pero de lo demás estoy bien. Del azúcar estoy bien, de la tensión estoy bien. Lo único que me canso cuando subo, me canso porque me duele así la pierna.

E: Claro porque si tiene bronquitis hay un problema de riego sanguíneo.

N: Eso, eso es normal, la bronquitis crónica, y eso es normal claro.

E: Y cómo ve usted, una cosa que nos dicen a menudo es que con las pensiones que se cobran tan bajas, cuando hay que hacerse unas gafas, una dentadura, un audifono, el problema es de dónde sacar el dinero. Y si no nos la hacemos como comemos, etc. Y usted eso como lo ve, ¿es complicado?

N: Yo lo veo complicado, pero aquí las asistentes sociales te lo pagan. Porque estas gafas, porque a mi me operaron de este ojo, porque tenía cataratas y me operaron. Y yo vine a la asistente social y se lo dije, y entonces ella dijo, nada nada y me ayudó y me pagó las gafas. Me pagó todo, ¿eh?

E: ¿Cuándo le operaron del ojo tuvo que esperar mucho para que le operaran?

N: Buh, mucho.

E: ¿Más de un año?

N: ¿Más de un año? Y tres también. Tres años en la Clínico. Hasta que me miraron y me hicieron todas las pruebas y todas las cosas. Y ya me llamaron por teléfono donde yo vivía antes y me dijo "tiene usted que ir al la clínica de..." Si hombres sí, si son nombradas, no me acuerdo. La clínica de la Sagrada Familia.

E: Sí, que está por el campo del español.

N: Allí, y a la enfermera la tenía bien enfadada, claro yo la comprendía. Pero me aburría, yo le decía bueno ya me toca de echarme las gotas, y se ponía más enfadada conmigo: Váyase usted a la sala, me decía.

E: Entonces a urgencias me decía que ha ido usted pocas veces, al Mar y a Pere Camps o un par de veces a Pere Camps.

N: Sí

E: ¿No ha ido más a urgencias, no ha tenido más problemas?

N: No, no lo que pasa que yo siempre todas las cosas me las han hecho allí en el Hospital del Mar. Porque yo estoy operado de una hernia, y me operaron aquí en el Hospital del Mar.

E: ¿Y en ambulancia sólo cuando se cayó?

N: Cuando la hernia fui yo solo y eché la solicitud y todo y venga esperar y venga esperar, y un año y otro. Y nada, y ya digo, esto no puede ser y me fui a la asistente del y le hablé. Mire usted a mi me pasa esto y hace ya tanto tiempo, y ella con el eso, con el ordenador, lo vio. Y dice: "hace ya mucho tiempo usted tendría que estar ya operado". Y dice, venga usted conmigo. Fui con ella, yo no se lo que habló que a los dos o tres días ya me llamaron.

Yo para la hernia y para el ojo de cataratas esperé unos 3 años.

E: Las listas de espera son tremendas, larguísimas. Y hay gente que tiene problemas de movilidad y se encuentra con listas de espera de años. Un par de cosas más y no le cansamos más.

N: No, no se preocupe.

E: Otra cosa que nos dice la gente mayor es que el médico le explica al acompañante, y entonces esta persona mayor va para casa y se queda sin explicaciones. ¿Usted cree que eso ocurre con la gente mayor que va al médico?

N: Sí.

E: El médico para ir más rápido le explica al hijo o al acompañante.

N: Sí, al hijo o a eso porque lo ve que es más joven y comprende las cosas mejor, por eso se lo explica al acompañante. Ahora aquí, como yo no tengo a nadie ni nada, muchos que como ya no pueden andar y no pueden caminar bien y esto, entonces hay unas señoritas aquí que las acompañan al médico, a estas personas ya que van con bastón que no pueden andar. En fin, yo pues sobre ese particular queja... no se, porque cuando uno es mayor cuando no le duele esto, le duele la oreja y cuando no le duele la mano. Es una cosa muy normal ¿no?

E: Y lo mismo pasará también con las medicinas, hay gente supongo que tendrá problemas para saber lo que ha de tomar por la mañana, a mediodía...

N: Pero es que aquí hay gente mayor que le manda el médico las medicinas y no se las toma. Se toma dos o tres pastillas, se ponen un poquito mejor y ya no se las toman. Tienen que tomar la caja o lo que les dan lo que sea, eso se lo tienen que tomar estén mejor o estén peor. Y eso muchos pues no lo hace, ¿me entiendes? Y yo ya se lo he dicho, yo hace ya catorce meses, catorce o quince meses que dejé de fumar, que no he vuelto a fumar. Y hay uno ahí que empieza "ar ar ar", y yo señor José deja ya de fumar que eso es bronquitis y no, no, de algo hay que morir, pues muérete.

E: Y lo que decíamos, la gente que es mayor y tiene problemas de memoria, ¿usted cree que se toman bien los medicamentos? O que se los toman como no deben, se confunden de hora...

N: Sí, porque hay ahí una señora que está mal de memoria pero va la asistente que la acompaña, una señorita, y se lo apunta en un papeY: esta pastilla a esta hora, esta pastilla a esta otra hora.

E: Y en la farmacia venden unas cajitas que se ponen las pastillas en unos depósitos...

N: Sí esta señorita que viene a acompañar a ellas, lo pueden hacer. Con el papeY: A ver este medicamento. Y aquí viene una, una viejecita que viene ahí, y la asistente que viene a verla y eso, le dice "¿Venga te has tomado la pastilla? Pues venga a tomártela? Y se la hace tomar, y en fin.

E: Ya, las ayudan.

N: Las atienden las ayudan. Yo no se, otra cosa no podemos pedir, que vamos a pedir. Porque la vejez nos la quita nadie.

E: No los años no los quita nadie.

N: No los años no.

E: Ya hemos vivido hemos pasado por ahí...

N: Y ya no...

E: Ahora quien no tiene años es la Laura que es una niña, tiene toda la vida por delante...

N: Claro.

E: Una última cuestión, Sr. N. Como le decíamos al inicio este informe se lo enviaremos a la Conselleria (...) Entonces si usted tuviese que pedir alguna cosa para mejorar la salud en la gente mayor, ¿Qué les pediría?

N: Yo creo que tendría que mejorar, que pusieran en los hospitales más camas, para que no tuvieran en cama allí en los pasillos.

E: ¿Qué más? La listas de espera.

N: Sí que acortaran un poco las listas de espera. Que cogieran, vamos a suponer, que en vez de coger a veinte personas, cogieran a diez, otro día otros diez. Y así habría menos lista de espera.

E: Eso se refiere al médico cuando usted va. ¿Y las listas de espera para operarse?

N: Eso es mucho peor, eso son años. Ahí son años. Porque a mí me iban a operar del ojo en el clínico y me tuvieron que mandar a esa clínica, porque llevaba ya tres o cuatro años en la lista de espera.

E: ¿Y qué mas les pediríamos señor N? Alguna cosa con las medicinas, alguna cosa de la atención... Alguna cosa de los médicos de su comportamiento, del trato...

N: Yo como desde que estoy así con el médico la única que me ha tratado ha sido la doctora, y conmigo se ha portado muy bien. Ahora con los otros yo no lo se. Yo no se como se portan con los enfermos, pero conmigo... Hasta una de suplente, joven, yo me quedé extirpado, yo digo esta mujer... Se arrodilló y todo para mirarme los pies a ver como me funcionaban, que eso no lo hacen muchas doctoras.

E: ¿Y cree que es importante también el tema de las gafas y todo eso?

N: Yo creo que sí.

E: Se debiera de financiar más.

N: Sí, se debiera de financiar más, a mi las gafas me las pagó la Asistente Social, me las pagó ella.

E: Porque la gente mayor cuando no se puede poner la dentadura ¿qué hace? Se encuentra sin ella y ya esta.

N: Claro.

E: Con lo cual luego empieza a comer cosas distintas.

N: Cosas que no puede, tiene que mojarlo en café o leche, o comer cosas blandas.

E: Claro porque eso es mucho dinero, y no hay dinero.

N: Claro eso es mucho dinero, y no hay dinero. Yo vivo en un, con una señora que tiene ella el piso y me tiene arrendado una habitación, y a otro hombre también que ahora está ingresado trece o catorce días que está ingresado en el Clínico. Porque comía aquí también y se asfixiaba, y se lo llevaron para allá al clínico, y se ve que le pusieron un tubo, con suero y todo eso. Y está todavía allí. Un día de estos iré a verlo si las piernas me responden. Cogeré el 59 que me queda allí mismo, e iré a verlo. Y claro pues con 286 euros que yo cobro, pago la pensión que son 150 euros, que no es cara, no es mucho. Porque es una cosa que aquello no... para vivir no. Pero claro yo no me puedo ir a otro sitio, tengo que aguantarme allí. Es una habitación que no tiene ni ventana, tiene una ventana y que da para la cocina, es muy estrecha. En fin, no es una habitación para vivir, es como digamos un calabozo de la mili.

E: Sí, con estas pensiones no se puede hacer mucho más.

N: Y ahora pues nos ha subido unos euros, nada.

E: No se nota nada.

N: No, no se nota, pero bueno.

E: Hay gente que gana menos todavía.

N: Ahora me han subido. Me subieron el año pasado y este año me han subido y cobraré unos 286 Euros...

E: 47.000 pesetas. ¿Porqué usted come aquí y luego la cena?

N: Allí, pues me compro un bocadillo de queso, otras veces un bocadillo de tortilla, otras veces un bocadillo de jamón y me compro unas botellas de agua de esas grandes. Y fruta, mucha fruta. Como pera, como manzana, como uvas...

E: ¿Y el fin de semana también viene aquí?

N: Sí

E: Está abierto todos los días.

N: Sí, sí, sábados, domingos, días de fiesta, todos los días. Antes no.

E: ¿Cuánto hace que está abierto todos los días, un par de años?

N: Puede ser un año, y medio... Porque vino un señor y lo dijo, que se vendría a comer todos los días. El día de navidad nos dieron muy bien de comer, y vino un Papa Noel y nos dio un regalo.

E: Bueno señor Nicolás, ya no le hacemos más preguntas, ya me hemos comentado todas las cosillas y ya le dejamos.

OBSERVACIONES

- Nos dice que trabajó muchos años en la construcción, más de 30, pero que no estaba asegurado y luego cuando quiso solicitar la pensión, le dijeron que no tenía derecho, que no había cotizado lo suficiente.

Dades d'identitat		
Nom	Manuela (Nom fictici)	
Edat	73 anys	
Lloc d'origen	Barcelona	
Barri de residència	Raval	
Realització de l'entrevista		
Data: 7 de febrer de 2005		
Hora inici: 10:30	Hora final: 12:00	Duració: 1:30h
Lloc: Casal Tarradellas		

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista que no s'ha pogut enregistrar per qüestions tècniques i/o ambientals:

- **Patologies més serioses:** Té problemes de llagues varicoses, cervicals, tromboflebitis, hipertensió, sobre pes.

- **Centre que té assignat:** CAP Raval-Nord, Dr. Bastida

* Va poc al metge. La tensió se la prenen a la farmàcia pagant 1€. Va a la farmàcia perquè ara cal demanar hora a la infermera per prendre la tensió. També es compra ella les betes i cremes per la llagues. També pren Gelocatil pel mal de cap. Ara fa gairebé tres anys que no va al metge. Per un refredat, per exemple, no hi va. Va el menys possible.

* Pesa 110kg. El metge de les cames li diu que mentre no perdi 20 kg no fa falta que hi torni. Ella demana hora per l'endocrí, que li dona unes pautes i un règims. Amb això perd 4 kg y després ho deixa i engreixa 8.

* Els productes de règim som cars i ella no se'ls pot pagar. En el centre no es menja bé, el menjar no és dolent però està malament condimentat (es com es cuina no el menjar). No sap a res, no agrada, no es menja, o es menja part. En arribar a casa menja el que tingui i agafes costums dolents, menjant allò que no pots i a la hora que no toca.

* El menjar triturat es dona tot junt, perquè sinó el llom seria una pasta que no es podria empastar. Alguns plats no diferencien els sabors.

- **Demana visita personalment**, o algun cop per telèfon. Quan ho fa per telèfon costa agafar línia. S'ha de trucar a primera hora, a les 9 o les 10 de matí, sino després és impossible, ja no agafen el telèfon. Quan demana hora li donen per dos o tres dies o per una setmana després. Quan va a la consulta espera més d'una hora perquè l'atenguin però per culpa dels pacients anteriors que li expliquen tota la seva vida al metge. El metge se'ls ha d'escoltar.

- **Medicaments:** Pren sempre i se'ls controla ella mateixa sense cap problema. Ara pren genèrics i els que ella es compra. Creu que la gent gran pren les medicines molt malament, els prenen a discreció, doblen les dosis o les regulen ells mateixos, prenent-los de forma inadequada.

- Hi ha gent que no sap ni llegir, ni escriure, no entenen res dels medicaments.

- Hi ha persones que no recorden res del que li diuen, no recorden ni passats els cinc minuts.

- **Urgències:** Només va anar una vegada a l'Hospital del Mar i va haver de marxar perquè hi havia molta gent, hi havia molt de soroll i moviment. A ella li pujava cada cop més la tensió i es posava més nerviosa.

- **Ambulàncies:** Ella no les ha utilitzat mai, però el seu net sí (Ambulàncies Domingo) i té un bon record. Fins i tot, li van comprar una aspiradora per la mucositat que era molt cara i ells no podrien pagar (després les ambulàncies la continuarien utilitzant.)

- **Diferència de tracte de doctors homes-dones:** No les percep, li és indiferent.

- **Especialitats** a l'Hospital del Mar, a Manso o a Drassanes. Triguen entre dos i sis mesos.

- **Dentadura, audifons i ulleres.** Considera que la provisió d'aquests elements és un greu problema. Ella va demana una dentadura al dentista, i després va fer un pelegrinatge per aconseguir ajuts (d'un lloc a un altre repetint la seva història. Es va cansar abans de aconseguir-la, sempre li deien que no hi havia fons per aquestes coses. Finalment, li va dir al dentista que quan tingués diners ja aniria a buscar la dentadura. El dentista li va dir que fos al dia següent i ja li pagaria. Ella no va voler quedar res a deure i no va anar fins que va cobrar la paga extra de Nadal. No va poder menjar en tot el Nadal degut al període d'adaptació.

Propostes:

- Més atenció, més temps de dedicació per consulta i més metges.

- Més control dels medicaments, donen masses i no es prenen com s'haurien de prendre. Caldria que els parlessin més i els receptessin menys.

- Hi ha persones que van al metge tots els dies i demanen medicació per a ells, per familiars, veïns, amics, altres avis del centre, etc.

- Ajuts per pagar les ulleres i dentadures, encara que no ho paguen tot per què no hi hagi un abús, però sí que cobreixin una part.

OBSERVACIONS

*En aquest cas la entrevista no va poder ser registrada pel soroll que hi ha havia en l'entorn, per aquest motiu s'han transcrit les notes preses durant la entrevista.

Informació addicional que proporcionà la entrevistada:

- Al centre de dia paguen 26 o 99 cèntims per dinar, però no hi ha places suficients i hi ha llista d'espera. Mengen unes 50 persones al dia.

- Va ser complicat que obrissin el menjador els caps de setmana i festius. Però ara obren el 365 dies de l'any. Li va dir al regidor del districte: " oi que vostès els dies de festa mengen i inclús més que els altres dies? Doncs nosaltres també volem dinar."

- El director de Casinos de Catalunya, el Sr. Suqué, ha fet importants donacions pels menjadors de gent gran, però no se sap on hauran anat a parar.

Dades d'identitat		
Nom	Domingo (Nom fictici)	
Edat	61 anys	
Lloc d'origen	Úbeda (Jaén)	
Barri de residència	Gòtic (Ciutat Vella)	
Realització de l'entrevista		
Data: 10 de febrer de 2005		
Hora inici: 13:15	Hora final: 14:00	Duració: 45 m.
Lloc: SS.SS. C/ Correu Vell, 5		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

D: Domingo

E: ¿Nos puede decir su nombre?

D: (...) Domingo

E: Natural de...

D: (...), Jaén.

E: ¿Y qué edad tiene?

D: 61.

E: ¿Qué joven!

D: Vamos, que no es nada lo que me queda ya de vida.

E: Hace unos días entrevisté a una señora de 93 años, así que fijese lo que le queda aún. La última vez que fue al médico ¿hace mucho?

E: Pues la última vez que fui al médico, hará cuestión de... al médico de cabecera hace cuestión de dos o tres semanas. Al médico de urgencias hace una semana porque tenía una fiebre en el labio y no me puedo afeitar hasta que no se vayan las costras.

E: A lo mejor del frío ¿no?

D: No, una fiebre, que se conoce que me cogió una fiebre, que estaba helado, y todo esto se me puso. Ahora ya... pero hará cuestión, la semana pasada, fui a urgencias.

E: ¿Y cuando va al de cabecera a qué CAP va?

D: Aquí mismo, al de aquí de Portal de la Pau (...) Estoy tomando varios medicamentos, de esto que se toma para respirar, estoy tomando pastillas para los dolores, estoy tomando pastillas para el estómago.

E: Básicamente es estómago y pulmón.

D: Sí, casi todo de respiración.

E: El tema respiratorio es complicado. ¿Y al hospital ha ido alguna vez?

D: Hombre al hospital que yo recuerde, una vez estuve en coma una semana. Otra vez, estuve otra vez, y luego otra vez fui a operarme.

E: ¿Y cuando usted pide hora de visita para ir al médico, va personalmente, llama por teléfono o cómo lo hace?

D: A veces llamo por teléfono, otras veces voy personalmente.

E: ¿Y le hacen esperar mucho?

D: Hombre, pues para muy tarde, muy tarde no. Me dan, por ejemplo si hay muchas personas, me da para dos días. Y si no hay personal me da para el otro día.

E: ¿Y cuando luego va al médico le hacen esperar mucho?

D: Ah, eso sí, hay que tirarse allí una hora u hora y pico.

E: ¿Y va siempre sólo?

D: Sí, porque soy soltero, no tengo a nadie.

E: *¿Y cuando va las explicaciones que le da el médico, son comprensibles, o a veces hay que preguntarles que están diciendo?*

D: No, no, eso era antes, porque ahora como tienen las máquinas estas, los ordenadores, pues lo tienen todo escrito allí, pues siempre lo mismo. Como la médica de cabecera ya llevo con ella un puñado de años, pues... Ya sabe lo que me pasa.

E: *¿Ya hace mucho tiempo que va a esa doctora?*

D: Sí, sí hará lo menos diez años.

E: *¿El trato cuando va, es correcto, podría mejorar...?*

D: Sí, sí, es buena doctora, yo no tengo queja de ella.

E: *¿Es una doctora joven o mayor?*

D: Bueno, como diría yo...

E: *Unos cuarenta años.*

D: Sí, por ahí.

E: *Entonces el trato le parece correcto, adecuado...*

D: Sí, sí, la Doctora Núñez la llaman.

E: *¿Cree que le dedica el tiempo suficiente?*

D: Sí, como yo ya sabe toda mi enfermedad que tengo, pues tardo menos que ningún paciente que tenga algo nuevo. Bueno yo si me pasa algún dolor tengo que ir, se lo tengo que explicar. Y ella me dice, no hombre si esto que tu tienes es agudo, y es malo, y me aconseja que haga esto y para arriba y para abajo. Tardo poco con ella.

E: *¿Y de fumar nada, verdad?*

D: Sí, de fumar si que fumo.

E: *Pues eso es malo ¿no?*

D: Ya a lo primero ya me lo prohibió, ya me dijo de fumar, cuando vea alguno que está fumando usted se retira. Yo que me voy a retirar si tengo yo el cigarro en la boca. Y siempre me pregunta, tu el tabaco no... usted el tabaco no. El tabaco, el tabaco yo ya he intentado de quitarme el tabaco, me he puesto parches, me he puesto esto. Y yo qué se, yo con los parches puestos he fumado. No he tenido mucho... Sin embargo la bebida no, la bebida la dejé y ya está. Porque yo la bebida ni la huelo, pero el tabaco... En fin, pues mira.

E: *¿Y las medicinas las controla usted bien? Para saber cuál ha de tomar por la mañana, por la noche... ¿Las controla bien, no tiene ningún problema? ¿Le han cambiado alguna vez y le han dado genéricos, a esos que son más baratos?*

D: No, siempre me han recetado lo mismo. Sí, como ya... yo voy a recoger las recetas cada dos meses siempre me dan lo mismo.

E: *¿Y para pagar medicamentos? ¿Usted es pensionista?*

D: Sí.

E: *¿Entonces no paga nada?*

D: No. Hombre tengo que pagar algo que no entra en la seguridad social.

E: *¿Pero casi todos le entran en la seguridad social? Entonces no hay mayor problema.*

D: Hombre si estos que no entran en la seguridad social, me hace la doctora que tengo que comprar, lo que tengo que sacar, pero lo tengo que abonar yo. Por ejemplo, voy a urgencias y me hace esto que tampoco entra en el seguro, y me lo tengo que pagar yo.

E: *¿Y en urgencias como le han tratado?*

D: Bueno, en urgencias me han tratado, yo no tengo queja nada. Esta lleno, se para mucho y...

E: *¿Por qué usted que ha ido al mar? O Pere Camps, al Clínico.*

D: Hombre yo los hospitales ya me los conozco todos. El Mar, el Clínico y Pere Camps. Pero nada, eso, atenderte te atienden lo que pasa que te tienes que esperar, pasarte allí las horas muertas ¿no?, pero atenderte si, te atienden bien, yo no tengo quejas de los médicos.

E: *Y una cosa de la que se queja mucho la gente es cómo los hospitales dan las altas. (...)*

D: Bueno, yo de eso, yo estuve en el hospital ya hace muchos años y si te digo la verdad, me dieron el alta cuando me la tenían que dar. Por que aquí en el Clínico estuve dos meses ingresado, quiero decir que... La primera vez que fui a urgencias me tuvieron un mes, estuve allí un mes. Y al mes me dieron el alta. Pero es que al cabo de una semana me volvió a dar el dolor y fui y estuve allí otra semana. Me dijeron, no si esto es de la vejiga, esto no... pero como a va a ser esto de la vejiga y dice, bueno, te tendremos aquí otra semana. Y allí estuve otra semana, y a la semana pues... De esto te estoy hablando ya hará lo menos seis o siete años. Ya desde entonces no me ha pasado nada. De momento voy tirando sin ingresar en ningún lado.

E: *Bien hecho, bien hecho, mejor así. Y eso que comentaba hace un rato, que la gente se queja que los médicos no dan una explicación para que entiendan las personas mayores. Incluso también los prospectos que están en una letra muy pequeña con palabras muy técnicas.*

D: No, no, hombre, yo las recetas mías ya se lo que es. Voy a la farmacia.

E: *¿Pero los prospectos ya no se los lee?*

D: Sí, sí, ahora, hombre si tomo algún medicamento que me manda que no viene en el pilón de todos los meses, pues cojo el prospecto y me lo leo. Y según ponga pues así hago yo. Y lo demás nada, pues si llevo tomando el mismo medicamento años, para que voy a leer el prospecto.

E: *Y otra cosa ¿usted cree que atienden mejor los hombres o las mujeres o igual?*

D: Para mí son iguales.

E: *¿Y la gente mayor o la gente joven?*

D: Hombre yo prefiero un médico que sea bueno, lo mismo me da que se joven que sea mayor. Pues que te atienda bien y que hombre atienda lo que uno le está diciendo y eso. Pero ya le digo, como yo llevo con esta doctora ya años, pues nos conocemos de sobras pues ya... Yo muchas veces le digo, doctora que me estoy muriendo, esto es de guasa ¿no? Y ella se echa a reír. Y yo doctora que tengo un dolor por toda la espalda y por todo el brazo, y me dice "Eso es de lo respiratorio, de la edad que tiene". Me dice eso es malo, eso es malo, tu sigue con la misma medicación. Además mira ella en el ordenador y me pregunta cuantas pastillas me tomo, y yo lo digo no se cuanto, y lo primero que me dice es lo lleva bien, lo lleva bien. Bueno, pues si lo llevo bien...

E: *¿Ya hace mucho que tiene esta enfermedad entonces?*

D: Sí, ya hace tiempo.

E: *¿Y ya hace tiempo que es pensionista?*

D: Sí, pues...

E: *¿Desde que está enfermo?*

D: Sí, me dieron un 66 o 65 de invalidez...

E: *Lo qué pasa es que con esas pensiones se vive mal ¿no?*

D: Uuui, con esas pensiones mal, y con el cambio del euro.

E: *Ya lo del euro, para la gente joven no, pero para los que tenemos ya una edad.*

D: No, pero también se han dado cuenta. Yo para mí antes la peseta, no es que te durara mucho, pero por lo menos si llevabas mil pesetas en el bolsillo...

E: *Te organizabas de otra manera.*

D: Sí... Yo antes llevaba mil pesetas en el bolsillo e iba contento y...

E: *Se sentía uno seguro, y ahora vas con cinco euros...*

D: Vas con seis euros que son mil pesetas ¿no? Y no te duran nada. Es que nos están sacando el dinero por nada.

E: *Es verdad, que antes llevabas mil pesetas e ibas tranquilo.*

D: Sí, yo iba contento.

E: *Y ahora llevas los seis euros y no te llegan para nada.*

D: Nada, compra uno un paquete de tabaco, que si ya son dos euros. Antes, te valía el paquete de tabaco 150 o 160, de las 200 pesetas te sobraban. Pero no es que sean 200 pesetas es que son casi 300 pesetas, son 333.

E: *Pues lo van a subir mucho más.*

D: Sí, el papel de fumar ya lo han subido cinco céntimos.

E: *La idea es que en tres años el paquete de tabaco tendría que costar 600 pesetas, que son unos cuatro euros y algo.*

D: Ahora han sacado otra norma, que ahora ya no se puede fumar en los trenes de corto trayecto, a no ser que sea de estos de cinco horas. Y están sacando unas normas que yo no se, yo no se donde nos van a meter.

E: *Que no quieren que fumemos, hombre, que contamina mucho eso.*

D: Pues a las tabacaleras no les tiene que gustar esta.

E: *Ni al estado también, que cobran muchos impuestos. Y una última cosa. Si usted le pediera cosas para que mejorar la atención a la gente mayor, ¿que le pediría?*

D: Hombre, yo a la sanidad le pediría, por ejemplo, que si una persona se encuentra mal, pues por ejemplo que le busque... que le ingrese. Yo que se que le pediría a la sanidad. Que le ingrese hasta que esté un poquito mejor. Hombre yo si estoy mal es lo único que le pediría, porque yo estoy solo en mi casa, yo no me puedo mover, no me puedo atender. A mi me tienen que poner...

E: *Un trabajador social.*

D: Claro, es lo único que yo pediría.

E: *Y eso que la gente nos comenta que cuando le falla un poquito la cabeza, no toma los medicamentos. O a veces viven en un cuarto piso sin ascensor y tienen dificultad para bajar a la calle.*

D: Yo tengo dificultad para subir las escaleras que me duele la rodilla, y vivo en un tercero.

E: *¿Sin ascensor?*

D: Sin ascensor, y las escaleras son estrechas.

E: *Ya en esos casos la solución sería que el médico fuese a casa.*

D: Sí, ir por las casas. Yo no he llamado ninguna vez al médico para que venga...

E: *Tienen servicio a domicilio y van a casa ¿eh?*

D: Sí, lo harán pero nunca lo he hecho. Yo me ha dolido algo, pues he ido al médico a la visita.

E: *¿Y el tema ese de las esperas y de las listas de espera usted cree que es complicado?*

D: Hombre yo, he estado en la espera, y será por el paciente que entre. A lo mejor hay un paciente que entra y se enrolla y se enrolla, pero por el médico no será. No creo que el médico le de también charla. Será una conversación de lo que tiene y de lo que no tiene, que lo esté explorando... Digo yo.

E: *Ahora cuando cumpla los 65 años, la pensión mejorará, ¿no?*

D: A mi no me suben la pensión.

E: *¿No? Yo pensaba que cuando se cumplieran los 65 mejoraba.*

D: No, yo estoy cobrando la no contributiva y he estado trabajando toda la vida con los contratistas estos, y voy y saco esto de trabajo y me sale un año que he trabajado y he estado trabajando toda mi vida. Y me han puesto un año y un día. A mi la jubilación nada. Si me van dando la leche esta de, que pueda... Pago yo de pensión, pago 174. Y cobro 276. Pues fíjate. No llega ni para comprarte un chupa-chups.

E: *Eso es una cosa muy habitual, que la gente que cobra no contributiva, en la mayoría de los casos han trabajado toda su vida, pero por no cotizar...*

D: Sí, yo he estado trabajando aquí en Barcelona, y aquí al lado del parque, y me mandaron a Badalona, en la construcción. Y yo para mi no me han pagado ni una gorda.

E: *En esos casos si tuviera las nóminas o algo.*

D: Sí, tuviera los nómina pues los presentaría. Antes lo llevaban todo al aire y... Cuando uno tenía cuarenta años, decía bueno es igual... Y claro, ahora en esta edad pues se da uno cuenta, dice uno: Leche que ahora me darán a mi cuatro gordas y... Y los pisos suben, la convivencia y tienes que pagar al dueño. Y vas a comprar un paquete de tabaco también... Y para comprar un cartón de leche, antes un cartón de leche te valía 72 y ahora ya te vale 77.

E: Sí, es que con es dinero no se puede...

D: A mi me quedan 100 euros al mes. Con 100 euros al mes pues si me descuido a la semana no tengo una gorda. Y así es.

E: Bueno, pues no lo entreteneremos más y le agradecemos su colaboración...

OBSERVACIONS

- L'entrevistat tenia 61 anys però la seva aparença era d'uns deu anys més.

Informació adicional:

- Diagnosticat com a crònic agut, per problemes de respiració. També pateix de l'estòmac.
- Demana visita per telèfon, personalment i li donen per 1-3 dies, depenent de la gent que hi hagi.
- Té assignat el CAP de Portal de la Pau.
- Li es indiferent que el metge sigui jove/gran, home/dona. Té la mateixa doctora fa deu anys i està content.
- Mai va trucar a urgències però si va ingresar en diverses ocasions.
- Proposta que fa: Fer ingrès d'aquelles persones que estiguin malament fins que es trobin millor.
- Viu a un tercer sense ascensor, cobra una PNC (per minusvalia) i paga de pensió 174€/mes.
- Va treballar tota la seva vida a la construcció i només li apareixen dos anys cotitzats a la Seguretat Social.

Dades d'identitat		
Nom	Magdalena (Nom fictici)	
Edat	67 anys	
Lloc d'origen	Padrón (A Coruña)	
Barri de residència	Raval	
Realització de l'entrevista		
Data: 28 de gener de 2005		
Hora inici: 17:00	Hora final: 18:30	Duració: 1:30 h
Lloc: AA.VV. del Raval. Plaça Padró, 1		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

M: Magdalena

E:  Hola!  C mo se encuentra?

M: Bueno, a m  lo que me ocurre ya no tiene remedio

E: Me dice primero, Magdalena, el nombre completo.

M: Yo me llamo (...) Magdalena.

E:  Y de dónde es natural usted?

M: Yo soy natural de Galicia, de un pueblo que se llama (...)

E: Yo trabajo en la USC...

M: Lo que pasa que yo hace muchos años que estoy aquí y me siento catalana. Yo me considero catalana.

E: Pues entonces podemos hablar en catalán en castellano o en gallego,  eh? Yo nací cerquita de Santiago...

M: Yo soy de all  lo que pasa que me vine de muy jovencita porque desgraciadamente me qued  sin padres, y entonces viv  una hermana mía aquí en Barcelona y me trajo a Barcelona y como aqu el que dice me abandon .

E: Bueno yo algo parecido...

M: Pues más o menos a mí me pas  exactamente lo mismo. Me trajo aquí, mis padres desgraciadamente habían muerto, me dijo que me traía con ella, que tenía una vivienda, que vivía con ella. Claro yo entonces era muy jovencita no había salido nunca de casa, y me decía no te vayas. Y yo s  que me voy al extranjero. Y cuando llegué aquí lo primero que hice meterme a una casa a servir. Y yo no había trabajado nunca y no sabía lo que tenía que hacer. Y al cabo de los ocho días fue a verme, y al cabo del mes fue a verme y desapareció y no la vi más.

E: Nunca más.

M: Nunca más. Me dijo que se iba a Buenos Aires, que le había salido un contrato, pero cuando se march  ni se despidió de mí ni nada. Nada de nada, de nada, ni me dijo mira voy a estar... Nada, de nada. Y las pas  muy mal, muy mal, muy mal.

E:  Y no tenía más hermanos?

M: No, aquí no, no tenía a nadie. Tenía el día y la noche.

E: Yo tampoco, con 17 años...

M: Nadie, nadie... Yo menos mal que me encontr  con la persona que me puse a servir, fue una buena mujer y estuve all  pues ocho años. Entonces luego ya me busqué un trabajito, me puse a trabajar y me fui espabilando en la calle San Rafael y luego seg u trabajando. Pero luego como tiraron las casas de la calle San Rafael, pues me dieron un piso aquí. Pero yo las pas  muy muy muy mal. Y después conocí al padre de mi hija y otra desgracia. Otra desgracia.

E: No resultó.

M: Que va, le dije: que te aguante tu madre para eso te ha parido, yo no te aguanto. Con 21 años lo conocí. Claro, luego al principio todos somos buenos, y yo como no tenía a nadie, me había encariñado con aquella persona. Tenía yo 21 años y me había encariñado con aquella persona y me salió rana. Y estaba embarazada de mi hija, y digo anda yo criaré a mi hija pero a ti que te mantenga tu madre.

E: Bueno, lo que pasa es que como usted ya no tenía a su madre, a lo mejor es un problema, porque sino las madres ya les dicen a las hijas que los hombres son muy malos...no te puedes fiar de ellos.

M: Sí, de ninguno, de ninguno. Y ahora pues mira me puse a trabajar, encontré un trabajo en parques y jardines. Estuve unos cuantos años, nos dijeron que nos llamarían y no nos llamaron más. Y luego estuve en una residencia en Reina Elisenda que es allí arriba cerca del Tibidabo, pero luego me puse mala de la espalda y fui al Tribunal Médico y me dijeron que no podía trabajar. Y ahora cobro muy poquito y he tenido que suerte que me han dado el pisito que pago poco. Menos mal, pago un miseria, vivo gratis como aquél que dice, vivo gratis. Pago 5000 pesetas.

E: Está bien, es un buen alquiler...

M: Que te diga la Carmen, los pisos son muy majos, y con ascensor, claro que tengo una paga muy pequeña también. Si yo tuviera una paga de 200.000 pesetas, no me importaría pagar 40 o 50 mil pesetas.

E: Pero si cobra una invalidez, claro.

M: Claro si yo cobrase una pensión de 150.000 o 200, que más me daría a mi pagar más. Pero tampoco las podría pagar si me las pusieran.

E: Claro, hay pensions muy bajas, las no contributivas están en 276 o así, con eso es muy difícil vivir.

M: Pues yo me estoy apañando con eso.

E: Bueno, ¿Mari Carmen y la salud qué?

M: La salud fastidiada.

E: Bueno, si le han dado la invalidez en su momento quiere decir que no está bien.

M: Tengo artrosis, la columna nada tengo de todo. Tengo el corazón que no me funciona tampoco bien, de todo malo tengo, bueno ninguno.

E: Entonces en este caso no sirve el refrán más vale tener que desear. En este caso no sirve.

M: No, no. Yo tengo por desgracia y por la noche me acuesto y no puedo casi dormir de los dolores que tengo. Pero...

E: ¿Entonces toma medicamentos para aliviar todas estas cosas?

M: Sí, sí, y los médicos que tengo... He tenido médicos, de allí, pero como nos han tenido que cambiar de dirección de casa, entonces nos pertenece allí en la Plaza Castilla. Y la doctora pues conmigo se comporta muy bien, la verdad, como se llama

E: Una se llama María José, otra...

M: No como se llama, ahora no me acuerdo, ya Dra. Jiménez.

E: Y que está más contenta de estos de arriba o de los otros de abajo.

M: No de los otros, bueno es que ya llevaba muchos años allí

E: Además no se porque pero la gente de Drassanes, está muy contento.

M: Sí, sí, más que no se... Es otra clase de dispensario, no es igual que este, este parece un gallinero de gallinas. Y aquél es de otra manera, vas a las once de la mañana y te atienden en el mismo día. Y aquí te dan para tres o cuatro días.

E: Y usted cuando pide hora que le pide por teléfono, va personalmente...

M: No voy personalmente. A mí me gusta andar, y voy yo para allí. Normalmente voy por la tarde. Si quiero...

E: Y se la dan para un par de días.

M: Sí, un par de días tres.

E: ¿Y a urgencias no ha ido nunca?

M: No, de momento no. No porque aquello que me encuentro mal o algo... Como ya tengo medicinas, en casa y me acuesto un rato. Como yo ya se que me pasa, que tengo un poco de vértigo, y tengo las pastillas también. Entonces que me encuentro

que estoy un poco mareada y me duele las cervicales y todo, y ya tengo para todo pues ya me las tomo. Ahora si veo que me encuentro peor si que voy. Pero a urgencias, no.

E: *Y usted se controla bien los medicamentos, los que ha de tomar de mañana los que ha de tomar de noche... ¿No tiene problema?*

M: No, no, ninguno porque sobretodo me controlo el azúcar sobretodo que también tengo azúcar.

E: *¿Qué edad tiene Mari Carmen?*

M: Yo tengo 67.

E: *Eso no es nada. Con 67le queda a usted mucha guerra que dar...*

M: Sí, sí hay gente que está muy bien. Nunca se sabe. A lo mejor te acuestas hoy y mañana no se sabe. Eso nunca se puede saber. Pero bueno, mira nos vamos conformando con lo que tenemos. Y te despiertas y dices bueno mira, un día más.

E: *Quedan todavía muchos días...*

M: Sí, yo también lo digo porque aunque... me gustaría vivir años, porque la vida, aunque sea comiendo un trozo de pan...

E: *Mi madre allá en el pueblo, tiene 83...*

M: Pero en los pueblos es otra clase de vida,

E: *Más dura.*

M: No, pero se come mejor,

E: *Se come más sano pero, la vida es más dura.*

M: Sí, pero se come mejor, aquí es todo artificial.

E: *Eso es cierto.*

M: Y allí, más o menos comes de lo que tu crees, de lo que tu siembras. Y es muy distinto, yo me acuerdo cuando mi madre vivía que hacíamos el pan en casa.

E: *En mi casa lo hacen ahora mismo, hacen una vez al mes...*

M: Aquellos molinos de madera

E: *Los molinos que hay en el río.*

M: Bueno entonces eran de madera, ahora la vida ha cambiado mucho, que tenías que dar a una palanca para que cayera.

E: *Sí, sí, pues en mi casa lo hacen así todavía...*

M: Es que es muy bueno, dejas un poco de masa y la dejas para que se haga levadura, cuando vas a a amasar la harina, la dejas y sale un pan riquísimo.

E: *El fermento que le llaman.*

M: Para que veas que es verdad, les ponen una hojita de col para que no se estropee encima, en un rincón de donde se amasa. Y aquello vale para otra vez. A veces coge un poquillo como de pelusilla, pero eso se tapa y ya está.

E: *Es lo que utilizaban antes como fermento natural (...)*

M: Bueno ya es un tiempo muy pasado.

E: *Bueno, se están recuperando (...)*

M: Yo claro hablo de muchos más años, hablo de cerca de 43 años...

E: *Y cuando usted va al médico?*

M: Háblame de tu, aunque se vieja es igual

E: *No se encuentra con ningún problema, para pedir visita, para ir, le atienden correctamente, no tiene en general mayor problema.*

M: No sobre eso no, ya te digo, voy pido un número. Allá a bajo, me gustaba más que arriba. Allá abajo ya conocía a las enfermeras, conocía a los médicos y tenía más amistad con ellos porque ya los conocías de muchos años, pero con todo y eso tampoco son malas chicas, eh? No es mala chica, no, es una chica joven también.

E: *¿Una chica morenita y alta?*

M: No alta no es, estará en el primero piso en la segunda puerta.

E: *En la primera puerta está el Dr. X que es el coordinador del CAP.*

M: Y luego ya lo pone la doctora X, que me visita los jueves por la tarde y por la mañana. Los martes, bueno, y ya no me acuerdo que más días.

E: *¿No visita todos los días?*

M: No hay algún día que no, pero se ve que tiene mucha amistad con el director porque cuando no quiere no viene. Si, si, sobretodo en verano se ve que se van de vacaciones los dos.

E: *¿Y los medicamentos se los dan gratis desde que le dieron la invalidez o desde que cumplió los 65?*

M: Sí, sí desde que me dieron la invalidez. Desde que fui al Tribunal médico y como ya me dieron allí una carta, entonces ya... ya me dieron los medicamentos.

E: *Bueno, unas cosas. A veces, la gente mayor se queja de que los médicos las explicaciones que les dan a los mayores no se las dan de forma que ellos las entiendan, un lenguaje muy técnico... ¿Usted cree que las explicaciones que dan son adecuadas al nivel de comprensión de las personas?*

M: A veces si, a veces no. Porque yo a veces me he dicho, esto que quiere decir? A veces si, a veces no. Porque yo le he dicho oye esto que quiere decir, porque yo no lo entiendo, me lo puedes decir. Por eso digo, tienes razon porque a veces si y a veces no. Lo dicen sobre su lenguaje, sobre su manera de ser y te quedas que claro no te enteras. Y bueno que me ha dicho?

E: *¿Y usted va sola al médico, o va con su hija?*

M: No, mi hija no. Bueno mi hija es que vivir conmigo no vive.

E: *¿Pero alguna vez le acompaña al médico?*

M: No, no.

E: *Porque otra cosa que nos comentan, es que cuando una persona mayor va un médico con un hijo (...) las explicaciones se las da al hijo, porque acaba antes (...) Se quejan de que cuando vamos acompañados les explican a los acompañantes y a nosotros no. ¿Usted cree que eso ocurre?*

M: Pues si, porque yo me he comunicado con muchas personas que me lo han dicho. Dice fijate voy al médico acompañada y yo no me entero de nada

E: *Claro porque las explicaciones se las da a la acompañante. A veces para ir más rápido.*

M: Pues sí, yo creo que eso si, porque yo conozco a una chica que va con un acompañante, y me dice se lo ha dicho al Juan y el Juan no se entera. Eso si puede que ocurra. Bueno yo hasta ahora he ido sola porque tampoco ha sido esas enfermedades tan graves tan graves para que me acompañaran. Yo he tenido que ir, pero... de enfermedades grandes me he librado, hasta ahora. Yo lo que tengo es aquello de la espalda, también tengo, tengo de todo, las cervicales que me dan bastante mareos y me entra un nudecillo por aquí hasta los hombros, que también tiene miga, eh?

E: *Y otra cosa que también nos comentan a veces, y que se queja, que no le hacen el mismo caso que si fuese una joven. Un poco con esa idea, bueno si eres mayor algo te tiene que doler. Qué quieres que te diga aunque te duela aquí o allí algo te tiene que doler. Entonces dicen eso, que no les hacen mucho caso porque como son viejos.*

M: Eso si es verdad, es verdad.

E: *O sea usted cree que si va una persona de 30 años con la misma queja, ¿le atienden de otra forma, eso es verdad?*

M: Si, va una persona mayor, bueno que te pasa: y esto y lo otro. No te escucha te preguntan. Yo el otro día lo dije, yo me vengo a que me pregunte, yo vengo a que me vea lo que tengo. Y si vengo a decírselo yo no cal que venga a usted, ¿eh?

E: *Entonces en vez de mirarle le pregunta.*

M: Sí. ¿Qué es lo que tiene, qué ésto? Ale te da cuatro pastillas y ya puedes irte. Y a correr y eso tampoco es. Tendrían que mirarte, visitarte, de dónde te viene que es lo que te duele. O mandarte a otro sitio si ellos no tienen esos aparatos para poderte mirar.

E: *Los médicos dicen que los mayores cuando van al médico si el médico no les receta algo quedan descontentos. Entonces dicen que tienen que recetar algo. Dicen acabamos muchas veces recetando cosas para que la gente se vaya contenta.*

M: Pues vaya plan....

E: *A usted le parece que de verdad ocurre algo de eso?*

M: Yo creo que no, y yo cuento conmigo. Porque si yo voy a un médico es porque me pasa algo. Porque si no me pasa nada no voy.

E: *Y si le pasa algo espera que...*

M: Que me mire y a ver lo que tengo, y que me recete lo que me haga falta. Porque si a mí no me duele algo no voy, y si voy es porque tengo algo porque lo necesito.

E: *¿Cada cuanto va más o menos?*

M: Uy, yo tardo mucho porque a mí como me dan las medicinas cada tres meses.

E: *O sea cada dos o tres meses, más o menos.*

M: Sí, y yo espero si me pasase algo pues iría porque tengo que ir me encuentro mal. Quiero que me miren que me digan algo, porque si no me duele nada yo no voy, a qué tengo que ir.

E: *Y el problema de la gente que no controla bien, la toma de las pastillas ¿Qué le parece que habría que hacer con estas personas? Hay personas que tienen muchas dificultades y ¿qué hacemos?*

M: Yo bajo mi opinión diría que estas personas si son muy mayores tendrían que tener una persona que estuviera pendiente de ellas. Por lo menos a la hora de darles el medicamento, y si no meterlas en un sitio que las cuiden. Eso es lo que yo haría.

E: *Porque sino acaban tomando lo que no deben*

M: Exacto, a lo mejor tienen que tomarse una a las nueve de la mañana y se la toman a las tres de la tarde, y la de las tres de la tarde a las tres de la noche. Yo bajo mi opinión, sería una cosa muy razonable que le pusieran una persona, si no puede ser todo el día para que vaya a la hora del medicamento. O si no que la pusieran en un sitio que se pudieran hacer cargo de ella, si vive sola. O si tiene familia, que vaya a darle el medicamento.

E: *Porqué usted sabe, que la gente mientras pueda ir al médico por su pie hay menos problema. El problema es cuando hay problemas de movilidad, viven solos, no tienen quien les acompañe, no saben cuando tienen que tomar el medicamentos. También hay gente que ha ido perdiendo entorno y eso le separa también del ámbito de la salud. Entonces esa gente queda un poquito fuera de la salud. La cuestión es cómo atenderlos, qué hacer con ellos. Porque los llevan a una residencia, pero a veces prefieren estar en su casa. Pero la atención en su casa es complicada. ¿Qué podríamos hacer en esos casos?*

M: Bueno yo digo una cosa, esas Caritas que no hace nada porque no van a su casa a cuidarlos? Porqué hay un Caritas de esa que por la gente que viene de fuera hace mucho, y por la gente de casa no hace nada. Por toda esa gente que ha venido de fuera, yo digo que toda la gente tiene derecho a vivir, pero hacen más por la gente que ha venido de fuera que por los españoles, y primero yo creo que somos los españoles.

E: Bueno, puede que se hayan volcado un poco en el tema de extranjeros.

M: Un poco y mucho, y mucho.

E: *Yo siempre lo digo que si no hubiese venido el boom de la inmigración el gran problema de la sanidad sería la gente mayor. Pero los extranjeros han desplazado a la gente mayor. En vez de ser el problema la gente mayor, son los extranjeros. Ha quedado desplazado como problema prioritario.*

M: Sí, miran más por los extranjeros... En ese sitio que dan comidas, y van los moros estos y le dan de todo, y va un español y le dicen que no tienen comida. Aquí en la rambla de Raval donde dan paquetes de comida. Dónde están los pisos nuevos. Bajando para a bajo a mano derecho. Paso cada día por ahí, y dan comida, y van los moros, y va un español y dicen que no hay, que se ha acabado. Y a lo mejor va un moro y le vuelven a dar. Yo me he encontrado personas que me lo han dicho, ¿eh? Digo yo, eso es una injusticia.

E: *¿Y la información que hay que rellenar en sanidad, cuando le piden rellenar algún documento, usted la entiende bien?*

M: Bueno, cuando me cambié de doctores me lo arreglaron ellos todo, yo no tuve que arreglar nada. Yo, me dijeron si tiene que venir aquí algún día puede venir, pero si

tienen que ir un día a tu casa no podrá ir. Y era mentira, porqué podía ir. Dice tienes que ir allí porque te pertenece, pero yo no tuve que hacer nada, me lo trasladaron todo allí ellos al otro hospital. Es decir que no tuve que rellenar ningún papel ni nada.

E: *¿Y usted con los prospectos de los medicamentos se los lee y todo?*

M: Sí, sí...

E: *¿Y los puede ver bien?*

M: Sí tengo gafas

E: *Ni así, yo tengo gafas y ni así.*

M: Bueno la chiquitilla no la veo. Esa que hace la chica ahora no la veo.

E: *A veces no es sólo verla o no, es entender lo que dice, porque vuelve a ser un lenguaje muy técnico. Entonces los problemas son dos: que el tamaño de la letra es pequeña y que no está a un nivel de comprensión que requiere la gente que lo lee. No sólo para la gente mayor, son prospectos muy técnicos. Le parece que la gente mayor, dicen los médicos: hay gente que tendría que venir más y hay gente que viene mucho. Creen que hay gente que en vez de ir a jugar a cartas o a ver al cura, van a ver al médico.*

M: Están enamorados del médico, entonces.

E: *¿Qué le parece?*

M: Puede que haya de todo, yo me lo pienso y cuando tengo que ir es porque lo necesito. Y hay que no porque le duele un dedo ya va. Y hay otras personas que no: Estás costipada, pues ya se me pasará. Se toma un vaso de leche caliente y ya se le pasará. Y otras le duele un dedillo y ya se le pasará. Eso hay opiniones para todo. Yo como no soy partidaria de ir a los médicos. Yo voy porque tengo que ir porque lo necesito, no soy partidaria no.

E: *¿Pero el medicamento que le dan se lo toma?*

M: Ah, no, sí, sí, sí. A mí me dan por ejemplo, ahora he cogido un poco de gripe, y me dio y sí, sino ya no lo cojo. Para no tomármelo ya no lo cojo, ya no voy, me hago una cosa y ya me apaño. Y si no me va bien pues ya si que voy.

E: *Pues hay que cogerlo todo lo que pase por la calle.*

M: No todo lo que pase no.

E: *Yo nada, ni constipado ni gripe ni nada.*

M: Qué suerte. Yo tampoco, él a mí me coge.

E: *Y los medicamentos, ¿le han dado alguna vez genéricos, que son de otra marca y que hacen lo mismo?*

M: Sí, pero yo no lo quise.

E: *¿Y entonces la solución cuál fue?*

M: Me lo cambió.

E: *Ah, le quitó el genérico y le volvió a poner el de antes.*

M: Sí, más de una vez me lo han hecho. O me lo han intentado hacer. Fui al médico y me dió la receta y al principio no me di cuenta. Porque claro te dan la receta y tu piensas que te dan lo mismo. Entonces fui a la farmacia y cuando me lo da digo que es esto? Lo que te ha dado el médico. Y digo no, no lo abras, que cojo la receta y voy allí. Y fui allí y le dije yo esto no lo quiero, yo quiero lo que tomo. Es que esto es más barato... Ni barato ni niño muerto, yo quiero esto, lo he pagado.

E: *Y se lo arreglaron.*

M: La doctora Jiménez esta, y me dice: contigo no puede ser, ¿eh? Contigo yo no puedo. No, no, tu dame lo que yo tomo y seguimos siendo amigas. Yo no te voy a decir de nada. Porque me vas a dar a mí una cosa sino se si me va a ir bien o no me va a hacer nada. Claro,

E: *Esto es complicado, porque le pueden dar genérico. (...)*

M: A mí también me han cambiado por otro, y luego era más flojo, y bueno pues te lo tomas tú. Y yo dije: Esto te lo tomas tú, que yo no me lo tomo. Y si tú lo quieres tomar, tómatelo tú. Y me dice: Carmen. Ni Carmen ni nada, tómatelo tú y ya está. Te lo tomas tú, te lo llevas a tu casa y te lo tomas. Que son iguales, que son más baratos. ¿Tú pierdes dinero, tú lo pagas? ¿Verdad que tu no lo pagas? Tú estás aquí como una

empleada y ganas un sueldo. Si lo pagaras tú, pero no tu no lo pagas. Así que a mi me das lo que esto, y lo otro te lo llevas a tu casa y te lo tomas tu. Y dice vale, vale. Sino para que voy, yo pido una cosa normal, no pido una cosa del otro mundo. Yo no voy y pido el ora y el moro, pero si yo necesito una cosa quiero que me la den, sino ya no voy. Claro te lo quedas tu y un día te haces una papilla con ellos y te lo comes tu. Digo, ¿es que tu pierdes algo? Tú estás aquí ganándote un sueldo, tanto mirar por los demás, ¿y los clientes que estamos aquí, somos perros? Pues tú estás cobrando a costa nuestra.

E: ¿Y cuando va, los tiempos de espera son muy grandes?

M: Bueno, a veces hay gente que tiene muchas complicaciones y tardan rato.

Entonces a veces en vez de tocarte a las 12 te toca a la 1.

E: ¿Pero no suele ser más de una hora?

M: Por decir algo, por decir algo, porque claro aquella persona que va delante tuya tiene mucha complicación y tienen que mirarle. Pero en eso estoy de acuerdo.

E: Entonces tiene que esperar un cuarto de hora o 20 minutos.

M: Sí, pero tanto, no, no hay ninguna persona que entre y tarde. A no ser que esté muy fastidada pero...

E: ¿Y el trato en la consulta usted piensa que es igual, sea un pakistani, un joven un mayor? Todo el mundo pasa cuando le toca...

M: Sí, sí, porque claro vas por el número y ahí estás apuntada, porque claro como ya te han apuntado, entonces ya te llaman por tu nombre. Y allí en la sala de espera hay marroquines y hay de todo, también españoles. También hay españoles que tienen miga. Hay de todo, hay gente que se comporta bien, gente que se comporta mal, otros regular. Hay personas marroquines y que te dan una conversación como una persona normal. Hay de todo.

E: O sea todo correcto, normal.

M: Sí, normal, no porque sean moros, todos son iguales, pues no. Hay personas educadas y que se comportan bien.

E: ¿Y el tiempo que dedican a cada persona le parece bien, normal correcto?

M: Bueno, yo como voy y solamente voy a buscar las medicinas. Bueno si me encuentro mal no, ya me hacen desnudarme sientate aquí... Entonces tardan un poco más y me escuchan, y si tengo que ir a otro sitio me mandan a otro sitio... Pero como voy cada tres meses, entro allí y si no me pasa pues vengo a buscar las recetas. Y ahora me han hecho como una carta que ya no tengo que ir al médico ya voy arriba al tercer piso, enseño el papel y ya me dan las medicinas.

E: ¿Y cuando le hacen, algunas pruebas dónde va?

M: ¿A Drassanes o al Clínico?

E: ¿Y a Manso no le envían nunca?

M: No, sólo una vez que estaba muy fatigada y pensaba que era del corazón y tuve que ir a Manso. Y me dijeron que no

E: Pero cuando tiene que hacer una radiografía o cosas de estas, no.

M: No, a Drassanes.

E: Y otra cosita y vamos acabando. ¿Usted ha tenido siempre doctoras o doctores?

M: En Drassanes tenía un doctor, y tenía más mala folla, con las mujeres tenía mala folla porque era homosexual. Con los hombres se comportaba muy bien, pero con las mujeres tenía mala folla. Ui la Doctora.... ha tenido discusiones con él, porque con los hombre los tenía rato, pero con las mujeres no les gustaba tener conversación.

E: Y luego, ¿no ha tenido más doctores?

M: No, yo he estado muchísimos años allí en Drassanes, porque yo antes vivía en Sant Sadurn, muchos años. Y desde que me fui de la casa del padre de mi hija, que me vine, pues el único doctor que tuve fue ese. Y cuando me canviaron, me dijeron que me tocaba en el otro sitio porque sino no podían venir a casa, pero me han engañao.

E: Pues sobre eso le quería hacer dos comentarios. A veces se dice que las mujeres doctoras son un poco más amable que los hombres. Y dicen también que los médicos mayores son menos amables que los jóvenes.

M: Bueno, yo digo. Yo he tratado con pocos doctores, pero a veces para hacer ecografía, cuando tuve una pequeña pérdida. Y era un hombre mayor y fue correcto, que por cierto me mandó al Clínico... porque me asusté, porque a mí me han operado de un pólipo y al año tuve pérdidas y me asusté. Ah madre, esto no es bueno. Y era un señor mayor y me trató bien. Y me dio una carta y me dijo si tiene alguna pérdida corriendo al clínico. Pero no tuve ninguna pérdida, me dijeron que había sido, bueno le dieron un nombre raro. Bueno, que conmigo fue amable y era mayor. El único que tuve fue Dr X el otro, y ese sí que era... Porque él sí veía que eran hombres así bien elegantes y bien plantados, madre mía, el tiempo que hiciera falta.

E: Bueno, ahora sí que acabamos, la última cosa. ¿Usted hace dieta de alguna cosa, o como normal y de todo?

M: Bueno, ahora me vigilo un poco, pero como normal...

E: Pero ¿no tiene que comprar ningún alimento especial, ni nada?

M: No, no, puedo comer de todo, pero ahora me vigilo un poco porque cogí un poco de peso... Comida normal pero, si antes comía un plato así, ahora pues... porque comprendí que me había engordado demasiado. Régimen no hago, pero en vez de comerme un plato pues me como medio. Lo que haga como, lentejas... yo misma me he hecho la idea que no puede ser.

E: Si usted le pudiera pedir algo a sanidad en relación con la gente mayor para mejorar su atención, ¿que les pedimos?

M: Bueno, que tengan un poco de consideración. Yo les pediría tantas cosas que no me concederían ninguna.

E: Es probable, pero que pediríamos.

M: Pues yo pediría que se hicieran más cargo de las personas mayores, que las ayudas, que nos ayudaran un poquito más, que nos subieran un poquito más la pensión, que con lo que tenemos nos cuesta poder seguir. Y si necesitásemos ayuda, que nos tuvieran un poco de consideración. Que pensarán que somos personas mayores, que estamos solas y que tuvieran un poco más de consideración con nosotros.

E: Y el tema de las esperas, y todo eso, no le ha tocado sufrirlo, no ha tenido intervenciones.

E: Pues sobre eso le quería hacer dos comentarios. A veces se dice que las mujeres doctoras son un poco más amable que los hombres. Y dicen también que los médicos mayores son menos amables que los jóvenes.

M: Bueno, yo digo. Yo he tratado con pocos doctores, pero a veces para hacer ecogrofia, cuando tuve una pequeña pérdida. Y era un hombre mayor y fue correcto, que por cierto me mandó al Clínico... porque me asusté, porque a mi me han operado de un pólipo y al año tuve pérdidas y me asusté. Ai madre, esto no es bueno. Y era un señor mayor y me trató bien. Y me dio una carta y me dijo si tiene alguna pérdida corriendo al clínico. Pero no tuve ninguna pérdida, me dijeron que había sido, bueno le dieron un nombre raro. Bueno, que conmigo fue amable y era mayor. El único que tuve fue Dr X el otro, y ese si que era... Porque él si veía que eran hombres así bien elegantes y bien plantados, madre mía, el tiempo que hiciera falta.

E: Bueno, ahora si que acabamos, la última cosa. ¿Usted hace dieta de alguna cosa, o como normal y de todo?

M: Bueno, ahora me vigilo un poco, pero como normal...

E: Pero ¿no tiene que comprar ningún alimento especial, ni nada?

M: No, no, puedo comer de todo, pero ahora me vigilo un poco porque cogí un poco de peso... Comida normal pero, si antes comía un plato así, ahora pues... porque comprendí que me había engordado demasiado. Régimen no hago, pero en vez de comerme un plato pues me como medio. Lo que haga como, lentejas... yo misma me he hecho la idea que no puede ser.

E: Si usted le pudiera pedir algo a sanidad en relación con la gente mayor para mejorar su atención, ¿que les pedimos?

M: Bueno, que tengan un poco de consideración. Yo les pediría tantas cosas que no me concederían ninguna.

E: Es probable, pero que pediríamos.

M: Pues yo pediría que se hicieran más cargo de las personas mayores, que las ayudas, que nos ayudaran un poquito más, que nos subieran un poquito más la pensión, que con lo que tenemos nos cuesta poder seguir. Y si necesitásemos ayuda, que nos tuvieran un poco de consideración. Que pensarán que somos personas mayores, que estamos solas y que tuvieran un poco más de consideración con nosotros.

E: Y el tema de las esperas, y todo eso, no le ha tocado sufrirlo, no ha tenido intervenciones.

M: No.

E: Porque a veces la gente mayor se cansa hasta que la operan de cualquier cosita...

M: No yo la vez que me operaron, no me ingresaron ni nada, en el día entré y salí. Me dijeron tal día viene, y tal día fui. Me ingresaron por la mañana y me tuvieron allí durmiendo, por el suero, me dieron de comer, que no comí porque no tenía nada de comer, y a la tarde ya me dijeron: Ya te puedes ir. Que allí tampoco me quedé.

E: Y tardaron mucho en llamarle para la operación.

M: NO, ocho días, porque fui a hacerme unas pruebas en el clínico de fuera. Y luego ya pasé dentro y a los ocho días me llamaron y fueron rápido, no tardaron mucho.

E: Muy bien, pues ya hemos charlado un ratito de las cosas...

OBSERVACIONES

Dades d'identitat		
Nom	Ginés (Nom fictici)	
Edat	64 anys	
Lloc d'origen	Barcelona	
Barri de residència		
Realització de l'entrevista		
Data: 10 de febrer de 2005		
Hora inici: 16:00	Hora final: 17:50	Duració: 1:50 h
Lloc: Llar La Mercè (Centre de dia) C/ Rull, 1		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

G: Ginés

E: Como se encuentra de salud

G: Bien, me encuentro bien

(lleva una muleta porque le han amputado un pie, aparenta tener 10 años más, anda con alguna dificultad y se le ve con un poco de sobrepeso)

E: No tiene ninguna enfermedad

G: Sí, me falta el pie, tengo hipertensión,...tengo el síndrome de ¿Rene?, que cuando estoy rato con gente me pongo muy nervioso, mucho. (la AS dice que tiene gota)

E: ¿Como perdió el pie?

G: Por la mala circulación, tengo muy mala circulación. El pie lo perdí por no cuidarlo, ..la farmacéutica de donde vivía yo antes , en la calle Princesa, siempre me lo decía, "tienes que ir al médico y cuidar ese pie", y un día cuando le fui a pedir medicinas me hizo ir al médico. Yo no me he cuidado, me he cuidado a mi manera.

E: ¿Está tomando algún medicamento?

G: (se enfada)...mire, por eso de la tensión y la pierna, yo tomaba 2M, 2M y 2N, pero seguía teniendo la tensión alta y entonces el médico me dijo que tomara 4, 2, y 2, ...mire, yo hice números y eran 240 pastillas al día los meses de 30 días, y eso, oiga, no lo aguanta ni una mula, no hay mula que aguante eso, y mire..., me encontraba muy mal, ... varias veces al día, ...estaba como muerto, ...muy cansado, ...mucho; y como me encontraba tan mal, las dejé, ahora no tomo nada..., y me encuentro de maravilla, me encuentro muy bien, sólo a veces para el dolor de la pierna tomo alguna pastilla.

E: ¿Cuánto hace que dejó las pastillas?

G: Hace 1 año y 2 meses, un año y dos meses que no las tomo y me encuentro bien, porque mire, no hay mula que aguante 240 pastillas al mes, yo hasta los 60 años nunca tomé nada, nada, y siempre estuve bien, nunca tuve problemas. (...)

E: ¿A que CAP va?

G: Aquí al lado, con el Dr. Casajoana (me enseña la TIS), es muy bueno, una gran persona. Lo veo por la calle, porque no voy, y me dice, "que..., si te doy algo no te lo vas a tomar....però un día fotras un par cardíac...", pero el ya sabe que no me tomo nada, nos saludamos en la calle.

E: ¿Esta contento?

G: Mucho, mucho.

E: ¿Como pide visita? Por teléfono, se pasa...

G: Sí, lo tengo a dos puertas, voy y ya está

E: ¿Donde le han operado?

G: En el H. Del Mar y luego estuve en el H. De la Esperanza, 5 meses, 4 meses en silla de ruedas.

E: Le han tratado bien en el hospital

G: Sí, muy bien, muy bien. Mire sino, cambio de médico, pero yo no cambio, mire: un médico te cura, 2 médicos divagan, 3 médicos te matan.

E: ¿Las medicinas las controla usted?

G: Sí, siempre, pero mire aún no he ido por la tarjeta de pensionista para no pagar las medicinas pues como no tomo nada....

E: ¿Cree que la información que dan los médicos es la adecuada para que la entiendan los ancianos?

G: No, no, mucha gente tiene problemas, no les entiende, luego vienen aquí y le preguntan a la Mercè Jané, no, no explican para nosotros.

E: ¿El tiempo que les dedican en las visitas le parece adecuado?

G: Bueno, ahora un poco mejor, pero hacen falta 15 minutos por lo menos, paro va un poco mejor. Pero mire..., hay gente que tiene una farmacia en su casa, una farmacia, y que van al médico sin tener anda, nada y se quejan por todo, cambian de médico..., yo no.

E: Si usted pidiera alguna cosa a Sanidad para mejorar la atención a los ancianos ¿qué les pediría?

G: Que nos ayuden más, ¿qué hago yo con 276€? ¡Es una vergüenza, una vergüenza! Pero mire, yo no le tengo miedo a la muerte, no me importa nada, pero mire, la tuve dos veces cerca y entonces..., te agarras a la vida, quieres la vida, miras de salvarte si puedes, pero a mí no me importa morir.

E: Muchas gracias Sr. Josep M.

OBSERVACIONS

*S'ha transcrit els fragments més rellevants pel tema d'estudi, donat que l'entrevistat parlava contínuament dels seus viatges i del futbol.

- Parlava reiterativament de la pensió: Cobra una PNC de 276,30€. Es gasta 41 en transport; paga 300€ de pensió els mesos 30 dies i els de 31 pago 310€. Amb tot això diu que li queden uns 17 € per tot el mes. Fa el dinar a la llar, a la nit menja fruita. Fa alguna feineta per la que li paguen, i la família l'ajuda de tant en tant. Te dona (però està separat) i dos fills.

- Beu una mica d'alcohol.

- Recorda el nom de tots els metges que l'han tractat i de tots els rius d'Europa (que diu que li van fer aprendre els Maristes de Ozinelles.

- Va treballar a la Vall d'Hebron donant números. Els seus fills i la seva exdona treballen a l'ICS.

- Es coneix gairebé tot l'Estat Espanyol, especialment Balears i el nord-est. També va viure a França. Diu que ell venia de bona família, que als anys 50 tenien dos cotxes. La seva mare va morir quan ell tenia 7 anys.

- Diu que té bona relació amb la seva família, que el tracten bé, però que a ells de vegades se li creuen els cables.

- Es veu una persona educada y amb molta memòria.

Dades d'identitat		
Nom	Gloria (<i>nom fictici</i>)	
Edat	71 anys	
Lloc d'origen	Campo de Quintana (Ciudad Real)	
Barri de residència		
Realització de l'entrevista		
Data: 10 de febrer de 2005		
Hora inici: 16:00	Hora final: 16:50	Duració: 50 m.
Lloc: Llar La Mercé (Centre de Dia) C/ Rull, 1		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

J: Jaramogi

E: ¿Cómo se encuentra de salud?

G: Bien, yo de salud estoy bien,...lo único es que no duermo, tengo insomnio y tomo pastillas para dormir pero estoy bien.

E: ¿Sólo toma pastillas para dormir?

G: No tomo también para una para... animarme, para animarme y todo eso. Pero yo soy muy histérica, siempre me dicen que soy muy histérica.

E: ¿Las pastillas se las controla usted sola?

G: No, me las da la chica. Una me la dan aquí, y luego la chica me las pone en pastillero para que yo las tome por la noche,... me las tomo del pastillero. Si, yo las controlo. Pero el fin de semana no, como no vengo aquí, no las tomo aquí, la chica me las deja para el fin de semana. El fin de semana no vengo pero voy a la calle un poco.

E: ¿Cuando no come aquí usted cocina?

G: Sí, un poco, alguna cosa, pero estoy alta de peso, estoy alta, sabe. Por las noches hago una dieta, hago un tipo de dieta, sabe, hace muchos meses que no como pan por la noche, bueno aquí nos dan un trocito pequeño, como queso de Burgos, arroz hervido, fruta, hago un tipo de dieta porque estoy alta. Aquí nos pesan,... la enfermera, cada mes nos pesan, los martes... ay no los lunes..., antes era los martes, todos los meses, nos toman la tensión y eso,... la enfermera.

E: A que CAP va al médico

G: Aquí al lado, me lleva el Dr. Casajoana, hace mucho tiempo, ...es muy bueno, ...es muy bueno, ...es buena persona, ...me trata muy bien, a mucha gente de qui los lleva él, le admiran muchos, ..el Dr. Casajoana. Pero ahora viene poco, a veces está otro chico. Antes iba a les Drassanes, pero era pero, ahora mejor.

E: ¿Hace mucho que no va?

G: Sí, mañana tengo que ir, luego también tengo que ir a la psiquiatra, pero yo voy poco, voy poco al medico, ...casi un año que no voy al médico.

E: ¿Cuando va le atienden bien?

G: Sí, muy bien, la doctora mira el ordenador y me va preguntando que me pasa, y mira el ordenador, mira todo la doctora. Voy poco al médico, la doctora mira el ordenador. Un año sin venir, sin ir al medico, o..., análisis de sangre, ...no s..., sin hacer análisis de sangre, no se.

E: ¿ Cuando va al médico cree que el tiempo que le dedican y la información que le dan es la adecuada, la entiende usted bien?

G: Mmmm..., me repite la pregunte, ...no le entiendo.

E: Sí, sí. ¿Cuando va al médico cree que le dedican tiempo suficiente o la despachan muy rápido?

G: no, me tratan bien, el tiempo que hace falta, pero yo voy poco al médico, estoy poco rato, poco rato, pero una vez un matrimonio que iba delante de mí se estuvo una hora, una hora entera... Mire usted, si dedican tiempo... si ...bien.

E: *¿Y la información, la entiende, entiende las explicaciones que le dan?*

G: Sí, bien, yo lo entiendo....

E: *¿Espera mucho cuando va?*

G: Depende, no... Me va preguntando y mirando en el ordenador, allí está todo, todo, ¿no? el tiempo necesario. Primero tienen que mirar el ordenador, luego me pregunta cosas... como me va...

E: *Como pide visita, por teléfono o va personalmente.*

G: Antes llamaba pero ahora no,...alguna vez voy y la pido, pero la pide la chica, - ...voy cuando me mandan. Pero a veces la chica me adelanta la visita.

E: *¿Va sólo al médico?*

G: Ahora no, viene la chica (*se refiere a la trabajadora familiar*).

E: *¿Y a la Farmacia?*

G: Va la chica, el médico le da la receta a la chica,...le da una receta, la chica va a la farmacia,...a veces yo le acompaño. Alguna vez.

E: *¿Y como es que usted va tan poco al médico?*

G:...Porque yo estoy bien... Estoy bien, yo tengo insomnio, duermo un poco y me despierto pero estoy bien.... Pero mire, al médico hay que ir aunque uno no esté enferma, porque el médico te da apoyo, te ayuda, te aconseja, hay que ir. Yo voy poco... ya me lo dice, pero si tienes un pequeño problema, aunque no estés muy enferma, hay que ir porque siempre te ayuda.

E: *¿Qué cree debería mejorar en la sanidad para atender mejor a los mayores?*

G: No le entiendo,...me repite la pregunta.

E: *Sí, ¿qué debería cambiar para que la atención a la gente mayor, como usted, sea mejor?*

G: Más atención. A mí me operaron... me sacaron la vesícula, me operaron y si no fuera por mi hijo que cuidó no se... No me cuidaron por falta de cama, me tuvo que cuidar mi hijo, se compró una caja de guantes y todo. Ellos se lo explicaron como quitarme las gasas... Mi hijo no sabía. Eso mucha higiene, si no fuera mi hijo no se... ¿quien me cambiaba a mí las gasas? Llegó el doctor echó la ropa de la cama para atrás y dijo: "venga, para su casa", porque no tenían camas y me mandaron para casa. Muy mal, eso muy mal hacía unos cuatro o cinco días que me habían operado.

OBSERVACIONS

* Quan parla de "la chica" es refereix a la treballadora familiar. No controla els medicaments que pren. Porta un tractament de salut mental. Té la mirada una mica perduda i inexpressiva. Té una aparença molt deteriorada i poca mobilitat per l'edat que té.

* Contrastant la informació amb la treballadora del centre: Moltes de les coses que diu que fa (surtir de passeig, anar a comprar, acompanyar a la noia a la farmacia, que els seu marit cuina...) no són veritat. Crea un discurs per no sentir-se diferent a la resta de companyes, es construeix la seva realitat (irreal). Això li serveix de coixí, els fa sentir millor, més integrats, i els hi dona seguretat i ànim.

Dades d'identitat		
Nom	Joan (nom fictici)	
Edat	73 anys	
Lloc d'origen	Barcelona	
Barri de residència	Gràcia	
Realització de l'entrevista		
Data: 10 de febrer de 2005		
Hora inici: 10:30	Hora final: 12:00	Duració: 1:30 h
Lloc: Casal d'Avis de Siracusa		

E: Entrevistador (Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

J: Joan

E: Hola, Joan, com es troba?

J: Fa quatre dies jo era considerat un avi en bon estat, ara sóc considerat un nou vell... Saps el que et vull dir? És a dir que algo ha passat aquí, vivim més, però trobes gent que necessita un niuet. Perquè les comandes son d'aquest ordre, són molt petites, i es troben amb unes grades, unes.... perillosíssimes. Els atenten, veus una residència per dintre, jo...Perquè l'assistenta social que hi havia, em va dir ja et buscaré un lloc per estar, però mentre tant si vols et pots quedar aquí...

Remei: Hola sóc l'assistenta social, ja heu trobat al Jordi?...

E: La meua mare viu amb els meus germans, però ella diu que les filles la cuidarien millor que els fills. Però ella està a casa seva. I jo li dic no deixis mai casa teua. Però hi ha situacions i situacions.

J: Clar, jo sóc una persona molt solitària, però no em fa res estar sol. Però resulta que ara m'he adonat de que sol, no puc sobreviure, perquè estic en un tercer pis i és clar el dia que l'ascensor es va avariar.

E: Per on viu vostè?

J: Al límit de Gràcia i l'Eixample. Al final del carrer Girona. Una acera és un districte i l'altre... Però jo vaig venir aquí quan hi havia una assistent social de la Generalitat, que és una persona encantadora, i ella em va enviar a dos llocs de aquests autònoms a Mataró i a Terrassa, els vaig veure... però és el que passa.

E: Es que jo ho entenc, sempre que es pugui estar a casa, però arriba un moment en que es difícil.

J: Va fer un xàfec nocturn, jo vaig tenir la reacció oposada a la natural que es que en comptes de buscar aixopluc, vaig apretar a córrer i no podia parar, i em vaig ficar en un bassal i encara me'n recordo dels peus dins. Vaig caure i em vaig trencar el braç, la clavícula i llavors em van ajudar aixecar-me perquè jo no podia.

E: I això a prop de casa seva?

J: No bastant lluny, allà prop de l'Hospital de Sant Pau

E: Ah, ja, allà a prop visc jo.

J: Em vaig ficar a un lloc, i em van dir, no es mogui d'aquí... Llavors anem a buscar l'ambulància a l'hospital que està aquí prop. A l'estona venien amb una ambulància, es van baixar ells, i vaig pujar jo.

E: Van ser molt atents.

J: Molt. Llavors em vaig trobar amb una cua que jo feia quinze.

E: L'ambulància bé, correcte?

J: Sí, va venir de seguida, l'ambulància correcte. Llavors em van portar a la cua d'urgència que ja li dic que tenia el número 15 jo. I esperant a l'hospital per radiografiar, em van tapar amb una manta, però la mullena es va quedar a sota la

manta. Van tapar-me amb un no se què. Però tot estava dins. L'ambulància em va deixar allà. Quan vaig arribar a casa, vaig telefonar a uns amics i l'endemà venien els amics, amb una doctora de la seguretat social i assistents socials.

E: Però això ho va tenir que fer vostè.

J: Sí ho vaig fer jo, diguem que hi havia dos colors aquí, la gent es va portar bé, però els especialistes semblaven que no ho fossin.

E: I una cosa, a l'hospital la informació que li van donar al hospital vostè creu que va ser clara, o només li anaven fer coses?

E: Em van radiografiar i em van ensenyar la radiografia. Van dir aquestes fractures, solen desplaçar-se, però no cap a on, si cap avall o cap a on. No em van dir res més que això.

E: I no li van explicar quina seria l'evolució de la malaltia?

J: Hi ha hagut moltes faltes dels professionals aquí, és a dir quan veuen els cabells blancs em semblen que diuen, tenen una idea eutanàsica... Perquè vaig estar dos mesos a la clínica Figuerola, i també em van deixar marxar sense controlar radiogràficament. Si, com estava la factura, em van deixar marxar perquè jo volia marxar. Però que te a veure la meua voluntat si ells són els experts. Ningú, es va prendre la molèstia de radiografiar-me per enviar-me enlloc per fer-me proves.

E: És a dir, primer va anar a l'hospital, de l'hospital va anar a casa seva?

J: I a casa meua va venir la doctora i l'assistent social, que és una persona encantador...

E: Li van gestionar l'ingrés a la clínica.

J: Sí, em van gestionar l'ingrés a la clínica. Llavor me'n vaig anar a la clínica i em vaig deixar portar per ells. Vaig agafar una maleta i cap allà. I em van rebre el director de la clínica, després em va rebre, també hi havia un infermer d'ingressos, i allà van planificar una mica més el diagnòstic. Em van dir, miri aquí...

E: Allà quan va entrar li van tornar a fer les proves.

J: No no em van fer més proves, al llit amb un canastillo i em van dir: quan més amunt estigui això millor. Després em vaig treure el canastillo, consultant setmanes després amb els terapeutes, que eren molt xufes, no semblaven res més que jovenets. Aquests nois, noies em van orientar per sobre... faci força maionesa... És a dir buscant símil. De quí va ser idea això, em sembla que el doctor i els terapeutes van corroborar això, i van corroborar altres coses, però no... O sigui que jo no se com està això. Dimarts tinc que anar al carrer València, allà on hi ha la doctora de capçalera. Al matí relativament d'hora, i suposo que ella m'enviarà algun puesto perquè em radiografiïn. Però el problema no és aquest, es que anteriorment havia perdut l'equilibri. No volia bastó, la doctora em va fer un sèrie de test a veure que passava. I era incapaç de caminar com ella. Ella tirava un peu, l'empalmava. Jo em decantava cap a un costat o l'altre. Llavors, vaig telefonar a un amic que és psiquiatra que tothom el coneix, el Dr. Corbella i li vaig dir: De què és símptoma? Realment entén, de què és símptoma aquest desequilibri? Diu casi segur que és símptoma de Parkinson. Un cop li vaig dir això, aquest diagnòstic per telèfon. Això, l'única cosa que fa es espantar al pacient. Quan li vaig dir això, la doctora de la seguretat social va dir pot ser símptoma de parkinson. És a dir, llavors va venir, que potser vaig caure perquè vaig perdre l'equilibri. Tot està bastant relacionat. Bueno, en resum que un se sent bastant lluny de al... com es diu això... Se sent bastant lluny del benestar físic. I això no m'havia passat mai. Havia tingut molts accidents, per exemple m'he trencat el cúbit i el radi, totes aquestes dents d'aquí són noves. M'he trencat la tibia i el peroné...

E: I això sempre amb caigudes?

J: No, cops, relliscades, accidents d'automòbils. I la recuperació ha sigut molt més lenta.

E: Jo fa poquet em van trencar els lligaments del genoll i també em van operar i la recuperació vaig estar onze mesos.

J: Això... Tots els futbolistes...

E: Sí, però els professionals estan sis mesos amb gent molt especialitzada... Y jo vaig estar onze mesos ja em sembla raonable.

J: Costa acceptar la idea de que un es va tornant, que un es va envellint, perquè el lligon o el que li agrada pintar. Jo sóc ex-músic, i havia tocat amb un geni pianístic que era el Tete Montoliu

E: Ah sí, jo el vaig veure moltes vegades al Tete...

J: El Tete Montoliu és genial, només et diré(...) Quan el Tete em va dir, Jordi me'n vaig, als Estats Units tot sol. Em vaig...

E: I què tocava vostè?

J: Jo tocava la guitarra, de les primeres guitarres elèctriques que va haver-hi aquí.

(...) Havíem arribat a congeniar tant... una cosa increïble, alhora de improvisar. Llavors jo vaig perdre el Tete i em vaig quedar com ex-músic. Vaig dir, s'ha acabat això, perquè no dona per menjar. Perquè l'estranger, els ajuts de tipus socials... és a dir Espanya no tenia relació amb ningú. Jo sóc músic, però no tinc professió. M'apropo a engegar la màquina, però no engega. Com per exemple un metge hem diu, has escrit alguna cosa sobre alcoholisme i drogaaddicció? En castellà, unes 200 pàgines... Comença a llegir i em diu hauràs d'allargar-lo i traduir-lo al català. Però resulta que aquesta editorial es va.... A llavors, el metge aquest em va dir s'ha venut l'editorial a Alemanya.

(...) Perquè ningú ho vol reconèixer que és drogaaddicte o alcohòlic, i anar a comprar un llibre així és ensenyar el llautó. Aquesta és la tendència de no acceptar que s'està fotut. Ho dic perquè jo he necessitat ajuda d'Alcohòlics Anònims en una època determinada, quan vaig deixar de tocar, vaig començar a veure, més del compte, perquè no hi havia cap raó per no beure. Així com quan era músic bevia per posar-me a to. Però no podria passar-me perquè sino no podia tocar. Però de seguida descobreixes trucs, que és per exemple si toques la guitarra has de tenir els dits a punt, però també pots agafar les maraques i cantar. Això permet perfectament fer-ho. És així com funciona. Així sóc un ex tot.

E: I aquests escrits sobre l'alcoholisme com l'aborden, com el tracten?

J: El que passa és que hi ha molta gent que es creu que no és alcohòlica. Però dintre d'alcohòlics anònims, t'enteres de moltes coses que demostren l'alcoholisme i que la gent no sap. Per exemple, jo havia caigut en aquesta trampa. Jo podia dir a les meua dona i filles, podia dir: m'estaré un any sense veure. En comprometia jo, ara el dia 366 posar-me les botes. Però em servia la trampa de pensar, jo puc estar un any sense beure, jo controlo l'alcohol. Això es mentida, perquè tornes a les andades. Alcohòlics Anònim parteixen d'un altre punt de vista, que els hi dec la vida perquè ja no sabia com sortir-me'n. Ells tenen una manera de dir que s'entén de seguida. No has de dir no ho faré mai més, sino anar dient, avui no ho faré. Es a dir tenen una tècnica mixta que arribes a la quinta punyeta sense adonar-te que deixes de beure. Per deixar de fumar vaig haver de deixar-ho tot sol... Ara he perdut facultats i necessito prendre tranquil·lizants per dormir. Jo fa vuit anys que prenc. Es a dir, ens queden molt pocs recursos a la gent gran. Es a dir, vaig a trucar a fulana de tal a les dos de la matinada perquè no puc dormir, i l'altre si algú et vol ajudar, et dirà agafa un taxi i vine cap a casa, i dormiràs a casa. Llavors ho fas, arribes a acostumar-te i es torna droga això. No t'atreveixes mai a dormir lluny del telèfon, perquè... Jo haig de trucar. I viure així tampoc... Vas envellint i vas abandonant vicis que havies adquirit de nen, el tabac... Jo feia allò de tirar una cajetilla a la cloaca, i al cap del rato buscar l'estanc per buscar-ne un altre. Bueno, les dependències són així d'absurdes. No hi ha substitutius. Llavors vaig pensar t'has de buscar un altre lloc que no sigui Alcohòlics Anònims perquè aquests fumen a morir. Als grups que jo conec d'aquí de Barcelona, és pot tallar l'aire. Jo ho interpretava això, com o em suïcido amb la pistola de la mà esquerra o la de la dreta. I després de tantes històries, envellint en companyia de gent més jove que fa el que pot. No hi ha dubte de que quan més joves els professionals, més m'agraden, perquè hi ha una espontaneïtat (...)

E: Una cosa que em preocupa, creu que la situació econòmica de les persones grans, influeix en el seu accés al sistema sanitari. ¿Vostè creu que la gent que no té recursos té més problemes en el sistema sanitari?

J: Per arribar és el secret, no arriba, aquesta persona que la trobarem a un banc, segona....

E: Sí, amb aquests persones també hi parlaré. Vostè creu que la qüestió econòmica té alguna cosa a veure?

J: Això no es resoldrà amb diners sinó... que vol dir quan doten a una entitat de tants diners per fer tal Servei? Vol dir que aquests senyors segueixen dormint al carrer, no s'apropen, no els van a buscar.

E: Totalment d'acord.

J: Doncs... això no resol el problema.

E: Les persones amb pensions mínimes que cobra 270 euros, jo entenc que per aquesta gent el problema sanitari es que si amb això paguen un pensió, no poden menjar, i si mengen, no tenen pensió, a no ser que tinguin un pis que sigui seu i puguin més o menys menjar. Amb això no es pot pagar tot, o va a menjador social, o paga pensió o dorm al carrer, i tot això, repercuteix sobre la seva salut.

J: Aquests quan moren o deuen anar a una fosa comú o... jo veia un de feia anys que dormia a la cruïlla i ja no hi és, no el veig.

E: L'altre dia vaig estar amb una fundació que es diu Fundació Arrels, i m'explicaven que l'any passat van acompanyar a morir a 156 persones (...) I la mitjana de vida de morir era 58 anys. El que diu vostè que no duren gaire.

J: Beuen molt, i s'encostipen...

E: I no van al metge, no prenen medicaments, el metge no va on ells... És complicat

J: Es que hi ha un fatalisme... Jo començo a sentir aquest fatalisme... ¿Per què viure? És una pregunta que es comença a fer molta gent. Si no hi sóc, no m'adonaré que no hi sóc.

E: Jo me la faig molta vegades, i ara perquè tinc nens petits.

J: Jo crec que l'únic recurs que té la humanitat és la fe. Perquè hi ha l'esperança d'anar més enllà.

E: I els que no som creients què?

J: Els que no són creients els hauríem de predicar perquè ho fossin.

E: Jo no sóc creient i la fe no m'ajuda gaire.

J: La religió catòlica no ajuda a ningú. Jo vaig estar molt temps donant voltes per trobar algun tipus de fe que m'anés més bé que la catòlica.

E: Sí, algun lloc on agafar-se, no? Bé aquesta era una cosa, vostè creu que la influència del tema econòmic no és gran, que són més els anys que no pas l'economia.

S: Hi ha d'altres coses si, normalment t'has sentit malament vas quan saps que aquell és un verduaire. Per això acabes deixant els metges i te'n vas als altres... perquè algu t'ho ha dit, i aquest algú com seria... Les coses que funcionen la gent se n'entera. I ens han acollit i et donen una relació així a la buena de dios, no els importa que tinguis el seu telèfon. Llavors quan et dona el telele truques a fulano de tal, i venen a veure que fas... Això és el que sembla que, aquesta escalfor humana que té molt de diví, quan parlo de fe, parlo d'això.

E: Vale, vale. I una altra pregunta. El tema de la informació dels metges. Vostè pensa que la informació que donen es prou entenedora per les persones grans?

J: Jo crec que no expliquen res. Per exemple, jo et donaré la mostra de que no expliquen res de tipus... Per exemple, et donen una capseta amb unes pastilles que no porten cap etiqueta, se les pren, o sigui vostè no sap res de res de la medicació que està prenent.

E: No donen explicacions?

J: No, no donen cap explicació. Si de cas si tu preguntes et contestaran, però, és a dir no és d'interès. I l'interès és el de la Mare Teresa de Calcuta, per exemple.

E: I els papers, els folletos, que genera el sistema, no s'entenen?

J: Jo penso que no, jo penso que no se'ls llegeix ningú. Si costa llegir, el diari que només llegeixes els titulars. No t'enfilis en una escala que pots caure...

E: *I una altra cosa, quan vostè va al metge, darrerament va acompanyat?*

J: Ara no se, jo vaig començar a anant-hi sol (...)

E: *Però ara quan vagi anirà acompanyat.*

J: Jo crec que si necessito companyia... Però es que la doctora ja és d'aquesta nova generació de gent que està per tu.

E: *Em comentaven que quan una persona gran va al metge acompanyada de una persona jove, els metges donen l'explicació a la persona jove en lloc de la persona gran que és la que està malalta.*

J: Com si fos un objecte no?

E: *Clar, però la persona gran quan arriba a casa, l'altre se'n va i no sap que fer perquè el metge no li ha explicat res. El metge em diu a la persona gran, explicar-li una cosa em costa 10 minuts... I clar que haig de fer com no tinc temps...*

J: Crec que això, és el que dèiem fa un moment del comportament humà. Ha d'entendre-ho ell, en conseqüència. Si li diuen que no és pot passar de 10 minuts no es passa. Si la cosa es antihumana s'ha de tirar per la finestra. Es clar això es veure si és possible o no des del punt de vista econòmic. A lo millor li seguiran la pista en aquell o els seus col·legues el delataran. Són coses que poden passar, però hem sembla que forma part d'aquest comportament més humanitzat que tenen els professionals.

E: *Per exemple, en aquesta experiència que va tenir quan va caure i va anar a Sant Pau, quines coses troba que no van anar bé i s'haurien de millorar?*

J: Aquestes cues a les urgències, això és una cosa...

E: *Quant temps va esperar? Tres hores, cinc...*

J: Una cosa així, no ho se perquè... Menys de quatre hores no, perquè vaig sortir de matinada a l'endemà.

E: *Però el van arribar a ingressar a alguna habitació?*

J: No, no, vaig passar allà la nit, amb una manta...

E: *A la camilla*

J: No, no va haver-hi ni camilla.

E: *Només sentat.*

J: Sí, sentat. Les radiografia les tenia que ensenyar a la doctora i la doctora va dir, els hi va ensenyar a un amic meu que és metge.

E: *Tot aquest temps sol, aquestes quatre hores que va estar allà, sol.*

J: Sí, sol. Sol i amb el missatge del doctor d'això pot ser un... parkinson.

E: *La meva mare té una mica de parkinson.*

J: Això primer i després ja parlarem, però ha vingut després aquest i m'ha dit d'aquí a un mes...

E: *I després el tractament dels metges un cop ja va passar l'espera, com va anar?*

J: Bueno, quan vaig anar a la clínica.

E: *Dic a l'hospital després d'estar allà esperant. El van agafar, el van fer les proves...*

J: Em van radiografiar que no me'n recordo com era. Recordo els radiografies que un dels doctors em va anar explicant, que tenia tendència a desplaçar-se el que no se en quin sentit. Però vaig lligar caps més tard quan en la clínica amb el director, que deia que el diple d'un home no cedeix..., això vol dir que retrocedeix

E: *Sí, sí es va tancant una mica com una caixa.*

J: Has de lligar caps però no t'ho expliquen. Vull dir, que no saps el que tens. Saps que tens algo, per exemple a mi m'ha passat sentir a un metge que li diu a un porter. Què, que hi ha? Aquest senyor que està gravíssim.

E: *Però a vostè no li diuen, li diuen a ell.*

J: A mi no. Llavors els que van sentir això, quan jo vaig tornar (...)

E: *Ja, ja vostè no tenia control sobre la situació*

(...) Una altra cosa, el tema dels medicaments, vostè ara pren medicació?

J: Sí, per una mica...

E: La mínima possible.

J: Perquè vaig tirar per la finestra, un producte que m'ho va donar el doctor, i segueixo prenent la que a mi em sembla. Em van dir que em podia moure dintre d'aquell... Prendre una altre... No te'n pots fiar, perquè... Per exemple si sapiguessin les causes de l'angoixa, sabem les causes d'altres coses. Però un nen pot rebre un impacte de la seva família, que un altre nen no pateix mai. Una altra cosa és l'estòma, la ulcera, la hernia... que es pot diagnosticar...

E: Si vostè pogués canviar coses? Vostè per on començaria? A banda del que em deia de no esperar tant.

J: ... A veure que fan, perquè jo recordo una època que vaig anar a una psedobudú... No se com es diu... no me'n recordo, perdona però es que tinc les idees bastant confoses. En ... va editar un llibre, aquest individu amb el seu mètode, aconsegueix sense proposar-s'ho sense prendre tranquil·litzants. Penso que el que hem de fer és eliminar pressupostos de medicaments i ser més humans. Això curaria moltes vides.

E: Jo m'estic trobant que els xinos i alguna gent gran, no van al metge, però, no van mai al metge. Prenen les seves pròpies, els seus propis medicaments i el que diuen medicina homeopàtica.

J: Doncs aquest és el camí. Les presses d'occident fa que sembli que les pastilles vagin bé. I jo me'n vaig a dormir sense prendre pastilles, i això de fa molt temps. Però no resol el problema ni molt menos. Com per exemple, beure menos no serveix, perquè el dia de no se què veus el triple o el doble, es tracta de no beure mai més. Però això no t'ho proposen perquè saben que ets impotent per prendre aquesta... És una cosa híbrida, delicada, humana i de fe. Ja que qui té fe amb el grup...

E: La fe com deia vostè, no en deu, sino amb les persones humanes

J: Es que si llegeixes la bíblia en general, t'adones... els capellans no... Llavors fuges dels catòlics i vas amb els protestants que és el que jo vaig fer, i t'adones que és més potable... Llavors els catòlics els imiten per la seva gestió. Bueno en general es pot dir que anem malament, perquè aquest humanisme ha d'estar impregnat de molt més. Nosaltres som algo més. Tot ha d'estar basat en alguna esperança, i això es el que s'ha de transmetre a les persones, creure en el futur. No tractar d'explicar el cel, sino posar-hi un peu, i això no s'aconsegueix ni amb pressupostos ni amb carreres... Això s'aconsegueix llegint atentament, buscant persones que busquin el mateix.

E: Bueno, pues ja no el vull cansar més.

OBSERVACIONS

Dades d'identitat		
Nom	Cecilia (nom fictici)	
Edat	71	
Lloc d'origen	Granada	
Barri de residència	Raval	
Realització de l'entrevista		
Data: 25 de febrer		
Hora inici: 17:30	Hora final: 19:00	Duració: 1:30 h
Lloc: Associació de Veïns del Raval. C/ Padró, 1		

E: Entrevistadora (Laura Toribio, col·laboradora en aquest estudi)

C: Cecilia

E: Cecilia, ¿me dice su nombre completo?.

C: (.....)

E: ¿Y la edad?

C: Ahora, he nacido en el 33, tengo 71 pero hasta abril no cumplo los 72, entonces no tengo los 72, ¿verdad guapa?

E: Claro, hasta que no se cumple no se cuenta.

C: En abril cumplo los 71.

E: Entonces tiene 70. Y usted es natural de...

C: Yo soy de Granada, pero ya llevo aquí... yo soy catalana.

E: Ya, se vino para acá de muy chiquita.

C: Yo llevo aquí, pues desde el año 62.

E: Ah, el año de la nevada, se debe acordar bien...

C: Sí, claro, así que ya soy catalana. Pero bueno nací en Granada

E: Se vino con familia o vino sola.

C: Vine a servir, me vine solita, porque yo no tengo madre ni padre, estoy solita en el mundo. Tenía una hermana en Madrid que se murió, ahora hará en mayo un año, de cáncer. Tengo sobrinos, pero como ellos tienen mucho de esto y yo no tengo nada, o sea que aquí estoy solita, solita, solita. Me vine con 20 años o así, me puse a servir, luego me puse a coser, luego me puse por las casas a hacer faenas y luego me puse de autónoma, en un bar, con un hombre con el que estuve... pero que ya se murió. Pero como no tenía los 15 años de autónomo es como si no hubiera cotizado y me dieron la no contributiva.

E: ¿Cuánto hace de esto?

C: Pues cuando cumplí los 65, estuve trabajando hasta entonces, y al cumplir los 65 me dieron no la contributiva, que me lo arreglaron ahí en la oficina de Bienestar social, en la calle San Pablo. Porque yo vivo aquí en Raval.

E: ¿Ha vivido siempre aquí?

C: Sí, vivía realquilada en la Calle el Carmen, en el 101. Pero luego ya me cogí el piso ese de alquiler hace ya por lo menos 25 o 30 años.

E: ¿Está usted de alquiler?

C: Ahora no, menos mal. Porque lo compré. Como yo estaba realquilada, vendieron el edificio, y nos lo vendieron por millón y medio. Entonces lo pagué poquito a poco. En vez de pagar 13.500 que pagaba el alquiler, pagaba 22 y pico, y estuve diez años así. Y menos mal, bendita la hora, porque sino ahora estaría de alquiler. Porque a ver donde voy, sino vivo ahí debajo de un puente.

E: Claro, si tuviera que pagar piso, ahora se le iba por lo menos la mitad de la pensión.

C: Claro, ahora tengo que pagar la contribución, gastos de escalera, cada tres meses pagamos 15.000, la contribución 58 euros cada tres meses, más luego lo de la luz, el gas el teléfono... Envío, los papeles esos a Murcia, porque así pago menos de teléfono, que hay que enviarlos en castellano, sino yo no podría... Y voy al casal de Tarradelles, no se si sabes donde está.

E: Sí, sí, he estado allí una vez.

C: Allí a comer a mediodía, porque con la pensión que tengo tan pequeñita

E: La comida se la cubre el comedor.

C: Sí, el comedor, pagamos... los que tenemos la no contributiva, que tenemos esa paga tan pequeñita, pagamos al mes 8 euros con 26 céntimos.

E: Ah, está muy bien.

C: Sí, muy bien, y luego pues la cena y el desayuno, ya te apañas tu. Al casal ya llevó yo yendo por lo menos 6 años, que voy. Bueno, más, al cumplir los 65 que me dieron la paga esta, entonces ya hablé con la asistente, allí, y estoy encantada de la vida. Bendita la hora porque hacen muchas fiestas y estas distraída, y te obligas a que tiene que ir al comedor.

E: También estará más acompañada...

C: Claro estoy acompañada, como muy bien... Bueno hay días....

E: Porque vive sola, ¿no?

C: Sí, tuve una chica realquilada en mi casa y no quiero a nadie. Porque me ayudaba y me daba 32. Pero fumaba porros, y yo a la droga le tengo mucho miedo y la eché y ya no quiero a nadie. Y estoy solita, prefiero estar solita, me voy apañando a mi manera, estoy solita y no me complico la vida, ¿entiendes? En eso soy muy recta, porque yo lo he conocido, yo de drogas y de gente rara no quiero nada, porque aquí en el barrio lo que hemos visto, y luchado y la de gente que se llevó aquellos años... así que prefiero estar solita y bueno así vamos.

E: ¿A qué CAP va usted? ¿Dónde tiene el médico?

C: Allí, a Raval Norte, allí donde está el cine Goya.

E: Sí, sí.

C: Detrás del cine Goya, Raval Norte. Yo no se como se llama, Raval Norte ese.

E: ¿Y cuando fue la última vez que fue al médico?

C: Uuuuy, hace nada porque me están haciendo muchas pruebas, pero mira te lo voy a decir exacto... La semana pasada no, la otra. Y ahora tengo que volver... El día dos del mes que viene. Porque estoy bien del todo, me han hecho ecografías de páncreas, de hígado, de pulmón. Pero al sacarme sangre, llevo ya tres veces liada, porque me sale la velocidad elevada. Y no saben de qué es. Y ahora me han dicho que a lo mejor puede que sea de reumatismo, o algo así. Porque tengo, osteoporosis, tengo artrosis, tengo la columna vertebral así...

E: Un poco desviada...

C: Sí, del peso de pecho porque yo siempre he tenido mucho. Y cuando era joven, pues imagínate, con mi moño negro, y el porte, pues yo traía de calle a muchos hombres... allí cuando tenía el bar y todo... Pero con los años, pues que se le va a hacer... Tengo la columna vertebral... que me querían operar hace cuatro años pero me he tirado para atrás, me llamaron hace poco... y yo ahora ya no quería operarme, solita que estoy ya me hecho mayor.

E: ¿Cuanto tiempo han tardado en llamarle?

C: Han tardado en llamarme, y entonces... el traumatólogo me mandó y me dijo "de seguida te llamarán" Y a los cuatro años, me llamaron para que fuese al clínico a informarme, pero yo ahora ya solita que estoy, ya tan mayor...

E: ¿Porqué ya hacía años que tenía el problema de la espalda?

C: Sí, yo ya de joven, por el peso del pecho, pero ahora más, me ha salido más. Me hicieron la radiografía de pulmón y de pecho, me parece que es. Y me sale desviación de columna, pero es del peso del pecho, ¿me entiendes? Y ahora, pues estoy... La semana pasada no, la otra fui y tengo que volver el día 2. A ver si es si me viene lo de la velocidad de la sangre, de... de espérate, de la reumatología o como se diga. Si es

de eso sino, tengo que ir al Hospital del Mar que me hagan unas pruebas... Pero yo te digo una cosa, yo de la doctora estoy contenta, no tengo ningún problema.

E: Porque entonces usted tiene, la artrosis...

C: Sí, tengo osteoporosis, soy hipertensa, ya verás guapa, artrosis, estoy operada de la vesícula...

E: ¿Hace mucho que la operaron?

C: Pues mira, el día 22 hizo ocho años, en el Hospital del Mar, y todo muy bien, muy bien... Y la doctora de aquí también, no tengo ninguna queja. Tengo para la doctora, a las tres y cuarto, yo siempre procuro ir antes. Si tengo que esperar un poquito, pues me aguanto porque hay mucha gente. Yo en eso no me quejo, cuando me toca, me toca, pero una vez que entro, yo no tengo queja, a mi me trata bien la chica.

E: ¿Y de medicación qué toma, toma algo?

C: Sí, mira tomo, mira: Calcio para los huesos, dos pastillas para la tensión, tomo otra pastilla que por la mañana me tengo que tomar para los huesos, y me tengo que estar media hora así, sin tumbarme dos horas.

E: ¿Cuándo se toma la de los huesos?

C: Yo no sabía nada... no te he traído para que veas...

E: No, no no hace falta, con que me lo diga ya está bien...

C: Para los huesos y la tensión que la tengo hipertensa. Y ya está, para los huesos te dan también el efferalgan, que son unas efervescentes para el dolor... el calcio y un protector para el estómago para que no te duela, tanta pastilla... pero pastillas fuertes, fuertes tampoco tomo. Lo único los huesos y la tensión...

E: Bueno, lo de los huesos muchas personas...

C: Sí, claro, tengo la rodilla hecha una asco...con el tiempo tengo artrosis, me metieron en una máquina así y entonces me sacaron la osteoporosis... Y ya no tengo más nada, ¿te parece poco?

E: No tanto, si se la ve a usted muy bien.

C: Sí, es lo que pasa... que me ven así y como soy activa se piensan que no tengo nada... Pero si traigo el historial, lo que pasa que tengo suerte, porque me han hecho ecografía de páncreas, de riñones, de hígado y no tengo nada. Pero claro pero sale la velocidad... Ahí sale algo que no sabe lo que es la doctora. Y en dos meses me han hecho tres análisis de sangre. Y dice el análisis que te he hecho, se lo hago a otra persona... hasta me ha mirado a ver si era propensa a tener bultos de cáncer o algo. Dice que no. Pero claro me sale la velocidad... La primera vez la tenía a 36 y la segundo a cuarenta y... ahora a cincuenta y algo. Y por eso quieren mirar a ver... Y tengo que ir el día dos a las tres y cuarto de la tarde a ver si eso... Y sino me mandarán al Hospital del Mar a que me hagan pruebas.

E: Ahora vamos a hablar un poco sobre cuando usted va al médico, al de cabecera, a Raval Nord. Cuando pide visita, como lo hace, llama por teléfono, se acerca al centro...

C: No, yo voy...

E: Va allí directamente

C: Sí, como me pilla cerquita voy allí me sacó número, hago cola y digo para la doctora Borrascó, y me dicen para tal día y tal hora.

E: ¿Por teléfono no suele llamar?

C: No, porque a veces he llamado y está siempre comunicando y como me pilla cerca... Pues cuando voy al casal a comer que me pilla de camino casi, pues voy y me lo saco.

E: Sí, hay gente que nos dice que le queda un poco lejos de casa, pues llama...

C: Es que también hay gente muy cómoda, guapa, y quieren todo hecho a la mano... Y yo llamé una vez y comunicaba y digo, pues no me cuesta nada.

E: Sí, pero hay gente más mayor que usted que le cuestan más caminar, bajar las escaleras... Y se quejan de que llaman y no les cogen el teléfono.

C: Claro, pero a mi como me ha pasado eso, y puedo andar un poquito, sino ando más ando menos, si me canso me siento en un banco en las rondas y luego sigo. Como no

haces otras cosa... Yo me doy una paseo, me saco mi número, incluso como la chicas ya me conocen, ya saben que me toca por la tarde... no les digo ni mi historial... y nada más me ven, ya saben, y me dan tal día y tal hora.

E: ¿Y le tardan mucho en dar de un día? Es decir, si usted pide hora hoy le dan para muy tarde...

C: No, más de una semana no... Más de una semana no tardan. Incluso a veces he ido hoy y me han dado para pasado mañana. Yo no tengo queja. Hay gente que se queja, pero yo no me quejo porque no. No es justo. Si vas al médico y te dan para una semana... Si te pones mala, mala, mala, te vas a urgencias. Y yo las veces que he ido a urgencias me han tratado de maravilla. Lo único que pasa es que antes, te ibas urgencias, te esperabas allí y te cogían. Y ahora tu vas por la mañana y tienes que decir "voy a venir a urgencias",

E: Se refiere a las urgencias del CAP.

C: Sí, allí en las urgencias de Raval norte. Y tu te pones muy malita y vas. Que yo creo que si te ven muy grave te cogen de seguida, pero sino como hay tantísima gente ahora, porque ahora está toda la inmigración ahí y todo, antes éramos pocos y ahora somos muchos... Tu vas a urgencias y te dicen, mira ven a tal hora, pero en el mismo día te cogen... Tu te pones mala, vas por la mañana y a lo mejor te dicen, o a las doce de la mañana o a la tarde. Pero te cogen en el día. Yo hace poco he estado muy malita que me cogí una gripe muy fuerte, y llamé al médico de urgencias y a lo mejor lo asusté... Pero yo dije la verdad. Oye, nena, necesito un médico, soy mayor y estoy solita, yo no tengo a nadie me encuentro muy mal... ¿Qué le pasa? Digo que me duele todo el cuerpo, tengo 38 y medio de fiebre... porque me puse el termómetro, que me encuentro muy mal... Y antes de la media hora tenía el médico allí.

E: Claro, es que la gripe si no la visitan pronto, lleva un proceso y si le dan para una semana...

C: La única vez que lo he hecho. Entonces me mandó un antibiótico y yo cuando me vi mejor, me fui a la doctora y me lo quitó y me mandó otro.

E: El médico fue a su casa y todo bien, llegó rápido...

C: Sí, sí, a mí me atendió muy bien, guapa, y yo no creo que sea privilegiada... Pero yo digo lo que es. El chico vino, claro que yo también dije eso, que estoy solita y que estoy mayor, y es la verdad. No soy joven y estoy muy solita y el médico vino de seguida. Me mandó unos antibióticos y luego, cuando estuve mejorcita, fui a la doctora y me los canvié. Y es porque me pusieron la vacuna constipada, y entonces se me ha complicado desde entonces hasta eso, lo de la sangre.

E: ¿Desde que se puso la vacuna de la gripe?

C: Sí, de la gripe, le dije, doctora estoy constipada, y me miró por el pecho... Y entonces desde ahí que me miró estoy más liada... Pero yo ya te digo que queja no tengo. Que llames al médico de urgencias y tarde media hora tampoco... Oye, ahora será por eso que dices que eres mayor y estas sola...

E: Y usted cree que le médico o la doctora que tiene, por el hecho de ser mayor le trata diferente que a otras personas, a la gente más joven... o cree que la trata igual...

C: Yo creo que me tratan igual, una vez estuvo allí, estuvo cinco minutos y se marchó. Pero puede que a lo mejor al decir que estoy sola, y que soy mayor se diera más prisa. Eso es un pensamiento mío, porque es la única vez que he llamado... como no he llamado otras veces, porque como siempre he ido allí o a urgencias... Pero, por la experiencia que he tenido, dije nena que número tiene del historial, y se lo dije y a la media hora lo tenía allí. No es que exageré ni nada, porque es verdad soy mayor y me encuentro mal... Dice bueno, bueno, y a la media hora lo tenía allí.

E: Sí, eso si que fue un médico de urgencias...

C: Y le dije, si que ha venido pronto, y también me dijo el chico, es que me ha pillado muy cerca. A lo mejor fue por eso, como estaba en la ronda, y le pilló cerquita del ambulatorio... pues también sería eso. Pero yo la única vez que le he llamado, yo...

E: Y cuando usted va a su doctora ¿Le explica bien todo lo que tiene, como se tiene que tomar la medicación...?

C: Sí, sí, conmigo muy atenta.

E: *¿Se lo explica con palabras que usted entiende?*

C: Sí, sí, yo las entiendo... Porque yo le digo, doctora dígamelo... Porque el otro día me dice, es que sigue la sangre muy elevada. Y le digo pues doctora tenemos un problema, si la sangre corre pues correré yo más que la sangre. Y se echó a reír... Pues vaya, o sea que me habla la muchacha claro... Y dice, tu puedes tener miles de cosas, pero hay que averiguarlo. O sea que a mí me lo explica, dice, no tienes esto en la sangre, no tienes esto, no tienes esto... Conmigo, también sabes a lo mejor que es lo que pasa que hay mucha gente que va por la vida formando jaleo y formando follón... Y las chicas también se cansan porque hay muchísima gente... Y yo he visto ahí muchos jaleos la gente insultando y todo. Y si tu vas correcta por la vida y hablas bien, pues también ten tienen que hablar bien... Ahora si llegas formando jaleo... Yo llego con paciencia, yo me siento allí y cuando me llaman entro. Hay gente que llega y ya quieren entrar y no es eso... Tienes que esperar a que te llamen, que para eso tienen una lista... Vamos, es lo que yo veo...

E: *Hay gente mayor que depende que médico le toque, pues se queja de que no entienden bien, lo que explican, o que lo dice con unas palabras que son muy difíciles de entender... Luego también dicen que cuando van acompañados, por un familiar, o algún voluntario, se dirigen todo el rato al acompañante, y se quejan de que a ellos no les explican las cosas...*

C: Yo eso no se porque siempre voy solita, pero yo le digo usted me lo dice a mí para que yo lo entienda. Porque yo esta vez que he ido con la sangre le digo, me va a mandar al hospital del mar, me van a meter la goma por aquí o algo. Y me dice, no, no, es una visita rutinaria... Tu vas allí, es otro médico diferente a mí... Es una visita rutinaria, pero hay que saber lo que tiene. O sea, pero que a mí me habla claro. Y yo me entero, a lo mejor hay gente que también la cabeza...

E: *¿Y los prospectos de las medicinas los lee usted o ya con lo que le dice el médico o en la farmacia, ya sabe lo que tiene que hacer?*

C: Yo me fío de lo que me dice el médico y en la farmacia, pero luego a parte me lo leo... Pero claro yo tampoco tomo una medicación rara, porque ya tomo las pastillas esas que me dan para la artrosis... La única que me dijo, la de los huesos, que es una al día, esa tu te levantas y te la tomas, y durante dos horas tu no te acuestas. Y yo la estuve mirando, y pone en el prospecto lo que me dijo la chica.

E: *Entonces los entiende bien los prospectos...*

C: Sí, los entiendo.

E: *Porque están escritos con unas palabras muy técnicas, que la mayoría de la gente que no entendemos pues no sabemos que quieren decir. Y luego la letra es muy pequeña...*

C: Yo, los entiendo porque sólo me leo indicaciones, lo otro no, porque si pone un prospecto, tiene tal cosa, y tal cosa... como no lo entiendo pues no lo leo... Las indicaciones y ya está... Me pongo las gafas y lo veo bien, y me las leo... Ya te digo de los médicos no puedo decir otra cosa.

E: *Ya, bueno, y cuando ha estado en el hospital... Me dijo que la operaron...*

C: Sí, pero de eso hace mucho, me operaron cuando yo trabajaba... Y tenía una mutua, y entonces estuve de maravilla... Estuve en la mutua ingresada de Sagrada Familia. Lo que pasa que yo pagaba 7.500 pesetas y luego me subieron a 18... Y claro con esta paguilla, teniendo la seguridad social, digo pues fuera. ¿Me entiendes? Entonces claro, yo de aquella clínica puedo hablar maravillas... Otra vez ingresado no he estado nunca, entonces no te puedo decir otra cosa.

E: *Y cuando usted se va hacer pruebas, ahora mismo que me dice que le han estado haciendo muchas pruebas... ecografías...*

C: Me han atendido de maravilla, lo único que pasa que tuve que ir a las siete y media de la mañana aquí a Pere Camps, el de Drassanes... Ahí tenemos los especialistas, entonces me mandaron a las siete y media de la mañana.

E: *Muy temprano, ¿no?*

C: Muy temprano, pero claro, cómo tienes que estar en ayunas, las chicas fueron muy amables conmigo... Por eso te digo que yo no me puedo quejar... Porque me dice tiene que estar ocho horas sin comer y sin beber nada. Pues tu te acuestas y te levantas y es como irse a hacer un análisis de sangre... Te lo tenemos que dar pronto. Y fue allí, y nada más que llegué me cogieron de seguida. Porque se ve que esas cosas las hacen... Y luego, para una radiografía que me hicieron de pulmón y de pecho... También al mismo sitio pero eso a las diez, y tardarían como diez minutos...

E: *¿Y le tardaron mucho para hacer estas pruebas? Quiero decir, para darle cita para las pruebas, ¿le dieron para muchos días? Una semana, dos semanas... O le dijeron de seguida, le mandamos a hacer estas pruebas, para este día.*

C: Pues mira, me dieron la hora ahí y todo, en el Raval norte... Pues tardaría como una semana o doce días en hacerme las ecografías, y las radiografías igual... O sea que me lo hicieron rápido...

E: *Así, lo único que le tardaron más, fue la operación de pecho...*

C: Eso es... El traumatólogo me dijo para la desviación de columna te tienes que operar del pecho... Y yo dije, ya de esto hace... Yo trabajaba... fíjate por donde voy, hace ocho o nueve años... Y yo estaba muy ilusionada... Pero a los cuatro años, yo voy a Drassanes, y me dicen tienes que ir al Hospital Clínico, que estás allí, a pedir información y que te visiten... o sea que todavía no me operaban tampoco. Y yo digo, ya no voy... o sea que se habrá pasado.

E: *Ya se desanimó y...*

C: Ya me desanimé. Incluso la Natalia, la jefa del Casal, me dijo, porque no vas, porqué no vas... Y digo porque Natalia, yo ahora ya soy mayor, estoy solita, y tengo tanto pecho, y me da vergüenza... y parte de eso, a lo mejor me estudian... Porque yo me saco y tengo mucha cantidad, y me da vergüenza ya de quitármelo... Y ya pues me aguanto... Antes si me dolía cuando trabajaba me dolía mucho la espalda, me dolían muchos los huesos. Pero ahora si me duele, me pongo la esterilla y me pongo así y me estoy quietecita y se me alivia. Ahora tienes el remedio... Ahora si trabajara y me doliera como antes pues tendría que haberlo mucho. Pero es que tardan mucho en la lista de espera.

E: *Sí, es verdad.*

C: Yo en lo único que tengo queja es en eso, en lo demás, de los médicos no puedo decir nada.

E: *Sí, sí están tardando mucho, hay listas de esperas muy largas para prótesis... Y a ver otra cosa... ¿Ambulancia, no ha necesitado nunca, verdad?*

C: No, gracias a Dios de momento no nunca. Para mi no. Cuando la he visto más de cerca, en mi casa que se cayó el ascensor, con un vecino dentro. Hará dos o tres años... Y no le pasó nada al hombre, y era un hombre mayor... Si también con un cáncer aquí, un señor que lo ves y no lo parece. Se cayó y bom, lo llevaron al Clínico, vinieron los bomberos y vino de seguida y no le pasó nada. Entonces es cuando he visto la ambulancia de más cerca.

E: *¿Qué es un edificio muy antiguo dónde vive?*

C: No, mira en la ronda San Antonio, dónde está la Caixa... Pues encima. Lo que pasa que había los cables esos que suben y baja y no había venido la revisión. Y claro los cables esos se ve que estaban cortándose... Pues cinco minutos antes, había subido yo... Desde entonces le tengo miedo. Y se cortó uno, pues el ascensor fue bajando desde el séptimo que vive ese señor, fue bajando poquito a poquito, y en cada rellano, con los frenos paraba un poquito, paraba un poquito... Y llegó a bajos e hizo un agujero, pero no cayó... y el hombre dentro. Lo sacaron y mira menos mal. Es la vez que he visto. Pero también te digo una cosa, yo bajaba la escalera corriendo... Y le dije a la del principal que es peluquera, llama a la ambulancia, llama a los bomberos, y cuando llegué a bajo de correr ya estaban allí. Vinieron rapidísimo. Es la vez que he visto de más cerca la ambulancia. Y un vecino mío que también estaba malo que murió, que también la acompañaba yo...

E: Bueno, y volviendo al tema de medicación... Todos estos que me ha dicho que se toma, se los controla bien, cuando tiene que tomárselos, las horas, la cantidad...

C: Sí, de momento esto de aquí, lo tengo bien...

E: Sí, pero a veces, a mi por ejemplo, muchas veces es la hora de la pastilla y se me pasa y no me acuerdo de tomarla...

C: Sí, a mi muchas veces también se me olvida alguna... Y muchas veces sabes que me pasa... que por la mañana la de los huesos no me la tomo... porque como hace tanto frío... Me levantó me tomo un cafelito con leche, me siento así, y digo, jolines con tanto frío... yo no me estoy aquí... Yo me meto en la cama otra vez... Y entonces ese día no me lo tomo.

E: La de los huesos es esa que no se puede echar, que se tiene que estar de pie...

C: Es que hay que estar sentada así como estás, te la tomas y durante dos horas no te puedes echar...

E: Sí, mi madre también se la toma... Y se levanta temprano y dice que además se la tiene que tomar con agua... y que le da mucho frío...

C: Claro, te la tomas, y luego a la media hora te tomas el desayuno... O sea tu te levantas y te la tomas, pero tienes que estar sentada o de pié. O sea que por ejemplo si tu te la tomas a las ocho de la mañana, y dices dónde voy tan temprano... Pues me lo tomo y me acuesto un poquito calentita, no. Dos horas sin echarte, ni nada... Luego a las dos sí, pero luego ya...

E: Entonces esa algún día no se la toma.

C: Sí, esa algún día me la dejo, sobretodo con el frío...

E: Pero se la deja por eso, no porque se le olvide...

C: Yo se que tengo que tomar tres effeglan al día, dos de la tensión y tres de calcio... Y esa, lo que pasa que esa algunos días me la dejo, pero es porque yo quiero, no porque se me olvida, ¿eh?

E: Y usted, sabe que hay unos pastilleros en las farmacias para controlarse la medicación... Usted no usa nada de esto...

C: No, yo no lo uso, porque yo ya se lo que me tengo que tomar. Es como muchas que se llevan al comedor las pastillas, pero, si yo... comemos a la una, ya las dos salimos del comedor... Y llego a mi casa, pues me la tomo en mi casa, como es después de comer, para que tengo que llevarla allí... Yo me la tomo allí en casa.

E: Bueno, pues ya vamos acabando. Me ha dicho que tiene una doctora joven.

C: Sí, se llama... si lo quieres poner...

E: Y usted ha tenido algún otro doctor o doctora...

C: Sí, antes tenía al Doctor X, con el que se enfadaba todo el mundo. Porque te visitaba y te hacía así y no te miraba ni siquiera a la cara... Y yo le dije doctor por lo menos mireme a la cara que no lo voy a asustar. Y yo dije que me cambiaran de doctora y me pusieron con otra chica que había antes, que ahora está en ahí en las Drassanes de fija, era la doctora Albéniz, y la quitaron a ella y pusieron a esta, y yo estoy muy contenta.

E: Porque nos dicen que las mujeres, las doctoras mujeres, llevan mejor el trato con la gente, son más amables, se para más... y que los hombres son más distantes y...

C: Conmigo la mía un trato fabuloso, pero a mi aquél hombre no me gustó nada. Porque llegaba y decía doctor que me duele aquí, que me encuentro mal, que esto que aquello, y de seguida se ponía así, y no te miraba a la cara. Se ponía allí a mirar, porque entonces no estaban los ordenadores y estaba así, y yo le decía oiga doctor míreme a la cara que yo no me como a nadie, pero por lo menos si me pregunta... Usted no me tiene que decir lo que tengo que hacer. Y yo oiga, si todo el mundo que viene aquí sólo que recetas, recetas...

E: Y era un hombre mayor o era joven...

C: No, tendría cincuenta y algo de años, no era ni mayor ni viejo.

E: Sí, también nos comentan que la gente joven también es más amable, más atenta, mira más al paciente... y que la gente mayor tiene más experiencia pero que está como más cansada, más quemada...

C: Sí, señorita, sí. El chico que vino a mi casa que era un doctor joven, una maravilla. La gente joven no la compares con la gente mayor ¿eh?

E: ¿Usted porqué cree que ocurre esto?

C: Yo no se si será por otra educación, otra cultura, otra manera de ser, ¿me entiendes? Porque antes el hombre era muy machista, digan lo que digan. La gente mayor toda son machista. Sin embargo, la juventud no es así. O es que yo estoy enamorada de la juventud y lo veo todo bien. A mi me encanta la gente joven, y yo veo una persona joven y me da vida. A lo mejor será eso, a mí la gente joven de doctores que me ha tratado, para mi de fábula. Todos no tengo queja de ninguno. Sin embargo los más mayores, estarán amargaos o tienen problemas...

E: Sí, pero dicen que los mayores tienen más experiencia...

C: Yo no me fio de la experiencia, no de eso nada. La gente de hoy en día los jóvenes tienen unos estudios que a lo mejor los de antes no los han tenido ¿me entiendes? La experiencia es una cosa, pero el trato, y la experiencia, y la carrera de un médico. Si tú eres jovencita y tienes la carrera de médico, y otra persona es mayor y tiene la tiene, yo pienso que tu tienes lo mismo que él. Yo la experiencia, me río de la experiencia, a mi me encanta la gente joven. Y el médico que vino a mi casa, un chico joven y ya te digo, a mi me trató, la mar de bien. No tengo queja, un chico majísimo, joven, muy atento, muy bien. Digo, como ha venido tan prontito, digo, porque yo he dicho allí a la chica que soy una persona mayor y que tengo 38 de fiebre y que me encuentro muy mal. Dice, en parte que hay que correr, dice es que me ha pillado muy cerquita. ¿Me entiendes? O sea y muy atento, me miró, me miró por la espalda, me miró y me dijo, no, tu tienes que estar tres o cuatro días en cama, te tomas esta medicación y cuando te encuentres mejor te vas a la doctora y, nada más que te mejores. Que no es nada, o sea me dio un ánimo que a lo mejor uno mayor viene y no te lo da ¿Entiendes?

E: Bueno muy bien, pues nos quedan un par de cosas más y ya acabamos. Otra cosa en referencia a los medicamentos. ¿Le han cambiado últimamente, cuando le recetan cosas, le han cambiado la medicación por esos medicamentos que les llaman genéricos?

C: Sí, los genéricos esos, pero a mi me da lo mismo, mientras me vaya para la tensión me da lo mismo.

E: ¿No tiene problema que se lo cambien?

C: No, yo voy a la farmacia, y le digo al farmacéutico, oye esto lo han cambiado, ahora te tengo que dar estos otros. Bueno, pues dame lo que quieras mientras me vaya para la tensión a mi me da igual. ¿Me entiendes?

E: El otro día una señora que entrevistamos nos decía que a ella no le gustaba que le cambiasen los medicamentos, que a lo mejor no funcionaba igual, y que ella quería el medicamento de siempre.

C: Pero, nena, si por dentro es lo mismo, que más da. No me importa, porque a mi en la farmacia, de debajo de mi casa, me conocen de toda la vida y yo voy allí y me dicen es lo mismo, Charo. Lo de dentro es lo mismo, lo que cambia es la caja. Digo, pues entonces dámelo, para que voy a desconfiar de unos y de otros, pues entonces estaríamos para ir bien por la vida. Si los genéticos esos son más baratos, porque dicen que lo hacen por eso, que les cuesta menos, pues a mi me da lo mismo, mientras me hagan el mismo efecto ¿o no es así? Digo yo.

E: Sí claro, pero hay gente que piensa que no le van a ir igual...

C: A mi me da igual, mientras me hagan efecto me da lo mismo que sea la caja azul, que verde, que amarilla, porque por dentro es igual. El farmacéutico no me va a engañar, si lo conozco de toda la vida. Dice lo de dentro es lo mismo lo único que cambia es lo de fuera, pues bueno, pues vale, o sea que no...

E: Porque usted los medicamentos los tiene totalmente cubiertos por la seguridad social, los que se toma, ¿verdad?

C: Sí, porque soy... como se dice... me lo dan cada dos meses, soy crónica. Entonces en vez del piso de la doctora, subo a otro de arriba, cojo numerito, y por el ordenador ya tengo las recetas preparadas.

E: O sea que usted, cada dos meses va seguro al médico.

C: Yo voy por la receta, y no tengo que pasar por la doctora. Si me encuentro mal en ese entremedio me pido día y hora, y me dan para la doctora. El máximo que tardo, una semana más no. Pero cada dos meses tengo que ir, porque sino como las pastillas de la tensión son 28 y 28. No, unas tienen 30. Como tengo dos clases, te dan dos y dos cada mes. Entonces hay unas que son 28 y 28, y otras 30 y 30. Entonces a lo mejor si me toca el día 20, pues como faltan dos, pues tengo que ir dos días antes, porque ellos ya lo saben y entonces, ya las tengo hechas. Cuando yo voy, ya las tengo hechas, subo al segundo piso, doy mi numerito, mi carné, porque tenemos un carné para y ya, pues me lo dan de seguida, no hay problema. Si entre medio de los dos meses me pongo mala, me voy allí, pido día y hora y ya está...

E: Bueno, y ya para acabar. Nosotros este trabajo, con todo lo que nos ha ido diciendo la gente que hemos entrevistado, lo entregaremos a sanidad con unas propuestas para mejorar la atención sanitaria. Entonces usted que pediría que hiciesen en la sanidad para atender mejor a la gente como usted y más mayor.

C: Sobretudo las listas de espera.

E: La lista de espera para operarse.

C: Sí, digo yo que es demasiado. Por lo demás. Lo digo por experiencia mía no por lo que me hayan dicho unos y otros. La experiencia mía es la lista de espera, lo demás no tengo queja ninguna. Bueno hay gente que si te dice esto que si lo otro y se queja, pero yo hay cosas que no me fio, porque hay cosas que ves y luego no son. Porque yo cuando he estado en la doctora, si a mi me atiende bien, porque va entrar una persona detrás de mi y la va a atender mal. Si esa chica atiende bien, atiende bien a todo el mundo. Yo no tengo porque decir si uno sale enfadado, porque es que no me ha hecho caso, porque... No señor, eso no es así, porque yo ya la conozco de mucho tiempo y trata bien a la gente. Ahora si tu vas allí formando jaleo pues la chica ya... Lo malo que tiene es que tienen muchísima gente. Y tu entras en la consulta y en vez de estar media hora te tiene cinco minutos.

E: ¿Entonces a lo mejor necesitamos más médicos y que puedan dedicar más tiempo a cada persona?

C: Yo pienso que si. A mi manera de ver, pienso que hay pocos. Porque esta chica que yo tengo tiene visita de tres hasta las siete o las ocho. Pero es que hay dos días a la semana que también tienen por la mañana. Porque a mi me ha puesto algún martes por la mañana y digo, no, no y me dice si es que la doctora Borrasco, atiende por la mañana. Entonces si tu vas allí y tienes veinte personas para una o dos horas, pues tiene que ir corriendo, a la fuerza. ¿O no? Para atender a todo el mundo, yo encuentro que eso no es culpa de la doctora eso es culpa de...

E: ¿Usted cree que se necesitaría más tiempo para cada paciente?

C: Yo por mi, por experiencia mía no te lo digo, pero por otra gente si. Porque dicen, es que estas tanto rato aquí y está cinco minutos. Yo conmigo creo que está el tiempo que tiene que estar, tampoco soy una cosa grave. A lo mejor una persona que está más delicada pues a lo mejor necesita más tiempo hablar con la doctora. Pero si yo voy es porque tengo un simple constipado, pues ahora porque me han hecho unos análisis, y a mi me han tratado bien. ¿Me entiendes? Me mira la espalda, me mira el pecho, pues tómame esto, haz esto, haz lo otro, y si tiene que estar diez minutos con lo mío, a lo mejor tu vas y tienes otras cosas y tiene que estar más rato.

E: Sí, los médicos con los que hemos hablado, nos dicen que claro, que no sólo es mirar y preguntar que tiene la persona, sino que también tienen que explicar las cosas, que tienen que tomar...

C: Claro, y ahí se hace... Y luego otra cosa, que la doctora tiene aquí la visita y luego ahí tiene la enfermera. Y en cualquier problemilla que tiene la enfermera con alguno que entra, entra a preguntarle a la doctora. Y están hablando y entonces ese ratito no puede estar contigo, que es normal, pues luego tiene que estar contigo, explicándote las cosas. Es que es así, ¿eh? Es que hay gente que dice, pues mira tú te tienes que tomar esto y esto, y yo a la primera me entero pues salgo más rápido. Pero si entra

una persona que no se entera, pues tienen que estar diciéndoles las cosas y explicándoselas y explicándoselas, y entonces tardan más... Y los inmigrantes que no entienden nada... en eso, ahí se prepara el cacao, hasta para sacar el número, porque es que no se enteran y no se quieren enterar.

E: Ya

C: El otro día le dije a una, tu no es que no te enteras, es que no te quieres enterar. Porque si tú sacas el número, como no sabes tu historial, no saben el historial, no saben el número, no saben dónde viven. ¿Me entiendes? No saben nada, y ya ahí es dónde se prepara el jaleo. Porque claro si tu estás allí y tu no sabes árabe y te va un árabe o un filipino, hablando en su lengua, tu no tienes culpa, tienen que poner un intérprete y entonces es cuando se prepara el jaleo.

E: Sí, nosotros también hablamos con el colectivo de inmigrantes y es una de las cosas que nos dicen, que se necesitan mediadores.

C: Sí, pero por la gente de aquí no es, porque yo llevo muchos años aquí, llevo treinta años yendo ahí, al ambulatorio. Necesitan un intérprete, allí al lado del médico, porque claro, tu estudias medicina, no estudias idiomas... Yo no se los otros, pero es que ahí está todo el mundo metido en Raval norte. Entonces cuando vas y ves muchos ahí, dices ui de aquí no salgo en toda la tarde. Por eso se meten allí, y no salen... Y les tienen que explicar todo, y los médicos los he visto yo explicando con una paciencia, y a las chicas de allí, con una paciencia... Un día le dije a una, oye guapa no tengas tanta paciencia, si es que no se entera, pues que aprenda, pero que no llien la cola... Siempre, no se, no comprendo...

E: Bueno, se necesita más personal en general para atender...

C: Yo creo que si.

E: ¿Usted cree que la gente mayor va mucho al médico, poco..., cuando lo necesita...?

C: Mire, yo si no me hace falta no voy, solo voy por las medicinas, pero los otros no sé..., debe haber de todo, ¿no?.

E: Pues yo creo que ya hemos hablado de todo, y no nos dejamos nada...

OBSERVACIONS

A la AAVV de Raval, ens comenten que sempre ha estat una dona molt participativa en assumptes del barri y que sap moure's molt bé a través dels serveis socials (sap buscar-se recursos).

4. PROFESSIONALS DE L'AMBIT SANITARI

4.1. METGES DE FAMILIA

Entrevistat	
Nom: Javier (nom fictici)	
Entitat: CAP Sardenya	Càrrec: Metge de família
Telèfon: 93 567 43 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 26 d'octubre de 2004		Lloc: CAP Sardenya
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:30	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre: Gairebé no tenen *homeless* com a usuaris, però no se'ls sol demanar documentació. Es procura que cap pacient surti sense ser atès (tingui o no targeta sanitària) a menys que presenti comportaments violents.

* També van al centre *okupes*, viuen en condicions higièniques dubtoses, sense aigua i sense serveis mínims. Entren, fan ús del bany sense demanar permís, ni saluden ni res. Solen anar amb animals, però ho deixen tot més o menys net i se'ls permet aquest ús. A nivell mèdic solen tenir targeta.

Gent gran: Tenen un programa proactiu que van engegar en el moment d'obrir el CAP. La infermeria truca a tots els majors de 75 i els demana hora per a visitar-los i "fitxar-los". No tots els majors van acceptar, però als que accediren es fa un seguiment, especialment des de infermeria. El 80 o 90% dels majors de 75 anys van respondre a la petició. Se'ls demanava una sèrie d'informació i s'avaluaven aspectes com la polifarmàcia o els riscos de la llar. Després passen a ser considerats com crònics domiciliaris i se'ls atén regularment, se solen visitar cada 3 mesos, però depèn del cas. Es porta a terme sempre des d'infermeria.

Col·lectiu d'immigrants: El major problema amb els immigrants és l'idioma, però això se supleix perquè ells mateixos porten traductor o bé perquè el metge truca a Sanitat. Aquests a través del servei de traductors, responen (el metge té l'opció de mans lliures i poden mantenir una conversa entre els 3: traductor, metge i pacient. Després la Generalitat té traductors pagats per servei fet, i se'ls truca al mòbil quan algú ho requereix. Aquí el major problema és la confidencialitat i la intimitat del pacient, que no es pot preservar.

* Al seu CAP gairebé no tenen immigrants de parla no hispana. La majoria són llatinoamericans: Colòmbia i especialment Equador. Tenen algun usuària de l'est o de Paquistán.

Entrevistat	
Nom: Patricia (nom fictici)	
Centre: CAP Drassanes (Raval Sud)	Càrrec: Metge de família
Telèfon: 93 329 39 ..	e-mail:.....

Realització d'entrevista		
Data: 12 de gener de 2005		Lloc: CAP Drassanes
Hora inici: 11:30	Hora final: 13:00	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

- * Solen anar gairebé sempre a urgències. A Pere Camps (depèn del IMAS-Hospital del Mar) van molt, sembla que els deixen entrar amb totes les bosses i tot.
- * Depenen molt de la bona voluntat del professional. Ella de vegades quant té un usuari d'aquest perfil demana que li assignin a ella perquè en no tenir domicili sino es d'aquesta manera no es pot assignar a ningú.
- * El tema de l'accés als medicaments els solucionen a través de l'Assistentia Social i de la Fundació Trueta. Ambdós tenen un fons per a medicaments i tenen vies per fer sol·licitud.
- * De vegades estan citat per a les 5 de la tarda i a les 3 (sobretot si fa fred) ja estan a la sala d'espera. De vegades xerren una estona amb ella i després es van, sense tractament cap, doncs no anaven buscant tractament algun.
- * La gent es queixa de la seva olor. Però ella creu que els altres usuaris s'han d'aguantar, també ella ho fa. De vegades fins i tot han entrat amb gossos però que els ha atès igual perquè tampoc és corrent. Quan venen amb voluntaris o professionals de la Fundació Arrels, no hi ha cap problema perquè ells ho controlen tot.
- * Creu que els metges són molt conscients que no segueixen els tractaments ni res de semblant i que tenen la sensació que estan perdent el temps amb ells. Aquest pot ser el motiu per el qual no els prestin gaire atenció.

Col·lectiu d'immigrants

- * El problema més gran és l'idioma. No està solucionat o està malament solucionat, s'han de buscar la vida, amb vocabularis dels propis usuaris pensats perquè ells aprenguin castellà (sense cap ordre), amb diccionaris per a turistes, amb esquemes propis del cos humà etc. Fan servir més la pronunciació que no pas l'escriptura. La traducció de Sanitat no és pràctica ni àgil, el diccionari de lèxic el considera inútil del tot i les guies les tenen totes sense repartir perquè ningú les vol (no són útils). De vegades s'aclareixen una mica amb el francès o l'anglès, però tots saben o aprenen un poc de urdu i hindú, que no és el mateix. Els xinesos, no van al metge.
- * Els agents de salut (mediadors culturals) van voltant pels CAPs, estan un o dos dies a un centre, només per a casos especials en els quals es requereix la seva intervenció.
- * Hi ha gent empadronada en el CAP, per problemes de domicili, i en centre que hi ha en Marqués de Barberà i a Unió.
- * Les derivacions que fan a Drassanes des de la resta de CAPs, no s'haurien de fer no són legals. Cadascú ha d'atendre els seus, és un tema discrecional, i com ells ho atenen tot els hi envien aquests casos.

* Els subsaharians són tranquils i dòcils. Els pakistanesos i hindús són molt respectuosos i vergonyosos. Els àrabs són més reivindicatius i d'expressions més dures i brusques que de vegades semblen violentes.

* Sovint van acompanyats, de vegades per nens, i és complex perquè certs temes són difícils de tractar així.

* Barrera culturaY: els homes solen tenir objeccions per a deixar-se fer certes exploracions, de vegades han de cridar a algun company baró perquè faci una exploració.

* Targeta sanitària: de vegades s'han trobat que una persona usuària habitual, un dia no tenia historial, doncs havia anat sempre amb la targeta d'altra persona. O casos que va un a demanar hora, després va al metge acompanyat i la visita era per al seu acompanyant i no per a ell. Sense targeta se'ls atén la primera vegada, però després se'ls deriva a assistència social perquè normalitzin la seva situació i demanin una TIS.

* Admet que hi ha molta discrecionalitat, que depèn molt de qui et toqui i que hi ha professionals poc sensibilitzats.

* Anècdota: els va costar treball saber com es deia caca (femta), i tan bon punt van aprendre, de vegades els pacients portaven pipí (orina), especialment els hindús i paquistanesos, després van aprendre que caca i pipí es diu el mateix, però una és caca gran i altra caca petita.

* En general els problemes són: el temps, l'idioma i l'organització sanitària (canvis, inestabilitat laboral, compartiments...).

Entrevistat	
Nom: Marta (nom fictici)	
Centre: CAP Drassanes (Raval Sud)	Càrrec: Metge de família
Telèfon: 93 329 39 12	e-mail:.....

Realització d'entrevista		
Data: 24 de gener de 2005	Lloc: CAP Drassanes	
Hora inici: 10:00	Hora final: 12:00	Duració: 2h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

* El sistema ha anat reduint les traves d'accés i avui és pràcticament universal, però tot i això, queden certs col·lectius amb característiques especials que no accedeixen, se'ls ha d'anar a buscar, d'alguna manera, i en aquest grup trobaríem els *homeless*.

*Aquestes deficiències se supleixen amb centres (de diferents organitzacions i associacions) i bona voluntat de les persones (dels professionals). A aquest CAP estem acostumats tant els professionals com els *homeless*. I llavors hi ha menys problema. A més saben que se'ls tracta bé i continuen venint aquí encara que estiguin vivint en altre lloc.

*Creu que, inconscientment, el professional es desenten una mica del *homeless*, com sap dels seus hàbits i sap que no seguirà els tractaments, li presta poca atenció i no li realitza totes les proves que faria a altre tipus de pacient. "Encara que no vulguis, poses el xip (pressionat pel temps) i el tracte acaba sent diferent. També penses que si ells són feliços així, ja està, perquè medicalitzarlos més?"

*El temps és el problema més gran, un col·lega seu diu: "jo no visito, sinó que torejo, em trec la gent de damunt, torejo a la gent perquè no hagi problemes. Es tracta de passar la visita sense que hagi problemes, si això s'aconsegueix ja és un èxit".

* Al preguntar-li per Urgències-061, contesta que són uns prepotents. Quan truca perquè vinguin per un usuari que està amb una crisi (per alcohol o drogues) i no es pot moure —ella ha de seguir consultant i flama al 061— rep respostes com: "com em truques per a això", "a on vols que ho dugui si no m'ho agafen enlloc".

*S'acorda que en l'Hospital, als *homeless* se'ls posava en una llitera fixa durant una setmana (donada la seva sociopatia) perquè ja li coneixien, i encara que aquest dia s'hagués trencat el fèmur no se li feia una radiografia.

*Des del seu CAP se'ls tracta amb afecte, però se sap que no seguiran cap tipus de tractament. Per això, s'ha de solucionar el problema en el moment, encara que alguns si que tornen, s'enganxen.

*Aquells que estan institucionalitzats a través d'Arrels si que tenen una continuïtat en els tractaments. És important és s'enganxin a alguna cosa, doncs normalment els costa molt i les primeres vegades van amb desconfiança. Posteriorment no, ja segueixen, encara que també hi ha alguns que se'ls veu que estan allí per força i que quan surtin d'allí, no fan tot el seguiment.

*Admet que la coordinació és informal però que no hi ha uns estàndards per a aquests col·lectius. Sempre s'acaba mirant qui es la persona que està de guàrdia, per veure si es pot derivar els cas o no. Aquest fet reflecteix la gran variabilitat de la pràctica mèdica que existeix.

Gent gran

- * El problema són aquelles persones grans que queden sols, aïllats, que no baixen al carrer, no van al metge, no tenen família, pocs amics,...
- * La mobilitat és un gran problema, però també els problemes mentals. Les mobilitat se supleix un poc amb l'atenció domiciliària. Ells tenen 2 infermeres dedicades exclusivament a això en un servei que es diu ATDOM, ja que ells no tenen PADEs.
- * La polifarmàcia i els genèrics són tot un problema, i creu que aquí les farmàcies no ho estan fent bé, ja que el metge recepta però la farmàcia ho pot canviar per un altre similar. De tal forma, que poden estar prenent per duplicat el mateix genèric però amb dues presentacions i marques distintes. Els ancians funcionen per colors i formes de les pastilles, però no per noms, per això ells ara exigeixen que els duguin sempre les caixes del que estan prenent doncs sinó és molt complicat.
- * El mobbing immobiliari fa uns anys va ser molt greu per a ells (ara ho és menys però encara persisteix un poc) doncs acabava sent tema de consulta. Generava ansietat i preocupació i se sentien malament i acabaven exposant al metge aquest problema.
- * Des de serveis socials sempre es queixen que no hi ha recursos i que no poden anar més enllà amb l'atenció. En el cas del mobbing, primer se'ls ajudava econòmicament a les persones que es quedaven en el carrer i se'ls pagava una pensió, se'ls ajudava, etc. Però va arribar un moment que ja no havia més diners i en recórrer a ells deien que no podien fer res, que no podien evitar que aquesta gent es quedés en el carrer (eren persones amb pensions mínimes que estaven en pisos amb contractes indefinits i lloguers congelats).
- * Hi ha avis que abusen i van molt a la consulta quan no tenen realment cap problema seriós. En canvi, hi ha d'altres que no van i ho necessiten més. Creu que anar als domicilis pot tenir efectes positius i negatius. Per una banda és cert que s'estaria arribant a tota una població necessitada. Però, per una altra: genera acomodament i no es mouen per ells mateixos; és un recurs costós; es corre el risc de medicalitzar en excés.

Immigrants

- * Ells tenen molta tradició i molta pràctica d'atenció als immigrants, per la seva situació situació geogràfica i també per proximitat al Centre de Medicina Tropical del Dr. Bada. Les persones que treballen a Drassanes –almenys en la seva gran majoria- estan sensibilitzats amb el problema i els agrada atendre a immigrants, però assumeix que no ocorre el mateix en altres CAPs ni tots els metges de família ho veuen igual.
- * Hi ha un problema gran perquè és un col·lectiu molt itinerant, especialment els quals recullen fruita, doncs es van de Lleida a Logronyo, Múrcia, Almeria,... però com saben que se'ls tracta bé, després vénen aquí encara que estiguin vivint en altre lloc. Vénen usuaris que estan vivint a Tortosa, Lleida, etc.
- * També hi ha un problema de por, pel desconeixement.
- * Hi ha gent que no aquesta empadronada ni és empadronable, i aquests ho tenen malament amb la TIS

**** Per nacionalitat:***

- Els africans són els que solen venir més indocumentats, des de sempre.
- Les dones pakistaneses no vénen per voluntat, sinó perquè el marit les porta quan es casen, vénen per força i quan aterren aquí (vénen del seu poble, la majoria dels pakistanesos són del mateix poble) al·lucinen, però aviat es deixondeixen i acaben duent el rol social de la família. Surten poc però ja duen els seus fills al metge i a l'escola.

Idioma

- Ensenyar castellà a tots ells és difícil, perquè sempre estan treballant, treballen moltes hores i gairebé sempre de forma irregular, és difícil trobar-los i que tinguin temps per a estudiar castellà. És millor facilitar al metge unes eines mínimes per a solucionar els problemes lingüístics, que se'ls doti de temps. El sistema actual de

traducció que ofereix la Conselleria no serveix, no és pràctic i a més ella fa només un any que té telèfon en el despatx.

-Els mediadors tampoc són la solució ja que el pacient vol explicar-li el seu problema al seu metge i no al mediador. De vegades poden ser necessaris en grans intervencions (accidents, intervencions quirúrgiques, etc.) però en la pràctica diària no serveixen.

-La majoria dels metges del CAP saben unes paraules de urdú (o li pregunten a un company que sap) i el pacient ho agraeix molt.

-Els pakistanesos s'enganxen molt, quan coneixen el sistema i el seu funcionament, segueixen els tractaments i no hi ha problemes.

-De vegades perds molt temps fins a saber que el que li ocorre a aquest usuari és que li dol el cap. Això crema al professional perquè no sap com fer-se entendre ni com entendre a l'usuari, i "un es pot cremar per una tuberculosi, però per un mal de cap no mereix la pena", això no pot ser.

-Creu que almenys es podrien traduir una sèrie de documents habituals per als usuaris i que no hagin de ser ells mateixos els facin aquesta labor o ajudin a traduir-los.

Barreres culturals:

-No hi ha problemes cultures per temes de gènere, això és un conte vell que ja és hora de superar-lo. Els homes expliquen i parlen dels seus problemes sexuals moltíssim amb més naturalitat que els espanyols, que tenen més tabús. Ella mai s'ha trobat amb problemes.

-Els pakistanesos treballen molt amb el concepte de fred/calent en relació amb la malaltia, i després ho compensen amb l'alimentació menjant fred o calent per a compensar l'estat del cos.

-Els àrabs són com els andalusos els anys 60, més prepotents, criden més, exterioritzen més, especialment els homes, més exigents, però és una qüestió exclusivament cultural que amb l'ús es va corregint.

-Els pakistanesos, indis i filipins són d'altra cultura, són més respectuosos i tranquils.

-Els de l'Est són més distants, envoltats sempre d'un cert misteri (no saps molt bé d'on és, ni on viu, ni que fa, per exemple: moltes noies es dediquen a la prostitució però no van al metge i les prostitutes nacionals si ho fan i també les africanes), i no solen repetir visita, la solució ha d'ésser en aquest instant perquè després ja els perds, són rars i un poc misteriosos, però van poc.

-Els gitanos també se semblen als àrabs i als andalusos en cultura però després també volen immediatesa, solucions al moment.

Problemes de caire genèric:

Coordinació:

-Hi ha coordinació entre ells en el CAP i amb certs hospitals, però no a nivell transversal: Hospital, Especialitats...

-Fa anys que diuen que s'han de fer canvis però primer "hem de saber on estem, hem de saber el que tenim" i no es passa d'aquesta etapa encara que sembla que ja han tingut temps d'estudiar-lo.

-Hi ha molt desconeixement del que fan els altres" J.M.Picas no sap com actuen les ambulàncies ni quins programes són incompatibles".

-Des de fa anys assisteix a jornades on es plantegen sempre els mateixos problemes de coordinació i mai es fa gens.

-Cada vegada els demanen més emplenar papers, fer informes, històries clíniques etc. i tenen menys temps per a la consulta.

-Tenim 3 programes per a la Primària, 2 del ICS i un dels CAPS No-ICS, que no són incompatibles entre si, de forma que si un pacient es canvia de CAP no es pot enviar la informació ni es pot llegir. Més encara, el programa del seu laboratori que li envia informes sobre les proves que sol·licita no és compatible amb el programa que utilitza per als històries clíniques dels pacients, no pot incorporar el del laboratori, ho ha de teclejar per a introduir-lo.

- * Es fan moltes coses inútils de tot i que costen molt diners, 3 exemples:
- Lèxic bàsic de conversa sanitària en català, castellà, àrab, alemany, francès, anglès i rus, => absolutament inútil, doncs duu molt temps fer una frase i no serveix com eina idiomàtica, no es va usar mai. I ve l'alemany però no l'urdu.
 - Programa Beveu menys, igual, és tota una carpeta per a reduir l'alcoholisme, que és del tot inútil, que és per riure i que mai se li va repartir a ningú
 - "Onada de calor" altra programa inútil, mitjançant el qual es lliurava un ventall amb un sèrie de recomanacions com: posar l'aire condicionat a casa, en el carrer entrar en centres comercials que tinguin aire, passejar a la tarda-nit, etc. Etc. que "no em serveix ni per a donar-li a la meva àvia", perquè es riuria, això és inútil per als avis.
 - Conclusió: Es gasten el diners en moltes coses inútils.

Entrevistat/da	
Nom: Elena (nom fictici)	
Centre: CAP Maragall	Càrrec: Metge de família
Telèfon: 652 119 2...	e-mail:.....

Realització d'entrevista		
Data: 17/02/2005	Lloc: CAP Maragall	
Hora inici: 13:00	Hora final: 14:30	Duració: 1:30

Gent sense sostre

* Creu que el problema és la fase prèvia, el decidir si s'apunten a un CAP o no, el prendre la decisió de tenir cura de la seva salut. Pensen que els metges són els representants d'una societat que els ha rebutjat i en la qual no confien.

* Problema de temps. Ells tenen 7 minuts per a abordar: problemes mèdics, problemes socials problemes de relació i comunicació. Se senten impotents, veuen que el problema és irresoluble, que facis el que facis no mereix la pena: li envio a la infermera? li envio a l'assistenta? No treballes amb la seguretat que mereixi la pena, perquè no seguirà les teves indicacions.

* Solució: Anar a ells, no esperar que vinguin.

Gent gran

* El problema és l'accés físic, en el seu CAP considera que és molt important pel lluny que els queda el CAP dels seus domicilis.

* Hi ha metges que diuen "jo no sé perquè els donen tanta importància a l'atenció dels ancians, si total, moren aviat. Perquè no centren l'atenció en persones més joves que tenen més potencial de vida?".

* Tenen problemes de recursos, de lloc, etc. Pensen que ells estan lluitant tot el temps contra la hipertensió i la diabetis. Després es moren per causes i misèria social en els seus domicilis i el seu entorn per la falta de recursos o la solitud. Tot això és més greu que la diabetis i la hipertensió.

4.2. INFERMERIA

Entrevistat/da	
Nom: Núria (nom fictici)	
Centre: Hospital Clínic	Càrrec: Infermera
Telèfon: 651 733 ...	e-mail:.....

Realització d'entrevista		
Data: 10 de març de 2005		Lloc: Hospital Clínic
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:30	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

* Hi ha tot un seguit de perjudicis del professional que fa que el pacient sempre acabi amb un tracte pitjor:

- Alcohol
- Problemes mentals
- Drogodependència
- Aspecte físic: brut, mala olor

* En aquests casos el professional els hi mira a un metre de distància.

* La brutícia és sempre un factor de discriminació assistencial, de fet, infermeria i auxiliars els renten perquè el metge li tracti com a un més i no li discrimini.

* De vegades es presenta al alcohòlic amb proves prèvies per a evitar el biaix assistencial del metge, perquè no li discrimini.

* Hi ha recursos, però:

- s'han de conèixer, saber que existeixen
- s'han de saber usar adequadament
- tenir sensibilitat o voluntat de fer-lo

* Amb els sense sostre la idea és "tingui el que tingui, no et matis, no hi ha solució i per fi, tots hem de morir".

* Se li relega en els tractaments, espera més, perquè no es queixa (si es queixa i molesta se li passa abans) i "se li està fent un favor". Una vegada ingressats ja és diferent, doncs són reivindicatius amb la atenció. De vegades se'ls envia a centres d'acollida (per a uns dies de convalescència però prefereixen aguantar les regles de l'Hospital que les del centre d'acollida).

* Ells amb Sanitat Respon solucionen molts problemes que no sabrien com resoldre. Però de vegades, si l'usuari no s'explica, el metge i pregunta quatre coses i es desentén.

Gent gran

* L'important és que entri de forma socialment acceptable, perquè se li miri com el *abuelito* simpàtic o el mort que li falten 4 dies. Si entra amb una bata bruta, amb un camisa de dormir bruta, sense endreçar..., fatal, però si ve net i acompanyat de la família, tot és diferent.

* Quan arriben els crònics, EPOCS, etc. el professional ho pren com un càstig, perquè no li aporten gens professionalment, no sortiran endavant i és tot com una pèrdua de temps. Genera frustració clínica i frustració de la persona que en té cura.

* Es pot donar maltractament o tracte vexatori als avis i no hi ha ni un sol professional que s'impliqui en aquests casos.

* Si hi ha una bona qualitat de vida i de salut s'intenta alguna cosa, sinó no. No se li martiritza per a no arribar a cap costat.

* Els crònics => passen a mínims. Però si li acompanyen els familiars o algú que defensi els seus drets tot és diferent, doncs el metge es veu obligat a:

- negociar els tractaments
- donar explicacions
- respectar els drets del pacient
- fer proves per a protegir-se d'acusacions
- donar l'opció de decidir a la família o a l'usuari

Si es pot, si no es veu solució, es deriva.

* Si el vell arriba desprotegit, se li dona un còctel perquè es mori tranquil. Si arriba amb una perforació o en estat greu per qualsevol causa, se li dona un còctel perquè es mori tranquil, però si l'avi arriba bé acompanyat se li fan les proves diagnòstiques necessàries per a veure si es pot fer alguna cosa no.

* Amb altres col·lectius: deficients, salut mental, etc., també ocorre. Basti veure l'ocorregut en el Hospital del Mar, quan envien per a la casa seva a una deficient amb els dos peus trencats.

* En la mateixa línia estaria l'elevat nombre de morts en Urgències de l'Hospital Sever Ochoa de Leganés (País, 12/13/03/2005), en la seva majoria persones grans.

* La coordinació de vegades és impossible, ells s'entenen bé amb el CAPSE.

* Entren en Urgències i allí hi ha un administratiu i un camiller. Ells no discriminen perquè no estan qualificats i per problemes jurídics, tots passen a algun professional i després aquest fa la selecció o derivacions, molts es deriven (Urgències de primer nivell, urgències del barri), depèn del mateix Hospital.

* Factura: es fa una factura informativa (que ningú paga en les urgències hospitalàries) i quan hi ha ingressos es fa signar un compromís de pagament.

* Còctel Y: morfina, tranxilium i midazolam o dormicum => Avinesa (Associació de de Negligències Sanitàries). És una sedació pal·liativa, per a evitar dolors innecessaris.

Immigrants

* El primer problema és la tolerància al dolor i la manifestació del dolor, que fa molt difícil el seu tractament ja dificulta conèixer el seu simptomatologia.

* Els llatins exageren moltíssim, es tallen un mica un dit i sembla que s'estiguin morint i els subsaharians mostren una gran contenció (per costum, ètica..., o perquè els sembla que és no aquesta bé, que un signe de debilitat manifestar-lo d'altra manera, queixar-se). Els asiàtics també exageren un mica però menys que els llatins.

* Amb els àrabs hi ha problemes, són agressius i impacients, però depèn del seu nivell cultural, doncs els quals tenen un bon nivell cultural no presenten problemes, és un problema més de comunicació que d'educació. Però sempre és pel mateix, perquè no volen esperar, volen ser els primers sempre i si ho fas així no tenen cap problema. Després també tenen dificultat per a acceptar ordres de dones, els molesta molt que una dona els doni ordres, si és un home ja és diferent. Les dones àrabs no molesten perquè no parlen. De vegades pretenen treure partit esgrimint la discriminació a favor seu.

* En Urgències l'important és el cas, no el pacient => tracte igualitari, en principi.

* L'equip col·lateral influeix molt en el metge (si negativitza les seves actuacions) -i en AP aquest equip està molt lluny o no està-, doncs si la primera vegada que escoltes "moro" o "moro de merda" li dius: Com, que ha dit?, això ja no es repeteix. O quan diu "un de color", li dius que color, verd?, i et diu que no que és negre, tampoc ho repeteix, però si l'equip col·lateral no fa aquest fre o li dona suport (li reafirma), llavors això es converteix en alguna cosa exponencial. En l'Hospital es depèn molt de l'equip humà, del col·lectiu, ja que aquest bloquegen actituds radicals.

4.3. TREBALLADORS/ES SOCIALS

Entrevistat	
Nom: Inés (nom fictici)	
Centre: CAP	Càrrec: Serveis socials
Telèfon: 93 446 29 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 14 de gener de 2005		Lloc: CAP
Hora inici: 18:00	Hora final: 19:30	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

- * No solen treballar amb ells, els envien al Centre de Meridiana.
- * Són gent molt desarrelada, poc sociables.

Gent gran

- * Actuen sota demanda sempre (els veïns són els quals solen interessar-se pel tema, però per pur egoisme i per por)
- * Hi ha dosificadors farmacèutics per als medicaments, i sinó l'Assistència Social, això no poden encarregar-se de l'administració de medicaments. Hi ha CAPs privats (Sardenya/Sanlleí) que si ho fan, a domicili, o tenen especialistes per a fer extraccions a nens de 0-3 anys. Treballen també per a la galeria, per imatge, per a tenir la gent contenta, però no per a oferir més qualitat. Hi ha explotació laboral i persones fent tasques que no els corresponen per formació i salari.
- ATDOM (atenció domiciliària) per als crònics.
- * El *mobing* immobiliari és gravíssim i afecta a la salut:
 - Genera estrès
 - Els posen graons grans perquè no puguin pujar-los
 - Els posen immigrants o veïns molestos.
 - Els fan sentir-se bojós: a una senyora li menjaven les galetes per la finestra i després quan ella ho relatava li deien que tenia que anar al metge o al psiquiatra.

Immigrants

- * Tot el qual està empadronat tenen targeta sanitària i se li atén.
- * Els quals no poden donar un domicili (perquè l'amo o la persona amb la conviuen no volen, etc.) se'ls fa l'empadronament genèric (els ajuntaments de fora de BCN no ho solen fer, perquè tampoc es troben amb aquesta problemàtica), els il·legals estan on hi ha Port i Aeroport.
- * Els de l'Est, en el districte, cada país dona sempre la mateixa adreça, pot haver 200 empadronats en el mateix pis.
- * Els principals problemes són idiomàtics i culturals (els primers són majors). De vegades porten una quantitat de diners i s'estan aquí fins a que ho acaben i no s'alimenten per a no acabar-lo, viuen amb aigua i vitamines que porten dels seus països.
- * Quan hi ha problemes idiomàtics, el CAP flama a: Sanitat respon perquè busquis un traductor, el que sí sol fer molt ràpid. Els pacients quan tenen un problema de salut es fan entendre: assenyalen on els dol i diuen: *please, help me, help me.*

- * Hi ha menors emancipats, que treballen viuen amb uns altres o independentment i que no generen problemes, però quan tenen problemes sanitaris van a l'Hospital, que els atén, però per a donar-los de banda ha de cridar als Mossos d'Esquadra.
- * Hi ha moltes adolescents que es queden embarassades, no prenen cap precaució i a més al ser molt dependents, no poden negar-li el sexe als seus mantenidors, vénen ja en condicions de dependència.
- * En el districte hi ha bàsicament equatorians.
- * Hi ha turisme sanitari. Hi ha persones que es porten a les seves familiars perquè se'ls tracti d'una patologia i després es tornen al lloc d'origen. S'aprofiten del sistema. Als nacionals, per a donar-los els medicaments gratuïts:
 - Tenir més de 65 anys
 - Tenir una minusvalia igual o superior al 33%
 - Que la despesa en medicaments superi el 5% de la renda. Però als immigrants se'ls exigeixen menys requisits.
- * Es fan moltes coses de cara a la galeria o per oportunisme polític.
- * No es conta mai amb els ciutadans ni amb els professionals de la salut per a engegar els nous serveis, programes, actuacions... S'ha engegat en el CAP i a nivell del Districte, un Banc de material ortopèdic (perquè el qual no usa una mica: cadira de rodes, croses, llit articulad, etc...), es diu i el Banc va al domicili a recollir això, i això s'està utilitzant com un servei de recollida de mobles vells, criden perquè els recullin un llit que els destorba i que els cobrarien per recollir-la i treure-se-la del pis. No s'ha pensat en l'adequat del programa, la seva implementació, les necessitats, tipus d'usuari, etc. etc.

Altres aspectes

- * El CAP s'associa amb malaltia, i elles no són malalties. En el CAP es poden trobar a amics, veïns, familiars...
- * No hi ha Assistent Social en tots els CAPs, sol haver 1 per cada 2/3 CAPs i en els CAP privats no és obligatori. Ella creu que a més, no estan molt valorades pel ICS, estan en la cua, després de metges i infermeres.
- * Creu que l'atenció sanitària depèn molt del metge que a un li toqui, les diferències entre metges són molt grans i no es degué deixar la salut en mans d'uns pocs a l'atzar.
- * Els quals estan prop del CAP tenen molta més atenció i accés que els quals viuen lluny i tenen costes o dificultats de mobilitat. Hi ha persones cròniques o terminals que passen fins a dues vegades diàries pel CAP, però els des de lluny no, i el CAP de Maragall és un macroCAP, amb 4 equips (quan la majoria tenen 1) i que abasta molt territori i les distàncies són molt grans per a un districte molt envellit.
- * La sanitat, com la resta de l'Administració, està pensada per a gent d'una edat (la laboral) i per a un nivell educatiu (mig) la resta sempre tenen dificultats.
- * De vegades, en reunions, el ICAS i el Consorci Sanitari de BCN, es barallen per a treure's el mort de damunt, hi ha pacients que ningú els vol. El mateix ocorre amb els serveis municipals de salut mental: si passa de 65 anys "Ya no és mío".
- * Les residències, si són de BCN => Serveis Socials de l'Ajuntament, però si són de fora de BCN ja és cosa dels CAPs. Hi ha multiplicitat de programes, organismes, centres, etc. i l'usuari es mareja i es cansa i és un usuari amb dificultats de mobilitat, o que no coneix la ciutat o que no domina l'idioma.

Entrevistat/da	
Nom: Neus (nom fictici)	
Centre: CAP	Càrrec: Treballadora social
Telèfon: 630 52 94 63	e-mail:.....

Realització d'entrevista		
Data: 7 de febrer de 2005		Lloc: CAP
Hora inici: 13:00	Hora final: 14:30	Duració: 2:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Informació general

- * A Sant Martí hi ha 2 ABS, y només la Vila Olímpica es del PAMEN, la resta son ICS.
- * Les TIS les dones els Serveis Socials dels CAPs o el SAUs

Gent sense sostre

- * No coneix molt el col·lectiu, els hi arriben pocs usuaris en aquesta situació. Coneixen el tema dels gitanos - romanesos que estan assentats a diferents solars de Sant Martí i Sant Andreu. És un problema molt gros -administratiu y de salut- allà on van. Tenen 18/20 anys, no tenen DNI, ni edat exacte, neixen a la furgoneta y no consten a reu. Els portuguesos son bona gent y més correctes que d'altres.
- * Tenen problemes buco-dentals, sarna, paràsits, ... hi ha més de 1000
- * Tenen targetes, però les perden, les intercanvien. A nivell informàtic és fatal.
- * Los portugueses ponen primer el cognom de la mare, però després quan tenen el NIE se'ls posa primer el cognom del pare primer (la aplicació informàtica) "y es un cristo", no hi ha qui s'aclareixi.

Gent gran

- * Problema d'accés prové de la pèrdua de mobilitat o de capacitats cogitaves.
- * Programa: Salut a casa. No arriba sempre i amb la qualitat que caldria. Es fa cerca activa mitjançant telèfon. Es visiten aquells casos que es creuen de necessitat, 1, 2 o 3 vegades any. Es fa crivatge i no es fa de manera regular. Sempre s'intenta incloure la mínima gent a visita a domicili, s'intenta que vinguin al centre, que es moguin, que es vinculin.
- * Gent que està més a prop pot arribar a venir dos o tres vegades a la setmana. La sensació dels professionals es que "**som massa accessibles**", la gent ve massa.
- * Demanar visita: El més ràpid és internet però la gent gran no accedeix. Venir al centre és llavors la millor forma.
- * Medicació: És un problema greu perquè la gent no paga res, agafen un medicament, el comenten, diuen que no els hi va bé y el canvien per un altre, com que no pagues.... A les cases hi ha farmacioles impressionants. S'haurien de revisar tractaments a llarg termini. Això passa per posar més metges, perquè no hi ha temps.
- * Surten de l'Hospital amb un medicament i el prenen tota la vida,....
- * Altes. Prealt: Està pactat que no es donen altes ni en cap de setmana ni els divendres. Treballen amb Hospital del Mar y amb els serveis de ATDOM. Però hi ha molta variabilitat en el territori. Després hi ha un problema amb les ingressos: Hi ha llits ocupats per gent que hauria estar a residències... Cal coordinació.

Immigrants

* Els arriba molta població en situació irregular. A Poblenou els col·lectiu més nombrós, però, és el sud-americà. De parla no hispana es troben amb molts asiàtics (pakistanesos) i magrebins. Pocs subsaharians.

* Atenció sanitària universal. Només cal empadronament. Decret 55/1990 (regula l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària)

* Tenen protocol d'acollida que el fa ella mateixa i demana tota una sèrie de dades perquè puguin treballar els altres professionals.

* Irregulars accedeixen per la via no contributiva i en el cas del CAP de Lope de Vega han de passar per l'assistenta social. Però hi ha diferència entre centres, hi ha llocs on ho tramiten els administratius.

* Procés per accedir a targeta:

- Primera visita d'acollida: Es recull la història clínica, les condicions socials i es contempla si hi ha empadronament o no. Es registren una sèrie d'items, entre els que està la ruta migratòria. Es dona informació sobre el funcionament del centre.
- El centre té una medidora cultural argelina dos dies a la setmana. Parla francès, anglès i àrab.
- Tramitació de targetes per sense recursos (quan tenen el NIE i ha de informar, per qüestions informàtiques). Tothom que treballa sense cotitzar (construcció, treballadores familiars...) Encara que tinguin ingressos se'ls tramita la targeta per aquesta via. De fet, qualsevol persona que no ho pot fer per via contributiva ho ha de fer d'aquesta manera. De forma que hi ha gent amb un nivell adquisitiu molt alt (gent que ve a estudiar amb beques, de famílies riques al país d'origen -sud-americans-) que estan classificats com a sense recursos, donat que administrativament no poden contribuir.
- Primer, accedeixen a un paper provisional. És un resguard a utilitzar durant els mesos que els arriba la targeta definitiva. El problema és que no tenen domicili fix, molts cops posen l'adreça del centre. A això s'ha d'afegir que informàticament tots els camps han d'estar correctament omplerts, sinó no es tramitarà. En molts casos es queden penjats en aquest procés.
- Amb la targeta provisionals, els hi posen pegues a totes bandes: a la farmàcia, a l'hospital, per prestacions ortopèdiques. Normalment és per qüestió de facturació. A Catalunya s'ha tret el número d'afiliació a la SS, ara es factura pel CIP, però encara hi ha institucions/centres/farmàcies que no ho tenen clar y demanen el número de SS, però a les TIS ja no hi consta i genera problemes burocràtics.. Amb la provisional es té un CIP, també.
- Accés a consultes: si no tenen assignat un metge no els arriba la TIS, perquè l'aplicació informàtica no ho permet. I no se'ls pot assignar metge si.... Aquest és un dels motius pels que es queden penjats en el tràmit.

* Empadronament: Tothom es pot empadronar amb passaport, sense documentació són molts pocs casos. En la seva experiència només s'ho ha trobat un cop. Existeix l'empadronament sense domicili fix, que p. Eix. No serveix per a Interior.

* Quan no tenen recursos per comprar les medicines, els SS acudeixen a la F. J. Truita i els hi proporciona, especialment quan prenen molta medicació, nens amb deficiència, etc.

Propostes:

- Centralitzar el servei per demanar visita en un *call center*.
- Hospital mitjà - petit que abarqui menys població. Barcelona-ciutat es troba en situació de desigualtat respecte d'altres municipis més petits com Granollers, Palamos, etc. que tenen hospital d'aguts. Estem maltractats administrativament. Per exemple a Barcelona per operació de pròtesis de genoll hi ha una llista d'espera de 27/28 mesos, mentre a Palamós és de 7

mesos. Una dona del Poblenou per parir ha d'anar al Vall d'Hebron, y allò es massa gran, complicat, llunyà, i complex.

- S. Martí té 350.000h, és el més gran de la ciutat y no te un Hospital d'aguts, no hi ha on parir, però a la zona alta sobren centres.
- Barcelona - Granollers, Palamós => problemes de equitat.
- Als ajuntaments petits, el municipi gestiona una residència, però a Barcelona no.
- A la Garriga hi ha moltes més residències per cada 100 hectàrees que a Barcelona.
- Escoltar a la gent que treballa a primària. Planifiquen des de dalt i queden allunyats de la realitat.
- Més temps pels metges. Les visites es programen cada 4/5 minuts i Urgències 1 minut inclòs.
- Pel col·lectiu d'immigrants: Els protocols d'acollida són bàsics, amb seguiment del procés fins que surt la targeta.
- Per la gent sense sostre: Hi ha molt tema de treball social. La figura de l'assistent social.
- Gent gran: Increment del nombre de metges per poder fer una cerca activa.
- Falta coordinació entre sanitat i benestar (que abans estaven junts) i entre Benestar i Serveis Socials. No es poden entendre aquests àmbits per separat.
- Coordinació informàtica: OMAP (empresa) ECAP => ICS, però cap dels dos funciona del tot bé y són incompatibles.

Entrevistat/da	
Nom: María José (nom fictici)	
Centre: Hospital	Càrrec: Treballadora social
Telèfon: 93 227 54 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 12 de febrer de 2005		Lloc: Hospital
Hora inici: 10:00	Hora final: 12:00	Duració: 2:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Informació general

- * Només ells tenen treballadors socials permanent les 24h, el Mar i Sant Pau tenen les de planta que duen un "cerca" (generalment fan serveis rotatoris) però el cap de setmana no estan, de forma que de vegades li arriben a ella casos que no són seus perquè els altres no treballen.
- * Trasllats => no té informació ni queixes
- * Espera => després del cribatge que fa el metge de guàrdia, tots tenen una hora d'entrada (i dia) i van per rigorós ordre d'arribada.
- * Atenció => pel decret s'atén a tot el món, després ja es veurà com es cobra.
- * Ells facturen i l'usuari ha de signar un compromís de pagament, però després això l'hi passen al ICS (per a cobrar ells) i el ICS seria l'encarregat de perseguir als deutors. També els envien A Salut i Família, que sembla que els dóna una espècie de vals per a lliurar en l'Hospital, i alguns (pocs) van a lliurar-los després.
- * Coordinació => es coordinen molt bé amb els dos CAPs seus (40% ajuntament i 60% clínic, o alguna cosa així) i amb els altres depèn.
- * Amb els serveis socials també ocorre el mateix, amb Sants, és impossible, tot són problemes.
- * La visita costa 200€, si és un refredat o grip surt cara, però si és problema que requereix proves diagnòstiques és realment barata.
- * Medicaments => en Urgències no donen medicaments, donen una recepta normal que serveix per a anar directament a la Farmàcia, però s'ha de pagar el 100%. ALS quals es donen d'alta en planta, de vegades, sí que se'ls donen medicaments, mitjançant receptes com les de primària.
- * També se'ls dóna un document informàtic amb instruccions per a les preses, i amb un dibuix dels medicaments a prendre, el que va molt bé per la gent gran.

Gent sense sostre

- * Tracte => el metge no mira (ni sap) de la situació personal de l'usuari, li atén i si fa falta li ingressa i després la resta és problema dels administratius.
- * De vegades els arriben persones amb polls, brutes, begudes, desnutridas,... i el tracte és igualitari, diu. Tenen una banyera i de vegades els banyen i surt de tot, i a més, per a casos especials, tenen dos "boxes" tancats i els posen allí, aïllats de la resta.
- * Fa poc van tenir diversos dies un llit d'aguts ocupada per una persona amb sarna (per a evitar el contagi) quan el seu lloc no era aquest.

Gent gran

* Majors => el problema major és la solitud, estan molt sols. Alguns tenen 2 , 3 o 4 ingressos en el mes:

- "i ara perquè ve",

- "perquè em dol molt",

- "i perquè no ha anat al CAP",

- "ah, és que em dol molt..."

* Són avis que no volen anar a serveis socials ni que aquests vagin als seus domicilis i estan sols i aïllats.

* Van molt al llarg de la nit, que és quan la solitud és major.

* Fan un ús inadequat del servei perquè desconeixen els horaris i serveis dels seus CAPs de referència (els horaris són un autèntic follón per a qualsevol), no saben que el seu metge té 1h diària per a urgències.

* El que es fa és avisar a l'ambulatori perquè faci atenció a domicili i aquest a S. S. i així sí que poden entrar, però sinó no.

* Altes => quan són casos especials, ells (T.S.) informen al metge de la situació i aquest pren la decisió que crea oportuna, de vegades rondinen però els aguanten un poc més, com el de la sarna.

* El PREALT tot just funciona, és solament un pla pilot.

* S. S. => estan saturats i no tenen pressupost. Mor una persona que tenia un servei concedit i no sempre poden activar-lo per a altra persona encara que compleixi els requisits, per que no hi ha pressupost.

* Es triga gairebé un any a tramitar una residència, i després quan la concedeixen, li donen a triar una, i després pot estar mesos (de 3 a 6) en llista d'espera per a ingressar, i molts ja es van abans d'ingressar.

* Se'ls demana que facin ells la petició (no serveix feta per altre T.S. etc.) tan bon punt aportin moltíssima documentació i tan bon punt esperin.

Immigrants

* Estrangers => problemes d'idioma, no tenen mediadors culturals i acudeixen a professionals que parlen diversos idiomes, però els saturen i alguns es cansen. * Acudeixen molt a Sanitat Respon i els soluciona la papereta, als Consolats i fins i tot de vegades a l'Ambaixada. Però aquests i tenen els seus horaris i a la nit i els caps de setmana no funcionen i encara que tinguin un servei d'urgència, depèn dels quals els uns i els altres entenguin per urgència.

Entrevistat/da	
Nom: Luisa i Andrea (noms ficticis)	
Centre: Hospital	Càrrec: Treballadores socials
Telèfon: 93 248 30 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 16 de febrer de 2005		Lloc: Hospital.....
Hora inici: 12:00	Hora final: 14:30	Duració: 2:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre:

* Molts d'ells pateixen trastorns de conducta, afecta a nivell orgànic i mental. Gran dificultat per apropar-s'hi. Sovint l'ingrés significa un moment d'inflexió, "d'adonar-se" a les condicions a les que s'ha arribat. Però molts ja arriben a un nivell de deteriorament que aquesta presa de consciència no es dona.

* Principal problema: No existeixen recursos destinats a aquest col·lectiu.

* Davant la denúncia sobre altes prematures, que els metges es queixen d'olor a alcohol: "Nosaltres tenim l'altra versió: On està el servei social que es faci càrrec d'aquesta gent quan surt de l'hospital. El fet d'endarrerir l'alta no serveix de res."

* Cas d'home amb problema respiratori. Albergs i pensions no deixen tenir ampolles d'oxigen, i aquesta gent és on viu a temporades. Des del sistema sanitari es diu que el que necessita és un centre. Tot és sanitari, i on estan els drets socials? S'han de mirar de solucionar les condicions de vida. Els seus problemes de salut són majoritàriament fruit de la seva situació precària. A nivell sanitari som uns privilegiats, però no a nivell social.

* Discurs del metge: ¿De què serveix resoldre el problema sanitari, si resulta que ningú pot garantir que segueixi un tractament? Els resultat es que se'ls hi va posant *parches*

* Molts reben PNCs, o PIRMI, no poden tenir hàbits saludables. Són els exclosos dels exclosos. Manca de suport familiar que no cobreix el sistema social.

* Hi ha una fase prèvia a la cronificació d'aquesta situació. S'ha d'evitar que arribin a aquesta fase de desarrelament, si no s'agafen a tems estaran sempre dins de la roda. No es fa prevenció.

* Consideren que els metges tenen capacitat d'entendre la situació del col·lectiu i que hi ha sensibilitat, al menys entre els professionals del nostre hospital.

* "Lo sanitario expulsa a lo social y lo social a lo sanitario"-

Ajuntament => És problema sociosanitari.

Sanitat => Requereix un sostre on viure

Recursos => Es tracta de poder tenir una vida digna per poder seguir els tractaments.

Gent gran

* Problema de gent gran que viu sola. Els que tenen sort se'ls adjudica una treballadora familiar, que els hi vindrà una hora i mitja al dia y no tots els dies de la setmana. És un suport però no solucionen moltes problemàtiques: tema medicació.

* Medicació: Necessiten control, ho ha de fer una treballadora o des de un centre de dia, però llavors aquesta TS ha de venir a la consulta con el usuari.

* Ús abusiu de les urgències? Entre les persones que no tenen suport social o familiar es dona. És una via d'accés sense cap filtre i per tant implica un mal ús. Van molt els que tenen suport social i familiar.

* Las abuelos malmueren, tienen una muerte fatal, abandonados.

Las insuficiencias cardíacas provocan muchos reingresos, medicamentos, bajas laborales etc.

Immigrants

* Greu problema amb els indocumentats. Molts cops són indocumentats voluntaris perquè tenen por. Força gent sense targeta, i amb targetes d'altres d'usuaris (els ha passat sovint).

* A nivell d'urgències no hi ha problema, ni per hospitalització. Quan marxen se'ls factura però no signen res. Se'ls informa del procés però no s'emporten cap factura.

* S'està suplint molta atenció primària amb els serveis d'urgències, perquè s'assegura la visita.

* Persones amb molts historials oberts (casos de fins a 8), perquè cada administratiu obre una de nova ja que ells en no tenir NIE donen un nom i l'administratiu ho escriu com creure però no com ho va fer l'anterior. Ho escriu com ell creu o són ells mateixos que donen un altre nom. Donen noms diferents... ¡Estos van mucho y dicen que no han ido nunca.

* Volum important de població gestant, embarassades.

* Molts d'ells ja venen malalts, arriben desinformats i pensen que des d'aquí ho tenen tot cobert. Els has de muntar la vida aquí: allotjament, menjadors... I gràcies que els de Càrites et cobreixen una part, els de l'altra entitat una altra part... Serveis de l'ajuntament no cobreixen necessitats (Conveni Ajuntament- Creu Roja: No tenen recursos, et solucionen el problema de forma molt puntual i temporalment, la C. Roja està totalment saturada).

* Cobreixen les deficiències Càrites, Creu Roja... L'ajuntament diu que en no estar empadronats al territori no poden ser atesos. El tema del territori serveix d'excusa. Tot són criteris d'exclusió, cap d'inclusió. Hi ha accions puntuals però ningú ha pensat que aquestes persones poden ser dependents per tota la vida.

* Quan hi ha morts és complicadíssim trobar als familiars de persones sense NIE, no se sap que fer amb ells.

* Els malalts mentals no els vol ningú (siguin o no immigrants). Si això sumem el problema de les drogues i la situació d'indocumentació, el problema és gros i ningú vol carregar amb aquestes persones.

* No tenir CIP (no targeta definitiva): Problemes per determinades prestacions, com per exemple les ortopèdiques.

* Els que tenen domicili se'ls hi fa factura.

* Barrera idiomàtica: Tens mediadors però de vegades no tens. Ús de Sanitat Respon. Anava molt bé el servei que tenia Creu Roja d'interprets, era presencial. Però es va retallar i va quedar fora. El servei de mediació que tenim ara funciona bé, però cada cop ens el retallen més. Els tríptics es troben en diferents idiomes, hi ha alguns sobre drogues.

Aspectes de caire generaY:

* Variabilitat en el territori: Depèn dels recursos que cada districte dediqui a cada tema, y de qui trobes a cada lloc.

* No interacció entre l'àmbit social i sanitari, mentre estiguin dissociats i tots dos sistemes s'expulsin mútuament no hi haurà bon funcionament.

* Els recursos que hi ha són tot misèries. Per exemple:

- o Viure en família => Porta un any aprovat i no està actiu
- o Dinars a domicili, abans es feia tots els dies, ara dos o tres cops per setmana. Això provoca problemes d'higiene i d'alimentació.

Anem demanant a Salut i Família, a la farmàcia de l'hospital, a la Fundació Trueta, a Càrites, etc. De vegades quan tens un problema has de fer quatre o cinc sol·licituds per a la mateixa persona, a diferents llocs, per que algú aculli la petició.

* Per al polític tot està resolt, perquè els recursos existeixen en cada cas segons la necessitat. El problema, a la pràctica, és com s'accedeix i qui ho fa, donat que quan vols accedir-hi tot són traves (criteris d'exclusió i no d'inclusió). Falta pressupost, existeixen recursos però no fons per proveir-los.

Propostes per millorar l'accés:

- Més acompanyaments per gent gran
- Més recursos a nivell social que cobreixin necessitats. Ajuts socials són misèries: treballadores familiars una hora i mitja, incompatibilitats d'ajuts. Sensació de demanar caritat.
- Cal establir prioritats: Es vol protegir a la població més fràgil o no?
- Més organització. De poc serveix tanta innovació tecnològica si la persona no té recursos per seguir tractaments.
- Molts recursos dedicats a informació però que a sota no tenen res. Hi ha molts professionals per informar del mateix. Fan falta més recursos d'atenció y menys gent donant informació. Tot el món informa las immigrants però ningú els atén realment.
- Un altre mitjà per fer trasllat de gent gran a visita hospitalària: Han d'esperar sis hores per una ambulància.
- S'ha de canviar la filosofia de fons. És un sistema social (no sanitari) basat en l'exclusió perquè cada centre marca els seus criteris. Si tens un perfil pluri - problemàtic hi ha moltes dificultats per derivar a centres (si hi ha algun problema mental, encara és més difícil).

Entrevistat/da	
Nom: Laia i Marina (noms ficticis)	
Centre: CAP	Càrrec: Treballadores socials
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 25 de febrer de 2005		Lloc: CAP
Hora inici: 13:30	Hora final: 15:00	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

- * Són persones que no volen cap seguiment, solament alguna cosa puntual, però en el seu cas no tenen usuaris d'aquest col·lectiu.
- * Es necessita més formació del professional i major sensibilització.

Gent gran

- * Fan recerca activa cada dos mesos i els visiten fent un seguiment.
- * Del PREALT funciona alguna cosa, en aquest cas, la infermera en 48h passa pel domicili per a analitzar la situació. Després hi ha altre programa diferent de "continuitat assistencial".
- * Es donen cites per a una setmana, i de vegades per a dos setmanes o més tard.
- * En el CAP es formen cues molt llargues ja que hi ha poca gent per a atendre i es posen totes les persones en la mateixa cua: targetes, canvis, hores, proves, etc. Està força desorganitzat.

Col·lectiu d'immigrants: Ells no tramiten targetes sanitàries, no s'han trobat davant aquesta tasca.

Opinions genèriques:

- * S'ha d'intercanviar més informació i estandarditzar-la.
- * S'ha d'informar al funcionari sobre els procediments (elles no saben com es fan certes coses i els metges no saben com es fa res, especialment els nous)
- * Educació sanitària: La gent no sap quina funció tenen les treballadores socials.
- * Als CAPs s'ha d'atendre a la gent com més aviat.
- * No es fa treball comunitari, no ho volen els caps, només els interessa l'atenció individual i com més aviat.
- * A elles una entrevista els genera treball, el metge fa la visita i ha acabat. Però elles quan l'usuari marxa, llavors comença el seu treball de debò, és molt diferent i la gent no ho entén. Ells diuen que han de venir el cap de setmana perquè hi ha urgències però la inserció social mai és urgent.

Altres dades d'interès
* Són molt joves, no porten molt temps en el seu lloc de treball i no controlen molt el tema.
* No tramiten la TIS

Entrevistat/da	
Nom: Lourdes i Marga (noms ficticis)	
Centre: CAP	Càrrec: Treballadores socials
Telèfon: 93 442 15 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 25 de febrer de 2005		Lloc: CAP
Hora inici: 9:30	Hora final: 12:30	Duració: 3 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre

- * Per a ells és tot molt burocràtic, i llavors ells es queden amb la idea de "no em volen atendre" i es van.
- * Aquest col·lectiu cerca/requereix una intervenció puntual i ràpida. És el gran problema dels sense sostre, hi ha una demanda puntual que requereix una resposta immediata, perquè perds al pacient.
- * Ells atenen a tots els de BCN i a alguns de fora.
- * Targeta: En aquest col·lectiu hi ha persones amb i sense. Normalment no tenen mèdic assignat. Se'ls demana padró i moure una sèrie de papers, cosa que ells viuen com si no els volguessin atendre. Aquesta és una barrera important.
- * Medicaments: Sense CIP se'ls fa una recepta blanca. Si en algun moment de la seva vida han tingut número de seguretat social, se'ls pot fer, sinó se'ls fa recepta blanca (passen per les assistents socials del CAP). Si el metge percep que no hi ha recursos per a adquirir medicaments, es dirigeix a la Fundació Trueta. Problema: En temes de salut mental aquesta entitat no proporciona medicaments.
- * Ara hi ha molts estrangers joves entre els *homeless* que serien fàcils d'integrar, doncs aquests volen treballar i integrar-se. => després, caldria subdividir el col·lectiu i després actuar amb cada grup per separat. El *homeless* de tota la vida, l'autòcton amb algun tipus d'addicció o amb problemes de salut mental és més complicat.

*** Propostes per a la gent sense sostre:**

- Crear una vinculació amb la persona, a través de Arrels o institucions. Es nota molt quan no estan vinculats a cap tipus d'entitat.
- Tenir en compte tipologies dintre del col·lectiu.
- Per al col·lectiu autòcton: Fan mancada unitats que vagi a buscar-los. El paper dels educadors de carrers és essencial.

Gent gran

* S'hauria de posar el telealarma a tota la població gran que es troba sola. Aquests telealarmes tenen fallades i requereix:

- sensibilitzar als usuaris (claus, ús, etc.
- altres sistemes per a dur-los menys molests
- els sords no ho poden dur
- els quals no tenen telèfon tampoc.
- caldria cridar-los cada dia o ara i adés

- per a salut mental/demència no serveixen, no es donen

* Es fa recerca activa, es va a domicili.

* Hi ha persones que no tenen telèfon, que no tenen aigua calenta, que viuen soles. Sense ascensor, sense rentadora, amb estufes elèctriques de resistències que gairebé mai usen perquè gasten molt i després no poden pagar el corrent.

* En moltes ocasions tenen els horaris canviats: S'aixequen al migdia, es fiquen al llit tard...

* Hi ha persones que no veuen, estan esperant per a una operació de cataractes, i encén un llumí per a encendre el foc i després per a veure si hi ha foc o no posen la mà, doncs com no veuen intenten percebre la calor. Catifes, etc. => els habitatges no estan mínimament adaptades a les seves necessitats. Barreres arquitectòniques. Tampoc poden fer reformes o condicionar-les per falta de recursos econòmics. Això fa que siguin gent molt perillosa en domicili, gran risc d'accident domèstic.

* Les ambulàncies els deixen a la porta de casa, no els puja, és la norma, enguixats, embenats, etc. Després els pugen els veïns. No es dona un cas, sinó molts.

* Les treballadores familiars s'estan reduint en dies i hores, el més normal és que vagin 1h o 1'30h, 2h. 2 dies /setmana.

* Els hospitals, donen abans l'alta als ancians si no hi ha pressió de permanència. De forma, que els més desprotegits, els quals no té família ni suport, són els quals es donen abans d'alta ja que ningú fa pressió per la seva permanència en el centre hospitalari, són els candidats a les altes més primerenques. Aquests ja no arriben al treballador social de l'Hospital, ho decideix el metge només.

* El PREALT no funciona, és bona idea però no va. Té una teoria fantàstica darrere però no funciona. Cal partir de la base que aquestes persones no arriben a l'assistent social, amb la qual cosa no entra en Prealt. Seria idíl·lic, però no interessa en els hospitals.

* Les treballadores familiars poden assumir diferents funcions (compra, neteja, tràmits, etc.) però les quals assumeixen tasques sanitàries deguessin tenir certa formació i acompanyar a l'usuari al metge i coordinar-se amb treball social, i no es fa.

* El problema major és la solitud. Són persones que s'han quedat sense suport social, de vegades en l'escala són l'única persona autòctona o l'única dels veïns que havia fa 10 anys. Viuen aïllats, sense entorn social. Després, utilitzen molt el telèfon, no poden pagar les factures i se'ls han de restringir les cridades (Telefònica té un programa per a majors de 15€ mes com límit).

* No es financen les ulleres, audifons, dentadura, ortopèdia... Ells tenen un banc d'aparells ortopèdics que va funcionant si ho segueixen, però el de BCN no funciona. En el seu CAP no tenen estoc estable i és insuficient. En el moment de l'entrevista sol tenies dues cadires de rodes.

* A veges-los els programen endoscopies a les 3 o 4 del matí, perquè s'esperin menys, i sinó volen aquesta hora han d'esperar-se 4 mesos. => això afecta als majors solos, que no voldran/podran anar a les 4 del matí.

* Es té la idea que es prioritza a la gent jove, productiva, doncs l'ancià no va a millorar molt i no perd de guanyar diners per a la família.

* Quan els diuen que les llistes són de 2 o 3 anys, molts ja no s'apunten, pensen que no mereix la pena, que moriran abans.

* Les demències i la salut mental augmenta i complica tot el tema de la gent major. En casos de demència es donen molt dos extrems: la multifrecuència o qui no apareix pel CAP.

* Des de el treball social es prioritza sempre per necessitats. Es prioritza a aquell que necessita un recurs i que no tenen altres mitjans de suport (família, etc.) que l'hi puguin proveir. Sobretot en patologies que són pròpies de l'edat, es prioritza al jove que les pateix.

* A elles, el prestigi social del metge els ajuda molt en certes ocasions, el metge "és Déu" per als ancians.

* A persones amb malaltia mental ja no se'ls opera de cataractes perquè és perdre temps i diners.

Immigrants

* La qüestió cultura de vegades impedeix seguir bé els tractament. Sobretot pel tema de les religions La TIS provisional posa que val per 3 mesos, però se sol acceptar igual.

* En el mateix CAP es poden donar explicacions/solucions distintes segons l'administratiu de torn (els passa amb el seu AUS).

* La idea del professional seria "feix el que puguis però no t'esforcis", i després, depèn molt de com ho demani l'usuari, el qual va exigint ho té malament.

* Es fa discriminació positiva a favor de l'immigrant, doncs a l'autòcton se li demana justificants de tot: quant guanyen, quant guanya la seva família, quant paguen pel pis, quant diners tenen en el banc,..., i si passen per unes 10.000 pessetes. de més se'ls denega l'ajuda, i els immigrants, com no tenen comprovants de res (estan rellogats i paguen el pis en negre, cobren en negre, no tenen família, no poden obrir comptes...) ens hem de fiar dels quals ens diuen i de vegades guanyen diners però poden accedir i els d'aquí no. És injust, la gent es queixa i la gent alguna cosa sap, pot ser un poc injust.

* L'idioma és un gran problema, generalment solen venir acompanyades d'algué però ara vénen molt acompanyades dels seus fills i això és un problema de vegades, doncs acaben de tenir un cas de maltractaments i l'interlocutor era un fill de 12 anys i era complex. Els fills assumeixen un paper que no els toca.

* La dona que sigui jove, no la deixen treballar, no ho entenen, és per a ells com una ofensa, prefereixen treballar ells 15 h però que la dona s'estigui a casa. I la dona jove sol ser molt oberta (una vegada superat l'esglai " del trasllat) i es debat entre acceptar la cultura nostra i els rols imposats per la seva cultura.

* No tots els immigrants són iguals, el major problema són els magrebies, doncs sempre es posen violents, exigents, agressius verbalment, i especialment amb les dones doncs per a ells "és rebaixar-se, m'estic rebaixant davant teu per a demanar-te alguna cosa i damunt el teu, dona racista, m'ho negues". Són altius, van sempre amb molta pose, no et cedeixen el pas i sí poden et tiren de la vorera. Quan elles volen exemplificar algun problema, sempre els magrebis són l'exemple que es posa, és un col·lectiu molt difícil.

* Creu que amb la dona llaurava, pel tema de la submissió i marginació a la qual aquesta sotmesa, som més proteccionistes, li tractem amb més cura i l'acaronem més (jo estic d'acord).

* Propostes per millorar l'accés dels immigrants:

- Formació per als professionals. Dotar-los dels instruments/eines adequades.
- Els immigrants han de fer un esforç per comunicar-se, no sempre ho fan.
- Mediadors => falten més i amb millor formació. Hi ha metges que no saben com ni quan poden utilitzar a aquests mediadors, perquè vénen unes hores dos dies per setmana i és molt difícil programar-se.

Entrevistat/da	
Nom: Sergio, Esperanza, Elisabeth	
Centre: Hospital	Càrrec: Treball Social
Telèfon: 620 969 ... / 93 291 94 ..	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: Lloc: Hospital		
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:00	Duració: 1h.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

***Sense sostre:**

- Arriben pel seu propi peu i plenament informats.
- El tracte és igualitari i l'accés també, però de vegades fins i tot se'ls atén abans, perquè no molestin, per aspecte físic. De vegades simplement van a dormir la mico i després són ells els quals volen marxar-se, no volen que se'ls ingressi ni se'ls nega.
- A psiquiatria, se'ls atén d'urgències, però després tot el món els envia a la zona sectorialitzada.
- Si va acompanyat i veus que no és un familiar (un voluntari, SIS, etc.) ja ho veus ràpidament, no es pot enganyar al metge, ja es veu automàticament que, si més no, hi ha un problema d'habitatge.
- En general, quan li atens ja saps que no va a complir amb el que li diguis, amb els protocols.
- Moltes vegades són aquests mateixos usuaris els quals no volen seguir els protocols, els dius que han de fer una sèrie de coses i proves i no ho fan.
- Ells han enviat ambulàncies a la Plaça de la S. Família, han de donar l'alta i la duen al Banc on la van agafar perquè la senyora diu que no pot caminar.

*** Gent gran:**

- Amb els avis, la família és la qual paga els plats trencats, la família és la maltractada de la sanitat. Si té família se li endossa a la família, i moltes vegades aquesta no tenen ni els mitjans ni els recursos ni els coneixements per a fer-se càrrec de l'ancià.
- Cada vegada hi ha més 80s (d'aquests, moltíssims) i 90s, abans es tractava d'entrevistar als +65 i ara als +80. Però els de 90 tenen un fill/a de 70 que en té cura, i no serveix per a això.
- Sant Pau és l'Hospital que millor solucionat té el de la sociosanitaria i per això té molts ancians, hi ha un 70% del total de pacients
- El problema és que no es dona atenció a tot, està tot absolutament desbordat. Es fa una medicina molt intensiva amb els pacients en comptes de deixar-los morir tranquils i com els serveis socials estan poc desenvolupats, tot l'hi acaba carregant la sanitat.
- Ara es parla del malalt fràgil perquè són persones molt majors i de vegades molt abandonades.

*** Immigrants**

- Les persones són ateses sempre en Urgències indistintament de la seva situació legal o personal, i després se'ls factura, es fan compromisos de pagament i se'ls segueix un poc, s'intenta cobrar aquestes factures.

- Pot haver problemes culturals, però també amb els col·lectius locals:
- els gitanos no admeten (o molt poc) autòpsies.
- No hi ha gitanos amb la síndrome de Down => suggereix que els hi ventilen en família en els primers 15 dies del bebè (sembla més raonable pensar que es deu al fet que tenen els fills molt joves)

- Xinesos: fa anys que no es mor cap xinès a Barcelona. Xinesos: no donen el pit i al cap d'un més ja els duen a Xina i els deixen a familiars (als quals els paguen) per a ells poder treballar. Es casen a la nit per a poder treballar al dia següent, les noces dura tota la nit i després al matí es van a treballar sense haver dormit i després d'haver begut molt, ja que el nuvi han de brindar amb totes les taules (o de vegades de forma individual si aquestes persones l'hi proposen), la mateixa beguda que estan bevent ells, fins a que no aguant més.

- Els filipins "els ensenyem nosaltres i són com nosaltres"

- Àrabs: de vegades penses que segons que actuacions facis, la va a repudiar i la va a enviar a un poble de dolenta mort al Marroc on es va a morir de fàstic. Això ocorre molt amb els parts i amb els maltractaments. Si se li aconsella a la dona que no tingui més fills per risc per a la seva salut, les tendeixen a repudiar perquè volen tenir més fills. Ells estan queixosos.

- Els immigrants segons ells, sembla que facin un major ús en primària "jo quan vaig al meu CAP només veig estrangers i allí hi ha de tots, ells no són més que nosaltres però sempre hi ha més en el metge".

- Els costa seguir els circuits, seguir fent proves.

- En general, com amb els sense sostre, quan li atens ja saps que no va a complir amb el que li diguis, amb els protocols.

- Les magrebis, en els centres maternals donen bastants problemes

- "Són reivindicatius, tenen moltes expectatives, els tenim al costat i volen ser com nosaltres, mentre que els de l'Est, no tenen tantes expectatives".

- "A Gàmbia han de dur els llençols quan van a l'hospital a donar a llum, i de vegades fins als punts de sutura, i al Marroc és gairebé tot de pagament i després aquí ho volen tot gratis"

- El major problema són les expectatives, "el metge resol el problema d'atenció sanitària segons els seus criteris però la seva actuació no es correspon amb el que el pacient espera"

*"Tenim el millor sistema sanitari del món, en lloc es té accés lliure i directe com aquí, jo vaig estar a Austràlia i no havia accés lliure, calia entrar en un circuit i seguir unes pautes per a poder ser atès, però aquí, se li dona de tot a tot el món i gratis, i això no pot ser"

4.4. ALTRES PROFESSIONALS DE SERVEIS SANITARIS

Entrevistat	
Nom: Soledad Romea	
Institut Català de la Salut. Responsable de gestió d'Atenció Primària a Barcelona ciutat.	
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 19 de novembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Programes PREALT => per a sincronitzar l'alta de certs pacients, especialment els ancians.
 - *PADES => el ICS té un PADES però hi ha altres. El funcionament depèn de cada
 - *ABS, doncs en uns casos no fa gens, gairebé no intervé perquè els metges volen seguir atenent al pacient i en uns altres sí actua més. Aquesta pensat per a malalts terminals.
 - * Telealarma => no sap gens
 - * Urgències i ambulàncies => no sap gens
 - * En BCN + Motnada + La mina => 68 ABS, de les quals 51 so del ICS
 - * CABSE => 50% ICS i 50% H.C
 - * . Corporació sanitària de BCN => 60% Generalitat i 40% Ajuntament i d'aquí pengen entitats com PAMEN, IMAS, etc. Que gestionen ABS.
 - * El problema de la sanitat és que aquesta tot molt compartimentat, tot molt dividit i uns no saben el que fan els altres (ells eren un exemple).
- També parlem amb el Gerent Dr. J.M. Piques i una investigadora: Neus Noguera

Entrevistat	
Nom: Paco Collazo i Ureshi	
Centre: Vall Hebron	Càrrec: Salut mental
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 1 de Febrer de 2005	Lloc: Vall Hebrón	
Hora inici: 14:30	Hora final: 15:15	Duració: 45 m.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * S'ha de fer entendre que el servei de salut mental no és igual en tot el món.
- * Molts casos de salut mental a Atenció Primària no es diagnostiquen, un pacient africà va dient que li dol la panxa i li manen l'especialista de l'estómac quan el problema és altre, pot ser depressiu.
- * Amb els immigrants hi ha diagnòstics més tard i més diagnòstics erronis que amb la resta.
- * Competència cultural => la clau. (altra cosa és saber el que és això)
- * L'usuari vol que li respectin, li parlin i li entenguin, que es generi la suficient confiança perquè el pacient pugui exposar el seu problema. S'ha de crear el clima adequat, de vegades en s. Mental es tira al marit de la consulta per a atendre a la seva dona i el marit això no ho accepta o protesta o no torna més. Hi ha molt abandó en general però en els immigrants més.
- * Quan accedeixen no ho fan per la porta correcta de vegades i això fa que els diagnòstics i tractaments siguin més tardans.
- * S'ha de formar més als professionals, han de treballar més amb la comunitat, una persona àrab que duu aquí 3/4 anys, no parla encara el nostre idioma (tampoc nosaltres parlariem xinès o àrab) i acudeix a l'Iman o al Faquir, etc. i li explica els seus problemes, després, cal treballar més amb la Comunitat perquè ells ens derivin els caos o els informin.
- * Llei d'Atenció al Pacient (L.O.) + Constitució => Consentiment informat
- * Mediadors culturals: no existeixen oficialment, no saben fer el que fan, els metges no saben utilitzar-los.
- * S'ha de donar una atenció sanitària de la millor forma possible i això pot passar per tenir centres (o unitats) i professionals especialitzats.
- * S'ha de fer formació continuada als professionals
- * S'ha d'introduir la competència cultural com criteri de qualitat, com fan en USA
- * Lucia San Juan => fa un treball semblant.

Entrevistat/da
<u>Atenció a l'Usuari</u> CAP Drassanes
Es busca informació sobre els tràmits per a l'obtenció de la TIS

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Què es necessita per a expedir una TIS sense recursos a un immigrant? Passaport i empadronament (originals) i justificar que no s'està treballant ni es tenen ingressos (però el funcionari simplement ho creu i no comprova res).

* Els empadronaments genèrics (SAIER, Duren i Bas 2, etc.) a les ABS no se'ls sol assignar metge de capçalera, (per no tenir domicili) i llavors es queden amb urgències, res més.

* El problema són els estudiants estrangers, que sí tenen ingressos i no els declaren i no paguen. Els estrangers que porten als seus familiars per a operar-los i després retornen al seu país, també generen una distorsió. Però que algú treballi i digui que no, no és problema ja que ja aquesta cotitzant.

* El SCS pot comprovar els ingressos perquè té accés a Tresoreria de la Seguretat Social. Si treballa o té ingressos li denegaran aquest tipus de targeta i haurà de demanar una estàndard per a persones que treballen.

Entrevistat	
Nom: Ramon Gras	
Centre: 061	Càrrec: treballador del 061
Telèfon: 93-444 68 00	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 9 de març de 2005		Lloc: entrevista telefònica
Hora inici: 12:00	Hora final: 12:30	Duració: 1/2 h
Breu, entrevista telefònica per a conèixer el funcionament del servei d'urgències 061		

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- Ells quan han d'atendre a un indigent miren sempre de recollir-lo. Ells no tenen problemes perquè treballen amb un pressupost anual i se el vehicle es troba a desinfecció (servei de manteniment) agafen un altre.
- Quan es neguen a pujar a l'ambulància, truquen a la Guàrdia Urbana o, de vegades, a una Ambulància medicalitzada. Però molts cops el problema és que necessiten un altre tipus de recurs, i els serveis socials no tenen urgències.
- Ells són del 061 i el transport programat funciona per unes altres vies, amb d'altres organitzacions.
- Ells atenen primer a aquell que truca abans, però si en un determinat moment truquen vint-i-una persona, el darrer haurà d'esperar més que la resta.

Nota: Aquesta entrevista s'ha fet a ran d'una informació aparescuda al diari **Metro** 10/03/2005:

Problemes de les ambulàncies

El SATSE (Sindicat d'Infermeria de Catalunya va alertar de l'agreujament del Servei d'emergències des que la Generalitat va encarregar a l'empresa pública serveis d'emergències mèdiques (SEMSA) que se'n fes càrrec.

Ramon Gras, és un treballador del 061 i representant sindical del SATSE en la seva entitat.

FARMÀCIES

Bruna Floris C/ Sant Pau, 70
Farmàcia Risco Pl. Reial, 13
Farmàcia Salvador Sant Pau, 112
Beltran Rovira C/ Rambla del Raval, 14
Morera Rafols C/ Hospital 42-44
Hernández de la Rosa C/ La Rambla 38
Girones Saberra C/ Escudellers, 8
Bombardo Vidal C/ Nou de la Rambla, 75
Mas Docampo C/ Carmen, 23
Oliva Granell C/ Hospital, 70
Segarra Giner C/ Unió, 5
Xalabarder Torrens C/ Princesa, 20
Vellve Dellorens C/ Ferran, 59

Per a veure el comportament dels col·lectius estudiats pel que fa a la automedicació i, en especial, els immigrants irregulars sense TIS, hem visitat 12 farmàcies de Ciutat Vella.

La informació bàsica obtinguda és la següent:

- No hi ha molt de problema amb els immigrants, solen anar sense targeta però també ho fan els espanyols, encara que per motius diferents: els primers no en tenen i els segons no em porten.
- S'utilitza la Farmàcia en lloc del metge quan no es té TIS o quan és una urgència.
- De vegades hi ha programes que no permeten introduir manualment els codis de les TIS provisionals (altres farmàcies ho desmenteixen) i si aquests no són llegibles per l'escaner (per deteriorament, etc.) no es pot fer gaire cosa, perquè és com si no tingués TIS.
- De vegades van amb la targeta del metge (del SCS) i no amb la de la farmàcia i llavors en el CIP les tres últimes són lletres i això no serveix, han de ser nombres, se'ls pot assignar un codi d'urgències, però d'això no es pot abusar, solament es pot fer ara i adés.
- Les farmàcies solen remetre'ls al metge quan demanen coses complicades o tenen problemes seriosos.
- Sovint van i expliquen els símptomes, o demanen el nom comercial del medicament en el seu país, la qual cosa complica la situació perquè els noms comercials poden ser diferents als diferents països.
- Els remeten al CAP quan hi ha problemes amb la targeta.
- Hi ha targetes molt deteriorades ja que pot utilitzar la provisional fins a 3 anys, com li va ocórrer a la pròpia farmacèutica.
- No tots els col·lectius són iguals, alguns (els àrabs) són molt exigents, donen ordres, exigeixen perquè paguen, són prepotents i cal frenar-los. Però això depèn també del nivell cultural i de la cultura del seu país. "Les dones àrabs, quan aconseguixen apropar-se a la farmàcia sense el seu marit o germà són encantadores, però quan van acompanyades no obren la boca".
- A vegades van a diferents farmàcies comprovant el preu, perquè no a tots els països els medicaments tenen un preu únic.
- L'idioma és un problema greu en persones que són al·lèrgiques a certs productes, costa molt fer-se entendre i entendre'ls.

4.5. RESPONSABLES DE SERVEIS I ENTITATS SANITÀRIES

Entrevistat	
Nom: Dra. Wagner/ Administratiu sanitari	
Centre: CAP Besòs	Càrrec: Coordinadora CAP
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 11 de febrer de 2005		Lloc: CAP Besòs
Hora inici: 10:00	Hora final: 11:00	Duració: 1h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Gent sense sostre: Gairebé no en tenen al seu territori.

Col·lectiu d'immigrants

* Pels estrangers el problema és l'idioma, però entre tots els metges parlen diversos idiomes i es van aclarint i sinó, ells vénen amb algú que parla castellà.

* Intenten coordinar-se a nivell del SAP (Sector d'Atenció Primària), però no sempre dels resultats esperats.

* Ell va estar en un equip de coordinació d'atenció als immigrants, però ho va deixar i altres professionals també, perquè els altres companys els estigmatitzaven, quan venia un immigrant, *homeless*, etc. els deien "aquí tens un dels teus".

* *Sobre la targeta sanitària i l'assignació de metge de capçalera:*

- Al seu CAP assignen sempre un metge.

- Quan arriba algú amb TIS provisional d'altre CAP i ve al seu territori, li repeteixen el procés, li demanen padró i passaport i li tornen a demanar una TIS i li donen la provisional.

- Si no té domicili, poden posar el domicili del CAP, però es troben pocs casos.

- La TIS triga en tramitar-se una mitjana uns 6 mesos, però pot trigar 14 perfectament.

Es rebutja o interromp el procés per qualsevol motiu i es rebutja, però no s'informa de les causes. Si el certificat de padró és de +6 mesos => es retornen totes, si és de +3 mesos, el 50% i si és menor sol passar sense problemes. El padró, en principi no caduca, però és una pràctica del SCS. Tenen queixes, però també en altres CAPS.

Problema general de descoordinació. Per exemplificar aquest fet explica: Fins a fa poc, els dilluns, no havia sistema informàtic fins a les 10, perquè a Balma fins a aquesta hora no arribava la persona que posava en marxa el central, però els CAPs obren a les 8. I cada dues per tres el sistema informàtic no funciona i no pots registrar o ho has de fer a mà.

Entrevistat	
Nom: Alba Coca	
Centre: Pere Camps (urgències)	Càrrec: Coordinadora urgències
Telèfon: 93 441 06 00	e-mail:

Realització d'entrevista
Breu entrevista telefònica. No s'aconsegueix gaire informació, poc interessada en contestar a les preguntes i en l'estudi en general.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Són un centre d'urgències de 24h.
- * No són Primària, són de Nivell 1
- * No són hospitalària, no són nivell 2 perquè no tenen segons que especialitats
- *Són el model a implantar en la resta de Catalunya.

Entrevistat	
Nom: Dr. Marsal	
Centre: 061	Càrrec: coordinador del 061
Telèfon: 93-444 68 00	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 8 de març de 2005		Lloc: entrevista telefònica
Hora inici: 18:00	Hora final: 19:30	Duració: 1/2 h
Breu, entrevista telefònica per a conèixer el funcionament del servei d'urgències 061		

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Abans eren dues empreses SCUBSA per a Barcelona i CEMSA per a resta de Catalunya. Però es fusionen recentment.

Trucades => teleoperador que les classifica, se li demana el telèfon per si penja, el lloc, després es classifica per: accident/malaltia, emergència (respira?, està conscient?) => Mèdic.

* Es pot fer atenció telefònica:

- reanimació "on-line"
- part assistit per telèfon.
- consells mèdics
- passar a domicili => els CAPs si estan de servei, i sinó passen ells.

* Les ambulàncies poden ser pròpies o d'empreses d'ambulàncies concertades amb la Generalitat, i tenen sempre uns hospitals de referència.

* Es fixen unes prioritats: 20 o 30 minuts o urgent.

* MAEs => ambulància amb metge i infermera.

* Els serveis programats van d'altra banda, no els duen les ambulàncies del 061, encara que la mateixa empresa d'ambulàncies pugui prestar ambdós serveis.

* Quan tenen un MARS (infecció de interococos) també han d'anar a desinfecció, i és una mica habitual.

* El Dr. Marsal duia la resta "de Catalunya" però no li constaven problemes, solament alguna cosa amb els immigrants, que pensen que l'ambulància és un taxi i que els va a cobrar, perquè ells no tenen generalment aquest servei en els seus països d'origen.

* Desconeix els protocols d'actuació en el carrer de les ambulàncies.

Entrevistat/da	
Nom: Aina Plaza	
Centre: ServiCat	Càrrec: Coordinació de serveis
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 16 decembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 9:30	Hora final: 10:45	Duració: 1:15h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Enviará diferents informes:

- Gent gran
- Immigrants (1993)
- Actituds davant la prevenció de certes malalties
- Percepcions dels ingressos en urgències
- Els indicadors de l'avaluació

* PREALT (per a persones de risc) => implica a AP i H, també es vol vincular a SS, però serà molt difícil, es començaria per un territori molt petit. Participen tots els grans Hospitals menys Sant Pablo.

Creu Vermella => Consorci Sanitari Integral.

* Els Hospitals no tenen mai interès en la coordinació, doncs ells són autònoms, tenen ingressos per altres costats, però ara es van apuntar perquè busquen un objectiu encobert (que no assoliran, segons ella) que és reduir les estades dels col·lectius de risc.

* Atenció domiciliària => Diputació, Ajuntament i Consorci, segons va dir Cornet,

* Secretaria de la conselleria. La gran promesa de Cornet.

* Ella és molt receptiva i sensibilitzada amb la temàtica i problemàtica i un poc cansada de començar coses i no poder continuar-les i de veure que la coordinació és impossible, per interessos/clients de les Institucions, parcel·les de poder, informació incompatible, informació bàsica que no es recull (es recull el que no val però falten altres coses importants), se li veu cansada encara que il·lusionada amb aquests dos nous projectes.

Entrevistat/da	
Estanislao Alonso (Responsable del Pla Director d'Atenció als Immigrants)	
Josep Fusté (Responsable d'Atenció Primària del SCS)	
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 9 de novembre de 2004	Lloc: SCS	
Hora inici: 9:30	Hora final: 10:40	Duració: 1:10h.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Immigrants

- * Hi ha experiències en pioneres a Mataró (Dr. Balanzó), Girona i Olot.
- * Laura Mascarilla => URV => Antropologia: Treball qualitatiu sobre immigrants molt ben fet.
- * Hi ha unitats especials a Sta. Coloma, Igualada, Clínic i Drassanes, amb molta informació i experiència, però totalment descoordinats, cadascuna va pel seu costat. (aquí també s'encarreguen de la gent que va de viatge).
- * Hi ha certs paràsits de la població immigrada que la dels nacionals no tenen. Després quan s'envia una prova a un laboratori estàndard, surt que no tenen res perquè el laboratori solament busca els "paràsits catalans" i després quan això es fa a Drassanes a Medicina Tropical, apareixen els paràsits.
- * Andalusia se salta la legislació i dona targeta sanitària tots els immigrants nouvinguts sense empadronar.
- * Es va voler fer un programa específic amb els desallotjats de Can Tunis, i se li va donar targeta sanitària a tots, sense papers i sense empadronament. Primer se'ls volia donar amb atenció farmacèutica però després es va desistir per no generar greuges comparatius i perquè si es vol integrar al col·lectiu no se li pot llevar el que se li va donar, però és un pla pilot que se salta les normes.
- * El Pla Director preveu actuar en 5 àrees: riscos i patologies específiques, accés, acollida i intermediació (creo), però és solament un projecte, estan totalment en fase d'estudi, recollint diverses estudis i aportacions i intentant coordinar estudis i iniciatives (cada administració té el seu propi pla d'acollida els seus fullets, els seus traductors, etc.) i intentant planificar la investigació en aquest camp.
- * Creu que entre els metges també hi ha comportaments que cal corregir, que hi ha coses fortes.
- * Diu que el prioritari és un bon pla integral d'acollida.
- * Hi ha molta descoordinació i d'un CAP a un altre hi ha moltes diferències.
- * Parla de molta mobilitat dels immigrants tant una vegada dintre com en els fluxos d'arribada.
- * De la dificultat de recollir dades en la targeta (i mantenir-los actualitzats) i que dades agafar, quines són les rellevants.
- * Sanitat tradueix més de 60 idiomes
- * Comenten el cas dels sud-americans que demanen tot tipus de revisions i proves que no demanen ni se'ls fan als nacionals.
- * Les dades d'ús dels immigrants (G.L. Casanovas) són un poc inferiors als nacionals però cal veure com s'estandarditzen i corregeixen.
- * Algunes zones de la ciutat, els estrangers tenen més estudis de mitjana que els nacionals.

Entrevistat/da	
Nom: Alfonso Cantero	
Centre: Catsalut	Càrrec: Responsable de la TIS
Telefon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 6 d'octubre de 2004		Lloc:
Hora inici: 09:30	Hora final: 11:00	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Immigrants

- * Com s'entra al sistema? A través de l'Atenció primària o Urgències hospitalàries
- * Requisits per a la targeta sanitària: => Decret 55/90

1. Treballador => SS
2. Sense recursos, el SMI, o w/nº de persones dependents no més de ½ SMI
3. Pagar, una quantitat semblant a la de la SS.

***Cobertura:**

- Poden accedir a tot.
- Pot tenir AS però no Farmacèutica
- Farmàcia gratis: +65 anys i minusvalies superiors al 33%
- * Els immigrants solen tenir AS però no farmàcia, també ocorre amb alguns funcionaris europeus que paguen una cosa distinta i no tenen aquesta cobertura.

* Qui i perquè es queda fora? Aquells que llencen la moto, els que passen, els que no volen apropar-se al sistema.

* Hi ha programes especials per a aquests col·lectius? Hi ha programes de:

- Justícia: presos
 - Salut => certes persones, se'ls dona un volant el meu9entres no tenen targeta.
 - Llei del menor => assistència fins als 18 anys, com a un treballador.
- Hi ha un programa especial de drogodependències per a estrangers, que és molt complex.

* Hi ha diferències entre els diferents proveïdors? S'ha de consultar amb ells o a la Regió Sanitària.

*** Xifres:**

- 354.000 titulars de la SS, però no se sap contes beneficiaris, un 40 45% del total.
- 119.000 sense recursos
- 700.000 empadronats
- 60.000 targetes aturades, no se sap gens d'ells, no se'ls ha pogut lliurar, etc.

Documentació: em facilitarà xifres desagregades de: El Marroc, Algèria, Senegal, Nigèria, Gàmbia, Paquistàn, Índia, Xina.

5. TÈCNICS DE L'ADMINISTRACIÓ / CÀRRECS POLÍTICS

Entrevistat	
Nom: Ignasi Fina	
Regidor de Salut Pública	
Telèfon: 93 402 76 33 (Secretària: Mercè)	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 2 de desembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 9:30h	Hora final: 11h	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* S'està fent l'Enquesta de Salut del 2005 i se saben les seves dades a meitats del 2006.

* Hi ha 66 ABS a Barcelona, totes reformades, i ara s'està fent una segona reforma, s'està canviant personal (s'han jubilat a més de 300 persones dels antics contingents) per a incorporar gent dels països d'origen, amb mitja jornada a formació dels professionals locals i l'altra mitjana a visitar.

Immigració

* Vigilen molt l'edat dels 10 als 16 anys pel tema de l'ablació i després aquesta previst fer reconstrucció de clitoris.

* Altre problema són els continus viatges d'aquesta gent al seu país d'origen, el sistema sanitari quan tornen els tracta com nous.

* En Sant Andreu, no havia ni un sense targeta sanitària, les estan enviant a la Rambla, per mitjà de la Guàrdia Urbana .

* Addiccions => petits trastorns mentals (robatoris, acumulació d'objectes, etc.)

* Han tingut un problema puntual amb els argentins, que no anaven a ginecologia i tenien parts a casa, però això ja està solucionat, es va abordar portant metges d'allà.

* Un dels motius que una persona immigrant aparegui amb diverses operacions, és perquè es porten als pares o germans per a atendre'ls en el sistema i després els tornen al seu país (primers s'informen de si el que sofreix el seu parent pot ser tractat amb èxit pel sistema sanitari, li pregunten al metge de capçalera que ells tenen).

* Accident laboral mortal: 22 anys, sense contracte, sense papers, immigrant, amb baixa/nul·la formació.

* És important veure la salut laboral: risc psicosocial, prevalença de malalties, patologies més comunes

Altres aspectes

* Els joves no utilitzen els serveis de sexualitat oficials i si ho fan van a altre cap que no sigui el seu, o van a la privada que els duu a una via de consumisme sanitari en les seves diferents manifestacions.

* Sabem que una senyora que enviem per a casa amb una pròtesi de genoll va a ser un fracàs sanitari perquè no tenen qui li atengui perquè faci rehabilitació i camini cada dia, => problema dels Serveis Socials.

* 1/3 dels ingressats en S. Pablo (en la resta passa el mateix) són crònics, quan aquests llits es necessiten per a aguts i postoperatoris.

- * Les altes es connecten amb els CAPs i mèdics de capçalera segons la patologia, si és un problema agut i se li mana a casa guarit no s'avis, però si una patologia més greu o degenerativa / infecciosa, si que s'avis, però l'Hospital no pot accedir mai a l'historial del pacient per problemes de privacitat, es pot comunicar amb el CAP.
- * Dra. Marín (Rauxa / Terraseta) => fan inserció (alcohòlics) amb llocs de treball protegits (no paguen SS).

Entrevistat	
Nom: Lola Rodríguez	
Entitat: SAIER	Càrrec: Responsable municipal SAIER
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 14 de desembre de 2004		Lloc:
Hora inici: 13:00	Hora final: 13:45	Duració: 1:45

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * El SAIER, té convenis amb la diputació, i amb el Imsero i fa coses segons els programes acordats a més del conveni amb el municipi. La Creu Vermella també concedeix ajudes a càrrec del 0, 5% de l'IRPF.
- * L'empadronament dels immigrants sense passaport i amb targeta d'identitat del seu país només es pot fer amb ciutadans de la UE i amb algun altre amb el qual hagi conveni, però són molt pocs.
- * A la majoria de les ciutats (totes excepte BCN segons ella) les persones sense domicili no es poden empadronar, però aquí sí, en Duren i Bas. Després els diuen (des del SAIER) que s'agafin un apartat de correus o altra adreça i que no remetin la correspondència a Duren i Bas pel caos que això generaria.
- * SAIER => informació sobre els serveis sanitaris i l'empadronament. www.bcn.es / bcn per la gent / BCN diversa => informació sobre el SAIER.
- * Segons ella, no hi ha cap tipus de problema, si hi ha algun sense targeta o sense sanitat és perquè vol i a nivell quantitatiu és insignificant. Diu que les xifres que es donen per a tota Catalunya no es poden extrapolar al Municipi per les facilitats d'empadronament. Diu que no es plantegen fer discriminacions positives, que ells s'han d'informar, moure i buscar i que ja ho fan.
- * Està totalment en contra de la tesi de l'estudi en el que a les capacitats es refereix, diu que ells són perfectament capaços per a tot i sinó que es capacitin i el mateix pensa dels ancians, que des del Municipi no es veu això com un problema, que no hi ha problemes d'accés pel fet de ser immigrants, que si els hi ha és per altres circumstàncies afegides: drogoaddicció, malaltia mental,... (Dins del grup de drogoaddictes sortits de Can Tunis, hi ha gent sense documentació que és impossible saber que país és, també europea)
- * Ho veu bé en general i que no hi ha problemes d'accés pel fet de ser immigrant, o no menys que per a la resta de ciutadans.

Entrevistat	
Nom: Isabel Pérez	
Serveis Socials Municipals. Centre Garcilaso	
Telefon: 93 243 17 27	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 13 de gener de 2005	Lloc: Juan de Garay 116, 4ª planta	
Hora inici: 10:00	Hora final: 11:15	Duració: 1:15 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Immigrants:**

- Hi ha molts il·legals, la majoria són d'Equador (Guayaquil) i Perú
- * El 32% de la gent atesa són immigrants il·legals. El 38% són gent gran.
- Al el centre Joan XXIII a P3 només havia 2 nacionals
- Al el centre Alzina sí hi ha bandes de sud-americans, les hi ha per tot el barri i es mouen per Sagrera, Meridiana i Parc de la Pegaso, a aquest parc vénen famílies i gent de Badalona per a trobar-se amb coneguts i passar tot el dia.
- Aquestes banda pressionen als menors perquè s'integrin: "o amb mi o contra el meu".
- Reben roba de les dues esglésies del barri (Salesianos, la de bec, i Crist Rei) però es queixen: "això em poses", "a ella li vas posar més que a mi, millor,.....". No se senten agraïts i són exigents.
- No tenen tot just estrangers que no siguin sud-americans, alguns magrebis, els quals vénen de l'Est, els consta que s'organitzen en nuclis molt tancats i quan s'han creat algun tipus d'associació no van durar molt i va ser una mica distint a això, com una encobirdora.
- Els intents d'associació dels sud-americans en el barri tampoc no han funcionat mai.
- Tampoc les activitats comunitàries que es programen en el Centre, solament aguanten unes quantes sessions.
- La resta d'immigrants els envien al SAIER o a altres associacions donada la saturació de la primera.
- Càrites mantenia una doble estructura semblant a la d'ells, però ara s'està retirant de certes tasques i s'està concentrant en certs col·lectius.
- Amb a sanitat són molt exigents, volen targeta, mèdic i una revisió completa. Quan arriben van directament a empadronar-se, per a tenir sanitat i escolaritzar als nens, com en SS hi ha llista d'espera (de vegades, de 20 dies) de vegades van a demanar hora per a familiars o amics que encara no han vingut del seu país.
- Per a l'empadronament els SS fan un document conforme aquestes persones resideixen en BCN i se'ls fa un empadronament genèric en Duren i Bas, 2. Abans, amb aquest empadronament (no es fa altre perquè viuen en habitacions, es canvien molt, el propietari no vol col·laborar, etc.) no se'ls donava la targeta sanitària però ara sembla que sí. Si són indigents també es pot fer aquest empadronament
- Els gitanos diuen que tot se'ls dona als moros, aquests que als sud-americans, i els espanyols diuen que es tot se'ls dona als estrangers, i ells deixen de percebre les ajudes i beques que abans percebien i això genera repulsa i rebuig, doncs els emigrants, de vegades, no declaren els seus ingressos ni paguen IRPF ni ho comerços els seus impostos, i després fan tango gasto/ostentació com els nacionals que no reben aquestes ajudes.
- També monopolitzen espais urbans....

- Hi ha un programa de tornada, els paguen el bitllet + 450€ i assumeixen el compromís de tornar A Espanya, però molts no ho coneixen

Salut:

- Control de medicació: de vegades prenen moltes medicines i és complexa la seva dosificació (també ho fa Nou Horitzó). Això ho fan les treballadores familiars, i aquestes necessitats es coneixen pel CAP, familiar o l'afectat.
- Hi ha falta d'assistència sociosanitària, es donen d'alta persones que no es deguessin donar d'alta perquè no hi ha qui les atengui: "alguna vegada vaig arribar a dir-li: no vagi a buscar a la seva filla a l'hospital". L'hospital avisa als SS que a aquesta persona li van a donar l'alta i punt, però després viu sola i no té qui l'atengui.
- Hi ha problemes seriosos en Salut Mental. El Consorci de Salut Mental, no dona fet i fa allò pel que li paguen i entre això no entra coordinar-se amb els SS. Aquestes persones, moltes viuen en les seves cases, algunes, soles, i quan tenen crisis els veïns avisen als SS. Quan se'ls dona d'alta en el Centre de tractament i tornes a la seva casa, si viuen sols, la situació és de risc.
- La planificació familiar es fa en el CAP de St. Andreu (concepció Arenal), un per a tot el districte, per les tardes de 17'30 a 20h fan "Tarda Jove" en Meridiana, 428; però no té èxit, els joves no van, i després les noies equatorianes es queden moltes embarassades sense pare conegut, però no solen utilitzar aquests serveis mentre que si ho fan amb altres serveis de salut.
- Es va fer un programa en col·laboració amb el CAP del Barri (no reformat) en el qual es visitava als majors de 65 anys que en l'últim any no havien acudit a l'ambulatori que els corresponia i es van observar situacions de desatenció.

*** Gent sense sostre**

- No treballen amb *homless*, aquests els deriven al SIS (Servei d'Inserció Social), Meridiana, 197. 93 408 45 43 .
Però treballen amb indigents: persones que tenen sostre però viuen com si no ho tinguessin, generalment són homes que viuen sols i han perdut els hàbits quotidians i viuen com indigents encara que vagin a dormir a la seva casa.
- Els *homless* se'ls suposa vinculats a un territori (per a carregar-li el mort algú), i després ja depenen dels serveis d'aquest districte. El que ocorre és que el districte que tingui més serveis tindrà més persones d'aquestes vinculades donat que utilitza el servei (menjadors, etc.) ja es queden pel barri.

Entrevistat	
Nom: Francesc Coll (Responsable del PIRMI)	
Telèfon:	e-mail: fcoll@gencat.net

Realització d'entrevista		
Data:	1 de febrer de 2005	Lloc:
Hora inici: 16:00	Hora final: 17:30	Duració: 1:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Els quanties dels RMI a tot l'estat són diferents , els seus increments anuals també. La informació sistematitzada la té el MTAS a qui suposo que et pots adreçar.

* El PIRMI és un instrument de SS per a recuperar la integració i l'autonomia, és la seva filosofia.

*Requisits:

- 18 a 65 anys
- menors de 18 amb nens
- empadronat a Catalunya (s'admet l'empadronament genèric)
- resident a Catalunya durant l'últim any o durant 4 dels últims 5, però això no se'ls demana a les famílies monoparentals que vénen d'altra CCAA. fugint de violència domèstica ni als immigrants catalans retornats.
- que superi uns ingressos fixats, en els 12 mesos anteriors.
- però per a ells la convivència (certificat) i l'informe social són determinants, són poc burocràtics.
- no computen les unitats familiars sinó individuals, de forma que si una parella, un aquesta cobrant la PNC l'altre pot sol·licitar el PIRMI, però en les PNC no pensa.
- Hi ha molt poc frau
- No és gratis, sempre hi ha alguna condició, però poden ser mínimes (Arrels)
- * Molts serveis mèdics no accepten els alcohòlics perquè no tenen família ni entorn i consideren que és perdre el temps, han d'enviar-los tots A Rauxa o a Lluís Companys.
- * El sector privat gestiona els PIRMIS més complicats, no és més d'un 5% (la resta en SS) però tenen uns resultats sorprenents, encara que sigui un nombre reduït són persones molt difícils de reintegrar i que ho fan amb els seus mètodes d'aproximació.

-El SIS també fa una bona tasca, s'han dotat d'un funcionament *parapúblic* que els aproxima als privats i que els va molt bé.

- El major problema seu és sanitari, de dèficit sanitari: a un alcohòlic li donen visita cada 6 mesos

*Falten recursos intermedis entre l'hospital i els serveis socials. Salut mental i toxicomanies els pitjors.

* Els SS en S. Mental estan totalment desbordats, no tenen suport terapèutic per a oferir als usuaris i no donen fet. Doncs cada vegada els creix més els problemes mentals en nens autòctons i immigrants

* Cobertura:

- Hi ha una taula de quanties., amb uns màxims i uns mínims. Els complements se sumen a les quanties. I els ingressos màxims només contenen per a les quanties.
- 12 pagues a l'any.
- Si ja té alguns ingressos se li paga la diferència amb un mínim.

- Els imports són majors que la PNC,, per això algunes persones que poden tenir una minusvalia del 65%, no la sol·liciten per a cobrar el PIRMI en comptes de la PNC, però les PNC les paga el IMSERSO i el PIRMI les CC.AA.
- La PNC són 276€ anuals i 288€/mes per 14 pagues.
- Els PIRMIS no són deduïbles per a cobrar la PNC, que computa els ingressos de l'any natural en el qual se sol·licita, de forma que si vas néixer a l'agost o després no cobres fins a gener la PNC (i has de tramitar alguna ajuda social), i si vas néixer al gener perfecte, perquè cobres el PIRMI fins a desembre i al gener la PNC.
- Del període 94-97 a l'actualitat han reduït la diferència de mortalitat del 7% al 4%, de la gent que cobra el PIRMI en comparació de la mitjana de Catalunya.
- Als de la SIDA els han rebaixat la minusvalia del 65% i ja no cobren PNC, i sol·liciten el PIRMI, però per a les medicines, ja no són pensionistes, les han de pagar.
- * "ALS partits se'ls dilueixen els colors quan governen"
- * "En l'Adm. el treball ho fan els cansats".

Entrevistat	
Nom: Pere Güell (Cap de Serveis socials de Rec Comptal)	
Telefon:	e-mail: pguell@mail.bcn.es

Realització d'entrevista		
Data: 31 de gener de 2005	Lloc: SS.SS Rec Comptal	
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:00	Duració: 1 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

***Gent gran**

- Problemes de dependència física i psíquica, falta d'autonomia i de competència => ho atenen amb servei domiciliari i Treballadores familiars, aquestes últimes fan molts acompanyaments al metge, la seva dedicació va de 3 a 15h/setmana (3h/dia/5dies), el cap de setmana no treballen i a la nit tampoc. Però molts d'aquests usuaris haurien d'anar a una Residència, a un Centre assistit.
- Les treballadores socials dels CAPs => gestionen prestacions sanitàries.
- La medicació és un tema molt difícil quan hi ha problemes de dependència, el més habitual és que no es prengui, és molt difícil seguir les prescripcions.

***Homeless**

Amb els sense sostre no treballen, això ho fa el SIS.

***Immigrants**

- Hi ha Serveis Socials de Districte que no atenen a no empadronats, els envien al SAIER, per manca de vinculació territorial, però ell diu que allí sí s'atenen.
- Amb els CAPs hi ha frecs i falta d'enteniment en algunes coses, tenen pendent una reunió per al tema de la coordinació (coordinació + recursos, són els temes recurrents de sempre), ells també tenen una doctora en el CAP que és magnífica en aquest sentit, i els resol molts problemes.
- Estan pensant en un pla d'acollida per a Ciutat Vella.

Entrevistat	
Nom: Carme Fortea (Serveis socials)	
Telèfon:	e-mail: cfortea@mail.bcn.es

Realització d'entrevista		
Data: 22 de novembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 13:00	Hora final: 15:00	Duració: 2 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Hi ha problemes de coordinació per temes de competències però també per la temàtica: salut mental, sense sostre, etc.

* Quan no hi ha família se suposa que responen els serveis socials però no sempre és necessàriament així.

* El problema són les altes, una vegada compensats o estabilitzats.

* Les altes hospitalàries, criden dient que va ho envien a Serveis socials (en llitera o cadira de vegades) perquè es facin càrrec perquè no té família, però ells s'oposen (de vegades) i li diuen al metge que si hi ha algun problema, ell, el metge és qui li ha posat en el carrer. Serveis socials demana un informe mèdic i altre social (com fan els propis metges) per a poder acollir-lo en Els Planes o altre centre similar.

***Sense sostre**

- Nivell central, tota la ciutat, no estan territorialitzats.

- Tenen partners per a prestar els serveis (entitat, empreses –concertades o convingudes-), però amb titularitat. .

- Una persona no dona criteri per a passar-la a planta i la envien a serveis socials , aquesta persona no es pot enganxar/situar en una posició normal d'ús del sistema, encara que tingui capacitats.

- Entre Serveis Socials i Sanitat hi ha uns intermitjos que no són de ningú, i a més, al pacient complicat ningú el vol. Hi ha problemes de coordinació amb sanitat i la Generalitat => els de llarga durada o internament definitiu no li toquen a l'ajuntament i sí a la Generalitat.

- El jutge incapacita => 1 any

- El fiscal (se li notifiquen els ingressos involuntaris) => 10 dies

- Va brut => primer dutxi'l i tan bon punt venja. No, primer atengui'l sanitàriament i després ja ho duxaré.

- "jo t'ajudo si el teu m'ajudes", així és ara, però cal avançar amb la baixa exigència.

- Salut mental => interacció, però no hi ha final, i això se sembla a la drogoaddicció, amb la qual es complica.

*** Gent gran**

- Tenen explotats les dades de la gent gran de l'enquesta de Barcelona en un estudi/s a part.

- Telealarma => Isabel Ferrer, T. 93 413 26 88. Hi ha uns 4000, són gratuïts perquè el criteri discriminador (per a concedir-lo o no) és l'econòmic.

Entrevistat	
Nom: Joaquim Soler	
<i>Síndic de Greuges. Tècnic superior. Responsable de Sanitat (entre d'altres àrees)</i>	
Telefon: 93 301 80 75	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 11 de març de 2005 Lloc: Josep Alselm Clavé, 31		
Hora inici: 11:00	Hora final: 13:00	Duració: 2 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * El Síndic es crea per una Llei de 1983 en l'Estat i una de la Generalitat, a Catalunya en 1984, amb 84 milions de Pressupost.
- * No tenen força coercitiva, encara que pot dur temes al fiscal, doncs les administracions tenen l'obligació de respondre-li i escoltar-li.
- * No els fan cas, poden enviar diverses peticions o requeriments, ni els contesten i no duen temes al Fiscal.
- * Es queixa que duu 20 anys treballant sol i que no li posen cap ajudant, però si li posen polítics, caps, cada vegada tenen més caps i menys mans. Ara li han posat una coordinadora "una política, que no té ni idea", però segueix sense ajuda i cada vegada li demanen més coses i cada síndic amb les seves manies, que vol canviar-lo tot però sense recursos.
- * Ens explica com ell fa reclamacions a les administracions pel retard en contestar als ciutadans i ell mateix té casos sense contestar des del mes de novembre, 4/5 mesos sense respondre. Incompleix aquells que vol fer complir.
- * La universalització de la sanitat s'aconseguia en el 1967 amb l'assistència de beneficència que, obligatòriament, proporcionaven els Ajuntaments i les Diputacions. També llavors es podria fer el canvi de metge sense cap problema, i a Catalunya encara no es pot fer avui.
- * La LGS del 1986 la regula de nou, però la DÓNA 5ª diu que es produirà de forma gradual.
- * RD de 1989, el dret a la sanitat ho havia de reconèixer el INSS (i això segueix en vigor)
- * El Decret de la Generalitat de 1991 l'estableix per a Catalunya.
- * La reforma de la AP es va tancar en fals en el 2004, però el INSALUD ho havia fet molt abans i de forma més uniforme.
- * La Llei de SS de 1974, el RD de desenvolupament del 1985 i la reforma de la Llei de 1994 segueixen mantenint competències sanitàries en la SS
- * Decret de Garanties => llistes d'espera: l'espera màxima es fixa en 6 mesos, però el problema és que no tot s'ha inclòs en el Decret, que diu que tot estarà inclòs en el 2007
- * Els drets i deures dels usuaris de la sanitat no són vinculants, no són una llei, és una Ordre de la Conselleria. Ara s'està en això des de fa temps, però sempre es demora pels vaivens polítics.
- * Les queixes es tindrien/podrien que tramitar a través deY: CAP, Regió Sanitària; i tindrien l'obligació de contestar.
- * Ells reben moltes queixes, de tot tipus (una veïna que relisca amb una caca d'un gos i es trenca una cama i demanda a l'Ajuntament, i se li diu que pot tramitar la reclamació a través del seu advocat però que és difícil que prosperi, ja que la responsabilitat de les Administracions està recollida de forma tan àmplia que

impossible de fer complir, no es pot respondre per tot), però a ells només es pot recórrer quan les Administracions no contesten, però primer s'a d'acudir a elles.

* Informe-1999, es tracta el tema dels ingressos involuntaris en Salut Mental, ja que el Dr. Mèdic del Centre han de remetre al Jutge en 24h una petició perquè se li autoritzi a aquest ingrés i, en la majoria dels casos (50 de 54 en un Centre de Reus en un mes estàndard) se'ls donava d'alta al cap de 15 o 20 dies sense que el Jutge hagués informat ni autoritzat el seu ingrés. Això és un ingrés/segregto/detenció involuntària i il·legal que vulnera drets fonamentals protegits per la Constitució.

*Ens facilita 3 Informes al Parlament i un monogràfic sobre la Reforma de la A.P.

Entrevistat	
Nom: Emília Pallàs	Càrrec: Tècnica de Serveis Personals Municipals
Telèfon: 93 413 26 85	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 7 de febrer de 2005	Lloc: Avda Diagonal, 233	
Hora inici: 11:00	Hora final: 11:30	Duració: 0:30 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Informació sobre el servei de Telealarma

- * Los proveen también empresas privadas, a distintos precios: C. Roja, Mapfre, Eulen,...
- * Se les entregan a personas solas mayores de 65, o con disminución o que vivan con otra persona mayor igual que ellos o con cierta invalidez, etc.
- * Se les pide que no cobren más de 1'5 veces el SMI, que no tengan unos ahorros superiores a 3 millones, y eso se relaciona con el volumen de gasto.
- * En la casa hay un altavoz y los ancianos pueden hablar desde donde se encuentren.
- * Ellos no atienden médicamente, pero van a abrir la puerta al médico, pues en la mayoría de los casos tienen llaves.
- * La custodia de llaves un problema, no las quieren dejar a nadie: "espere que venga mi hija", "háblelo con mi hija", si no hay problemas , se instala en 15 días.
- * Se prevé la universalización, se empezará por la los más mayores.
- * Es un servicio muy preventivo.
 - Hay ciertos telealarmas que están conectados a los CAPs o a sus servicios de Atención a Domicilio (ATDOM)

**Oficina del Padró Municipal
Ramelleres, 17
T: 93 291 58 09**

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

Informació sobre el procés d'empadronament a Barcelona per a immigrants

* Pasaporte + autorización del titular de la dirección, como dueño de la vivienda o como persona que está empadronada en la misma vivienda, pero también puede servir el contrato de alquiler, o un recibo de suministro a su nombre -también puede empadronar al inmigrante otra persona que no sea el mismo-.

* En principio el nº de personas que se pueden empadronar está en relación con el nº de habitaciones de la vivienda, pero eso no se controla. No se controla en nº de personas que hay empadronadas en una vivienda, es muy difícil.

* A veces el que facilita la dirección, luego al cabo de 6 meses le da de baja para empadronar a otro, pero ahora para evitar esa práctica muy común, se exige el nuevo domicilio del que se va, no se da una baja sin una alta previa.

* Si no hay pasaporte, se puede pedir al Consulado o a la Embajada de ese país, que le reconozca y entonces esta extiende un documento para que se le pueda empadronar.

* En BCN, hay un número importante de personas que no son empadronables.

* Hay personas que destruyen sus documentos para que no se les pueda repatriar, luego dicen que son de los países en guerra o de países con los que no hay convenio de extradición, se les intenta hacer una especie de test de reconocimiento pero como hay tantas etnias en el mismo país, es realmente difícil saber si es de ese país o no.

6. TERCER SECTOR

6.1. REPRESENTANTS DE PERSONES SENSE SOSTRE

Entrevistat	
Nom: Jordi Balot	
Entitat: Fundació Arrels	Càrrec:
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 13 d'octubre de 2004	Lloc: Riereta, 24, Baixos	
Hora inici: 16:00	Hora final: 17:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Els homeless es poden empadronar a Barcelona, en altres municipis no, els posen l'adreça de la institució a la qual estan vinculats o una genèrica, i això facilita els processos per a documentar-los, sol·licitar-los ajudes, sistema sanitari, etc.

* Evolució del terme (art. De J. Valot a la Web d'Arrels www.fundacioarrels.org), "sense llar", és més que sense sostre, perquè això només fa referència a un sostre, però la llar implica família, caliu, relacions, etc.

* Abans es parlava de transeünts i havia albergs per a estar 3 dies màxim, perquè després ja sabia que s'anaven per a altre costat, però ara no és així.

* En la Fundació fan activitats de grup

- Manualitats
- Consigna, perquè puguin deixar les seves coses
- Post, perquè els escriguin allí
- Activitats de casaY: partides, etc.
- Dutxes

* Classificació: Fase inicial (entrin i assorteixen), Fase avançada i fase consolidada.

* Entre els tres fases se suposa que el 15% és visible, la resta aquesta amagat, és com l'iceberg. Però en aquests moments es parla d'unes 3500 persones/any en BCN.

* El problema són les fronteres, entre l'una i l'altra categoria, i després, una dona maltractada que fuig, un ocupa, el qual té sostre però no família,...; què són?

* S'està buscant una definició/nom positiu i no amb càrrega tan negativa com homeless.

* El municipi va voler desconcentrar la atenció i va crear el centre de Meridiana, però allí van pocs, la majoria estan a Ciutat Vella.

* Arrels només s'ocupa de gent que està en les dues últimes fases i en ciutat vella, i alguna cosa en Sants, estacions de Bus i Tren,...

* Ells són un centre de dia, i la gent els arriba per : derivacions, acudeixen ells mateixos, els capten en el carrer. Captar a un en el carrer els duu de 2 a 3 anys visitant-li totes les setmanes una vegada durant aquest temps. Per als *homeles*, anar-se amb Arrels és com deixar la seva casa, encara que visquin a la boca del metre o un caixer, perquè és la seva casa i després algú la hi va ocupar si marxen, després, els costa molt i alguns no volen saber res d'això o volen moltes garanties, cal convèncer-los molt, i més quan molts d'ells han passat ja per 10 o 15 assistents socials abans

d'ara.

Els plantegen l'exclusió com el resultat de dos vectors: economia (eix vertical), relació/afecte (eix horitzontal) i després fan una funció en forma de bisectriu, però també inclouen un tercer vector que és la situació vital de la gent, la seva autoestima, relacions, creença en si mateix, etc.

* Atenen les seves necessitats bàsiques: alimentació, habitatge, documentar-lo, acompanyar-lo al metge, buscar-li/assignar-li un metge de capçalera, educar-li en la seva globalitat, en tot el que envolta. Això ho fan per a incidir en el tercer vector.

* En les consultes dels metges se'ls tracta de forma diferent si van acompanyats que si van sols.

* En salut mental hi ha un equip dedicat als *homeles* però en l'altra sanitat no (l'orgànica)

* Arrels té 5 pisos, li surten més barats que les pensions.

* Problemes amb la sanitat:

- persones mortes després de l'alta, en uns dies => dolenta atenció, poca exploració i mal diagnòstic. S'ha hagut d'ingressar una persona dues vegades en un hospital d'un ictus cerebral perquè la primera vegada van dir que estava begut quan duia 5 anys sense beure però es marejava i balancejava com els borratxos, però se li va enviar per a casa sense fer-la cap prova per a veure si realment estava begut (anàlisi per a veure el grau d'alcohol en la sang, etc.)
- Els professionals se centren en una sola patologia, quan tenen diverses
- Els professionals els tracten com a un mes però això és ciència - ficció, no segueixen els tractaments, perquè de vegades resulta del tot impossible per a ells. Moltes vegades es negocia l'alta amb l'hospital (H. del MAR) i se li diu que li de un antibiòtic d'una presa diària en comptes de múltiples preses, etc.
- L'acompanyament, seguiment de les dosis, control de receptes i medicines, i documentació, és una aportació que Arrels fa a la Sanitat. Tenen 40 persones que diàriament se'ls han de controlar els medicaments i els preses en la mateixa fundació Arrels

* Altre problema gros són les aportacions farmacèutiques del 40%, i més quan a alguns que estan en tractaments de desintoxicació per alcoholisme, etc. se'ls donen uns tractament complementari (vitamínic) Hidroxil, per a ajudar a la desintoxicació, que no aquesta cobert per la SS.

* Aquestes persones no cobren gens o cobren un PIRMI/PNC d'unes 50/55.000 pessetes. Però una pensió costa al mes (a Arrels, que li cobren menys) 70/72.000 pessetes. mes en el centre.

* Molts surten del metge amb el diagnòstic de: enholismo i sociopatia (alcoholisme i indigència) i no se'ls mira gens més, però darrere d'això poden amagar-se tot tipus de patologies.

* Atenció de la les ambulàncies: (algú li crida –moltes vegades un voluntari de Arrels- i arriben sense metge –hi ha algunes medicalitzades però poques i les envien en cas de ferides, infarts, etc...- i a quan arriben li diuen: Bé, vol anar a l'Hospital?" i la majoria responen que no si no tiren a córrer (demències, etc.), i llavors l'ambulància es va, perquè no poden dur a ningú a l'hospital en contra de la seva voluntat. Perquè li duguin a l'Hospital ha de fer la petició un médico 8de capçalera generalment). Després, caldria cridar al médico de capçalera que la fes una exploració i tan bon punt ell cridés a l'ambulància i ordenés l'ingrés.

* Quan es tanquen en un domicili, habitació, etc., es necessita ordre del jutge o d'un metge per a treure'l i dur-lo al metge.

* Són grans consumidors hospitalaris pel tipus de vida que duen, pel carrer,. Hi ha persones que acumulen 25 ingressos en un any per cirrosis, etc. Quan els estableixen, els tornen "al seu domicili", l'ambulància els duu on els va recollir.

* De les 150 persones que Arrels va acompanyar fins a la mort, durant els últims anys d'existència de la Fundació, l'esperança de vida aquesta entre 55/56 anys.

Entrevistat	
Nom: Miquel Julià	
Entitat: Fundació Arrels	Càrrec: Coordinador equips de carrer
Telefon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 1 de desembre de 2004		Lloc: Fundació Arrels
Hora inici: 17:00	Hora final: 19:00	Duració: 2 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Problemes:**

- Col·lapse i Fragmentació => segregació i ajuden a qui col·labora i a qui té més possibilitats de sortir avant.
- Qui no col·labora queda abandonat com a cas => injustícia social
- El PIRMI generalment exigeix alguna contraprestació, i els *homeles* no volen saber gens de regles i normes.
- La majoria de les PNC són per incapacitat, però moltes vegades Arrels paga els medicaments (el 40%) o es demana una ajuda social o a alguna entitat privada.

*** Tractament/internament.**

- Si una persona arriba solament, al donar-li l'alta es va al carrer (pel seu compte, l'ambulància no els deixa en el carrer, es van sols), pot no tenir metge de capçalera, després seguiment cap ni tractament.
- Convalescència => de caràcter Terminal, però no col·labora i no té tractament.
- Informe de metge per a ingressar-lo contra voluntat i tractar-lo o estabilitzar-lo (malalt mental): psiquiatria => neurologia => disminució => es passen la pilota uns a uns altres i no s'emet l'informe necessari perquè a aquesta persona la hi ingressi en alguna part o la hi estabilitzi.
- Si és un malalt mental o un problema d'alcoholisme => molt mal, molts problemes i es passen tots la pilota.

*** Documentació**

- TSI/DNI sinó el CAP els envia => Hospital => médico de capçalera o especialista (ambulatori).

*** Procediments**

- Arrels quan hi ha malaltia amb dolor => intervenen en contra de la seva voluntat, en cas contrari mai.
- Un en Urquinaona que ho perseguen tres grups (entre ells ETA), que ho volien matar, que s'havia escapat per un passatge, que duia moltes caixes de pastilles damunt i anava menjant sense mirar-se absolutament gens, a discreció, => ambulatori => problema d'higiene i revisió d'urologia com la descrita més baix. Va estar 10' en urgències, s'escapoleix.
- No van al metge, passen, prefereixen morir-se i acabar.
- Els cossos de seguretat no poden fer trasllats forçosos, però el metge sí, llavors amb un part seu, la G. Urbana o l'ambulància ho duen igual > diagnòstic => bé => fora, se li dóna l'alta i torna on estava
- Malament => internament => alta i fora, al carrer.

- * Ells estan molt fets pols i no tenen voluntat de col·laborar
- * Arrels insisteix sempre que portin una ambulància amb metge, i sinó els diuen que cridin a un metge, perquè intervingui, (són peleones i tenen molta experiència), però això és molt difícil d'aconseguir.
- * Sinó, poden aconseguir una ordre del jutge amb notificació a Fiscalia perquè aquesta persona sigui ingressada, però un cas amb ordre, jutge, etc. Dos cotxes policials i Mossos d'Esquadra, ho duen a l'hospital i als 10 minuts es va anar, es marxo, es va posar en part: fugida, perquè ningú li va dir al metge que era un ingrés involuntari, tot un muntatge per res (el centre de Arrels, tancat, 8 policies davant, etc.)
- * Tractament:
 - Molts no tenen documentació, la hi van robar, la van perdre i mai mes van renovar, no els importa, si prefereixen morir-se.
 - Ells tenen poca capacitat d'espera
 - L'Hospital factura, de vegades criden al telèfon. De l'acompanyant per a estendre la factura, perquè els facilita dades.
 - Hi ha persones que van una o dues vegades per setmana a urgències.
 - Ha a fer una analítica i va a l'Hospital per un colze trencat, però no es pot aprofitar l'ocasió per a fer-li l'analítica, amb el difícil que va a ser que torni a anar a l'Hospital, el més fàcil és que es quedi sense ella, i això va poder ser possible si estan els de Arrels, però sinó res de res => es pot, si es vol..
 - Se li demana en A. A l'Usuari que l'informe mèdic es quedi allí per a després recollir-lo Arrels/un familiar, etc., => impossible, és personal i confidencial i ho ha de dur el pacient, però després això ho perd, ho trenca, sempre desapareix, gens, no hi ha manera, però després parla amb la infermera i li diu, "clar, cap problema, el teu veuen matí o passat que jo ja t'ho dono" => es pot, no es vol.
 - Un portuguès, que està malament, que va tot el dia donant crits i ficant-se amb la gent, pel carrer S. Pablo, li acabem de veure amb una cama enguixada fins a l'engonal, però en el carrer, quan no degué estar fins a acabar almenys la convalescència.
 - Codi 3003 => sociopatia i altre: enholismo crònic. En l'ambulatori això no passa, però en l'Hospital han d'amagar que aquesta persona està en el carrer doncs sinó el tracte i el diagnostic ja és diferent.
 - A les 8/83 acaben els serveis de proves diagnòstiques d'analítiques, ecografies, etc., => és impossible fer-se-les, no van a aquesta hora i després no es poden fer.
 - L'agafada sol no ser bona => al que li fan unes proves d'urologia: " digui-li que es baixi els pantalons, que es baixi els calçotets, que es llevi...." però el pacient està davant escoltant-li, no es dirigeix a ell ni li toca.
 - En l'Hospital no es tenen en compte les característiques de la persona, una persona entubada que s'està morint i demana aigua perquè aquesta amb els llavis ressecs, no se li pot donar, o un que li falten ½ dies per a morir, que és un Terminal, demana una cigarreta i no se li pot donar => tracte inhumà.
 - No hi ha seguiment: Informe d'alta (per a ells ja dona alta). amb tractament ambulatori o amb tractament per metge de capçalera.

Entrevistat	
Nom: Albert Garcia	
Entitat: SIS	Càrrec:
Telèfon: 93 408 45 43	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 17 de febrer de 2005	Lloc:	
Hora inici: 17:00	Hora final: 18:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Can Planes està en una torre que hi ha en el Parc de San Martí. Hi ha unes 50 places, 40 homes i 10 dones, i hi ha bastant mobilitat.
- * Ells són un poc com els comercials que capten a l'usuari i li ofereixen alguna cosa, però després depèn molt del professional que li toca a aquest usuari pot anar tot bé o pot sortir molt cremat i als 4 dies està igual, en el carrer però renegant de tot i ja ha perdut confiança.
- * Ara estan amb el dispositiu d'hivern - fred, però quan s'acabi, cadascun s'ha de tornar a buscar la vida.
- * El menjador de Navas aquesta al costat d'una estació de metro no adaptada i el del Paral·lel en un pis sense ascensor.
- * ALS immigrants irregulars no els vol ningú, ningú sap que fer ells, molts estan mal (drogues, alcohol, depressions, etc.) i ningú els vol perquè alguns poden ser dependents per a molt temps
- * La G.Urbana els podria agafar i després comunicar-se'l al Jutge en un temps curt, com si es tractarà d'una detenció per un delictes in fraganti.
- * Demanen una ambulància amb psiquiatra a la Guardia Urbana, aquesta parla amb el 061 que valora el cas i diuen que no procedeix i l'usuari es queda allí, com estava.
- * Com són molt itinerants, el fet de demanar al Jutge una autorització per a un ingrés involuntari, és molt complicat i difícil, doncs el dia que tenen les ordres no els trobes.
- * En les memòries del SIS hi ha trets i tipologies.
- * Atur, separació, ruptures familiars, alcoholisme, salut mental,... Però no saps com és primer, quins es donen junts, que duu que,...
- * Hi ha molt ex-legionari, ex-reclús, els institucionalitzats (tota la vida en institucions), els recurrents (per qualsevol contratemps laboral, econòmic o familiar es queden en el carrer o passen al carrer., després surten i tornen i segueixen així)
- * Algunes parròquies tenen dutxes.
- * Ells tenen de dilluns a divendres de 9-13h, però cada usuari solament pot venir 2 vegades setmana i el diumenge si el dilluns una entrevista de treball no pot venir a endreçar-se per a anar net.
- * Generalment van empitjorant amb el temps i les intervencions, entrades i sortides, etc. depressió => solitud => alcohol, =>
- * No hi ha recursos, es treballa amb criteris d'exclusió i no d'inclusió.
- * Hi ha més homes que dones, més de fora de Catalunya, pocs estrangers però aquests molt fotuts perquè no els vol ningú.
- * Segons ell hauria uns 900 actualment dormint en el carrer.
- * La informació és potestat de l'Ajuntament, pot ser causa de suspensió del contracte a l'empresa. El SIS és privat, i els seus treballadors també.
- * No tenen temps per a publicar, però va contactar amb Pep Rodríguez per a fer una mica. La informació la tenen en el cap. No hi ha gens publicat a part del de Pedro

Cabrera, després cal recórrer a Webs estrangeres.

* En el Clínic, de vegades es queixen de com els duen, però generalment els atenen.

Altres dades d'interès
Veure: www.crisi.org.uk / Treballs de Pedro Cabrera

Entrevistat	
Nom: Àngels Cardona	
Entitat: Càrites	Càrrec: Responsable- Sense sostre
Telèfon: 93 268 79 10	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 20 de gener de 2005		Breu entrevista telefònica
Hora inici: 10:00	Hora final: 10:30	Duració: 0:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Ells treballen en petites comunitats de convivència que pretenen que siguin el més semblant a una llar.

* Treballen amb el concepte de "sense llar", més que "sense sostre".

* Em diu que la perspectiva històrica, el germà Benjamí, de S.J. de Déu, la tenen molt treballada i la coneix molt bé.

* En la Barcelonina, aquesta la Casa de la Convalescència (Eduard Sala, i Chus Moia, educador. T. 93-221 82 99

* Tenen un centre per a menors no acompanyats i fan tutela a persones amb SIDA.

* També han desenvolupat a Granollers un projecte - experiència "El Xiprer", que aquesta recollit en un document.

2.2. REPRESENTATS DE GENT GRAN

Entrevistat/da	
Nom: Anna Maria Llúrba	
Entitat: Amics de la Gent Gran	Càrrec: Voluntària
Telèfon: 93 424 57 47	e-mail: abrull@tiscali.es

Realització d'entrevista		
Data: 4 de febrer de 2005	Lloc: Seu de l'entitat	
Hora inici: 10:30	Hora final: 13:00	Duració: 2:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Mobilitat i trasllats**

- Ve l'ambulància després de l'hora que tenia per a fer la prova (encara que després se li sol fer igual), però ells de vegades estan sense menjar o sense desdejunar i a més sofreixen pel voluntari/acompanyant.
- Els deixen en la porta, o "sembla que han de deixar-los en la porta" a l'hora de recollir-los en l'Hospital poden trigar fins a 3h. perfectament.
- Els taxis de vegades també rondinen perquè perden temps i no volen ajudar ni que els usuaris se senten davant.
- Tenen els especialistes molt lluny (V. d'Hebron moltes vegades)
- De vegades paguen el transport si és rehabilitació o algunes proves, però per a casos de pensions mínimes => SS.
- Ús dels serveis => es tendeix a anar a urgències a l'Hospital, moltes vegades no se sap que hi ha urgències en el CAP o en CAP les hi ha.

*** Per demana visita:**

- Es demana visita personalment (per telèfonmenys), la treballadora familiar o el voluntari/acompanyant, la donen per a 2 o 3 dies després i després s'espera menys de 1h en la consulta, això ha millorat molt, ja que abans t'esperaves més. A més, els crònics i les receptes també funcionen millor.
- Per telèfon ells no s'entenen (quan no comunica) els donen una hora i diuen "miri que per a les 10 no perquè jo m'aixeco a les 10 i no dono arribat",... "per a les 11 no perquè em ve la treballadora familiar i he d'estar", etc., etc. El de les hores es posa nerviós i tot acaba malament. Llavors envien a la treballadora familiar o el voluntari/acompanyant a demanar hora.

*** Llistes d'espera:**

- Creu que són especialment greus per als ancians, perquè ells de vegades no poden esperar, es moren abans que els cridin, i després, com no tenen altres coses que els distreguin, estan tot el temps pensant en això i s'atabalen molt.
- Una persona cau a l'agost, l'arreglen un poc i al novembre la fan unes proves i li deriven al reumatòleg (per error de del metge de família, que va posar reumatòleg en comptes de traumatòleg), va el 2 de febrer, i quan va arribar el metge li dona una brega perquè diu que qui l'ha comandament allí, que ell no duu això i ella diu: "jo que sé, al meu em van manar aquí i vinc aquí, jo que es", però al final accedeix a tendir-li i li demana una prova, la senyora diu "si no és un tema seu perquè em demana proves",

que al tenir-li li vagi a veure, demana hora per a veure-li i li donen per al 15 d'abril, tornen al Dr. i l'hi comenten, aquest s'empipa amb la persona de les cites però no es modifica gens. Aquesta persona viu sola i li afecta molt a la seva mobilitat.

- Una persona de 86 anys, sola, té arrels d'un queixal mal llevada que se li inflamen, li impedeixen menjar i li donen febre, a més pren Sintrón i tenen alguns problemes més, pel que el metge diu que se li ha d'ingressar per a fer-li aquesta operació d'extracció ja que necessita ser controlada durant el procés. Pregunten per a quan serà l'ingrés, els diuen que hi ha llista d'espera de 6 a 12 mesos.

*** Medicació**

- Els genèrics els duen bastant bé.

- Fan malament/molt malament les preses, poden agafar caixes caducades, les gotes dels ulls les hi poden beure o no contar-les, usen a discreció, si tenen envasos semblants agafen un a l'atzar, no miren la caducitat ni la posologia. Ens conta el cas d'una senyora que li recepten unes gotes per als ulls i que la voluntària va a les diferents farmàcies del barri demanant que no les hi donin fins a que ella li acompanyi perquè les hi prendria totes en dos dies.

- Els voluntaris/acompanyants i les treballadores domiciliàries són les quals corren amb les labors de dosificar i preses.

- Els crònics van menys al médico del necessari perquè els medicaments els hi donen sense anar al metge, poden no anar en tot l'any.

- Hi ha cremes per al dolor (Trombocid) que han quedat fora de cobertura i les compren molt perquè tots tenen dolor.

- Queden fora les ulleres, audífons i dentadures, amb els vidres de les ulleres es van organitzant però la dentadura, com costa molt, si no tenen diners no la hi posen, mengen sense ella, amb el consegüent problema alimentós, d'estómac i d'adquisició de dolents usos que després s'enquisten.

*** Tracte dels professionals**

- Moltes vegades no entenen gens dels quals els diu el metge, o es queden amb una idea/paraula i no escolten la resta. O es concentren un problema (dolor d'esquena) i no li diuen altres coses més importants que també li ocorren.

- Informació => La informació degué estar en grandàries majors, com van fer ara amb els telèfons, que els han posat en nombres grans. Els prospectes no els hi solen llegir i quan els llegeixen tornen al metge i li diuen si els va a produir els efectes secundaris i el metge els diu "vostè això no ha de llegir-se'l mai, es pren el que jo li dono ja està".

- Dels metges hi ha menys queixes, però del personal de l'hospital sí hi ha varies, (fan referència a les infermeres però per les tasques que realitzen sembla que són Auxiliars de Clínica en la seva majoria), "ve una noia que és molt amable, va poc a poc ..., però de vegades ve un noi i tira les flassades per a després d'i cridant diu: hala, venja, tots fora", i això molesta i ofèn ja que atempta al respecte i al pudor.

- Una persona li diuen en el CAP "pot no ser gens o ser un càncer, hem de fer proves", les proves acaben als 8 mesos amb un diagnòstic benigne (una ulcera), però la persona va estar 8 mesos atabalada i dormint malament.

- H/M igual, J/M igual, però algunes persones poden tenir més pudor amb els joves i hi ha dones que volen una ginecòloga. Va acompanyar a una Mongeta que es va negar a fer una ecografia perquè ella "davant d'un home no s'aixeca la faldilla" i li van dir que anés altre dia, que aquest dia no havia cap dona per a fer-se-la.

- Hi ha persones que prefereixen visita a primera hora "perquè després el metge ja aquesta molt cansat no fa el mateix cas, va més ràpid".

- Es fan proves que semblen innecessàries, "no es perquè manen fer totes aquestes coses si després el metge ni les hi mira o els fa poc cas", sembla que es facin per a entretenir-los i que estiguin contents mentre estan en les llistes d'espera.

- Es fan proves per a un ingrés que caduquen abans d'ingressar. Es fan proves que

semblen contradictòries: primer una ressonància i després una radiografia.

- El tracte és una qüestió humana, hi ha de tot com a tot arreu i depèn molt també de l'usuari, si parles bé t'atenen bé si vas cridant malament "el qual entra rondinant ja ha begut oli", el metge acaba ràpid, però si ets amable "se li obre més el cor".

- Una persona que tenia un gra en una mà un poc lleig "que vol, amb 90 anys, només te això i és queixa", però a ella li molesta i no entén perquè ha de tenir més coses per a tenir dret a queixar-se.

- El metge de capçalera fa, l'especialista repeteix, l'Hospital també, "perquè no poden tenir tots accés a un historial i proves i han de marejar tant a la gent". Sembla un problema d'Informació/coordinació.

- Els especialistes solen estar molt lluny per a persones que tenen dificultats de mobilitat.

- Es queixen bastant del tracte massa familiar i poc respectuós, que els tracten com a nens i fins i tot com a imbècils "", amb expressions del tipus; nena, camisa, maca, etc, sense suficient respecte.

- De vegades el metge (per problemes de temps) es dirigeix a l'acompanyant (aquesta voluntària no entra a menys que un dels dos li demani), com estan deteriorats els tracten una mica malament, amb expressions com les anteriors i sense fer-li molt cas.

- Consentiment informat => no els expliquen gens o molt poc, "m'han dit que signes"

*** Altes**

- Encara es donen les altes en divendres, el dilluns la treballadora familiar/voluntari han d'anar corrent al metge de capçalera per les receptes, però moltes vegades el seu horari no coincideix amb el del metge o no tenen visita per a aquest dia i han d'anar a urgències i sinó s'està sense prendre medicines.

- Les famílies passen molt, criden ara i adés per a preguntar com aquesta i gens més, creuen que tot el fer l'Adm.

- Hi ha més castellans que catalans (en % en nombres absoluts), perquè a causa de la immigració, ja provenen de famílies menys estructurades, ja que els avis no han vingut, de vegades solament un membre de la parella, anades/vingudes, absències, etc. i amb els catalans pansa menys.

*** Telealarma**

- Hi ha molta gent que té telealarma (la mateixa proporció de públics que de privats), però no totes les empreses presten el mateix servei, d'algunes hi ha més queixes que d'unes altres, algunes criden una o 2 vegades per setmana per a veure com es troba, però unes altres no ho fan mai.

- L'hi lleven per a dormir perquè tenen por d'estrènyer-lo i que els renyeixin, després diuen que els molesta per a dur-lo seguit i creuen que ja controlen el tema i després quan cauen resulta que mai ho duen damunt, ho utilitzen un poc com emergència mèdica.

- Els costa molt donar la clau, i quan la donen, després posen el passador i una barra de ferro al través, amb la qual cosa, si hi ha una caiguda, tampoc es pot entrar. Solen tenir por i si han donat la clau s'espanten amb els sorolls, pensen que els entren i no dormen i es preocupen.

*** Propostes:**

- Habitatges més adaptats, amb barres en els passadissos per a agafar-se, amb ascensors, sense catifes, perquè solen estar les coses molt mal, tenen les cases plenes de mobles i trastos, posen les estufes de resistències molt prop... i si no passen més coses és perquè Déu no vol. Normalment ells o els fills, actuen alliberant el pis quan ha hagut alguna caiguda.

- S'hauria de fer una mica d'ofici "", doncs hi ha pobres amb vergonya que han tingut una certa posició social i ara la seva economia s'ha vingut a menys i no demanen gens, no acudeixen a SS. No parlen amb ningú, es tanquen a casa, no fan vida social i

ho passen molt mal.

- A les persones que mengen els aliments triturats, no se'ls degué donar tot junt (s'ajunta: carn, verdura, fruita, ... i es tritura tot junt), doncs no poden diferenciar els sabors i no saben que sap. En les Residències i en els Centres de Dia es fa així.
- Hi ha persones majors, amb una pensió bona, però que després de pagar les despeses tots no li queda gens, i no té dret a cap ajuda.

Entrevistat	
Nom: Mercè Giner	
Entitat: Centre de Dia La Mercè	Càrrec: Treballadora social
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 13 de desembre de 2004		Lloc: Centre de dia
Hora inici: 13:00	Hora final: 14:15	Duració: 1:15 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * En el Centre de dia, també mengen i també té residència.
- * Una senyora té 80 anys però no vol anar al Centre perquè diu que allí solament hi ha vells.
- * Un vell diu que ara la gent parla molt baix (no canvia el xip per a pensar que tal vegada ell escolta malament).
- * No són capaços d'anotar els consums de la llum i si no la hi prenen, després els poden venir factures enormes a les quals no poden plantar cara.
- * Una carta de la llum ja és tot un enrenou per a ells, ja es atabalen.
- * Hi ha molta gent que en un moment determinat trenquen amb el seu entorn: família, amics, ...tot, però són sempre els home, les dones és molt rar. I sol ser després de la jubilació sobre uns 3 anys més tard.
- * En els Casals s'adonen de quan comencen la retirada i l'aïllament, per quan deixen de jugar al domino o a les cartes, llavors s'aparten, es reclouen, s'aïllen i abandonen i comença la dependència. En l'àmbit rural és molt diferent, doncs no hi ha un tall amb les activitats com a la ciutat amb l'edat de jubilació i d'altra banda tot està molt més rutinitzat i això els afavoreix molt, doncs un dels seus grans problemes és el no tenir res a fer, no tenir obligacions ni ocupacions (i després quan tenen alguna cosa també s'atabalen)
- * Ells no són capaços d'explicar-li al metge que medicament prenen, és impossible.
- * Els metges són molt classistes, si olora un poc mal o va malament endreçat, fatal, molt mal, mala cara i poc cas li fan. Són molt classistes. Ells fan un seguiment total del pacient.
- * Ells estan perfectament coordinats: Centre de dia, S. Socials i CAP, però no a tot arreu és així i encara així es diu per a veure qui en el qual està de guàrdia per a veure si li envia a algú o no.
- * Les treballadores familiars a domicili (TFD) són pagades per l'Ajuntament però se'ls contracta a una cooperativa. Els S. Socials, de vegades no saben molt bé el que fan les TFD.
- * Sempre has d'anar dos passos per darrere de l'ancià, perquè sinó s'empipen, es molesten i deixen el Centre, no es pot anar mai contra la seva voluntat, fins i tot encara que sigui contrari per al seu benestar.
- * Els genèrics són un problema, triguen moltíssim en entendre'l i assimilar-lo, no s'acostumen a deixar aquella pastilla groga i allargada que li va tan bé.
- * Una doctora atén a una pacient d'uns problemes d'estómac, però no li pregunta que li va passar en la cara i acabava de caure de morros feia uns dies i tenia la cara fatal, li han de cridar del CAP i preguntar-li que li va dir de la cara i ella diu que no gens, que no es va adonar.
- * Una persona va queixant-se de l'estómac i li donen pastilles o xarops, però no li

pregunten que menja, quan, com, que quantitat, etc., potser el que no necessita són els medicaments.

- * Els ancians diuen que fan moltes coses: mengen, cuinen, netegen, passegen, etc. Però després resulta que és gairebé tot mentida, tot just cuinen i gairebé sempre el mateix, no netegen a casa, no surten tot just...

- * El temps és el gran problema, doncs el més important és escoltar-los i no es fa, no hi ha temps per a fer-lo, i els metges menys.

- * Els metges són bons tècnicament però no entenen la part humana, ni que una persona tingui "un malestar general", a ells se'ls han de donar símptomes, si els dones totes les peces, després ells munten el puzzle, però sinó, no, no se surten dels seus esquemes, però de vegades la gent no té símptomes concrets: febre, tos, mareig, tensió, etc., i es troba realment mal.

- * El metge aquesta atabalat perquè l'ancià va més del compte, li dona medicaments i després moltes vegades no els hi pren, li mana fer una sèrie de coses i no li fa cas, etc. I l'ancià es queixa que com és ancià el metge no li fa cas, no l'hi pren de debò. És un problema gros per a ambdós.

- * El CAP és realment el centre de referència de l'ancià, és al que es mantindrà sempre vinculat, pot anar al casal o no, al Centre de dia o no, però no deixa d'anar al CAP. Fins i tot els agraden les esperes, doncs xerren amb altra gent, amb veïns, amb gent més jove, etc, perquè "en el Centri no hi ha més que vells", i ells no volen ser vells, i en el CAP és diferent. Després, hi ha moltes persones que van una o dues vegades per setmana o fins i tot més, perquè després el CAP ja els va programant per a les distintes proves, etc.

- * Tenen molta por a creuar el carrer, pujar o baixar una vorera, la foscor, les llambordes, ..., cauen amb molta facilitat.

- * Els seus entorns es deterioren amb l'arribada de gent d'estrangera, l'escala ja no és igual, ja no coneixen als seus veïns, es reclouen més i tenen més por.

- * Falten recursos, cada vegada hi ha més gent amb dret però el personal és el mateix des de fa 10 anys i els pressupostos tot just varien. I sobretot: TEMPS.

- * Ells han d'anar cridant a s. socials: "escolta necessitem una ajuda per a canviar-li el pany de la porta, per a apagar la llum, per a, per a, per a."

- * Es fa molt tractament pal·liatiu (els metges només pensen en aguts), no es planifica ni prevé, es van posant pegats, es fa un poc la funció de frontó: "ens limitem a parar els cops", atendre a la demanda més urgent.

- * El problema és no acceptar la vellesa, si no tens mirall per a mirar-te, no vegada que envelleixes, necessites mirall, referències. Després entre ells també són bastant cruels, al que falla en alguna cosa se li exclou, no vam pensar que molt aviat nosaltres estarem igual.

Entrevistat	
Nom: Mario Cugat	
Entitat: FATEC	Càrrec: President
Telefon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 12 de novembre de 2004	Lloc: Casanovas, 16, baixos	
Hora inici: 11:00	Hora final: 11:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* 405 casals d'Avis

* 35 entitats especialitzades

* Objectius principals:

- Que la gent jubilada no es quedi a casa
- Seguretat en la llar

* Les persones per a integrar-se i desenvolupar-se necessiten estímuls favorables:

- sanitat
- pensió digna
- informació
- habitatge
- dependència - assistència
- Curatela

*Majors de 75 anys => 4ª edat

Entrevistat	
Nom: Eva Calero (psicòloga)	
Entitat: Amics de la Gent Gran	Càrrec: Coordinadora Departament Social
Telefon: 93 207 67 73	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 27 d'octubre de 2004	Lloc: C/ Grassot, 3, 1 ^a	
Hora inici: 12:00	Hora final: 13:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Intervenien per derivació d'alguna institució. Serveis Socials, CAPs, Parròquia, Càrites, PADEs, etc, però no a petició pròpia o d'un particular.
- * Treballen amb gent major, suposadament major de 65 anys, però també menors si hi ha problemes: se sent solament, ha perdut contactes i entorn, l'ajuda familiar no és suficients (per motius diversos), alguna minusvalia. No actuen amb la gent que està en Residències, ni amb majors que tenen qui els ajudi o es valen per si sols.
- * Alguns no són malalts però després ho seran
- * La mitjana de la gent que atenen és de 82'2 anys, alguns so centenaris. Presenten patologies múltiples, problemes físics i un empitjorament de l'entorn: defuncions, desconexió, pèrdua de contactes, etc.,
- * Programes:
 - * Acompanyament: al metge, a fer gestions: sanitàries, administratives, ...
 - * Acompanyament en el domicili: 1 visita a la setmana (amb personal voluntari, de 1 a dues hores) La mitjana de temps que roman un voluntari en aquesta labor és de 3 4 anys, encara que alguns s'estan 15 o 17 anys) abans d'iniciar aquests programes, se'ls fa una visita per a avaluar la situació i les necessitats i també se selecciona i forma al voluntari.
 - * Acompanyament al malalt Terminal, tant a casa com en l'Hospital
 - * Altres activitats: vacances compartides entre voluntaris i majors, festes, tallers, sortides, etc.
- * Problemes sanitaris:
 - Llistes d'espera
 - Descoordinació Socials, molta.
 - Derivacions, una persona que tenia hora en un centre a les 9, va acabar a les 19h, perquè la van enviar a fer proves a 2 Hospitals
 - Cures, l'Hospital diu diàries, el CAP diu 2/3 vegades setmana (per no fer-les), però hi ha CAPs que a domicili no fan cures perquè estan saturats o això diuen, però no són molt freqüents.
 - Una persona cau, es trenca alguna cosa, prem el tele-alarma i li duen a l'Hospital, però llavors s'interromp el medicament perquè l'Hospital no es coordina amb el CAP, (i moltes vegades quan li donen l'alta tampoc), doncs el pacient no coneix el que pren, no és capaç de verbalitzar certes coses: medicaments, símptomes, patologia, diagnòstic, etc.; funciona amb colors, grandàries, formes, etc., després l'Hospital li dóna altre tractament, però el CAP li pot tornar a l'anterior.
 - Problemes amb els genèrics: no es fien, no noten els seus efectes, la milloria que abans notaven i molts es compren el de sempre.
 - El pacient no se sent informat, en l'Hospital no li informen de gairebé gens, se li passa a un centre sociosanitario però no se li diu perquè, ni com va ser la seva continuació etc., però de vegades tampoc en els CAPs. Els treballadors socials dels

Centres sanitaris estan començant a fer aquí una adequada labor

Quan es va a una Residència, canvia de CAP (amb el que això comporta) i algunes Residències tenen una mala atenció sanitària, especialment les privades.

- Els PADEs: metge, infermera i assistents socials estan coordinats, funcionen molt bé, però no donen cobert la demanda

- Un cas: aquesta persona tenia visita al seu C.A.P. perquè la infermera li fes les cures d'unes nafres, la van derivar cap a la Clínica del Remei i d'allà a l'Hospital del Mar. Després de passar per diferents serveis i especialistes, finalment va aconseguir dia i hora per dos especialistes de l'Hospital del Mar (Dermatologia i Cirurgia Vascular) i el volant perquè tornés al seu CAP amb les indicacions que aquestes nafres li havien de curar (és a dir, va tornar al mateix lloc). Per sort, el nostre voluntari la va acompanyar en tot moment, però hi van estar tot el dia amunt i avall.

Entrevistat	
Nom: Enrique Soriano	
Entitat: Associació Perceptor de PNCs	Càrrec: President
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 24 de novembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 11:00	Hora final: 12:00	Duració: 1 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Cobren 276'30€

* Alguns viuen en habitatges tutelats de Càrites, paguen un lloguer adaptat als seus ingressos (sobre ¼ part dels ingressos +telèfon), tenen una habitació amb cuina i serveis comuns, tenen neteja dels espais comuns i després cada ús es neteja la seva habitació.

* En Catalunya hi ha uns 60.000 i a Espanya uns 400.000.

- Gent molt major. Molt deteriorada físicament, estan apagats, cansats de lluitar, assumeixen ja la seva condició de perdedors. Han sofert moltes travades en la vida, tot ho tenen en una escala de valors molt baixa: desmotivats, resignats, fracassats.

- Problemes d'analfabetisme.

- Més de 18 anys, també se'ls dona la PNC a discapacitats

- Hi ha teleassistència domiciliària de la Creu Vermella, que s'ha de pagar.

* Problemes:

- Dentadura i ulleres

- Discrecionalitat de l'A. Social, uns, sí uns altres no, "depèn de qui et toqui i com li caiguis".

- Per a les ulleres se'ls pregunta:

- Quant cobra
- Quant paga d'habitatge
- Cosa menors: "fins a quants rotllos de paper higiènic ús".

Un exemple: l'oculista li recepta unes ulleres, va a una òptica i li demanen 70l, després va a la A. Social i li diu que vagi a una òptica concreta perquè li faci un pressupost, li fan un de 230€, després l'assistenta li diu que li dugui tota la documentació (entre ella la cartilla del banc – cosa que no li agrada i s'oposa totalment: "com li vaig a donar a ella les dades de la meva cartilla" i la declaració d'IRPF) i que li pagaran una part de l'import, sobre un 50%. => acaben amb la sensació que l'A. Social i l'òptica s'han posat d'acord.

Entrevistat	
Nom: Silvia Ardanuy	
Entitat:	Càrrec: <i>Psicòloga de NH</i>
Telèfon: 619 664 819	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 15 de gener de 2004	Lloc:	
Hora inici: 17:00	Hora final: 19:15	Duració: 1:15 h.

*** Mobilitat**

- Mobilitat física. Hi ha gent amb moltes dificultats de mobilitat i hi ha barris amb moltes costes i molt llunyans al centre mèdic, després, o van en taxi o no van. (tota la zona per sobre de V. de Montserrat)
- Transport. No ho tenen prop o s'adapta a les seves necessitats.
- Recursos econòmics: no tenen diners per a agafar un taxi i de vegades és l'únic mig per a acudir al metge.

*** Informació**

- Els falta informació dels recursos que poden utilitzar (programes, centres d'atenció, persones, serveis, ajudes, ...)
- Incomprensió de la informació: la informació no està adaptada a les seves necessitats i característiques, no entenen el que els diu el mèdic/infermera, no entenen els prospectes dels medicaments, no entenen la documentació oficial,...

*** Medicaments:**

- Problemes d'administració: no els hi prenen i els acumulen en la seva casa,
- Dosificació: no són responsables per a prendre's les dosis diàries, els cal ajudar.
- Genèrics: els canvien el nom i l'envàs d'un medicament que duen anys prenent-lo, desconfien i creuen que no els produeix el mateix efecte, es preocupen i s'atabalen.

*** Soledat i acompanyament**

- Descàrrega familiar => et tenen el malalt un mes en una clínica perquè la persona que n'ha de tenir cura descansi. Però després t'has de deixondir. Hi ha un any d'espera.
- Els centres privats de sociosanitari cobren en funció de l'estat del pacient, un incapacitat costa unes 100.000 pessetes per setmana.
- Hi ha gent major que ve d'altres comunitats, perquè estaven sols en els seus pobles/llogarets i al fer-se majors i no poder valer-se per si mateixos vénen per a junt dels fills. Aquests van molt despistats, no coneixen gens no tenen informació ni hàbits.
- En general tots tenen telèfon, encara que de vegades donen el d'un familiar.
- Servei de Telealarma => Cruz Vermella. Tenen com un collaret i al prémer algú els respon i els ve a atendre. Els va bé, se senten més tranquils, però tenen un cost d'alta i de manteniment.
- Gairebé totes les persones relacionades amb l'associació, viuen soles.
- Actuen molt per coneguts, veïns, amics, familiars, etc. Elles són totes voluntàries (bàsicament hi ha dones, jo no vaig veure cap home).

Problemes d'anorèxia

- Anorèxia / bulímia (vomitadoras o no):
- Hi ha noies que s'estan fins a 3 anys
- Solen ser sempre noies
- Les riques se surten, però les pobres estan entrant i sortint permanentment ja que en el SCS quan agafen 3º 4 kg. Ja les donen d'alta i tornen a recaure

ràpidament.

- És un patologia complicada, no volen que els pares ho sàpiguen, no volen saber gens de metges, no segueixen les pautes, no es reconeixen malaltes.
- El tractament pot costar 600.000 ptes./mes (de vegades ho paguen les CCAA de les quals procedeix la pacient: Canàries,..., a Catalunya no)
- Centre a Cabrils (Maresme)
- Fundació Alba (també treballen aquest tema)

6.3. REPRESENTANTS DEL COL·LECTIU D'IMMIGRANTS

Entrevistat	
Nom: Anna Munuera	
Entitat: SAIER	Càrrec: Responsable
Telèfon: 93 292 41 64 Fax: 93 292 41 73	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 1 de febrer de 2005	Lloc: Paral·lel, 202	
Hora inici: 10:00	Hora final: 11:15	Duració: 1:15

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* El SAIER està compost per 6 entitats i es finança bàsicament pel IMSERSO (Madrid) però també col·laboren l'Ajuntament i "la Caixa". Hi ha un programa d'immigrants i altre de refugiats, l'últim depèn totalment del Imserso i ho gestiona bàsicament la Creu Vermella, i per al qual hi ha molt diners. Els refugiats solament passen pel SAIER, després van a centres d'acollida.

* Col·lectius que atenen. Persones refugiades polítiques i immigrants en situació irregular. Les demandes entre l'un i l'altre col·lectius són totalment diferents. Per al col·lectiu de refugiats el empadronament no és cap problema i per tant accedeix a la targeta sanitària amb facilitat. Els problemes més grans els troben entorn a l'atenció en salut mental.

* No obstant això l'atenció a immigrants irregulars és més complicada. No posseeixen documentació i cal situar-los en algun lloc per a empadronar-los. Tenen en funcionament un programa dirigit a mares embarassades o amb petits. A més intenten cobrir el tema de medicaments (hi ha major problema amb els tractaments crònics perquè són més cars, i per això necessiten coordinar-se amb després d'entitats). Per altra banda, realitzen acompanyaments en els casos més complicats.

* Procedències que més atenen: Països de l'aquest, Amèrica Llatina i Àfrica.

* Tema d'accés: Els deriven a Drassanes. El servei se satura però quan es veu una porta oberta aquí va tot el món. En lloc de treballar amb altres serveis perquè obrin portes, es recorre sempre al que se sap que van a resoldre la situació. Això ocorre per problema de territori, la persona té empadronament sense domicili i se li deriva a Drassanes. És una lluita constant el tema de territori per a sistema sanitari i serveis socials en general. No es té en compte que territori no és empadronament només, sinó on resideixen, però "ens agarrem a l'empadronament quan no deuria ser així".

* Molts d'ells estan rellogats i com és una pràctica il·legal no poden empadronar-se. Quan intentem avisar sobre abusos per part dels seus propis compatriotes el col·lectiu exerceix una pressió tremenda (confien més en les seves xarxes). Mafies que cobren per acompanyar a serveis.

* SAIER utilitza voluntaris per a fer acompanyaments a centres oficials: mèdico, papers, etc. , però els voluntaris són insuficients.

- Hi ha un programa especial per a embarassades

- Paguen la farmàcia a usuaris en seguiment, crònics, i alguns casos més.

* Targeta sanitària: L'ajuntament admet l'empadronament Sense Sostre però sempre amb passaport. Llavors únicament poden empadronar amb adreça del SAIER a refugiats polítics, que és una part molt petita de la població immigrant. Recorren molt a l'assistència d'urgències. En casos especials sense targeta sanitària es deriva a Salut i Família i d'allí els manen a Hospital del Mar. (Per a pediatria no és necessari) Quan van sense targeta els facturen, però no ho paga ningú.

* Ells empadronen sense domicili però sense passaport, no, no hi ha res a fer sense passaport.

* El seguiment de pediatria és que més demanda general i és el problema més greu.

* Passen els casos especials a Salut i Família i ells creu que els deriven a l'Hospital del Mar.

* Els SS territorials no els deixen derivar sense Padró => injust i il·lògic, doncs pot dur temps residint en el seu territori. El territorial sempre és un problema.

* Informació: No els arriba perquè no hi ha serveis d'acollida. Des del SAIER es va fer un dossier amb informació relativa al coneixement de l'entorn. S'introduïa en els cursos de castellà. En el dossier es parla del context polític, sistema sanitari, educatiu, marc jurídic... Entorn a un pla d'acollida s'està parlant des de fa anys, però no es porta a terme gens, el que ocorre és que cada servei fa el seu programa d'acollida.

* A més, la informació que donen ells no serveix, sempre és més important i té més pes la qual els donen els seus compatriotes, és perdre el temps, el col·lectiu els domina als quals acaben d'arribar.

* Ens explica el cas de les màfies russes que els cobraven per tot, per acompanyar-la al Padró, al metge, a fer els papers, al SAIER, els deien: si els pregunteu a ells us diran que no, però si ens pagueu no atendran perquè nosaltres després hem de pagar-los a ells.

* Barreres culturals: Depèn del col·lectiu.

- Entorn a salut mental tenen dificultats amb determinades nacionalitats subsaharianes. Arriben a la península en situacions crítiques, estrès... El viatge fins a aquí és molt dur, la travessia pot durar bé 2 anys (nens que arriben són producte del viatge). Hi ha molts problemes de S. Mental, especialment amb els subsaharians, que vénen fets pels després de les travessies de fins a 2 anys per a arribar a la península. Els envien al SAMBI (Layetana-S.J.Deu) o al SAPIR (Dr. Anxotegui)

- Tractar salut mental en ocasions és difícil, perquè no la conceben tal com ho fem aquí: creences, bruixeria.

- Les travessies són llargues, poden durar 2 anys, treballen, caminen, fan autostop, etc. i els fills i embarassos són producte d'aquesta travessia, cap dona surt així de la seva casa.

- No es pot parlar de països, s'ha de parlar de cultures, els nigerians són els més difícils de tots, són prepotents, americanitzats, és difícilíssim treballar amb ells i amb elles ja gens es pot fer. Generalment la cultura anglosaxona d'Àfrica és molt difícil.

- No és igual Algèria que El Marroc, ells d'Algèria solament tenen refugiats i els marroquins tot just van al SAIER, però els del Marroc es queixen per tot, és la seva cultura i el seu caràcter, queixar-se.

- Dintre del col·lectiu de subsaharians existeixen diferències importants entre nacionalitats. El nigerians és la nacionalitat on la comunicació és més costosa. No és l'idioma l'única barrera, són sobretot els codis. Estan molt americanitzats, i mostren certa prepotència respecte a la resta de països africans (primer país en colonitzar...).

- Magrebins tot just arriba A SAIER, però es queixen de tot per qüestió de caràcter. La seva actitud de queixa no s'entén més enllà d'això, ja que el seu sistema sanitari deixa molt a desitjar. Sobretot es queixen els homes. Aquestes actituds depenen molt del que conceben en el país d'origen: immigrants de països de l'aquest es queixen molt del sistema educatiu, per a ells és sagrat. Depèn d'on vénen.

- Aquest => el primer és el col·legi dels nens, aquí són molt exigents, volen més qualitat en l'ensenyament, etc., però no volen saber gens de psicòlegs/psiquiatres (encara que tenen necessitats importants) pels internaments psiquiàtrics dels règims

de l'Est.

- Xina, El Marroc, i Paquistn, no van. Gàmbia i Senegal, tampoc, es valen sols.
- Fan un pla d'acollida i a través de les classes de castellà els expliquen un dossier amb documentació àmplia sobre el nostre sistema social.
- Altes hospitalàries: Es produeixen altes sense coordinar amb serveis socials. Es tracta de gent convalescent que no estan per a seguir ingressats però que necessiten atenció. AL SAIER els arriben en ambulància gent que se'ls ha donat d'alta, perquè els derivem feia algun lloc. El SAIER no es pot fer càrrec del malalt donis d'allí. Es dona l'ordre de tornada a l'hospital. Les derivacions cal fer-les bé: si no hi ha una coordinació prèvia amb serveis socials, des del SAIER no es poden fer càrrec (llevat que arribin amb recursos preparats des de l'Hospital, no els agafen)
- Es tracta de gent convalescent que no estan per a seguir ingressats però que necessiten atenció. Ocorre que en aquesta situació ningú es fa càrrec d'ells: ni serveis socials, ni la seva comunitat (queden al marge dels seus propis col·lectius ja que no poden aportar gens de treball a la comunitat)
- Es donen altes a persones convalescents que no poden accedir a cap recurs adequat per a ells.

Entrevistat	
Nom: Joana Martín	
Entitat: Càrites	Càrrec: Responsable immigració
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 25 de gener de 2005	Lloc: Via Laietana	
Hora inici: 9:00	Hora final: 10:20	Duració: 1:20

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Sobre el programa d'immigració que dirigeix:**

- Es tracta d'un programa d'immigració que se centri en el suport als equips territorials. No treballen directament sinó que deriven a territori. Ofereixen servei d'assessoria jurídica i documentació i tracten temes humanitaris i relacionats: arrelament, vulneració de drets... L'atenció directa es desenvolupa des de 43 punts, dintre de la Diòcesi de Barcelona (més petita que la província però que va més enllà de l'àrea metropolitana)
- Aquests equips territorials són multidisciplinars i abasten diferents programes (vellesa, immigració...). No obstant, els projectes són variables, depèn de les necessitats percebudes en el moment. En cada equip hi ha: Assistenta Social, Educador Social i Treballadora Familiar.
- En l'equip de suport i assessorament situat en Laietana, 5 treballen dues advocades, una administrativa i l'entrevistada.

*** Sobre sanitat:**

- En el programa no tracten el tema directament, però han participat en reunions amb la Conselleria (fa aproximadament uns tres anys i pot recuperar material de llavors). També estan en contacte amb Estanis Alonso i amb Marisa Ros.
- Accés: qui té més poder accedeix més i que té menys accedeix menys. En principi no deuria haver cap problema perquè és universal. Si que creu que pugui haver dificultats pel tràmit d'empadronament. No obstant, mai li ha arribat gent amb problemes d'accés (insisteix que la gent que treballa en territori podria oferir altra visió). Ara bé, una cosa és l'accés i altra que els immigrants vulguin/puguin utilitzar el servei amb els mètodes i les formes d'aquí.
- Per altra banda, està l'actitud del metge: que es vulgui adaptar i flexibilitzar en funció de la cultura de l'usuari.
- Els problemes d'accés (en les reunions) els plantegen els metges de família, perquè són qui sofreixen aquests problemes i a més que ells volen fer prevenció i sense accés o amb accés no normalitzat és impossible.
- * Informació sobre serveis: (recorda la seva experiència treballant en territori, cursos impartits al col·lectiu). De vegades utilitzen una cosa perquè no hi ha informació. Veu la necessitat de fer arribar informació perquè pugui utilitzar les coses. Aquesta falta d'informació la troba tant entre professionals com en els usuaris. Però en els últims anys s'ha avançat en els dos àmbits. S'hauria de donar informació sobre: horaris, pediatria, especialistes.
- * Sobre accés a la targeta sanitària: La barrera és l'empadronament, i no es dona de la mateixa manera en tots els municipis ni districtes. Cas d'accident laboraY: Van haver de tramitar un canvi de domicili a Barcelona i van tenir moltes dificultats. Per la seva banda, sanitat s'està posant seriós amb el tema de l'empadronament.
- * Diferències de tracte. Pot ser que existeixin, per dificultats d'enteniment o culturals,

però no veu molt problema d'accés. En la seva pràctica en el territori s'ha trobat amb pediatres que tractaven malament als nens marroquins, que no els feien cas i deien que les seves mares els sobreprotegien.

* **Planificació i organització del servei:** S'acumula molta gent del col·lectiu en determinades ABS. Per exemple el CAP de Drassanes duu anys sent un referent i continuarà sent un referent. Per altra banda, el tracte no és igualitari en tots els CAPs. Quan les coses no estan bé organitzades el qual té més poder és el qual accedeix.

* **Cobertura de medicació:** Altre tema important és tota la cobertura de medicació. Aquest 40% que ha de pagar l'usuari, si no es fa càrrec algú no s'assegura que se segueixi el tractament.

* **Paper de les administracions:** En les reunions amb la Generalitat s'ha plantejat el tema de l'accés, però qui ho plantegen són els metges l'ajuntament va presentar un Pla d'immigració, però encara avui s'està esperant un interlocutor amb el qual poder dur el tema. Barcelona és molta ciutat i necessita una bona coordinació de serveis socials, sanitat i entitats que es dediquen.

- Després s'han dedicat esforços al tema de documentació, amb els canvis de lleis continus i s'han deixat en un segon o tercer plànol els temes de prevenció i seguiment.

- En les reunions amb l'administració, es plantejava que el model de Barcelona s'havia aplicat en altres llocs i al desenvolupar-se funcionava millor que aquí.

- Es parla d'un pla interdepartamental, diuen que és un tema transversal.

* **Mediadors comunitaris:** Hi ha gent formada, molt bona i després no es contracten, han de funcionar com voluntaris, a hores... Posar un recurs, un mediador, però en aquest sentit no s'ha acabat de donar el pas. Sembla que hi ha voluntat però sempre surt el tema de recursos. La gestió de mediadors a nivell de serveis socials la duu la Associació de Desenvolupament Comunitari, va sortir a concurs.

* La sanitat cal oferir-la amb altre paquet, perquè no és prioritat per als immigrants. Cal informar de tots els serveis i mirar que acompanyament es fa perquè la persona se situï i entengui el funcionament. La gent quan coneix, utilitza els serveis. És una informació que es deuria donar al principi i que servirà per sempre.

* **Diferències culturals:** Els conceptes són diferents, el concepte de salut mateix. Les dones marroquines sempre diuen "tinc mal de cap", però és una manera de manifestar un malestar, darrere d'aquest mal de cap hi ha altra malaltia. És preocupació per altre dolor, perquè no es pot dormir. És un problema de comunicació (Mare que acudia al metge amb el seu fill, mèdic no va diagnosticar gens, i finalment se li va detectar un càncer avançat de sis mesos.) i el mateix diuen dels seus fills "aquesta molt dolent i li dol molt el cap. És la seva manera de exterioritzar certes pressions familiars, però també la seva manera de viure la malaltia que té.

- S'han trobat amb denúncies per maltractaments perquè a un nen marroquí de 4 o 5 mesos li donaven lletilles, però és la seva manera d'alimentar-los, passen del pit al menjar d'adults en molts casos i de vegades si diagnostiquen maltractaments quan realment no els so, és un problema cultural.

- Amb el tema d'infància, hi ha metges que diuen que els nens reben maltractaments, i no són maltractaments és diferència cultural, en els hàbits de menjar...

- En referència al gènere, els professionals diuen que no hi ha cap problema, però les marroquines si busquen doctores sobretot per a temes de ginecologia. (Experiència de quan treballava en territori: Matrimoni que acudeix, amb senyora embarassada, el marit és qui parla per la seva dona. De forma que com treballadora social ha de demanar permís per a dirigir-se directament a la dona). Per altra banda, no tenen costum d'anar al metge per embaràs, si han tingut fills anteriorment i no han anat, no veuen la necessitat.

- L'Associació de Metges de Família va abordar el tema dels col·lectius immigrants en la sanitat, no sap que nivell està actualment.

Puntualitzacions: :

- Abonar el 40% dels medicaments és un problema (ells ajuden i ho paguen en molts casos) que fa que moltes vegades no se segueixin els tractaments. En Drassanes no pansa però en altres CAPS sí. Drassanes és un cas aïllat i a part.
- L'empadronament dificulta l'accés, especialment per a aquells que no poden empadronar-se.- No tots els CAPs estan disposats a fer una atenció diferenciada en funció de les característiques especials d'aquests col·lectius, no tots estan igual de sensibilitzats amb el problema.
- No disposen d'informació suficient per a fer un ús del sistema sanitari com els nacionals, quan tenen la informació ja s'adapten.
- Creu que l'Ajuntament fa temps que passa, es fan reunions, s'arriba a acords, es dilaten i després s'abandonen per diferents motius i mai acaben posant-se a marxa o al 100%. Han treballat molt amb Carmen Carreres per res, perquè després tot quedés en no-res.
- BCN va inspirar el pla d'atenció sanitària als immigrants a Andalusia però ella no va ser capaç d'aplicar-lo i Andalusia sí. (diuen que perquè ells començaven de zero i que així era més fàcil).
- Diu que en Caritas la coordinació és molt àgil.
- Ens explica els seus treball comunitari, ampli i amb diferents col·lectius a diferents hores del dia en funció de la temàtica a tractar.
- També ens conta com arriba un matrimoni àrab, i el la senti a ella mes lluny de la taula i comença a explicar els problemes de la seva dona que estava molt embarassada, ella, després d'escoltar-li, li respon i li demana permís per a dirigir-se (per a parlar amb) la seva dona i no va haver cap problema perquè li va demanar permís però si s'hagués dirigit a ella sense demanar-li permís a ell l'hagués cagat.

Entrevistat	
Nom: Carles Bertran	
Entitat: CCOO	Càrrec: Coordinador del CITI
Telefon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 25 de novembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 13:30	Hora final: 15:00	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Es pren la identitat com refugi per a ocultar (o a causa) dels fracassos de la integració.
- * La comunicació no verbal: autoritat, gesticulació, postures, etc.; és molt important, alguna cosa molt estudiat per la sociolingüística.
- * Pakistan i xinesa són molt endogàmics, no es relacionen amb els altres, després no necessiten aprendre la llengua (que és bàsicament un vehicle de comunicació), i com la seva llengua aquesta (o la consideren) menyspreada, la mantenen en l'àmbit privat.
- * El fet que els nens actuïn com traductors, els dóna un poder als nens dintre de la família que no és bon, no els toca, assumeixen massa poder.
- * Acol·lida integral per a evitar:
 - Dependència
 - Falta d'autonomia
 - Desconeixements de la sanitat, dels drets i ajudes socials, etc.
- * S'ha de fomentar la reducció de la dependència i augmentar l'autonomia
- * Hi ha gent que duu 4 anys aquí i està sense empadronar.
- * El "sense Papers" assumeix el seu paper d'exclòs del sistema, com que no té dret a certes coses: "Ah, però jo puc afiliar-me al sindicat, si jo no tinc papers".

Entrevistat	
Nom: Genisa Prats	
Entitat: Desenvolupament Comunitari	Càrrec:
Telèfon:	e-mail: genisa@aepdc.org

Realització d'entrevista		
Data: 2 de febrer de 2005	Lloc:	
Hora inici: 17:00	Hora final: 18:15	Duració: 1:15h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * La Fundació Jaume Bofill té un llibre sobre la Mediació intercultural i han avaluat el servei d'intermediació municipal. Publicat en Ed. Popular.
- * Ells són una Associació que van començar un projecte Leonardo Da Vinci en els 90 formant persones per a la intermediació i la interculturalitat donat el que s'estava fent també a Europa.
- * Després es coordinen amb altres entitats (Madrid, Andalusia, Aragó, etc.) i configuren els programes de formació. Han de conèixer tot el referent al nostre sistema però també el referents al país de procedència i al col·lectiu que es tracti a més d'altres habilitats, doncs de vegades els usuaris no expressen els símptomes d'una patologia com nosaltres i utilitzen molt la idea de fred/calor, malestar, empatia, tristesa, etc.
- * Un problema important és que l'usuari acaba explicant la seva història 4 o 5 vegades a persones distintes: SS. Mediador, M de Família, especialista, salut mental, etc. etc.
- * Després, es poden especialitzar en les àrees que hi ha més demanda o que requereixen coneixements especials: sanitat, justícia, educació, Serveis Socials.
- * Ells formen una promoció anual, la formació dura uns 3 anys i el grup és de 12 a 15 persones.
- * Aquests intermediadors no supleixen a ningú ni actuen de "digues-li que...", són Llicenciats en general, en el seu país d'origen.
- * Els mediadors cobren de l'Associació i aquesta de l'Ajuntament.
- * Després l'Ajuntament de BCN treu un concurs per a cobrir aquestes necessitats a través del Servei d'Intermediació Intercultural de l'Ajuntament de BCN, ells es presenten i guanyen el concurs, i llavors intervenen a petició de S. S., SIS, Unitat d'Atenció a la Dona, etc. però sempre sota demanda, que no serà mai de l'usuari directe. En Comarques pot ser un poc diferent i tenir demandes del ciutadà.
- * En Madrid els mediadors són més comunitaris i poden captar demanda, en BCN no es fa per a no ocupar el lloc o terreny de les entitats.

Entrevistat	
Nom: Tahir	
Entitat:	Càrrec: Agent de salut (mediador)
Telèfon: 659 566 124	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 11 de gener de 2005	Lloc: Medicina Tropical Drassanes	
Hora inici: 10:00	Hora final: 10:45	Duració: 45 m.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * L'entrevistat és pakistanès però atén usuaris d'Índia, Bangladesh, a més dels de Pakistan (tots aquells països de parla comuna.)
- * A BCN hi ha uns 12000 pakistanesos.
- * Al seu país la majoria de la sanitat és de pagament, la pública és poca i dolenta.

*** Sobre l'accés a la targeta sanitària:**

- No és el més important per a ells, les seves prioritats (1.treball, 2 papers, 3 família, i 4 sanitat => prioritats) quan arriben són treball, habitatge, aconseguir residència, de forma que la targeta sanitària és una mica que no contempen com prioritari. A partir de 2002 es pot sol·licitar aquest document sense papers. En aquest aspecte, l'entrevistat assegura que tot el món sap que pot tenir la targeta sanitària. En el SAIER se'ls facilita la fulla de protocol i amb aquesta van a l'ajuntament.

- SAIER => Protocol => Ajuntament padró => TIS. Aquest protocol i padró sol val a l'efecte de la TIS, no val per a la regularització.

- *Plantejament: Si tot el món ho sap, Per què tenim gent sense targeta sanitària?*

L'entrevistat creu que un 95% de la població ja posseeix la targeta, a partir del canvi en la llei de 2002. Anteriorment, era més difícil, però assenyala el 2004 com any de canvi en aquest sentit afirmant que és un tema "gairebé, gairebé solucionat". El qual no la té és per falta d'informació. Més tard afegeix al respecte que la gent, en ocasions, no vol perdre temps per a empadronar-se, per a obtenir la targeta sanitària...

*** Problemes que detecta en l'accés a la sanitat del col·lectiu**

- La falta d'informació, és el principal problema que l'entrevistat posa en relleu. Creu que falta un punt d'informació des de fa temps. És necessari traduir tot el que afecta a la vida aquí, tota la llei d'estrangeria, i tot el funcionament per a accedir a serveis, a documentació... El que ocorre és que sempre s'estan preguntant els uns als altres i cada quin respon a la seva manera. No obstant, vénen amb molta informació del seu país sobre el nostre sistema, doncs sempre vénen de la mà d'algú.

- Assegura que la gent recorre molt a ell com mediador "em criden a tota hora i si estic fent alguna cosa no puc anar".

- Explica cas d'accés a menjadors socials: rep a usuari que no té diners per a menjar i intenta derivar-li a un menjador social. Des del centre d'acollida no ho poden rebre argumentant que no tenen subvenció i no acullen a immigrants.

- Cas d'accident laboraY: Immigrant treballant amb contracte i amb la targeta de residència desconeixia què era una mútua quan duia tres anys treballant a Barcelona. Va arribar al centre amb lesió feta en el treball i no li havien facilitat la fulla de la mútua. No va poder ser atès per aquesta perquè havien transcorregut les 72 hores. - Un

treballador que li va a veure als tres dies de sofrir un accident en el treball, no havia anat a la mútua ni al metge perquè creia que no tenia drets, després criden a la Mútua i aquesta diu que després de 72h ells ja no poden fer gens, que vagi al metge: és problema de falta d'informació però també de l'empresari.

- Problema de l'idioma i de la comprensió. Estretament unit a la qüestió informativa. En Pakistan al voltant d'un 85% de la població resideix en zones rurals i té un nivell d'educació baix, en general no saben llegir. Si no llegeixen en la seva llengua és impossible que puguin llegir informació en castellà. No obstant, en cada domicili hi ha una persona que sap llegir i un poc de castellà, i es transmeten la informació.

- El 85% de la gent a Pakistan => sense educació i rural. I aquests són els quals vénen, i si no tenen formació és molt difícil per a ells aprendre altre idioma com el castellà.

- L'entrevistat estima que un pakistanès pot aprendre el castellà en aproximadament tres anys (el segon any de residència ja es pot desembolicar bé). No obstant, assenyala que existeixen casos en els quals la persona duu aquí anys i encara no sap expressar-se en castellà (depèn de cadascun). hi ha un que duu 10 anys, va a demanar la nacionalitat i no parla castellà (no sé si la constitució ho permetria)

*** Diferències culturals que afecten a l'accés a la sanitat:**

- Respecte al funcionament a través de la targeta sanitària, l'entrevistat va posar de rellevància les diferències amb el sistema sanitari del país d'origen: "És totalment al revés" No existeix una xarxa pública de pes, tot és privat. L'accés al servei gratuït és difícil i deficient. No existeix un metge de capçalera, es van a diferents mèdics (especialistes o cada vegada a u). Per això no entenen que si el teu vas per un dolor d'esquena et demanin tota la història de vida, no estan acostumats. És una diferència cultural però s'accepta, és una mica que accepta amb facilitat (així com altres coses no les integren, el funcionament del servei sanitari si.) Igual que accepten fer treballs que en el país d'origen estan malament vistos i són els pitjors remunerades, hi ha molts treballs que desemboliquen aquí que allí no els farien (per exemple en la construcció).

- A Ciutat Vella hi ha unes 1000 famílies, però després si hi ha molts homes que no es porten a la seva dona i de vegades, els quals són més tancats o del mitjà rural, envien a les seves filles a formar-se al seu país perquè hi ha coses que no veuen bé en el nostre sistema educatiu: drogues, sexe, etc.

- Per costum a Pakistan, la dona és atesa per doctores sobretot en temes de ginecologia. Els homes quan tenen un problema relacionat amb el sexe són atesos per metges del seu mateix gènere, però si és referent a altre tipus de malaltia és indiferent.

- Relació entre el baix nivell educatiu i el coneixement del propi cos ("Com pots explicar que el problema és d'estómac si no se sap que es té un estómac). L'entrevistat no està d'acord que aquest tipus de casos succeeixi. Encara que els immigrants no tinguin formació si que coneixen el seu cos, el problema considera que és idiomàtic (amb la traducció seria possible entendre's). "Tot el món sap que té un estómac".

- Relació amb nens i dones: "Hi ha uns pocs que no deixen sortir a dones i fills per a aprendre, però són alguns, depèn de la mentalitat de cada persona". Hi ha alguna gent que envien als fills a estudiar al país d'origen perquè agafin les costums d'allí i arribin aquí ja ensenyats en uns valors (el que està bé i el que està malament). "Hi ha por a veure que els seus fills/as amb 8-9 anys estiguin fumant o fent sexe".

- Assegura que els fills/as estan en general escolaritzats i que (a pesar de sembla que només arribin homes) hi ha moltes dones residint ja aquí.

Proposta de mesures per a facilitar l'accés al sistema sanitari

- Crear un punt d'informació.

- Resoldre la barrera idiomàtica, ja que considera que no s'està fent gens. Per a ambdues mesures creu necessària una xarxa d'agents de salut més consistent. Actualment els agents de salut cobren poc i dediquen tres hores diàries. De forma que

ha de comptabilitzar aquesta activitat amb una altra que els permeti viure (manutenció família, hipoteca...). Amb un contracte laboral bé pagat, la dedicació seria completa, no s'hauria de treballar en altra cosa. "Amb tres hores no vam solucionar gens".

- És necessari crear un centre de referència de traductors - mediadors, per a cridar allí quan sigui necessari, de manera que es pogués recórrer allí des de qualsevol servei públic per a solucionar incidències.

- Els mediadors (agents de salut) depenen de ACSAR, pertanyen a un programa subvencionat, cobren poc, sense contracte, i treballen les 24h del dia perquè els criden a qualsevol hora, especialment els usuaris, però també els metges => es queixa. Després els criden de: jutjats, hospitals, comissaries, centres mèdics, etc.

- Ell fa reunions amb grups petits, de vegades en les seves cases per a explicar-los com funciona el nostre sistema.

- Llei d'Estrangeria en diversos idiomes

- Centres de referència per àrees geogràfiques i amb traductors

- Un centre que coordini a tots els mediadors, que gestioni totes les demandes/sortides i en el qual ells puguin rebre tota la formació que els proporcionin les diferents institucions.

- Un pla d'acollida integral que faciliti tota la informació al nouvingut.

* **Anècdota:** Cas de citació per a anàlisi: Havien citat per telèfon a un usuari amb el nom de Maria Lluïsa. Davant la trucada persona en qüestió (baró i pakistanès) havia contestat afirmativament a tot a la treballadora del centre sanitari.

El truca un pakistanès per a dir-li que a de anar al metge ha caure unes proves i que no s'aclareix i si pot acompanyar-li, ell flama, li demanen l'història l'hi dona i li diuen:

- ah sí, M. Dolores Ruiz

- com M. Dolores, és un home, un pakistanès

- (li posen amb el metge)

- Ah, és que fa uns dies el vam trucar perquè vingués a fer-se les proves, vam preguntar per M. Dolores i li vam dir que es tractava i l'ens deia: sí, sí, sí, a tot el que li dèiem i vam creure que ho tenia tot clar.

El problema és que no entenen gens i diuen, sí, sí, sí.

Entrevistat	
Nom: Gul Syed Hussain	
Mediador cultural pakistanès	
Telèfon: 616 136 069	e-mail: gulben@hotmail.com

Realització d'entrevista		
Data: Lloc:		
Hora inici:	Hora final:	Duració:

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Situació del país d'origen: Societat emissora i processo d'emigració**

- Pakistan s'independitza de la Índia per raons estrictament econòmiques, no per problemes d'identitat, els més interessats eren un famós comerciant i un terratinent que va acabar convertint-se en el més important d'Àsia. Es va fer per interessos de comerciants i terratinents. Ell parla de la vella (Índia+Pakistan+Blanga Desh) i la nova Índia, l'actual.
- El Pakistan té 4 regions (o grans províncies), amb 150M d'habitants. en total, i l'emigració procedeix gairebé tota d'una sol regió, la més rica i poblada, la regió del Panjab.
- Emigrar costa diners i si no ets de classe mitja o mitjana - alta no pots pagar, no pots emigrar, després, solament emigren aquestes classes, gent amb diners. Després, una bona part d'ells arriben A Europa i munten un negoci, perquè tenen diners.
- L'emigració en els anys 70 es dirigiria a Emirats, però després en els 80/85 ja va canviar i es dirigiria a Europa: RU, França, Itàlia, Alemanya,....
- A l'Índia, els Sij són el 3% de la població, però tenen molt poder, controlen als governs, són molt pacífics, però quan hi ha un problema apareixen a milers, van matar a Ghandi, a la seva filla, i als seus dos fills,...
- En l'àrea, la medicina és gratis però dolenta, poc resolutiva. És bàsicament medicina occidental, acudeixen poc (i cada vegada menys a la medicina tradicional. Hi ha molta medicina privada sense control governamental i prestada per persones sense qualificació, qualsevol que treballa un parell d'anys en una Farmàcia o amb un metge ja munta un clínica o consultori, que és il·legal, però que com hi ha molta corrupció, mai es tanquen, mai passa gens, però aquesta gent no té formació acadèmica suficient.
- A la privada recreen Penicil·lina, xarop tipus Disolvon, Aspirinas/codeina, Vitamina B12, i Paracetamol per a la febre, amb això no sol haver problemes (això evita denúncies) però és poc resolutiu.
- Ell en 20 anys no va veure al seu metge, són els Tècnics de Salut (una mica més que un ATS nostre) els quals fan aquesta labor, els metges sol per a casos greus) els quals intervenen en el 90% dels casos. Sol haver un consultori per poble o una mica menys.
- Solament el 30% té ensenyament secundari acabada, però amb les propostes del Banco Mundial en els 90 d'alleugerir el sector públic, es van tancar escoles, abans havia uneixi per a cada 4 pobles i ara uneixi per a 7/8.
- Els permisos de permanència per a ells són de 1, 2, 3 anys i permanent, després per a la nacionalitat són 10 anys (12 en la realitat)
- Les dones comencen a arribar en el 2000, per reagrupació familiar, però molt poques (unes 10 o 12, diu), però poden representar el 1% de l'emigració pakistanesa. Ells es casen sobre els 18 (abans 16) i tenen uns 4/5 fills però deixen a les seves dones a

Pakistan. Els fills són molt importants, si al cap de 2/3 anys no hi ha fills => problemes, físics o d'altre tipus, però alguna cosa dolent. La dona l'ama de tot quant hi ha en la casa, i l'home fora, el porta el diners però no es fica en res absolutament de la casa.

- Ells no tenen psicòleg i psiquiatra, aquí quan se'ls diu que vagin al psicòleg o duguin al nen, no ho volen fer-lo, diuen això és para bojos.

- Aquí no entenen que hagin d'anar a diversos metges, a dies i hores diferents, creuen que el metge de capçalera degué solucionar-lo tot. Pensen que ...els dona llargues, ...els envia a altre costat, no ho entenen i si els maregen molt no van.

- S'emigra a través de màfies (les màfies cobren el 50% abans de sortir i la resta una vegada en el país), s'emigra al país al que sigui més fàcil accedir o aconseguir visat, moltes vegades les màfies es queden amb els passaports per a no deixar petjada cap, i de vegades els perden i unes altres els fan desaparèixer. La màfies també proporcionen visats falsos per a L'Iraq, Rússia,... S'emigra molt a Reine Unit, Grècia, Itàlia,...Vénen amb visats de 2 setmanes però se'ls demana 6 mesos per a regularitzar-se, llavors van als Sindicats perquè facin un Informe (humanitari - social) que pugui afavorir/permitre la regularització sense demostrar els 6 mesos de permanència.

*** Accés a la TIS**

- Per a empadronar-se degué arribar el seu DNI, que té tota la informació necessària, però els posen molts problemes, ells també paguen 100/150€ per una adreça, després el patró va a empadronar a un altre, els del padró diuen que hi ha persones que van més d'una vegada al mes a donar de baixa a un i d'alta a altre (ells diuen, jo t'empadrono en la meua casa 2 mesos i després el teu et busques la vida). Els quals empadronen sense domicili, en la Creu Vermella, després no tenen mèdic de capçalera, solament urgències => no tenen farmàcia, sembla que no tenen TIS????

- Saben que sense passaport/visat és difícil l'expulsió, després, això es fa desaparèixer, però després ho necessites per al Padró i el Padró per a la Regularització.

- Van molt a la Farmàcia a demanar directament el Paracetamol i altres productes, els demanen així, directament pel seu nom i els farmacèutics de S. Pablo estan aprenent urdú.

- Utilitzen poc uns la targeta d'uns altres perquè els metges ja els coneixen (quan duen un temps els uns i els altres)Van un per altre al metge, el qual té TIS va i li explica al metge el que li passa a l'altre.

- Els quals no tenen TIS van a l'Hospital (la Unitat de Tropical no la coneixen tot just, els africans sí) però molts no van, aguanten la malaltia o van A la Farmàcia.

- Tenen grip => Telèfon => li donen per a després de 3 dies => no pot esperar => va a la farmàcia: demanen el producte concret, diuen Ejea, ejem, (tos), i si la farmàcia els envia al metge simplement van a altra farmàcia. També es passen molt les medicines d'una a altra.

*** Barreres culturals i idiomàtiques**

- Hi ha molts mal pel problema de l'idioma: una persona que es diagnostica una cirrosis terminal i ell creu que és una hepatitis C, que en el seu país es guarirà en 3 mesos perquè coneix la malaltia i vol que SS li paguin el viatge, però solament li queden 2/3 mesos de vida.

- La distància entre homes i dones és gran, l'home li costa molt contar-la a una doctora/traductora els seus problemes i les dones no van al ginecòleg home/traductor, això fa que el problema amb els traductors sigui important.

- Els historials mèdics estan sempre incomplets, pel tema de l'idioma, temes com les al·lèrgies, els problemes sanitaris previs, etc., no passen mai a l'expedient.

*** Altres qüestions**

- Hi ha vegades que en el Padró et poden demanar el permís del propietari, a més del

contracte de lloguer.

- Les PNC es requereixen 10 anys i 5 si ets malalt, problema per a ells.
- Els treballadors comunitaris treballen amb S. Socials i S. personals
- Pot haver uns 20.000 a Catalunya, la meitat poden no tenir papers. La meitat dels quals vénen A Espanya, vénen d'Europa, si saben que aquí va a haver regularització vénen d'altres països, i després es van a treballar a França, amb residència espanyola.

*** Propostes**

- Idioma => més traductors
- TIS - Padró => menys complicat
- Informació sobre el col·lectiu als professionals
- Informació al col·lectiu
- Informació al personal de contacte => recepcionista, etc.

Llocs on distribuir la informació:
Centres de culte => van tots, els àrabs el divendres i ells el Dimarts Locutoris => van almenys una vegada a la setmana Llocs d'arribada

Entrevistat	
Nom: Xiaohan Xu	
Mediador cultura de Xina	
Telèfon: 666 838 ...	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 15 de desembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 11:00	Hora final: 12:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** El sistema sanitari al país d'origen:**

- A Xina han dos sistemes: Medicina tradicional (MT) i Medicina occidental (MO) i la gent pot triar lliurement. El sistema no és totalment gratuït, si paga alguna cosa quan es va al metge i després ho paguen les empreses on es treballa, però de vegades no va molt bé, depèn un poc de com vagi també l'empresa.
- Escullen segons el tipus de malaltia:
 - * Malaltia més o menys crònica o de llarg temps o no molt aguda => MT
 - * Malaltia que requereixi cirurgia o un accident => MO
 - * Mitjà urbà => MO
 - * Mig rural => MT (aquest poble és molt rural)
- A Catalunya hi ha uns 20000, però el 90% so del mateix poble (Qing Tian, un poble d'uns 500.000h on el 18/20% de la població ha emigrat a Europa).
- Aquí la gent és tota de primera generació, han vingut en els anys 80

*** Diferències culturals i idiomàtiques:**

- Cas complicat en San Andrés: nena amb tristesa i taques en pell, coll, etc. => maltractament. Després el CAP, Tutora del Col·legi i Serveis socials es reuneixen amb el mediador i era simplement un massatge tradicional de Xina, que és molt dur però que funciona, el mateix pare, que té 4 nenes, li salvo la vida a una altra de les seves filles davant de la gent en altra ocasió amb aquest massatge, però aquí estaria prohibit perquè és molt dur. La tutora repeties que aquí calia fer com nosaltres, que aquí no es pot fer això. De no intervenir el mediador, va poder tenir conseqüències importants per a la nena i també per al pare perquè li haguessin denunciat per maltractaments.
- Per l'Oficina d'Atenció al Ciutadà passen molts xinesos.
- Per a parlar l'idioma s'estan 3 o 4 anys els llests, els cuiners que treballen a la cuina d'un restaurant xinès, poden estar 10 o 15 anys o tota la vida sense aprendre castellà ni català.
- Els aquest poble parlen un dialecte molt especial, ell s'entengui amb ells en el xinès tradicional, mandarín popular, però el fet de no parlar el seu dialecte, fa que també cap a ell sentin un cert rebuig o recel.
- Ells són molt tancats, moltes vegades envien els nens a Xina per que en tinguin cura els seus avis i ells poder treballar, fins a que tenen uns 6/7 anys que els porten al col·legi aquí.
- No hi ha matrimonis mixts amb persones d'aquí, i quan els hi ha no funcionen, duren poc, i gairebé sempre són: home espanyol i noia xinesa.
- La cultura xinesa és molt forta: la I Dinastia Chin, venien del nord i tenien altra cultura, però les successives generacions van ser barrejant-se amb els xinesos i adoptant la seva cultura i la cultura xinesa va acabar imposant-se a la cultura del poble del nord que era el dominador.

*** Accés a la TIS**

- Els xinesos, hi ha molts sense TIS i/o sense empadronament, no tenen temps, no entenen l'idioma, necessiten un gestor, i un interpreti i temps que moltes vegades no tenen => després, solament fan això quan ho necessiten per a anar al metge, però llavors comencen amb els papers i la malaltia requereix ràpida intervenció no arriben a temps i van de pagament, generalment a la MT o les seves pròpies clíniques, (tenen varies, però una de les més conegudes és Hua Tuo, en Gaudí/Còrsega). Fan els tràmits si veuen obligats, sinó ,no. Després, l'immigrant xinès entén que és itinerant, que sempre ha d'estar llest per a partir, després els papers no els preocupen tant.
- Família => amics => S. Públic.

*** Situació econòmica i hàbits de treball**

- No hi ha temps d'oci, es treballa moltes hores, fins i tot quan els paguen bé (per peça o a escarada), segueixen treballant moltes hores, després arriben cansats i a més volen estalviar i no gastar.
- Molts han demanat un préstec a família, amics o a l'empresari que ho va a emprar a Espanya, per a poder venir (els pot costar fins a uns 6000€ venir-se, amb totes les despeses incloses) i després ho han de pagar i han de treballar molt (perquè també els paguen molt poc) per a pagar-lo, moltes vegades ho paguen amb treball (durant un parell d'anys) si el préstec l'hi va fer la família que després li empra,.
- A Santa Coloma i Badalona hi ha 3800 i uns 300 tallers de confecció, que paguen per peça en un treball molt estacional => destajo i molt treball.
- Cas: una dona que duia 2 anys treballant en la confecció cobrant per peça i ben pagada, que no sap ni una paraula de castellà, que no té família en BCN, que tenia diners, i truca a Madrid per a anar allí i que un familiar/conegut li acompanyi al metge a Madrid, perquè es fia d'aquesta persona i no pot anar sola. => després acaba anant a BCN.
- Ell (l'entrevistat) no pot votar i viu aquí legalment, no pot validar el seu títol i no pot ser funcionari perquè no tenen la nacionalitat espanyola.
- A Xina: qui és funcionari, el seu sustento no corre perill "el seu bol d'arròs és de metall, no es trenca" és un refrany, una dita.

*** Propostes**

- Idioma => els Hospitals. Ja tenen traductors (però alguns no estan formats, no saben, la informació pot no ser l'adequada).
- Contractar professionals en origen (és molt difícil perquè és gairebé impossible convalidar títols, s'ha d'esperar a la segona generació, a gent que estudiï aquí).
- Informació => la informació que rep el xinès és a través d'altre xinès i no sempre és desinteressada.
- Incloure alguns aspectes de la MT en el SNS.

Entrevistat	
Nom: Isabel	
Entitat: SOS-Racisme	Càrrec:
Telèfon: 902 323 132	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 20 de desembre de 2004		Lloc:
Hora inici: 18:15	Hora final: 19:00	Duració: 45 m.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Facilita dues adreces, un conjunt de propostes serves i l'anuari- 2004.
- * Els informes sempre són de l'any anterior al del títol, i bàsicament recullen denúncies o certs fets coneguts per SOS-Racisme
- * Han fet una proposta al nou govern tripartit que està en la Web, però que bàsicament demana:
 - Accés a la sanitat per als no empadronats
 - Més intèrprets i mediadors comunitaris
 - Informació, vacunes.

Entrevistat	
Nom: Mónica Cívico	
Coordinadora del curs de formació de mediadors culturals i sociosanitaris	
Telèfon:	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 16 de novembre de 2004	Lloc:	
Hora inici: 13:00	Hora final: 14:00	Duració: 1 h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Els immigrants arriben en bones condicions, doncs en cas contrari no arribarien, dau ho dura que és la travessia, però després emmalalteixen aquí per les condicions que viuen i per la reducció dels seus defenses: depressions, rebuig, etc.
- * Els immigrants que van al metge són les dones quan tenen nens, sinó tampoc van, no fan doncs un ús intensiu.
- * Hi ha problemes culturals amb els àrabs perquè prenguin els medicaments durant el Ramadan, doncs no volen prendre ni aigua amb ells (no poden).
- * M'intentarà muntar una entrevista amb el seu company en el Vall d'Hebron.
- * Els xinesos no van al metge (o poc) acudeixen als seus remeis tradicionals o van a clíniques de la seva medicina.

7. ALTRES INFORMANTS CLAU DELS TRES COL·LECTIUS

Entrevistat	
Nom: Mariana Isla	
Entitat: Salut i Família	Càrrec:
Telèfon: 93-268 79 10	e-mail: misla@saludyfamilia/.és

Realització d'entrevista		
Data: 15 de febrer de 2005 Lloc:		
Hora inici: 16:00	Hora final: 17:00	Duració: 1 h.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* Ells tenen un programa "de compatriota a compatriota", finançat per diverses institucions (entre ells l'Ajuntament) i mitjançant aquest programa, hi ha centres com Vila Olímpica, Hospital Clínic, PAMEN (Viladomat / Gran Via: li sembla que cobreix el 100% de farmàcia), Pere Camps.

* Centres d'Atenció a la Dona => gestacions/embarassos i nens petits => Els dediquen hores de visita per als seus usuaris.

* Hospital del Mar no tenen hores però Salut i Família els dona un numero d'historial i ells els tracten com si tinguessin TIS. Els expedeixen receptes amb la cobertura farmacèutica estàndard encara que no tinguin targeta (això tant en l'Hospital com en els CAPs)

*Tenen un equip de 6 mediadors culturals que fan: derivació sanitària, orientació i ajuda. També col·laboren en els Centres Sanitaris

* Ells capten els seus usuaris a través dels mediadors, però també els vénen derivats del SAIER, H. Mar, Hospital Clínic, etc.

*També els arriben els estudiants, doncs com han d'anar primer als T. Socials, aquests no veuen falta de recursos i no els donen TIS. A ells van tots els quals no tenen TIS, uns 3000 en els 2 últims anys, però que això es tradueix en diversos milers de visites perquè un usuari va més d'una vegada.

*Tenen usuaris amb problemes econòmics en general, molt *homeless*, i tots sense.

Accés a la TIS

* TIS, la TIS no la poden tenir per: Falta de passaport => ho van perdre en el camí, o mai ho van tenir, o ho van llençar o l'hi van llevar/van retenir les màfies.

- Per falta de domicili => viuen a casa d'algú però moltes vegades viuen subarrendats, paguen en negre, i ningú té un contracte de l'habitatge, i altres vegades, el qual li allotja no vol complicacions i no li cedeix "" el domicili per a empadronar-se.

* En general, es tracta que aquests Centres col·laboradors, tractin als sense TIS com si la tinguessin, en tot el referent al tema sanitari. Després ells també col·laboren en la recerca d'altres recursos per als immigrants, els orienten i ajuden però ells no tenen més recursos.

*ALS menors, quan van a Salut i Família ja els assignen un CIP definitiu (criden al SCS i els assignen), per a la resta és un codi en virtut del conveni que tenen.

*El procés podria ser:

1. Que una persona va ells via SAIER (el qual més els deriva) i ells ho envien als Centres convinguts.

2. L'usuari va a l'Hospital, i des de Tresoreria li envien a Salut i Família, i ells li donen un codi (o criden a l'Hospital i l'hi donen a l'Hospital) per a saldar el deute. Desconeixen la comptabilitat que fa l'Hospital amb aquestes factures.

Entrevistat	
Nom: Maria Mercè Creulls i M Carmen	
Entitat: CUS	Càrrec: Metge i Secretaria general
Telèfon: 93 302 41 38	e-mail:

Realització d'entrevista		
Data: 26 de gener de 2004	Lloc: Portal de l'Àngel, 7, Àtic	
Hora inici: 16:30	Hora final: 19:00	Duració: 1:30 h.

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Immigrants**

- No treballen amb ells i tampoc els arriben casos Rafael Guayta, Telèfon 93 229 24 55 C/ Calabria, Generalitat
- Cas: Un nen salvadorenc que es mor a Cornellà perquè el 061 no considera necessari enviar una ambulància, ells tenien un CAP prop parell no ho sabien, i no tenien diners per a agafar un taxi i el nen va morir. La falta d'informació d'aquesta gent és tot un problema.

*** Gent sense sostre**

- No treballen amb ells i tampoc els arriben casos
- Pare Paco, "dit i fet" => Dolors, telèfon Sor Genoveva, en la Barceloneta

*** Gent Gran**

- Fundació Escó => treballen amb gent que cobra la PNC
 - problemes de *mobing*
 - aïllament social
 - problemes econòmics
 - mobilitat
- Hi ha gent que no té telèfon, però quan ho tenen, les CUS, al cridar-li, els fa tramitis per Internet o els demana hora per al seu metge. Hi ha gent que per diners, edat i cultura, mai es connectarà a la xarxa
- El CAT-Salut (SCS) saben quants CAPs utilitzen Internet
- Si es pot canvien de CAP, però la gent sol ser fidel al metge que ja coneix.
- Les treballadores familiars són insuficients, van 1/2/3 h 1/2/3 dies a la setmana i això és del tot insuficient, però no hi ha recursos per a més. Ara ja no netegen i aquestes tasques queden sense fer. Quan l'usuari tenen certs ingressos ha de pagar una part d'aquesta assistència, però moltes vegades a pesar de tenir aquests ingressos, no els arriba per a pagar la quota que els pertany.
- El problema més gran es produeix quan es dona d'alta a una persona que viu sola o que no és vàlida, s'envia en una ambulància per al seu domicili i allí necessita cures i no hi ha ningú que l'atengui. No hi ha suficients llits de socio-sanitari.
- L'Administració té programes molt bonics però amb pressupostos tancats que són del tot insuficients i les necessitats queden per cobrir. De vegades fa mancada que algú reculli la documentació, la hi dugui al domicili a l'usuari i la retorni a l'Administració, per a poder sol·licitar un servei, però aquests tràmits no hi ha qui els faci.
- Veure la Llei de Família de 1995 (de Benestar i Família)

Entrevistat	
Nom: Mercè i Dolors	
Entitat: Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat	Càrrec: Metge i Treballadora social
Telèfon:	e-mail: usuarissanitat@telefonica.net

Realització d'entrevista		
Data: 2 de febrer de 2005 Lloc:		
Hora inici: 11 h	Hora final: 12:30	Duració: 1:30

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

*** Organització**

- Les especialitats i l'atenció permanent només es presta en certs CAPS. Meridiana, Numància, Maragall..., ho fan tot.
- S. Andreu (Meridiana, Sant Ponç i PI Palmeres) o Congrés són un bon exemple de com de 3 centres d'atenció es va passar a 1 solament
- A Amics de la Gent Gran ara no se'ls pot cridar perquè facin un acompanyament com abans.
- La treballadora familiar aquesta 1h/dia i fa per a menjar, la compra, medicines, companyia,...

*** Problemes**

- Transporti/trasllat: no poden pagar-se el taxi, no caminen, poden necessitar acompanyant, hi ha escales ...i Drassanes queda molt lluny. Els agents de l'ambulància no tenen obligació de baixar a un usuari per fer rehabilitació per escales empinades, per riscos per a ells i per a l'usuari, si se'ls dóna una ordre, el sindicat s'oposaria i es negarien, se li hauria d'ingressar però no hi ha lloc en la sociosanitària.
- De vegades es diu de l'Hospital a un familiar llunyà (o pròxim que no pot fer-se càrrec) i se li diu "si no ve a recollir-lo l'hi enviarem i l'hi deixarem en la porta de la seva casa", després no es compleix això, però es pressiona molt.
- Odontologia i Oftalmologia i audífons => tots tenen problemes de dentadura i això genera molts altres problemes de salut (estómac, dolents hàbits alimentosos, deixen per a menjar carn, etc. etc.) i crea hàbits que després s'enquisten i no es poden corregir.
- Els genèrics són un problema però cada vegada menys.

*** Demanar visita:**

- T'ho donen abans si vas personalment, i després per Internet, perquè per telèfon és molt difícil, no hi ha un bon funcionament de la centraleta (si és que la hi ha) és impossible: en: Horta, Río de Janeiro, Maragall, Hi ha 4 CAPS amb una única centraleta.
- Abans els professionals feien 2h i sempre et visitaven el dia que acudies i ara fan 6 i et donen per a dintre de 3 dies, el que t'obliga a no anar o anar a urgències.
- Ells en el seu servei tenen poques trucades pel de Internet i el telèfon.
- Internet és el sistema més ràpid però el més inequitatiu perquè hi ha col·lectius que no tenen accés..

*** Iniquitats i manca d'informació**

- Els ancians acumulen medicines com teràpia, com seguretat, mai fallen a l'hora

- d'anar a per les medicines, les tenen i "...ja aquesta.." ja se senten més segurs.
- La informació dels medicaments (prospectes) aquesta orientada al professional i no a l'usuari que la hi ha de prendre.
 - Consentiment informat> si ho llegeixes no t'operes de res, no es pot llegir/signar dempeus davant d'un mostrador com es fa, la signatura val de poc si hi ha realment un problema "em van manar signar", s'ha d'informar i de forma comprensible per a l'usuari.
 - Les llistes d'espera els afecten molt perquè es donen en les patologies que són més comunes en aquest col·lectiu: geni, maluc cataractes.
 - Hi ha aguts en els passadissos en llitera, gent de sociosanitària ocupant llit d'aguts, etc. Va tot molt lent, triguen 4 o 5 mesos a valorar (no concedir) una petició per a una residència.
 - Les classes mitges es veuen molt perjudicades perquè mai tenen accés a les residències assistides sociosanitàries, pels seus ingressos, però aquests ingressos no són suficients per a pagar una residència que costa més de 300 mil al mes.

*** Queixes que reben**

- Ells tenen queixes de llistes d'espera i de presumpta mala pràctica (que després la majoria de les vegades no ho és realment), però no massa.
- A la CUS solament arriben les queixes de certa entitat, les petites no els arriben.
- Si el tracte humà ha estat bon es denuncien menys els errors, però si el tracte va ser dolent es denuncia molt més encara que no hagi error.
- Tenen moltes queixes de la privada i també dels grans Hospitals, d'infermeria.
- * Els serveis de planificació en els CAPs es van tancar i no s'està fent el promès: una revisió any/dona, tal com estava previst.
- * La CUS, també demana productes a empreses i joguines per a reis, i després fa la campanya de joguines a ancians, li proporciona aliments i roba a llacuna gent, etc. Són persones que tenien aquests serveis per part de l'anterior adreça que era molt personalista.
- * Equitat: El major problema d'equitat és que es produeix entre els centres del ICS i els privats, a l'haver prestacions diferents.
- * Les prostitutes les atenen en Drassanes, on està el centre de Salut Tropical.
- * Documentació

- moltes sigles
- molts díptics
- molts termes mèdics i científics

- * A Urgències dels Hospitals han de fer una recepta perquè l'usuari pugui anar a la farmàcia, però no la fan, li donen una mica de medicament i després manen a l'usuari al metge de capçalera amb una recepta especial que el de capçalera ha de refer o amb l'Informe d'Urgències simplement.
- * El 061 coneix zones on els metges de guàrdia no van a domicili: Granollers, Sta. Coloma, Cornellà, ..., li acaben dient a l'usuari: "faci bé. el que crea convenient, jo ja li he avisat diverses vegades". Aquest tipus d'actuacions fan molt "dolenta maror".

Entrevistat	
Nom: Luisa Montes i Carme Catalán	
Entitat: CCOO	Càrrec: 93 481 28 45
Telèfon:	e-mail: lmontes@conc.es

Realització d'entrevista		
Data: 4 de gener de 2005	Lloc:	
Hora inici: 11 h	Hora final: 13 h	Duració:

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

* L' ICS ha publicat una espècie de diccionari cridat "Lèxic bàsic de conversa sanitària" en català, castellà, àrab, alemany, francès, anglès i rus, però no val per res, un metge no pot anar mirant les paraules en el diccionari en cada actuació que realitzi.

* El PAMEN gestiona 4 ABS, i el Pamen en totalment de l'Ajuntament.

* La participació és mínima, serveix per a confirmar els acords presos prèviament, els responsables van a informar no a consensuar ni debatre gens i damunt, molta informació es diu que és reservada, de vegades fins i tot per als membres del Consell. La idea és que la participació va a menys, es reduirà.

Entrevistat	
Nom: Carme Borrell	
Centre: Agència de Salut Pública de Barcelona	Càrrec:
Telèfon: 93 238 45 63	e-mail: cborrell@imsb.bcn.es

Realització d'entrevista		
Data: 25 de novembre de 2004	Lloc: Pl. Lesspeps, 1, 5 ^a	
Hora inici: 12:00	Hora final: 12:45	Duració: 0:45h

Entrevistador: Andrés Cernadas, responsable de l'estudi)

Informació rellevant (en funció de l'objectiu de l'estudi) extreta d'aquesta entrevista:

- * Treball interessant però complex i temps molt limitat.
- * S'han de buscar antropòlegs (o sociòlegs) que dominin l'anàlisi qualitativa en desigualtats i salut.
- * S'ha de treballar amb grups de molta prevalença
- * Si es treballa amb mostres de Barcelona, s'ha canviar el títol de la tesi i reduir-lo a Barcelona.
- * S'ha de treballar amS:
- * Urgències hospitalàries
- * Atenció primària:
 - Atenció primària especialitzada
 - Cirurgia i proves diagnòstiques és molt complex i estarà present en els casos ja tractats.
- * Possibles finançadors:
 - Benestar Social => Conselleria
 - Agència: "Call for topics" fins al 15/12, que després poden finançar o no.
- Les Enquestes d'Espanya les fa el Ministeri. Nosaltres les tenim totes: 1987, 1993, 1995, 1997, 2001.
- * Hi ha autonomies que també en tenen: Catalunya en te 2 (1994, 2001), Euskadi crec que 4, etc.
- * Els de Barcelona els fem nosaltres: 1983, 1986, 1992, 2000.
- * De Benestar Social no ho es massa...conec a un tècnic que el pots escriure i preguntar a veure com ho veu.
- * Les enquestes d' Espanya les fa el Ministeri. Nosaltres les tenim totes: 1987, 1993, 1995, 1997, 2001
- * Hi ha autonomies que també en tenen: Catalunya en te 2 (1994, 2001), Euskadi crec que 4, etc.
- *Proposta:
 - Agafar l'enquesta del 2004 i el 2001 sobre BCN/Catalunya i comparar-les analitzant-les des del punt de vista de l'accés.

ATRES PERSONES E INSTITUCIONS AMB LES VAN CONTACTAR I DEMANAR INFORMACIÓ, PERÒ QUE NO HAS RESPOST A LA NOSTRE DEMANDA O ENS HAN FACILITAT INFORMACIÓ POC RELLEVANT PER EL NOSTRE ESTUDI.

ASSOCIACIÓ GRESOL Ajuda i Solidaritat del Guinardó
C/ Xiprer, 43, 1º 2ª (08041)
T. 93 455 49 44

- Treballem amb persones necessitades econòmicament.
- Mai els hi donem diners però si vals per menjar, paguen rebuts, roba, fruita, joguines, etc.
- La gent els hi arriba derivada de Serveis Socials Municipals o mitjançant coneguts (funciona el boca a boca).

Alberg Sant Joan de Deu (Georgina Grifoll)
Cardenal Casañas, 12
T. 93 301 27 93

- Ells treballen només amb gent que acaba tot just de quedar-se al carrer, (o estan a punt de fer-ho) per a evitar que no es cronifiquen i es reinsertin.
- Els seus usuaris són més joves i menys cronificats que els que hi al carrer.
- Cada cop tene més estrangers.
- Els que vénen d'altre costat (València), que ja estaven sent atesos, se'ls convenç de tornin i se'ls ajuda a tornar.

Associació socio-cultural IBN BATUTA (Fatima)
C/ Sant Pau, 83
T. 93 329 35 40

- Ells fan bàsicament activitats cultural, pero no assistencials.
- Treballen principalment amb persones del magrib

Fundació PRISBA (Pilar Mercader)
Caders, 18
T: 93 310 23 54

- Ens ajuden a definir els perfils per a les entrevistes
- Ens faciliten persones i espai per a fer les entrevistes

SCMFIC (Societat catalana de medicina familiar i comunitària)
Portaferrisa, 8, pral
T: 93 301 17 77
www.scmfic.org
scmfic@scmfic.org

- * No els consta que cap grup de la Societat s'hagi pronunciat sobre el tema.
- * Ens remeten a l'informe SESPAS del 2004

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
T: 34 935 678 888
E-mail: col.metges@comb.es
<http://www.comb.es>

- * Ens van atendre i per la problemàtica a tractar, ens van remetre a la publicació: Quadern de la Bona Praxi anomenat "Els immigrants i la seva salut", i que pot trobar a la web del col·legi: www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/bonapraxi/home.htm

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona
C/ Alcoi, 21. 08022 Barcelona
T: 93 212 81 08 i 900 705 705
<http://www.codiba.org>

* No van atendre les reiterades peticions nostres per damanr informació o una entrevista.

Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
C/ Girona, 64. 08009 Barcelona
T: 93 244 07 10
<http://www.farmaceuticonline.com>

* Ens van dir que disposaven de la informació que els hi damaneven.

Fundació Josep Trueta
Canigo, 33 (08500 VIC)
T: 93 886 92 76
E-mail: dr-trueta@dr-trueta.org
<http://www.dr-trueta.org>

* No van atendre les reiterades peticions nostres per damanr informació o dades sobre la seva actividad com a financiadora de medicaments per a les persones sense recursos, especialment els immigrants.

Fundació Escó
c/ Sant. Ramon, 2 2º 1ª en: Barcelona 08001
T: 93 443 06 35
E-mail: fnesco@terra.es
<http://fnesco.org>



TREBALL DE CAMP SOBRE:

**DESIGUALTS EN L'ACCÉS A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA
SANITARI PÚBLIC PER PART DE COL·LECTIUS SOCIALMENT
DESFAVORITS A BARCELONA-CIUTAT.**

ANNEX II

GRUPS FOCALS

Treball realitzat per:

ANDRÉS CERNADAS RAMOS

Profesor del Departamento de Ciencia Política y de la
Administración.
Universidad de Santiago

**PER A LA REALITZACIÓ D'AQUEST TREBALL DE CAMP S'HA
COMPTAT AMB UN AJUT FINANCER DE LA FUNDACIÓ JAUME BOFILL**

ANNEX II: GRUPS FOCALS

ÍNDEX

1. Grup focal de professionals I	3
2. Grup focal d'immigrants	30
3. Grup focal de gent sense sostre	37
4. Grup focal de gent gran	59
5. Grup focal de professionals II	78

1. GRUP FOCAL DE PROFESSIONALS (1)

Data: 16 de desembre de 2004	Lloc: Fundació Jaume Bofill (Provença, 324)	
Hora inici: 18:00	Hora final: 20:30	Duració: 2:30 h

Nom fictici	Col·lectiu	Activitat professional
Cristina	Metges de família	Metgessa de família
Antonio	Tercer sector - Immigrants	Agent de Salut
Joana	Tercer sector - Gent gran	ONG-Càrrec institucional
Joan	Metges de família	Metge de família
Josep	Treballador social - ICS	Treballador social - ICS
Rosa	Treballadora social municipal	Treballadora social – SS.SS
Carles	Tercer sector-gent sense sostre	Educador social
Maite	Infermera – (CAP no ICS)	Infermera

A : Andrés Cernadas, coordinador del grup y responsable de l'estudi.

1. GENT SENSE SOSTRE

A: Bé, com ja coneixen la temàtica i els objectius d'aquest estudi i la dinàmica del grup, anem a fer les presentacions. Fem això, fem les presentacions, comences tu Cristina.

Cristina: Em dic (...), sóc metge de família, a l'àrea bàsica de (...), i potser si que puc dir algo, perquè allà hi ha indigents, gent gran i immigrants.... De tot.

Antonio: Yo soy (...), soy licenciado en pedagogía social, y trabajo actualmente con la Agencia de Salud Pública de Barcelona, en el programa de tuberculosis para poblaciones inmigrantes en la ciudad.

Joana: Jo sóc (...), educadora social de professió, però estic jubilada, treballo a, en una vice-presidència de Benestar Social...

A: I està aquí una mica com a representat del col·lectiu de gent gran.

Joana: Suposo que serà el que es la Federació d'Associacions de Gent gran de Catalunya.

A: I l'Antonio representa una mica la visió dels immigrants.

Maite: Em dic (...), sóc infermera d'un CAP.

Joan: Em dic (...), sóc resident de l'ambulatori al (...).

A: I allà com deia Cristina teniu una mica de tot.

Josep: Em dic (...) i sóc treballador social de l'ABS del (...)

Rosa: (...), yo estoy en Raval y soy directora en los servicios sociales de (...). Y bueno, es un centro de servicios sociales como los 33 más que hay de Barcelona. Atendemos a toda la población que vive en la zona, pero como tiene unas características de centro de ciudad, hay mucha gente que vive en toda la ciudad. O sea cuando hablamos de sin techo, también podríamos hablar de estos colectivos. Los que viven en la calle si que van de un sitio a otro...

A: Aquí habría que perfilar más colectivos, porque al hablar de los sin techo aquí hay que ver donde empezamos y donde acabamos, igual que con los inmigrantes. Somos plenamente conscientes de que no se pueden meter todos en el mismo paquete, porque el comportamiento que tienen, una persona de China o de Magreb no tiene nada que ver su relación con la sanidad. Pero esto como os decía antes, es una primera aproximación.

Rosa: Si pero dentro de este concepto, yo creo que esto, es gente sin techo, que no tienen una vivienda.

Carles: Jo em dic (...), sóc Educador Social de..... Treballem amb gent sense sostre, per l'ajuntament de Barcelona. Es equip de carrer...

A: Bé comencem, parlant de la gent sense sostre, si vols començar tu Carles, una mica per explicar. A veure si des del teu punt de vista aquest col·lectiu té problemes d'accés al sistema sanitari amb comparació amb nosaltres.

Carles: A veure la qüestió... Nosaltres ens trobem que és una població que no és usuària de la xarxa de salut, bàsicament per una qüestió de que sempre passa que no tenen necessitat, que el seu estat de salut és bo. O sigui, si no és bo no tenen consciència, que no és una prioritat per ells anar als metges. En aquest sentit, ells tenen uns altres tipus de prioritats. Si que és veritat que per ells no és cap necessitat anar al metge, de la mateixa manera, per molts d'ells tampoc és cap necessitat anar a serveis socials. Llavors en aquest tipus de població si que puntualment soluciona la xarxa de salut, quan es tracta d'ingressos via urgències i m'atreviria dir que no és que vagin ells sinó que els porten. Bé sigui perquè hagin estat agredits, o perquè sigui gent alcohòlica y s'hagi quedat tirat al carrer, i llavors es truca a una ambulància, l'agafen i el porten. Llavors dins d'aquest mateix tipus de població, si que hi ha una part que és usuària d'uns serveis mínims, uns serveis més de caire més assistencial, com pot ser menjadors socials, el d'aquí Meridiana o d'Arrels. Llavors aquests si que són més usuaris d'una xarxa de salut, però en aquest cas no seria la xarxa pública sinó seria la pseudoxarxa alternativa: el metge del centre de dia... Un tipus de serveis mèdics alternatius, diferents o propis diguéssim d'alguna manera. Però és una mica, és d'immediatesa, que arriben, curen i no necessiten res més per entrar... i ja tornaré quan tingui una necessitat.

A: I vosaltres, com els d'Arrels feu acompanyaments, al metge...?

Carles: Això ja seria part del tractament, llavors si que hi ha acompanyaments. Llavors l'accés a la salut està molt relacionada amb el problema de la toxicomania i amb el problema de l'alcohol. Llavors aquí si que hi ha un accés normal, és molt normal i no hi ha problemes. Llavors nosaltres si que fem algun acompanyament de reconeixement de l'usuari en un moment donat, que podem veure que està malament, llavors si que anem a urgències.

A: (...) Quan feu acompanyaments, trobeu que el tracte que reben és diferent al que rep un usuari normal, és igual que rebrien si anessin sols?. Quines percepcions teniu sobre això..?

Carles: A veure és un àmbit sanitari, que hi ha una manca d'hàbits higiènics absoluta, això si que es un problema. I de fet alguna bronca ens hem portat. També el tema relacionat amb salut mental, això és un altre... Però si que és veritat que des d'un punt de vista higiènic, totes aquestes persones amb... en una ambulància mateix, si que genera uns inconvenients i unes males mirades...

A: ...és complicat...

Joana: A veure jo volia demanar-te si el tracte que reben els drogodependents, es que he estat deu anys a drogues, al centre... I llavors els nostres, es queixaven molt que els metges els miraven molt malament i no els tractaven iguals que als altres. No sé si això és un percepció més seva o continua això.

Carles: Si hi ha lo del àmbit higiènic, si que... Ho puc entendre que per exemple l'ambulància s'ha de desinfectar. També és cert que si es un home gran, també tenen més tacte. És sobretot el tema higiènic, nosaltres si el podem salvar... el tracte jo crec que millora. Per això nosaltres, sempre que hem pogut passen abans pel centre de Meridiana, que hi ha el servei de dutxes. Hi ha el problema de l'horari, perquè l'horari de dutxes és un horari limitat. I també depèn de la situació de la persona també.

Joana: Allà teníem dutxa, i abans d'anar al metge els fèiem dutxar sempre.

A: Si una de les queixes que em van comentar, que anaven a la metge: Primero dúchemelo, y luego me lo trae y lo atenderé sin ningún problema. Desde el punt de vista del professional, es perfectament comprensible. Ara des del punt de vista del que fa l'acompanyament, igual no ho és tant.

Carles: Això és un àmbit... Depèn si es un metge acostumat.

A: El que passa es que si arriba a recórrer, quan tens un problema d'aquests saps que hi ha una persona en un CAP que és més sensible amb aquests temes i llavors vas allà, i t'atenen amb un servei correcte. Però el fet que hagi de recórrer a una persona, està plantejant dificultat d'accés a tota la xarxa. Una altra queixa és que anaven el metge, amb una patologia i és centren en aquesta i passaven de les altres.

Cristina: A mi em crida l'atenció que no heu parlat d'una cosa que és jurídica o administrativa, i es que hi ha una barrera evident que és que no saps de quin barri són o poden canviar de barri. Tu ja ho saps que els que dormen al carrer, si t'ha tocat el primer dia, ja els portaràs tu sempre. Però tot i això hi ha problemes de, a veure a qui li toca, primer venen després els deixes de veure, després tornen i llavors.

Joan: Hi ha un problema de localització, inclòs hi ha gent que et ve... Hi ha una senyora que ve, que el seu referent de metge està al Centre, perquè ha viscut al Centre durant 5 anys. I segueix venint al Centre.

Cristina: Bueno això és el que m'ha passat a mi també amb immigrants, si veu que et visiten bé, venen allà visquin o no visquin, llavors creen problemes. Es creen una sèrie de problemes de tipus administratiu, que no està tan clar que sigui l'atenció universal per tothom. Com es basem en una cosa geogràfica, quan la geografia trontolla ja hi som

A: En principi de serveis socials, es pot canviar, com a problemes genèrics de ciutat. Però des del punt de vista sanitari...

Cristina: Si que pot haver dificultats, perquè de vegades perds la història, no tens els antecedents. Si que pot haver conseqüències sanitàries, per una qüestió administrativa.

Joan: Si bueno, avui vaig al pediatra del Raval, avui vaig al pediatra del Gòtic.

Rosa: A Serveis socials, abans passava això també.

A: Després una altra cosa que em comentaven, el tema de les ambulàncies: un sense sostre que està al carrer, truca un veí que el veu, ve l'ambulància i el pregunten si vol que el portin a un hospital. El sense sostre diu que no. L'ambulància pren nota i se'n va. Que em penseu d'això, creieu que és molt habitual aquest procediment, ho veieu raonable...?

Carles: Va una ambulància, i se l'emporta a l'hospital X. Llavors nosaltres utilitzar ambulàncies... Utilitzem voluntaris. Per temes higiènics... Si pots agafar taxis o agafem vehicles. L'últim cas que vaig fer servir ambulància, va ser amb la guàrdia urbana. Se li va preguntar si volia anar l'hospital, i aquí va haver-hi un enfrontament entre ambulància, Guàrdia urbana i malalt. No el volien pujar al cotxe patrulla, i al final el van portar, llavors... A l'ambulatori a Pere Camps, allà hi ha molts casos d'alcoholisme.

Cristina: Si, es queden sentats allà a la cadira, i quan ells es cansa... Perquè jo ha via estat a Pere Camps, li donaven galetes i bueno menja va una estona i quan es cansava marxava... Si que es cert que el teníem a dins perquè si estava fora, també es

queixaven els usuaris, de l'olor de fora, llavors els passaves per això, perquè els altres usuaris es queixaven.

A: Una altra cosa que em deien es que quan els portaven a urgències, no se'ls prenen ens serio... Al final sempre els diagnostiquen sociopatia i problemes alcohòlics...

Rosa: (...) Los profesionales no estamos preparados lo suficiente ni hay los recursos como para atender a esta población.

A: Pero por ejemplo en el caso de las ambulancias, no os parece que desde un punto de vista del acceso... Por ejemplo una persona que tiene su casa, y llama a la ambulancia y la recoge, su casa queda allí y queda resguardada. Pero la gent sense sostre, té les seves coses, i si l'ambulància arriba i li diuen deixi aquí les coses que demà no les trobarà (...) Realment és molt difícil, ¿no penseu que s'hauria de buscar un altre sistema...? Perquè està clar que aquesta persona no pot deixar a la seva casa per marxar a l'hospital (...)

Carles: Què seria, enviar ambulàncies medicalitzades?

Joana: No, no, deixar que se'n portin lo seu.

Carles: No seria més fàcil això?

Joana: Tenir un lloc per guardar els trastos.

Rosa: Ahora los del hospital solo...

A: Jo no se quina seria la solució, el que dic és que si no s'hauria de buscar algun tipus de solució, perquè aquesta persona no quedi desatesa per la seva particularitat: Que el que porta amb ell ha d'anar amb ell.

Josep: Jo faria crear un camió, o una furgoneta que sigui una ambulància que a més porti un container per portar tot això. Utilitzar ambulàncies medicalitzades per portar aquests malalts no. Les ambulàncies medicalitzades són per unes emergències.

A: No, per portar-los no, sinó per atendre'ls allà i deixar-los allà.

Josep: Si no és una emergència...

A: Es podria fer una atenció allà en el moment, i si la persona no vol anar a l'hospital, el deixes allà però l'has atès.

Joan: D'ambulàncies medicalitzades n'hi ha poques i són per urgències. El concepte és molt diferent d'urgència o d'emergència o atenció. Podem ser flexibles, és veritat, però si qualsevol persona per urgència necessita una ambulància medicalitzada i en aquests moments s'està tractant una cosa que no és una emergència. Què li direm al senyor que s'està morint. Per això, dic de crear una altra cosa totalment d'acord, però posar les medicalitzades, jo crec que no seria bon sistema.

Joana: A veure igual que s'ha creat uns autobusos que porten la metadona als barris.

Josep: Clar per això dic.

Joana: Crea un ambulatori, que vaig...

Cristina: Però a veure un moment, a nosaltres ens venen amb tots els trastos i no passa res... Amb dos i tres carros. Però és que al barri.

Josep: Però quan van a l'hospital també ho fan això?

Cristina: Per això dic, això seria si fos una atenció hospitalària, llavors si que la pots fer al carrer. El que pot fer una ambulància medicalitzada al carrer, segurament ho podem fer nosaltres al despatx i allà podem tenir els trastos que vulgui.

A: Igual això, si l'ambulància va un professional... Si va una persona de la Guardia Urbana i un metge si que se la poden emportar encara que no vulgui.

Josep: El que passa es que quan es tracta de l'usuari, no es pot fer res.

Carles: (...) La Guardia Urbana té la potestat... I encara que la Guardia Urbana tingui la voluntat que de vegades costa, nosaltres ens vam trobar un cas, un 061...

Rosa: No es fàcil, a veces se crean situaciones, a veces la situación presiona. Yo me acuerdo de un caso: Como está no me lo puedo llevar, porque si está muy mal. Y a

partir de ahí la ambulancia se lo llevó. Y cuesta mucho, Y con la guardia urbana pasa lo mismo. (...) Se puede hacer... acompañando, coger un taxi no lo encontramos adecuado porque si la persona se quiere bajar, lo podrá hacer.

Antonio: Aquí lo que preocupa es el acceso. Yo empezaría es preguntado que es lo que dificulta el acceso, antes de empezar dando respuesta. Entonces la pregunta que surgiría es, hasta que punto las poblaciones inmigrantes en una ciudad como Barcelona, asumen el sistema sanitario como propio y hasta que punto lo entienden. Yo creo que hay una serie de factores que tiene que ver con lo administrativo, que es el tema de la irregularidad, en Barcelona y Catalunya sigue siendo una asignatura pendiente, y donde la mayor parte los inmigrantes irregulares no tienen en cuenta su situación sanitaria, para llevar una tarjeta. Porque hay unos problemas administrativos en cada ayuntamiento que no permiten que el tema sea tratado como en el caso Andalucía: todo el mundo sin ningún problema puede acceder a la tarjeta sanitaria. Así se con pasaporte o sin... Aquí una persona que no tenga ningún documento, es imposible es casi imposible que adquiera una tarjeta sanitaria. Entonces a través de las ONGs o a través de organismos informales, metges sin fronteras, metges del mundo... Que es lo que pasa siempre. Lo otro que es un tema que también dificulta el acceso que es la experiencia previa y la cultura sanitaria de las diferentes poblaciones. Yo creo que aquí tenemos un marco muy diverso a nivel cultural, pero que a pesar de esa diversidad hay unas cosas que son homogéneas. En las poblaciones inmigrantes, el concepto sanitario, el concepto de salud, el concepto de tratamiento, que hay unos servicios del sistema sanitario que son asistenciales y no preventivos. Que son sistemas sanitarios que son hospitalarios, entonces con esa misma actitud... Los hábitos que tenemos en la salud. Luego hay unos aspectos de contexto que también tiene que ir con la salud: temas laborales, de habitación de movilidad social, y el sistema sanitario... qué es lo que está pasando ahí. Hay que plantearse que es lo que realmente está dificultando el acceso, además en un país en una autonomía donde el marco relacional no está definido, porque ni siquiera tenemos ni a nivel de España ni a nivel de Cataluña ni de ninguna autonomía, no hay definido ningún proyecto cultural. Todo eso se tendría que incluir en un marco relacional.

A: *Bien, pues... tomamos nota.*

Rosa: Se está avanzado

- SE avanza pero no se comprende.

Joan: Si hay un millón de personas que se han incorporado, no debe haber tantas limitaciones, que lo estáis pintando todo muy negro. Yo desde dentro el ambulatorio si que veo que si que acceden.

Antonio: No, no es que sea negro, pero la pregunta...

Joan: Maiteienen y cada vez más, y tienen sus recursos y sus redes y que a veces vienen porque te los trae el Imán de la mezquita, que es el que hace un poco de interlocutor, i a través dels mediadors.

Antonio: Ni siquiera son mediadores, hay traductores, no hay un papel de mediadores.

A: *Si, esperamos un segundito para ir a los inmigrantes y continuamos con los sense sostre para acabar un poco el tema y luego hablaríamos de gente mayor y inmigrantes.*

Rosa: Del tema de sense sostre también tendríamos que preguntar porqué hay gent sense sostre?

A: *Si pero esa sería otra...*

Rosa: Lo digo porque hay personas que con los años si que terminan, los más crónicos... Pero hay otra población que con recursos suficientes no estarían en la calle.

A: *A mi es que no me sorprende que haya, lo que me sorprende es que haya tantos... Los informes del Ayuntamiento hablan de 3500 personas, en Barcelona ciudad, y parece que son realmente muchos. Lo que pasa Josep es que se tendría que ir a ver que se entiende por Homeless, no?*

Josep: No i després és que ell parla d'un sense sostre però ni a uns altres sense sostre també, la gent gran que recull pels nostres barris, perquè va perdent poder adquisitiu als seus barris i es va, diguéssim. La Ciutat Vella, fa un efecte d'amagar problemes... Van arribant d'aquí d'allà.

Carles: L'ajuntament considera el que són sense sostre, estrictament el que son sense sostre... Evidentment, si agafem un concepte més gran de sense sostre, contant altra gent... Perquè nosaltres per aquí per Sant Martí si que ens trobem a gent en naus industrials, abandonades... Nosaltres arribem a una part, ara nosaltres som dos persones per tot el districte de Sant Martí.

Carles: O sigui que quan parlem de 3500... Són allò... Són comprovats. Després si que hi ha tot un col·lectiu, que dius, bueno, aquesta setmana dorm aquí, però al setmana vinent dormirà al carrer. O gent gran que entren i surt, o viu en precari, que també genera...

Joan: Una pregunta, perquè no tinc ni idea és una percepció. Aquests sense sostre finalment vosaltres heu vist que hagi pujat més, a part dels que siguin d'aquí, del nord d'Europa: Alemanys o fins i tot italians.

Carles: Amb els alemanys hi ha una certa tradició, de l'Est jo diria que en principi no, perquè funcionen molt en xarxa... El tema de les xarxes relacionals...

A: *I alguna via de solució per aquesta problemàtica de sense sostre... Com ho veieu, això de crear un sistema específic per ells?*

Cristina: Existia un..., que recordi.... Hi havia un metge que es dedicava.

Joan: Depèn on fos, suposo que crearia un problema de rebuig bastant marginal

Cristina: No ... El van tancar... El que passa que quedava marginat del sistema sanitari, llavors si que era...

Joan: Depèn on es fes.

Carles: El problema es que, amb la població més planificada, hauria de ser un metge itinerant, un metge com els educadors, o anar amb els educadors. No un altre edifici, sinó un metge que anés.

Cristina: Els que venen d'Arrels és gent que està absolutament integrada al sistema eh?

Josep: Es que ja en entrar en Arrels, ja tenen com a mínim certa inserció.

A: *Però els que... ja no van.?*

Carles: Es realment complicat. Jo crec que a priori ells ni podran agafar les coses (...) Encara que vingués l'ambulància amb un remolc per emportar-se les seves coses si ell no veu la necessitat, no anirà. El que si que es podria treballar que ja és un altre nivell és el tema de la sensibilitat i treballar les relacions.

Joan: Sensibilitat cap a qui?

Carles: Amb, tenir contacte amb determinats hospitals...

A: *Suposo també, Carles, que el seguiment dels tractaments, deu se dur no? A banda d'anar al centre, el tractament habitual, quotidià*

Carles: El metge si que fa seguiments, de medicació... però ja està als centres, o des d'Arrels.

A: *Als que tenen algun tipus de vinculació?*

Carles: Un cas, que sortia de serveis clínics, una persona molt marginal, estava molt desplaçada per donar-li la medicació. Li havien... la cama i li havien de fer cures setmanals.

2. GENT GRAN

A: Bé, doncs..., avancem una mica més, si us sembla ja tornariem després si fos necessari. Comentem una mica la problemàtica de la gent gran, en relació amb la sanitat i amb l'accés. Tu com ho veus això Joana? Quines dificultats creus que tenen si és que en tenen?

Joana: Jo pel que he vist, es que uns hi van molt i d'altres no. Aleshores, els que hi van molt, hi ha quan tenen una cosa important és queixen perquè ja no els fan cas, clar, ja perquè ja es com una rutina, que cada setmana van. Hi ha una cosa que si que voldria comentar que l'he viscuda amb gent de residència geràtrica, gent que viu sola, o poc cuidada. Aquest sistema que té la sanitat de donar als malalts crònics, tres, quatre, cinc receptes, del que sigui, pastilles de la pressió o coses d'aquestes. Per mi, és nefast. Perquè? Perquè els avis el que els hi agrada més, o sigui quan una persona ha arribat ja una edat. No parlo de la gent gran activa que es pot considerar com les altres que estan molt al cas. Sinó a aquestes persones que ja no estan actius que ja d'alguna manera són una mica depenents, però que no esta atesos completament. A llavors aquestes persones fan unes acumulacions de medicació que són bestials. Aleshores la pastilla se la prenen per dolors. La sort moltes vegades és el farmacèutic dels barris que amb això crec que fan molt bona labor. Miri senyora, li poso dues pastilles al matí, i aquestes són les que ha de prendre abans d'esmorzar, aquestes són les que ha de prendre després d'esmorzar, etc. A llavors resulta, que aquesta persona va amb bastant assiduitat al metge, encara que li facin medicació per molt temps, doncs com li surten altres tipus de patologia que va sortint, llavors li canvien tota la medicació, altre vegada tornem a tenir una nova combinació de medicació. Això és una de les coses, en canvi, quan una persona necessitarà un panyal x o una altra cosa, a llavors resulta que això no li faran perquè allò no està programat. Llavors, jo crec que aquí hi hauria bastant a dir. Llavors, en quant a les persones grans que són actives, una de les queixes bastant importants és que quan van en allà, el metge la primera pregunta que els hi fa és: *quants anys té vostè?* Això és cosa de l'edat. I hi ha un senyor que sempre els hi diu el mateix, per exemple li fa mal el genoll, i li diuen això és cosa de l'edat i diu: Si senyora, però és que l'altre també té la mateixa edat i no em fa mal. I clar, hi ha gent que quan li diuen això ja es queda com molt tallada, que ja no gosa dir res més. Això, jo penso que és un sistema que és normal que jo entenc que el metge en aquell moment digui, que més vol si està com una rosa, perquè et faci una mica de mal aquí o allà, tampoc no... és cap problema. Però la persona que s'hi troba es queixa d'aquestes coses. Aleshores hi ha el tope de la història ve quan per exemple et ve una Setmana Santa, un Nadal o això, i tens una persona al davant i l'has de portar a ingressar. Bueno, ho sabem que hi ha molta gent que agafen materialment a l'avi o l'àvia i el deixen a l'hospital i aquí ja us espavillareu i ens el cuideu perquè nosaltres marxem de vacances, això ja ho sabem que passa. Però hi ha molta gent que no, que no és així. I llavors la susceptibilitat que hi ha, que és normal, perquè a mi si em deixen dos avis de paquet al que fa tres, li farà totes les preguntes a veure si els parents... Això és normal però si que arriba un dia que trobes persona que casi bé es defensa en aquest camp. I en canvi s'ha de dir que si que hi ha molta gent que es porta meravellosament. Això és una de les queixes, que persones grans s'han trobat que familiars... Perquè ara ja sabeu que hi ha gent que se'ls hi allarga tant la vida que resulta que les persones que estem ja jubilades i que són més grans que jo encara, doncs que han de cuidar els seus pares, o els seus oncles o les seves persones més properes, que ja són els que tenen 90 i cap a 100 anys. És clar, això es farragos perquè la persona gran ja està molt cansada, i l'altre també. Llavors quan s'ha d'anar urgències o s'ha de fer un pas diguéssim especial ja és com molt carregós, doncs si a sobre trobes una persona que només està posant problemes, doncs llavors, aquestes és una de les queixes. Nosaltres sabem que hi ha persones que agafen als avis com si fossin paquets, els deixen a urgències. Es que si tu agafes a una persona gran, sempre té un mal o un altre, que té una crisi, que s'aguditza, la gent que té mal

d'esquena, que té malament la circulació. Aquest és el problema que té les urgències, que amb les persones grans s'aguditza, perquè després hi ha molta gent que té molta por de morir-se i encara, no li puja una mica la febre, ja els porten a urgències. Això, també està, és una de les coses que la gent que els toca cuidar, estiguessin una mica més mentalitzats amb el que hi ha. Bueno total, que la part sanitària estan cremats perquè els hi deixen la gent allà com un paquet. Aleshores hi va un altre, que porta un familiar seu per estar doncs que sembla amb certa gravetat, i llavors la primera pregunta: I vostè perquè el porta? Clar, llavors tu els hi has de dir, jo el porto perquè em sembla que l'haig de portar. Si vostè creu que aquesta persona no té res, si vostè me'l mira i el vista i em diu que no té res i que me l'emporti a casa, no hi ha cap problema. D'això es queixen.

Josep: Però nosaltres, per exemple al (...) en concret, tenim un programa... Hi ha la resposta ràpida. Perquè es clar ens trobem persones grans, que podríem trobar moltes en la franja de 80 a 95, amb una resistència considerable, que viuen sols, i viuen en un quart en un cinquè sense ascensor, que els hi costa molt. I després...

Cristina: El problema de Ciutat Vella és que hi ha moltíssima gent que viu sola. Amb unes energies impressionants. Llavors això genera unes necessitats tremendes, no només sanitàries sinó vitals. Perquè a vegades hi ha molta soledat i si s'enganxen al sistema sanitari realment els hi dona molta cosa, no només pastilles. Els hi dona conversa, els hi dona companyia. Però jo crec que hi ha unes mancances no només sanitàries, si compares qualsevol país d'Europa. A Anglaterra és impressionant els serveis que hi ha a domicili, d'infermeria. No és el nostre sistema que tu dius, no, no, multiplicat per deu. I després el que tu comentaves dels medicaments tens tota raó.

Rosa: A vegades els assistents socials si que truquen i diuen: quin metge... van buscant a la persona més sensible. Nos volvem a encontrar un poco el tema d'abans. I es este tema la dependencia va en aumento. Claro, i el tema, antes porque no tenían vivienda, y ahora porque la tienen, pero... les sirve de cueva.

Josep: Si, però hi ha l'assistència a domicili.

Rosa: Si però la assistència a domicili no cubre, ni siquiera el tema de tratamiento, de llevar un buen seguimiento.

Cristina: Yo creo que hay mucho abandono, que la sociedad no está respondiendo a lo que está pasando, se está más sola, no vive con la familia. Al menos a Ciutat Vella, eh?

Josep: La gente que está cobrando poco, los inmigrantes, la sociedad lo que está haciendo, reacciona en vez de tomar la iniciativa ante una situación, está haciendo... Y más que nada, defendiéndose.

Cristina: Da la sensación de ser testigo de, no de estar solucionando cosas, ser testigo de lo que está pasando.

Josep: Y desde el punto de vista sanitario, yo lo digo porque he sido presidente, pero a nivel de hospital lo que vosotros me explicais a nivel de hospital es cierto, hay abuelos que se les deja allí, porque son abuelillos y se les deja allí, y se les deja allí y punto. Y como todos hemos... lo que es verdad es que muchas temas no es lo que debemos tocar, sino es un problema de sobrecarga de cosas ante las cuales, la sociedad y la medicina no podemos resolver una serie de expectativas que se crean.

A: Pero no os parece, el fet que anar a buscar aquella persona més sensibilitzada amb aquella problemàtica, no hauria de ser, no s'hauria de donar...

Maite: T'ho carregues tot (...) Parlen més d'un a la vegada

Josep: Teòricament la societat hauria de fer un sèrie de coses que com no les fa algú, des del punt de vista de serveis socials, mèdic, des del punt de vista de la gent que acompanya...

Joana: Aquests recursos... Arriba un moment que paren, que ja no donen més de si.

Cristina: Clar, que crema, que crema

A: Comentarem un treball que es va fer des de la UB, per un professor de la central, que es diu Javier Moreno i va fer un estudi sobre els immigrants a Espanya, França i Gran Bretanya. Té dos conclusions molt ràpides. La primera es que els sistemes d'atenció aquests països depèn molt de lleis bàsiques de cada país. I l'altra cosa, és que hi ha molta diferència entre el que diu la norma i el que fa el professional. I en els dos sentits, a vegades el professional fa molt més del que diu la norma i a vegades és queda molt més curt del que diu la norma. Però, clar això genera desigualtats, si no tenim un estàndard i depenem de la voluntat del professional... Doncs això si genera problemes de desigualtats... Aquest estudi contrastava que les diferències eren en els dos sentits. Si això es dona, i anem a buscar a la persona més sensibilitzada per tractar un cert problema, realment es que hi ha problema de...

Cristina: Però és que s'actua per consciència no s'actua per legalitat, sino...

Maite: Y gracias a esto

Cristina: Si, si exacto y gracias a esto porque sino, ...si señor. Pero lo que te guía es la conciencia tuya. És veritat, però això sembla que passa a tot arreu, no? O sigui que...

A: Si, aquest estudi contrastava que passava als tres països.

Rosa: Con la gent gran nos volvemos a encontrar con los problemas de higiene, no de la persona sino del domicilio, con la soledad, el amontenamiento de cosas, que aquí además están los juzgados acaba de coger el tema, la salud mental... Y además con falta de recursos. Con personas que o han perdido la vinculación familiar o no tienen, que necesitan un soporte de tres o cuatro veces al día. Y se le está dando, dos horas al día, cada tres días un hora al día, así... Y vamos manteniendo la situación entre la médica, la enfermera, la asistenta social del ambulatorio, el de

Joana: Y hemos vivido una desilusión de esto en 10 años. Cada vez que...

Rosa: Y pero, esa persona no irá al médico si el médico no viene, no irá a hacerse una prueba si no tiene un acompañamiento de una trabajadora familiar y no seguirá bien el tratamiento si no hay alguien que pase cada día por casa, que le vaya ayudando. Para esto no hay recursos suficientes.

Maite: El que ens hem trobat que hi havia moltíssima gent que no coneixia el recursos que tenia en tema de serveis socials... Inclús familiars. Hi ha un estudi al nostre centre del 2000, a llavors per conèixer a tota la població hem agafat a totes les persones majors de 84, els hem anat trucant, els vam anar visitant a casa seva, o els que poguessin venir, vinguessin. I ens vam trobar que hi havia moltíssima gent, que això, i la situació quasi insostenible. Vam contactar amb serveis socials i els vam solucionar tots però...

Joana: A quin barri és?

Maite: A Gràcia.

Rosa: Hubo una temporada que se hacían estudios de... en el 75, 80. Pero nos dimos cuenta que tampoco llegábamos a los que estaban en estas condiciones. La única manera era dejar una nota, para luego ir a hacer una entrevista y tal. Pero vamos... yo me pregunto si lo conciesen todos... qué haríamos, no daríamos a basto. No podríamos.

Josep: No a més un ingrés socio-sanitari, és dos mesos una vegada l'any. Si necessiten més ingressos...

Maite: I després que també quan ingressen a l'hospital... és lo del Prealt, que... sempre que l'hospital perque no donen a l'abast.

A: Y una pregunta Begoña, vosaltres feieu una trucada per telèfon i demanàveu a aquesta persona si podíeu passar a visitar-la... I la gent que no volia?

Maite: La gent que no volia la seguïem trucant, com a vegades pots trobar familiars. Ho vam intentar, el que passa que hi havia gent que no et coneixia, clar eren metges nous, infermeres, noves, clar... Que no ens coneixien però que després mica en mica els hem anat coneixent, no? Gràcies a treballadores socials, gràcies a que havia alguna necessitat d'anar-hi, o passar per infermeria a buscar alguna recepta.

Josep: Si, si genera una demanda, això es detectable, i després no tens els recursos per aplicar les mesures d'expectatives, de resolució, de resposta... Que si que és conscient que hi ha una situació, de una persona majora de 90 anys, sola, que no té un duro...

Rosa: Esto está claro, yo miro de vez en cuando a mayores de 75 años, a la población más envejecida, y miro con lo que tenemos en el servicio, y no cuadra. Y además, entras un poco en lo que es el trabajo diario de los profesionales, y es que continuamente... La mayoría de los casos de atención a domicilio está muy saturado... Porque no van... muchos no tienen la tarjeta sanitaria. Y esto es una gestión en relación con el CAP, es una gestión que continuamente... Cuando entran en un caso, una de las primeras preguntas es el tema sanitario. Y a veces tienes que negociar, llevar a la limpieza, llevar a... a ver por donde lo coges... Porque no tienen la necesidad, no la sienten. Es una necesidad de los profesionales.

A: En este sentido, un par de cosas que supongo que conoceis de sobra, hablando con trabajadores sociales del CAP. Me dicen que la gente que está cerca del CAP va muchísimo... ¿Hay una correlación entre proximidad al médico y visitas, en general?

Maite. Home, ...pot ser...

A: Una altra, que la CUS té un servei: si tens telèfons tens visita. Per demana visita has de fer-ho per telèfon, anar personalment o per Internet. Del col·lectiu que estem parlant, Internet no entra, trucar per telèfon depèn del CAPs. (...) Ho tens complicat. Si hi ha una entitat que s'encarrega de aconseguir visites ja és (...) I aquí li donen hora més aviat, al que truca, al que es presenta o el que ho fa per Internet. Inicialment el que es presenta personalment. El que té problemes de mobilitat, amb això, s'acaba esperant més. Aquí tindriem problemes reals d'accés al sistema, no?

Maite: Hi ha una cosa d'això... I es que la gent gran no treballa i llavors té moltes possibilitats. Vull dir les queixes d'horari sempre ve de la gent que treballa, són les que tenen dificultats per trobar el forat que els hi va bé. Però...

Cristina: Té raó però hi ha d'altres que tenen als fills per dinar, perquè estan treballant... Es que no et pensis eh? I els que no...

Joana: Però vull dir, el tema important és el que ell diu, el telèfon. La dificultat que et contestin, una vegada que ja han contestat. Es que et passes hores i hores al telèfon. Vas al CAP, et donen una hora i t'agafen al cap de dues. Això també és una altra història. O sigui, que vale, ja anem agafant aquest sistema que tinc a les deu però bueno no conteu amb mi fins la una o... que no saps a l'hora que sortiràs. A llavors això tampoc no és. Home si a tu et diuen a les deu, sempre hi ha un marge de tolerància perquè tu també pots arribar tard o una altra història. Però jo penso que el marge de tolerància hauria de ser...

Maite: Quan una persona et diu que és una urgència

Cristina: Es que hi ha tantes coses que no estan previstes que no pots saber...

Joana: Hi ha coses...

Maite: Però hi ha urgències, en el meu CAP les urgències són a darrera dels que tenen hora.

Cristina: No, no depèn...

Maite: No ho se, però depèn també com li vagi millor a ell... algú... si no hi ha cap et diu... I a lo millor el metge no està a l'agenda, i a lo millor el metge ja en tenia un altre. I a vegades doncs trobes, que sobre quan entre el metge està enfadat perquè t'han ficat en un lloc que ell ho tenia per fer una altra història. Entens? O sigui aquí.

Cristina: Es que mira pensa que estem en un sistema que tenim sis minuts per persona, a llavors, has de fer, tantes filigranes per visitar aquell matí. Que no pots garantir, jo al menys em sento incapaç de garantir complir l'horari. Perquè a vegades el compleixes a vegades no.

Joana: No, no jo penso que un marge hi ha de ser-hi. Perquè per exemple no serà el mateix que et vingui jo que tinc un problema de mobilitat que potser estaré una estona

més per posar-me una mitja, per pujar-me els pantalons que tu m'has de mirar la cama. I dius, mira ho has de treure perquè ho haig de veure. Pues estaré una estona més que no pas que vingui aquesta que no té cap problema de mobilitat i pim pam i ja està. Jo això ho entenc perfectament. Llavors potser si que al llarg del matí doncs aquests sis, i dotze minut que has anat agafant per persona, ja t'arriba a les dues hores.

Cristina: Però vull dir, que tots dos hauriem de demanar les visites de deu minuts: usuaris i professionals. No estirar la corda entre uns i altres, sinó tots dos demanar més temps.

Joana: Pues això és del que es tracta, que ho sàpiguen.

A: Dues queixes més... La queixes més repetides han segut dues. Una d'elles és la informació. Diuen que els documents que genera el sistema sanitari, no estan adreçats al seu nivell de comprensió. Aquesta una, una altra és que diuen que una persona gran va al metge acompanyada d'una persona més jove, el metge li dona les explicacions a la persona jove, perquè s'entendran més ràpid. Però la persona es quedarà sola a casa al dia següent i s'haurà d'espavilar perquè la jove s'anirà. I això diuen que els deixa una mica indefensos. Es queixen de que no reben suficients explicacions. Després també el tema farmacèutic, diuen que ara comencen a receptar genèrics. Però es clar ells que estan acostumats a una certa pastilla d'una forma i color els canvien. I psicològicament creuen que no els fa el mateix efecte i no volen canviar... Tot això com ho veieu?

Maite: Clar però si no es vermella...

A: I una altra que es repeteix és descoordinació entre les diferents parts del sistema sanitari. Això ho diuen també, serveis socials, sanitat (...)

Cristina: Si, si

A: I les altes igual, no avisen que aquella persona ha anat cap a casa (...) En aquest sentit si que hi ha dificultats. El problema és que està adaptat per una gent que està en edat laboral i el nivell de coneixements mitjos. I quan escapes una mica d'aquí, quedes una mica al marge i aquest sistema no s'adapta. Esteu d'acord...?

Joana: Necessites com a mínim tres vegades més temps que per un altre. Temps per escriure així de grans, temps per explicar-ho deu vegades, per posar-te al costat de l'orella. Vull dir són moltes barreres.

Josep: I pensar que hi ha cursos... També estendre a tots els nivells aquesta atenció a la gent gran.

Joana: Però cursos jo crec que no calen, que amb una mica més de temps...

Josep: No, no dic que es tinguin que fer cursos ara, sinó que agafar aquesta filosofia una mica d'estendre l'atenció a l'ancià.

Cristina: Però que ja ho aprens, ja ho aprens. El que necessites es temps.

A: I després, com deia abans la Maite, també està el problema que a vegades no tenen prou informació de tots els serveis que hi ha al seu abast. No saben tot allò que poden demanar, que poden utilitzar. Però no ho saben perquè ningú els hi ha donat aquesta informació. Passa una cosa semblant amb els immigrants, són situacions idèntiques.... manca d'informació..

Joana: Els molesta moltíssim també que tenen un especialista en un ambulatori, un altre especialista en un altre ambulatori. Això els desgavella una barbaritat. És clar abans tenien un ambulatori que sabien que aquí tenien el CAP i l'ambulatori dels especialistes. I allà veien a tots els especialistes. Això els tenia com a molt segurs. I ara hi ha aquest canvi total.

A: *L'altre dia em van explicar un cas d'una persona que tenia hora a les 9 del matí. Arriba li diuen que l'han de fer una prova a un altre lloc (...) I arriba a casa seva a les 7 de la tarda. De 9 del matí a 7 de la tarda....*

Joana: A mi em va passar un dia, i la senyora sense dinar. I els vaig dir si no li donen alguna cosa aquesta senyora se'ns desmaiara.

A: *Clar, però això per una persona sola. El voluntari va a fer tot l'acompanyament, però si aquesta persona va sola. I després això que dius tu, aquí, allà, es fa pesat per nosaltres doncs per una persona gran es multiplica el problema. Què fem aquí: coordinació, recursos, què fem?*

Rosa: La falta de información esta que decías creo que es complicada, porque si que puedas dar información, pero hay una población, la de 75 años para arriba, 80, que como no se la llesves a casa, no le llegará esa información aunque sea... Porque no está ya, o sea cuando llegan a servicios sociales o recoges la llamada, es una persona que tienes que situarte: No tranquila y hable despacio. O sea que no le llegará si no es a través de los profesionales, que de alguna forma estamos operando en...

A: *Y no penses rosa, que a partir de certa edat s'haurien de visitar sistemàtica a domicili....?*

Joana: Si tens recursos es poden fer moltes coses, es clar.

Josep: Vull dir, els que siguin fràgils o es consideri que tenen ja un barem de risc, que es programin.

A: *Clar no té sentit parlar de tots si no arribem ni els que realment ho necessiten.*

Rosa: Y desde servicios sociales atendemos... O sea si pueden venir al centro de día que pasan allí todo el día. Pero esto luego son las personas que... Tenemos un casal allí al lado, y están como adoptados, con los servicios sociales que estamos en la tercera planta, porque ellos a cualquier cosa. Y como se enteren que ha cambiado algún profesional, suben a ver el comedor, ahí y tal. Esta gente de alguna forma nosotros seguimos el proceso. Yo creo que hay una edad, que a partir de una edad los servicios tendríamos que seguir el proceso de estas personas, sobretodo cuando no tienen soporte de familiares. En estas personas lo seguimos, entonces tendemos... antes si que habían muchos recursos, no recursos de ayudas sino se tendía a voluntarios a domicilio... Dices, no, si que habrá una edad que si, pero antes no. Puedes moverte, entonces en todo caso pongamos acompañamiento para que vaya a buscar a la persona y la acompañe pues hacer las gestiones o las visitas, o tal. Entonces yo diría si y no. Si que hay personas en las que bajar las escaleras no es posible, pero todo lo que la persona pueda hacer de domicilio y que sea normal la atención: ayudas.

A: *Yo estoy de acuerdo pero entonces podríamos encontrarnos como el estudio ese que hacían en un Distrito, que se encuentran con gente que está totalmente desatendida (...) Entonces no van, ellos tampoco vienen...., no se hace nada...*

Rosa: Bueno pero aquí cuando yo hablo de recursos me refiero a los recursos de todo. Claro nosotros aquí tenemos personas que si no tuviesen una trabajadora familiar, ni se hubiese hecho la limpieza de la vivienda, ni hubiésemos matado los bichos, ni a lo mejor temporalment le hubiésemos ingresado. Ni iría al médico, ni tendría un control... Pero aquí entramos en servicios, que si que estamos operando mucho en domicilio, que tendríamos que tener más recursos, con más poder de decisión de nuestras profesionales para que pudiesen hacer más...

A: *Si, ahí las quejas son esas, que se va pocas horas y que no a todo el mundo, etc.*

Rosa: Y que los profesionales no pueden. Porque el día que van y un abuelo está mal no puede acudir a los otros servicios, y tiene que ir al hospital, y si le pasa esto el resto de servicios, irán a ver buscando...

Carles: Muchas veces el mismo abuelo que está mal... Un 20 % de la población utiliza el 80% de recursos...

Rosa: Hay un problema de espacio, de soledad...

Josep: I a Ciutat Vella...

Rosa: Y aún así somos conscientes de que no debemos...

Joana: Jo volia dir, no creieu que arriba a una edat que la persona doncs perd aquesta capacitat per fer-se menjar, per vestir-se, per tot això. A llavors aquestes persones fixament, haurien de tenir algún recurs.

Rosa: Claro, y a lo mejor no quieren... Paliativo, algo paliativo... Cuando la persona no quiere salir...

Joana: Perquè per exemple, és una pregunta eh? La qüestió aquesta dels pisos compartits com l'acceptarien?

Joan: Jo crec que com si fos casa seva.

Rosa: Si, hay problemas de vivienda, si es la solución, porque sinó sería un sin techo. No un si techo, pero viviendo en pensiones. Yo el año pasado hice una cena de navidad en una pensión con una voluntaria. Porque sino aquella noche, no... se iban a la cama como... Mira, se ofreció una voluntaria y dije, si cocinas... Entonces, para las personas mayores... se crean muchos problemas, porque el poder adquisitivo lo perdieron hace mucho y la vivienda está subiendo. Todo el que no tiene una vivienda de propiedad, ha ido subiendo a unos niveles que... Y luego si además es de alquiler siempre sale aquello de que al dueño se le casa el hijo o sea... hay un tema inmobiliario. Entonces estas personas como último recurso, pues cuando tienen una suerte que pueden conseguir un apartamento de estos. Ahora la persona que no, quiere, es que... no dicen que quieren morir en su casa porque como están tan malos al final los profesionales somos los que les dirigimos al hospital. Pero si hubiese servicios dignos para que... mucha gente preferiría morir en el domicilio. Salir de allí es de alguna forma entender de que tu vida se acabó.

Carles: Jo això que deieu del Districte d'anar-los a buscar... Una mica també... Jo crec que si que és cert que possiblement no s'arriba a la població de gent gran. De fet si hi ha estudis que ho han demostrat, encara que hagi estat un cop, vol dir que si d'aquí a tres anys ho tornem a fer, segurament no arribaràs. Una mica, dius, vale, arribar aquesta gent potser genera una sèrie de demanda o expectatives que potser no es compleixen, però es que potser igualment has d'arribar aquesta gent. Jo compararia una mica amb el que és el menor. L'Administració i l'Estat té una responsabilitat sobre el menor, assumida i si hi ha un menor en desempament, pam. I farà tot el que pugui, perquè hi ha un reconeixement de la societat. Jo veig, que aquesta assumpció de responsabilitat de l'Administració cap als menors, doncs derivar-la també cap a la gent gran, entenent-la com una població en risc.

Rosa: Y a nivel de juzgados también porque este es otro tema. Porque cuando... y tienes que hacer vivir a una persona de 80 o 90 años por toda este recorrido del juzgado es de lo más... tendría que ser diferente. Claro, le da una entrevista, que no puede estar en casa... El típico juez, la típica secretaria y a veces es n maltrato.

Joana: Ara t'ho anava a dir això forma part del maltractament.

A: Dues coses més i passem a parlar una mica dels immigrants si us sembla. Jo en referència al que deia Carles, crec que només el fet d'anar a visitar-los, ja sembla una actuació positiva important, no trobeu?. I fer arribar informació, no hauria de ser tan complicat(...) Després una cosa et volia preguntar a tu Rosa, el sistema de telealarma, això ho doneu vosaltres, l'oficina de serveis socials. I és a petició de l'interessat o del professional que fa la intervenció corresponent.

Rosa: Es un recurso que... ellos al principio lo decían: No me han controlado nunca y no me vais a controlar ahora... Había problemas porque había que dejar llaves. Ha ido evolucionando y ya no es tan complicado. Y hay personas que lo piden y serían las personas que están informadas, que saben utilizar los recursos. A la población esta que hablamos la convencemos nosotros.

Josep: También lo hacemos nosotros, cuando tenemos visita, o la enfermera que ha vist que ha caigut... Em diu, Josep passa aix , i...

A: Pero me decían que esto tiene un coste de alta y un coste de mantenimiento.   Si?

Rosa: Si pero no pagan ellos. Hay de privado. Es decir, si que hay cierta valoración econ mica, pero muy...

Joan: Que vol dir de privats? Que els mateixos serveis socials donen un pagament...

Rosa: No, entidades

Josep: Entitats

Rosa: En servicios sociales es, además es uno de los recursos que no hay descanso.

A: En este sentido, yo tengo una referencia que voy a explicar brevemente del País Vasco, han hecho un programa de atención, desde servicios sociales, a gente que vivia sola en medios rurales y luego se traslad  al urbano, que hacían visita a domicilio e instalaban aparatos como estos del telealarma y controladores para el gas y controladores para otro tipo de servicios, etc. Entonces medidas de seguridad y de información a la persona y mecanismos que le permitan conectarse más a los servicios sanitarios. Al final a mi me parece que el telealarma, lo utilizan como recurso sanitario. Cuando tienen un problema, no llaman al 061. En ese sentido, no se si lo más razonable, es que eso lo tenga servicios sociales en lugar de sanidad. En relación con lo que hacían los vascos y con el uso que les hacen realmente.

Rosa: Digamos, que est  en servicios sociales porque abarca a m s población: disminuidos, ahora con el tema de malos tratos...

Cristina: A la pr ctica  s igual, porque nosotros lo solicitamos muchas veces para la misma situación. Ir  muy buen para...

A:   Pero esta persona se conecta con servicios sociales o os llama a vosotros después?

Cristina: No, nosotros tenemos que visitar a alguien y vemos que le ir  muy bien un telealarma, entonces ya hablamos con servicios sociales para que lo pongan y ya est .

A:   Entonces, por ejemplo tiene una urgencia sanitaria, no llama al 061?

Joan: No aprieta al botoncito.

A: Vale, es conecta amb serveis socials.

Cristina: No... Amb Creu Roja, no? O primer amb vosaltres?

Rosa: No, con una central. El aparato este lleva consigo, a parte de los mecanismos que tiene de pulsera o de teléfono, una documentación previa que se ha recogido, que es la documentación sanitaria que tenga. A parte de la cartilla y tal es si tiene algún tipo de problema. Y esto est  en una central. Entonces en el momento que toca la... ellos se ponen en contacto y en función de lo que haya pasado enviaran al 061, al médico de cabecera si es un horario... Lo que pasa normalmente suele ser en horario fuera de los servicios... o a los bomberos, a la pol cia a la familia...

A: Bueno, bien... I una altra cosa genèrica per als tres col lectius ja passem directament a comentar coses dels immigrants. Dues coses: a mi em diuen que de vegades es troben amb problemes sanitaris abans d'arribar al metge, m s que no pas amb el metge.  s a dir, m s problema per agafar numero, amb la telefonista, etc. Creieu que la sensibilització d'aquestes persones, del personal no sanitari dels centres sanitaris és diferent o  s qüestió de...?

Josep: De, vegades la frontera, el muro  s...

Cristina: I amb els immigrants igual

Rosa: Yo creo que a lo mejor es también la sensación, si esos profesionales tuviesen también una silla donde indican las entradas.

A: *Claro...*

Rosa: Claro, el médico, o servicios sociales le comunicas a la persona que se ha sentado. En el momento que se ha sentado ahí hay un trato personalizado.

Josep: El grau d'intimitat, també, tampoc és possible. Simplement perquè et prenguin nota de lavisita.

Maite: No, i els administratius han de decidir si aquella visita és urgent o pot esperar-se dos dies. O quin metge li toca, o si li toca un altre ambulatori... Tot això és desagradable, eh? Si tu vas amb una idea i te la comencen a canviar tota. En canvi, quan el malalt t'entra tu no fas cap, t'ha entrat i ja està. O sigui que la funció és diferent.

Rosa: Sí, sí. Quieres ver al médico, y antes de llegar vas a tener que pasar una carrera de obstáculos.

A: *I troben unes barreres. Quan arriben reben un tracte però el que ha passat abans...*

Maite: Perquè tu ja saps que ha passat dintre. Si tu haguessis de rebre correctament a tots els que arriben d'entrada.

Rosa: Pero yo creo que esto pasaría también a todos...

A: *I una altra cosa, aquí no tenim a ningú que treballi a un hospital a urgències... Especialment en referència als immigrants em diuen que reben un tracte més igualitari als CAPs que no a les urgències, que hi penseu, en funció de les vostres experiències i de la informació que us arriba?*

Joana: Jo he acompanyat bastant gent gran a les urgències i és brutal.

A: *Hi ha una cosa que també s'ha repartit a les entrevistes. Que els CAPs reben un tracte més igualitari. Els immigrants es queixen de que veuen més discriminació a urgències que no pas en un CAP.*

Carles: A urgències ... El que llegaba a las 18:58 estaba antes que el de las 18:59, a menos que algú s'estigués morint.

(...)

Carles: Urgències és una actuació que la paraula urgències ja ho diu. Perquè tu vols una atenció immediata, i segons quines coses si que les pots viure malament. La diferenciació entre lo real i les seves expectatives, segurament s'aguditza i lo que tu vegis, i lo que tu potser és un problema administratiu tu ho pots veure com... És com el tracte en el centre de dia. Per exemple, has de reconèixer que les recepcionistes... Hi ha maltracte per part de la recepcionista cap l'usuari? Potser no, segurament no, el que passa es que clar que l'usuari vol i no potser, doncs no potser.. És la recepcionista i al final acaba la rebotarà amb la recepcionista i acaba dient que la recepcionista... És una mica això.

Joana: Jo penso que continua sent que com lo altre. A urgències a vegades hi ha recepcionistes que no es fan càrrec d'estar a urgències tampoc. Vull dir, sobretot quan vas amb persones grans, i suposo que amb immigrants passa el mateix.

Carles: Jo no crec... també relativitzes la situació. Perquè clar jo treballo amb sense sostre i amb una persona que en un moment donat entres un món... Tens una visió més general de la situació i no ho veus tant fotut com ells o ho veus diferent. I a més amés l'altre ho pateix, i quan ho pateixes tu ho viuràs molt més intensament que no pas el recepcionista d'urgències que està allà 8 hores, que a lo millor cinc minuts abans que tu li arribis amb una demanda ha tingut un follon per una cosa o altra. I que si que és cert que de vegades el tracte amb les persones i tot això ho fan molt en general. Però jo crec que a vegades les donen les mateixes direccions. I que és una pilota que es va retroalimentant. Perquè es clar si jo vaig a una persona que fa cinc minuts ha tingut un pollo i em pico una mica i vinc empenyat, la persona aquesta, dirà ja estic fart...

Joana: Jo t'ho dic perquè de vegades ens porten persones que han passat una nit molt malament, i portes una persona allà i sembla que perquè vens, no?

Cristina: Jo també he fet aquestes preguntes a varies persones i sempre igual. O sigui, potser una cosa que sigui més o menys greu, o que sigui que aquella persona se li hagi de fer una intervenció o lo que sigui. Que un cop arribes a dintre, que està així, perquè jo m'he trobat de vegades a Sant Pau i està així. I trobar-te una persona super amable que doncs et coloca una persona allà on te la de colocar, et dona un suport adient tot i que hi hagi molta gent. Entens? Que no costa res. Que són coses de la manera de fer de les persones.

Carles: Això ja no només seria que dius de necessitat que potser un problema d'educació.

Cristina: O sigui hi ha la persona que sempre tindrà aquell somriure i t'atendrà tan si ets alt, baix, maco, lleig, jove o vell. I en canvi doncs i haurà un altre, que veurà un més modern del compte i ja es posarà així. O una que te una certa edat i també és posarà així. Això hi és, existeix.

Carles: Però de vegades també, i a lo millor perquè... m'ha mirat malament. I a lo millor aquella persona ha dormit malament també. Perquè estem parlant de persones i dos persones, l'una t'aten i l'altre es presenta amb una expectatives, llavors aquí pot passar de tot. I pot ser una magnífica persona, i això pot passar amb gent gran, amb sense sostre, amb immigrants o a mi mateix.

Rosa: Yo quería comentar, volviendo, que en el CAP, hay una continuación, en el hospital a lo mejor no pasa. Y además hay una cierta xarxa que el médico visita o la enfermera, y hay algo que no entiende o no capta bien, tiene otros recursos: los servicios sociales... Esto con el tema de extranjeros, por ejemplo los , que es un tema que nos cogió a todos y además de golpe y bueno, y hay muchos temas que seguimos sin contrato. Los servicios sociales, claro, basan la intervención en la confianza y en el rol de las dos personas. Y eso, sino no hablas con el mismo canal difícilmente puedes ayudar como profesional. Otra cosa son los recursos. Y yo creo que en el CAP, luego puedes coger información, hablar con la asistente social, no se depende del problema puede recoger más información de aquellas situación o de la familia. Si la abuela está sola y no la entiendes, si tiene familia, si tal... Los hospitales estamos como muy alejados. Ahí si que puedes estar pidiendo más coordinación ¿eh? Más coordinación. Y de hecho una misma situación ya ha llegado a darse el caso que tuvimos un encuentro de supervisión con el Hospital del Mar, y un mismo caso, y además era un caso que se había trabajado bien, tanto el profesional de la primaria com el del hospital. Cuando se dio el caso, de una persona que no tiene vivienda y tiene que salir del hospital. Entonces están muy alejados de lo que es el entorno, los hospitales.

A: *¿Y entonces aquí qué soluciones ponemos? ¿Recursos, información, coordinación...?*

Rosa: Yo creo que aquí hay una parte de coordinación...

A: *Recursos todo el tiempo, ¿eh? Siempre nos faltan recursos.*

Rosa: Sí, sí, sí. Eso está claro.

A: *Y más información para el colectivo.*

Rosa: Y más información para los colectivos, y más coordinación, conocernos más: ¿qué hace cada uno?

A: *La falta de coordinación ha sido el problema más repetido en las entrevista que hemos hecho.*

Rosa: No, no seguro. ES que a veces no sabemos lo que hacemos cada uno. Entonces difícilmente puedes pedir a aquella persona que te de su visión. En el momento que te conoces, ya de entrada el trato es diferente, ya estás hablando con alguien próximo.

Cristina: Yo creo que tendría que haber alguien con ideas geniales que arreglara una cosa que ya es muy administrativa. Y es que cuando yo hablo con médicos del hospital y les hago preguntas, y me dicen pues si le he hecho cuatro informes, ¿cómo es que no os llegan? Entonces resulta que estos informes que dan al paciente se pierden. O incluso el del hospital no hay manera que averigüe que médico le está llevando. Entonces si tenemos que confiar en los pacientes no funciona, porque o pierden el papel o no saben decir quien les lleva. Tiene que haber alguna manera que nos conectemos al margen del paciente, y que nos llegue lo que nos ha de llegar. Entonces...

Rosa: Nos está pasando con el tema de maltractament, con los mapas de agresiones. Claro, si no les llega a los otros profesionales... Aquí, está el tema de internet...

Antonio: Cuando tienes un usuario con una enfermedad endémica y que sea para otra autonomía o otra ciudad. ¿Cómo recurras a la historia clínica de... O un tuberculoso...?

A: Pero me explicaba hace poco una responsable municipal, me decía yo puedo tener del mismo usuario de Hacienda, de recaudación, hasta cincuenta fotocopias de su DNI. Porque cada trámite que hace le piden una fotocopia del DNI. Pero si ahora viniera y yo quisiera encontrar una fotocopia, no sabría dónde buscarla. Y además, que va a otro servicio y le piden otra fotocopia. Eso es exageradamente liso y burocrático...no?

Josep: En teoria amb el camí electrònic, tot això...

A: Esperem, confiem en la informàtica a veure...

Josep: Però les dades de salud són molt sensibles...

Cristina: Yo te puedo asegurar una cosa... cuando una persona mayor va al hospital, como no vaya a una hospital que tu tienes más relación que vas allá y vas a estar más pendiente, no puedes asegurar de que le den el antes y el después.

Josep: Per això està el prealt...

Cristina: Vuelves a ir al domicilio, te la encuentras tal como la dejaron los camilleros allí en el sofá, vuelve a ingresar...

A: Problemes de coordinació importants..no?

Cristina: No,no, continuamente, continuamente. Y esto es coordinación, porque los hospitales también son servicios sociales... Y una persona que no tiene recursos familiares o de vivienda y necesita para seguir el tratamiento que eso se contemple, tienen que coordinar los servicios. No tendremos la solución, pero no se puede enviar para casa como... Y esto se está dando. Y ya no digamos con las altas voluntarios.

3. IMMIGRANTS

A: Bé..., avancem una mica més, i bé, anem molt tard. Jo si alguna persona s'ha de marxar pel motiu que sigui ho comprendré perfectament, cap problema. Passem a xerrar una miqueta de la problemàtica dels immigrants. Ja tenim present una mica el que ens va explicar abans el Antonio, però si vols comentar alguna cosa més tu mateix. I si no podem passar a comentar una mica amb el guió d'abans. Si aquest col·lectiu te problemes específics d'accés al sistema sanitari i de quin tipus són, i com es poden abordar. Una mica aquesta dinàmica.

Antonio: Era un poco lo que comentaba antes, no sólo tiene que ver con un sujeto específico, sino son todos. Son temas de regularidad administrativa, de unos hábitos y una cultura sanitaria de las poblaciones....

Antonio: Por ejemplo, los protocolos de actuación, tienes que hacerte una revisión general, hacer unas pruebas, volver con la muestra de caca, de orina, de no se qué... Entonces, hay un jefe, que dice es que yo le pedí solo para que hiciese la vueltita, y la vueltita le salió en n horas. Y a lo último le está amenazando porque se han encontrado casos de irregulares que son amenazados con que dejen el puesto de trabajo. Es que yo no voy a dejar muy puesto de trabajo por mi propio bien, y no

regresa. O sea hay un tema de reestrcción que impide que accedan normalmente. O el inmigrante que le está diciendo al médico a todo que si, y resulta que sale y lo ves por el pasillo rompiendo la receta. O sea que te garantiza a ti que en eso que cierre la puerta, lo va a hacer todo maravilloso. O sea hay un tema muy complicado de educación, no de domesticación sino de educación. Yo creo que esto pasa más que por lo sanitario por lo social. Y yo creo que ahí es donde tenemos que empezar a implementar una serie de mecanismos de salud comunitaria. Y que sean efectivos. Y de otro lado un sistema sanitario, que ya lo han comentado con los otros colectivos... Que si con la gent gran hay un problema por el tiempo, pues con los inmigrantes que además tiene un marco conceptual diferente para hacer una prescripción médica, para explicarle unas determinadas de cosas, necesitas de un tiempo mucho mayor, así hable en castellano. Porque el problema no es que hable muchos idiomas diferentes. El tema es que eso pasa por lo cultural, por unos hábitos.

Cristina: Però un moment y ahora me meto. O sea el tema, el tema de l'idioma, es tan borde... Y la administración tendría que poner tantas cartas en el asunto que no está haciendo... Desde administrativos que sepan hablar Francés e inglés, por ejemplo. Porque esto lo he visto yo: *Do you speak English?* Y la administrativa: no. Se te cae la cara de vergüenza, bueno entonces como vas a recibir, en un sitio dónde casi el 50% son inmigrantes. Y no sabes decir nada en inglés. Haber que el ICS tiene que tomar partido en esto, ¿no? Y decir, bueno pues en este sitio la gente tiene que saber decir cuatro palabras, en inglés, porque sino no estes de cara al público. Porque se hará la cola, has de ir a buscar a otra persona, bueno... Esto yo creo que es responsabilidad de la Administración directamente.

A: Y luego hay recursos que ahí no funcionan. Yo voy al Servei Català de la salut, y dicen que hay un servicio de, traducción para los profesionales, que llaman y.... Y me explicó un compañero tuyo como funcionaba. Pero después, hablo con los inmigrantes y te dicen que nunca me habían dicho que existiera, nunca lo han utilizado en mi presencia, cuando voy, me dicen ven con alguien que hable en castellano, y me mandan para casa. Y entonces, aunque los servicios parecen que está, luego...

Cristina: La realidad es muy diferente.

Josep: ... Yo una vez lo utilicé y estuve dos hora para una entrevista, dos horas... En la consulta es imposible.

Cristina: No es nada práctico. Y vamos a lo práctico, está clarísimo. O sea que cuando tienes cuarenta personas en un mañana es que seleccionas, vas a lo que funcionas pero seguro. Maiteas a lo que te funciona y lo que te funciona a veces es salir a la sala de espera, mirar a ver y decir: Usted, pues venga... Y te traduce una persona lo que te está pasando cuando no te conocen de nada.

- O llevan a los hijos...

Antonio: Bueno, pero eso ya es patético, cuando va la mujer de un Pakistán que lleva días que solamente habla urdú y lleva a su hijo de once años que habla perfectamente urdú, catalán y castellano, a que le haga una traducción literal de lo que el médico le está explicando. Y el médico ni se entera que le está diciendo el chaval. O sea como si es un tema ginecológico, y esas cosas se permiten. Y además me parece a mí que el médico o la médica en medio de su desespero, pues lo acepta, pero no debería así. Claro terminas explicándoselo , pero es lo que no deberías hacer, porque imagínate que..

Cristina: Pero imagínate...

Antonio: No, no si te entiendo des de la perspectiva humana y profesional, como médica, te entiendo perfectament.

Cristina: Quien sea que le diga, me da igual , quien sea, el del pasillo, el niño... qué es esto? ¿Desde cuando? Alguien...

Antonio: Y lo que comentabais ahora del tema de que se trata mejor en los CAPs que en urgencias, de todas formas paradójicamente en Barcelona, las poblaciones

inmigrantes acuden antes a urgencias que a los CAPs, o sea paradójicamente. Porqué? Porque hay una serie de...

Cristina: No, no, no.... Jo et deia...

Antonio: Es que voy hablar de eso otra vez, también Ciutat Vella deja de ser la panacea de la inmigración en Barcelona, o sea hace ocho años era otra cosa Ciutat Vella. Y te lo digo porque yo he trabajado siete años en Ciutat Vella en el CAP de Drassanes, que es un centro super neurálgico. La población inmigrante en Barcelona empieza a cambiar por la movilidad, y ahora tenemos unos inconvenientes, en la periferia de la ciudad, tremendos. Donde nos empiezan a llamar, porque resulta que ecuatorianos, que han aprendido a utilizar el sistema a accede al sistema sanitario. Pero que pasa que se han ido al otro extremo. Antes intetábamos que accedieran, y ahora es que acceden el triple. Vengo a que me haga un tal un tal... Es un tema de educación, es un tema de educación donde hay que estar haciendo permanentemente contención porque... Ciutat Vella, a la vuelta de cinco años va a ser un municipio, un distrito, totalmente diferente. Porque el paisaje humano está cambiando, si es que están echando a los inmigrantes. Si es que ya se encuentran casos de acinamientos, pero no como hace cuatro o cinco años. Los inmigrantes empiezan a irse a la periferia de la ciudad. Porqué? Porque la habitación es mucha más barata... En Ciutat Vella conseguir un piso es supremamente... Los inmigrantes se están yendo, pero también los están echando, porque están haciendo un barrido. No, no digo la administración, no la sanidad.

Josep: Hombre los viejecitos...

Antonio: Y entonces es un tema de sectorización, porque tu encuentras que CAPs en determinadas épocas, y dependiendo del tipo de población que tengan en su área geográfica, pues tienen unos niveles más altos que otros, como decir Drassanes, durante la época de verano. Ahí la gente empieza a hacer la vacunación y estos se vuelve insoportable. Y la gente de Drassanes que además históricamente ya sabe como tratar, como llevar el caso. Porque hay gente que lleva diez años... Pues es un nivel de estrés, que claro es la parte humana la que revienta. Y llega el inmigrante, y nada más llegar que nunca ha ido y se encuentra con un nivel de estrés tremendo. Y entonces claro la tendencia es a generalizar. Claro como éste es así, entonces todo el sistema sanitario es así. Por tanto, todo el sistema sanitario es así y no voy a irme ni a este ni al otro. Pero es un tema de crear el estereotipo a partir de una circunstancia específica. No porque realmente sea lo que pase. Entonces yo creo que también tendríamos que mirar el tema a nivel sectorial en Barcelona, que empieza a cambiar muchísimo. Y te lo encuentras he Horta- Guinardó que empieza a cambiar cantidad en población. En Sants- Montjuïc que hace cuatro años no había población inmigrante. Es increíble, como ha crecido en cuatros años. Ahora encuentras dominicanos, ecuatorianos... bueno por cantidades. También esa movilidad empieza...

Rosa: Claro, hay zonas de la ciudad donde se va quedadon vivienda vacía, donde está en peores condiciones... Y a unos precios elevadísimos, y quien la puede coger. Pues un inmigrante que va a pagar lo que le pidan y a lo mejor el que lo alquila... Porque hay muchos elementos que... Eso en Ciutat Vella... Son barrios céntricos dónde había un porcentaje de gente mayor muy elevado... Eso a la larga es vivienda que se va quedando vacía. Es un tema que ya se preveía.

Joana: Una pregunta els xinesos, van a

Antonio: No, en Badalona y Santa Coloma.

Joana: Es que per aquí a l'eixample es veuen molts, i l'altre dia ho estava pensant... Es clar com ells tenen un altre tipus de medicina, s'adapten al sistema?

Antonio: Aquí hay temas... Por ejemplo a nivel de enfermedades endémicas, hay unos problemas gravísimos con ciertas poblaciones. Por ejemplo con los xinos es un tema clarísimo. Porque ellos como comunidad son un guetto. Son super cerrados.

Rosa: También decían que no se moría ninguna... Allí en el Pati Llimona, tienen la ... que es una asociación.

Antonio: Lo que pasa es que ahora han empezado a abrirse pero por necesidad económica. Aquí lo que pasa, en Inglaterra desarrollaron un modelo multicultural con la inmigración que le función muy bien, hasta que encuentras allí al gendarme vestido con el uniforme de policía en Londres, y con el gorro pakistaní. Y resulta que los pakistanies están abierto... O sea es un modelo que ha fracasado, realmente, porque no ha sido un proyecto multicultural que se haya incorporado realmente desde el punto de vista de la inmigración ante la integración a la sociedad.

Rosa: El tema que antes comentabas de las culturas, yo creo que esto es un tema...

Antonio: El marco relacional.

Rosa: Porque yo ahora estoy empezando, me voy a otro departamento del ayuntamiento. Y estoy un tiempo allí en el Raval. Y las educadoras dicen: Este niño tiene los ojos mal, que lo lleves al médico. Apuntale... Pero estoy convencida que no va al médico, que va a la farmacia... Y con la alimentación igual, sobretudo con las poblaciones que estamos... Y esto sí que son temas preventivos.

Josep: Porque a tot lo de pediatria no hi ha seguiment...

Antonio: Mira tu ves a la mujer y la primera vacuna, con la preinscripción que le hizo al niño... Se va al locutorio y llama a su mamá al otro lado del mundo, a Senegal, a preguntarle que era lo que le daba cuando ella era pequeña para quitarle ese mal que tenía. Y luego la ves por las herboleras de Barcelona consiguiendo la hierbita con otro nombre. Y nunca la consigue. El tema que jode de fondo, es si visitas al médico, pues porque no sigues el circuito y cierras el círculo. Porqué haces otra cosa, lógico, eso también tiene una explicación obvia, no a nivel... El tema es como intentamos generar un cambio de chip... Sin domesticar, sino educando a la gente para que asuma un marco diferente, que eso también tiene un tiempo y tal, y que pasas por el tema de educación. Por eso lo digo, porque es imposible que se el pida al médico que haga prevención con un usuario de otra cultura. Cuando es imposible en cinco minutos, casi imposible intentar diagnosticarle.

Cristina: Si entendiésemos su sanidad, y cómo esa persona ha estado utilizando el sistema, sería más fácil... Ellos también nos harán cambiar a

Antonio: Claro pero que también hagan cambiar los currículums a nivel universitario porque si es un marco social en el que la inmigración tan diversa tienen un interés muy elevado pues supuestamente, yo creo que en el futuro en los ámbitos académicos habrá asignaturas que tendrán que ver con este tema.

Cristina: Y cambiaremos nuestra manera de curar también.

Antonio: Y de comprender también ciertas reacciones ¿no? O de comprender cosas del ecuatoriano que llega y llegó con una gripe y 38 grados de temperatura y el médico le recetó: Maiteete a descansar tres días a casa y tal y tómate esto que es un antiestamínico para que se te pase un poco el malestar y te echas a dormir. Y le dice el hombre que no que lo que él tenía un dengue, y no hubo forma de convencerle de que no era un dengue, y era un dengue y era un dengue y era un dengue y que le tenía que recetar un matrimonio. Y vete tu a sabe que es lo que pensaba el médico que era un matrimonio. Pues un matrimonio eran dos pastillas que se tomaba el hombre allá porque toda su familia, porque toda la sociedad las toma, porque van a la farmacia y las compran y son un antibiótico, un analgésico... Nunca entendió. O el otro de Cochabamba que llegó porque tenía una tuberculosis, además... Salió del hospital y le dijeron que tenía que ir dentro de quince días a hacerse la radiografía. Y no fue a la radiografía, después lo estuvimos buscando y que sí, que él iba a llevar, y cuando vino, nos llegó con una foto. Un tío de Cochabamba, de Bolivia, y tu dices es que en su país no se usaban estas cosas, pues sí...

Cristina: Bueno pero esto en.... lo encontraríamos igual.

Joana: Y en Pakistán, tengo dos pakistanes e igual, de Blangadesh...

Cristina: Pero mira de Pakistán le pasó a la que tenía que venir hoy en mi lugar. Me parece que tenía tres o cuatro visitas, de pakistaní que le decía: Ojos lloran. Y le trató con dos o tres colirios, no le iba el antibiótico, le cambió... y ojos lloran y era que estaba triste. Pero se enteró a la tercera o cuarta visita.

- Ojos lloran es...

Cristina: Pero ahora cuando dicen ojos lloran, ja ho saps. Ya primero te lo miras dos veces a ver que cara pone. Però bueno, això és que és inevitable no? El contacto y...

Rosa: Hay un perfil de población que si que necesitamos conocer mutuamente lo que son todos los hábitos y las costumbres y los sistemas como están funcionando. Y hay otros que es que ya están fuera en el sistema de su país. Si están fuera del sistema sanitario de allí no pretendamos que aquí entren.

Antonio: ¿Sabes que pasa? Es que en nuestros países, ten en cuenta que la mayor parte son países empobrecidos. Es que no hay atención primaria. El concepto de atención primaria no existe. Nosotros llegamos aquí y hay un médico de cabecera, y lo primero que pensamos es cuánto nos irá a cobrar. Claro porque es que no hay este concepto. Entonces construir ese concepto cuesta. Yo por eso soy partidario de que a nivel de propuestas es que hay que llegar a los inmigrantes a fuera, a través de las asociaciones. De los centros neurálgicos donde se reúnen para generar todo un proceso educativo de lo que es el sistema sanitario. Porque es que sino se genera ese primer proceso educativo que un proceso sanitario como el nuestro, que además es gratuito que tiene unas ventajas y al cual hay que acceder de forma correcta. Y no estar accediendo como en el caso que comentaba en Hospitalet. Todo el año: necesito que me envíe la radiografía otra vez, que me des... Es decir acceder adecuadamente. Esto requiere un proceso de educación.

A: Ya referente al acceso, algunas de las cosas que me han ido comentando, la más grave para todo el mundo es el idioma. Yo como os dije deje fuera al colectivo de hispano hablantes... En los colectivos de África y Asia está el primer problemas es el idioma. Porque decían que no se encontraban ninguna profesional que les entendiera. Y eso, salían desatendidos y les decía vuelva con otra persona y tal... Otro problema era de tipo cultural. Un CAP de Badalona que las mujeres árabes que quieren que su ginecóloga sea mujer, no aceptan tener a un ginecólogo. Bueno, pues CAPs que no se puede elegir... Entonces me decía, ¿qué hace? Pues no va. Va a la privada si se lo puede pagar o cuando está embarazada de 7 meses. Pero deja de ir, entonces esto es una barrera cultural. Probablemente el sistema tiene que ser más sensible hacia ese colectivo... Y en ese sentido, también me dicen que cuando los ingresan en los centros, hay menús para vegetarianos, hay menús para dieta bajo en calorías, pero no para musulmanes. Entonces se llevan la comida de casa. Pero el sistema sanitario no quieren que entren comida de fuera, porque no se puede. Entonces, dicen que salen del hospital con hambre. Vuelve a ser un problema cultural que vuelve a afectar esa interacción entre colectivos, etc... Y después referido con el acceso está el tema de la información, me decía un intermediador cultural con muchísima lógica: Primero, las diferentes administraciones, la diputación y el ayuntamiento, hacen pruebas pilotos que estan desarrollados, pero... Hay cosas que no hace nadie y otras que hacen los tres. Y después me decían porque cuando la persona inmigrante llega, porque no se le da entonces todos los folletos básicos sobres sus derechos a nivel social, qué servicios puede utilizar, a nivel sanitario qué servicios puede utilizar, sea traducido cuando se van a empadronar. Se van a empadronar y no dan nada... Luego tienen que ir buscando de las diferentes administraciones que a lo mejor no saben que existe, dónde están etc... Entonces ahí es un problema que dificulta el acceso. Y luego ligado con eso estaría el tema de la situación legal. Hay personas que en el momento que se les pide el pasaporte ya se asustan y se preocupan ¿no? O personas que utilizan la tarjeta de un compañero, con lo cual luego le sale unas cifras al Servei Català de la Salut, usuario reincidente, usuario frecuente que no se corresponde con la realidad. Y sino también el tema del Padrón, uno de los trámites que piden es empadronarse. En este caso es el único. Pero lo de empadronarse a veces es sencillo y a veces no tanto. Hasta el punto que están alquilando domicilio y cobrando esos domicilios para permitir que alguien se empadrone... ¿cómo veis todo esto...?

Cristina: Pero no paguen no? Vull dir hi ha domicilis puntuals per empadronar a la gent.

Josep: Si de vegades és el centre...

Cristina: Però no paguen, no?

Antonio: Hay gente que vive, se empadronó en un sitio y vive en otro sitio de la ciudad. Entonces llegó una situación en la que el ayuntamiento, hace tres años, porque tenían empadronada....

Joana: El tema... la targeta, lo cual lo administración... el médico necesita claridad. Si hay alguien de 24 años a 44...

Josep: El que deies tu, que a vegades l'accés també es limita per la precarietat en que estan, i perque tenen feines com els que deies tu... que pueda venir, que tenen dos nens petits que no es poden deixar, o deixen els nens sols o coses d'aquestes. Potser allà al Perú si que es queden sols...

Rosa: Nosotros tenemos un caso, claro hay mucha mujer no documentada, latinoamericanos, que claro han dejado allí a los niños que al final los trae y llegan a veces en unas condiciones de malos tratos. Entonces claro, ellas están en el servicio doméstico, pero nosotros tenemos un servicio.... infantil, que trabaja con la familia. Y la madre tiene que ir, y si no le dan permiso en el trabajo, porque es trabajo doméstico. Tiene que acompañar un profesional a los niños. Además el centro tiene que cambiar el sistema de trabajo, porque se valora más que... O sea la precariedad laboral también les impide el poder acudir al sistema sanitario, no sólo a ellas sino también el resto de la familia que depende de ellos.

Antonio: Hay gente que trabaja de 8 de la mañana a las tantas de la tarde, a veces les resulta imposible. Nos lo encontrábamos en muchos casos de tuberculosis, que para ir a una consulta es un problema porque, claro en Drassanes te atienden hasta las siete y media máximo hasta las ocho. A veces es imposible que una persona vaya a consulta, y estamos hablando de tuberculosis. O vive aquí y trabaja fuera. Entonces mientras va, vuelve...

Joana: Y entonces a lo mejor hay casos que van a urgencia de manera repetida... que es lo que se está haciendo. Entonces, de buenas a primera, cuando tu siempre lo ves en urgencias, y le preguntas pero a ver pero porqué... Por tal razón, entonces ya no preguntas, o no pegar bronca porque el señor trabaja de tal hora hasta tal hora y ya está. Y va con lo que le ocurra.

A: Después sobre el tratamiento un par de personas que me decían. Me decía un árabe, yo cuando voy al médico a mi me grita y a los demás les explica las cosas en una voz normal. Se deben pensar que no entiendo y a mi me gritan... Y a mi no me gustan que me griten. Otra cosa que me decía, cuando exiges entonces para ti tienen una respuesta que no tienen para el resto. Para pedir tanto, para exigir esto a mi me dicen vete a tu país. Al resto les dan explicaciones de porqué.

Joana: Precisamente las personas que tu estas hablando te exigen un tipo de explicaciones que no te las pide ningún otro. Por lo menos a mi, a nivel de residente, no se a nivel de adjunto, pero a nivel de residente es mucho más violento personas de religión árabe, en una serie de cosas, de religión musulmana, perdona y de cultura árabe, en muchas cuestiones, que otras personas de otro país. Y pueden ser de África y no entender nada, y no hay problema. Pero con esta cultura y con esta religión, pum. Depende lo que digas te entran... Y puede haber un problema cultural inicial, que tu no puedes saber explicar una cosa, pero hay muchas otras veces que no aceptan entrar por un sistema que todo el mundo estamos entrando. Entonces es un problema de educación que nosotros tenemos hacer poco a poco... No, y probablemente hay una cosa que es clarísima, la transferencia o la contratransferencia del mismo paciente. Pero a nivel, yo también lo he visto con adjuntos sobretodo con urgencias, chocas mucho con esta cultura.

Rosa: Es que en servicios sociales, la situación es la adversa. La población autóctona marginal es la que más se resiste...

Josep: Si, si això també

Cristina: I tant i que diuen que passen que todos los moros delante nuestro, ¿no? I dices: Escuche que está en la lista eh?

Carles: Jo crec que és molt usualt entre els col·lectius de problemàtica... de tipus racista o problema de...

A: *I no penseu que el tema de la targeta sanitària continua sent una barrera per l'immigrant?*

Cristina: Yo sí, si utilizan una para tantos es que hay barrera.

A: *Que utilizen una para tantos, que paguen por utilizar un domicilio para empadronarse... hasta 250 o 300 euros...?*

Cristina: Yo esto no lo sabía, ¿eh?

A: *Si además hace unos días hablando con una intermediadora, parece que pagaban 250 euros por utilizar una dirección en la que luego no viven.*

Rosa: Y eso es falta de información,

Cristina: claro si la están dando gratis

A: *Y luego que utilizen 20 la targeta de uno, quiere decir... claro, que la facilidad para la targeta no es tanta tanta... hay barreras...*

Joana: Y en algún ambulatorio por no estar empadronados se les niega la targeta sanitaria.

Cristina: Si, hombre claro, en Drassanes.

Joana: Pero te inventas el Drassanes 127 o no te lo inventas.

Cristina: No, cuando llegan arriba de la... o sea lo de Drassanes 17 es abajo con inspección. Pero si una persona sube arriba donde están los médicos y se va al mostrador a la administrativa y dice quiero visita de... Enseñame la targeta, no la tengo, pues traéme un papel de empadronamiento, si no me traes un papel no te puedo dar visita con ningún médico.

A: *¿Sin targeta no hay visita?*

Cristina: Hay visita en urgencias... pero no...

Joana: Pero no se puede crear...

Cristina: Entonces te dicen baja a bajo, donde está inspección y pregunta. Entonces allí, es donde ya tramitan la targeta y si no tienes domicilio, ponen Drassanes 17. Pero es después de este paso.

A: *¿Y en otros CAPs lo hace así, por ejemplo en el vuestro? Por ejemplo en el que está junto al Arco de Triunfo*

Cristina: Casc Antic.

A: *La gente que no tiene padrón, no le hacen ningún trámite a Drassanes.*

Josep: En hospitales, ya no pueden visitarse, porque no pueden visitarse.

A: *Todo el área, por ejemplo de la calle Numancia... Sólo hay uno que hacen los trámites a ese colectivo, però los demás si no estás empadronado... A Numancia, aquí no hacemos nada. O sea, ni paciente, ni targeta... ni nada.... En otros casos ...*

Joana: Això dependrà de qui hagi i això passa a tot arreu.

A: *No, pero en este caso, el trato es sistemático, el que está allí tiene esa orden, el que no está empadronado, a Numancia.*

Cristina: ... Es lo que pasa que luego todos irán al Gótico.

A: *Ese irá a Numancia y luego en Numancia le dirán que vaya a empadronarse a tal sitio. Pero en el CAP ya le podrían haber dicho, primero ves a empadronarte y luego...*

Y después me decían en un CAP, si tienen una urgencia que es muy grave, le atendemos, pero sino les mandamos al hospital, porque el hospital puede facturar, y nosotros no. Nosotros no atendemos a nadie sin targeta. Si no tiene targeta hay que facturarle, pero como no le podemos facturar le mando al hospital. Entonces, si que tenemos problemas creo yo.

Antonio: El problema no es de la targeta, el problema es del trámite.

Cristina: Hombre claro.

Joana: Cuanta más burocracia hay ...

Antonio: Con la reglamentación, con la reforma del PP, que no se como quedó la reglamentación al respecto. Que los datos del padrón, podía ser de uso no privativo del ejecutivo. De la policia... Que esto es lo que acaba dificultando...

Cristina: No y que ha habido, el tema del padrón... El tema de empadronar era imposible, era un tema muy cerrado, muy cerrado. Era una cosa... Ha ido caminado. Con la Ley de Extranjería, ha sido un poco en función de los gobiernos del momento. Hay un tema de... personas empadronadas en la ciudad. Y yo creo que esto también ha movilizado. Porque Barcelona tenía una población mayor de lo que estaba recibiendo. Entonces ha habido contradicciones, continuamente, con el tema del padrón. Te llegaba información de que no había ningún problema. Ha sido un tema que ha ido y ha venido mucho. Entonces yo entiendo que si nosotros hemos tenido problema con la información, que haya centros de salud que no conozca. Y aquí lo que se debe estar dando es lo que pasa con el tema del alojamiento, o sea los primeros de alguna forma en aprovecharse de la situación de los más desamparados, son los colectivos...

Josep: Si, si, si

Joana: Desde... para sacarte los papeles.

A: ¿Entonces no podría solucionar un poco el problema, hacer como en Andalucía...?

Antonio: En Andalucía, por decreto del a Junta, decidió que cualquier persona llegara o no con documentos tenía derecho a tener su targeta sanitaria. Tenga pasaporte o no, como si llegó en patera...

A: ¿Dar targeta sistemática a todo el mundo?

Antonio: No es que se salte la Ley del Estado, sino es que frente a este tema creo que hay...

Joana: Es una cosa que el Estado no quiere hacer.

Antonio: Autonomía en esto. Qué autonomía puede decir...

A: A mi en sanitat me decían, que lo de Andalucía era ilegal, que se estaban saltando la norma....

Rosa: La sanidad es universal. En principio

A: ¿Pero para unos el acceso es más fácil que para otros, no crees?

Rosa: Eso está claro, la sanidad en principio si.

A: Si pero en principio se habla de personas que estén legalmente residiendo en nuestro país. Se abandona la idea de nacionalidad, se coge la de residencia... Hablé con los de Sanitat, y me decía que ardan en tramitar la targeta con una variabilidad que puede ir de 15 días a un año. Dependiendo del CAP que la tramite y de una serie de cosas...

Cristina: Es un tema como más burocrático...

A: Claro pero estos temas plantean barreras claras. Sobre el padrón me decían que esos que cobraban el uso de una dirección, al cabo de unos ocho meses van y dan la baja y vuelven a registrar a otro..

Josep: Jo crec que és un retorn.

Rosa: Cuando hay mucha información, el Distrito dice bueno a ver que pasa, entonces miran a ver por el padrón edificios que estén... Esto es una pensión, esto no, esto tal... Y lo que no pueden hacer es inspecciones, y entonces esto la población también lo sabe.

A: *Y ahora me decían que había habido un pequeño cambio, y que lo que ocurría es que cuando ibas a dar baja a una persona, le decían: para darle de baja tiene que venir con otra dirección, mientras yo no tenga una alta de esta persona... la tengo contigo.*

Josep: Es que si tu traslades d'un domicili, has de portar la baixa del domicili anterior... Això és el sistema legal.

A: *No, en este caso lo que quería era darle de baja y en administración le dicen dime dónde le doy de alta... Si no hay ningún lado no te lo doy de baja aquí. (...) Bueno pues en això del immigrants queda molt per fer com deieu abans, segur que tenemos que aprender todos de todos. ¿No creis que debemos aprender aprender cosas de ellos, de su cultura y cosas que a lo mejor a nivel cultural no cuestan nada, por ejemplo el tema de ginecología...?*

Joana: Pero tampoco acabo de entender el problema. Yo entiendo la barrera cultural pero en muchos de estos países no hay mujeres ginecólogas. Sino que hay médicos que exploran, y que exploran bajo una serie de condiciones... El marido puede quedarse perfectamente al lado, porque lo he visto.

Josep: Tampoc podem passar per tot. Si et venen a demanar un certificar de virginitat. Tampoc ho pots fer.

A: *No home, això ho entenc perfectament...però...*

Cristina: Ser més flexible... També es poden ells adaptar una mica

Joana: ... A nivell burocràtic, han de ser iguals, en la llengua ni res. Que por otro lado nivel A de castellano si no vols fer-li en català, si no vols fer-li a qui porti un any aquí... O sigui que a nivell de la Generalitat, a nivell de qui vulguis es donés opció a parlar a castellà a tothom. Perque no es això, de la mujer que sólo te habla urdú y que te viene con el niño de 7 años porque a la mujer la tienen encerrada durante cinco años y no habla nada. Y lo mejor que te va a decir es pan y agua, y aun gracias si te lo dice. Esto no es aceptable.

Antonio: Yo creo que...

A: *Pero esto es sorprendente, Joan, yo estuve el otro día en una asociación de pakistaníes, en una de Blangadesh y una de India. El señor que regenta la Asociación de la India, lleva más de cuatro años aquí. No entiende castellano, no sabe, no habla. No entiende.*

Joana: ¿Eso es aceptable?

A: *No para mi no, no entiende Castellano, ni catalán. Ni habla castellano, ni catalán. Entonces vino un chico que entendía y hablábamos castellano e inglés, iba traduciendo al señor que lleva aquí sobre cuatro años y medio.*

Joana: Pues como te digo, que esto no es aceptable, debería exigir...

Cristina: No se'ls fa cap favor anant... a una gent que són tan intolerants...

Joana: Yo veo que una parte de generaciones... la lengua.

Antonio: Yo creo que se puede negociar, lo que no se puede es a toda hora argumentar. Lo digo desde un lado y desde el otro, no? Es que hay que vivir un marco de tolerancia permanente, no, esa tolerancia cuando llega. Porque es que el paternalismo puede ser inclusive mucho más dañino que la discriminación. Entonces yo creo que hay que ... Si que se pueden negociar cosas. Es diferente cuando llega la mujer y le dice que el marido te pide un certificado de virginidad. Eso te está poniendo en tela una cantidad de principios que tu como occidental tienes y que además son válidas dentro de tu cultura. A que te llegue...

Joana: Ves eso me sorprende mucho menos, un certificado de virginidad, que el señor de la etnia, el jefe de pakistaní, no sepa hablar castellano, eso me rebela por dentro.

A: *No sólo no habla, ¿no entiende!*

Joana: Eso a mí visceralmente, es totalmente irracional, pero me remueve dentro. O sea que no entiende ni catalán ni castellano, ninguna de las dos.

Antonio: Cuando una cultura que llega a una sociedad receptora se convierte en guetto, aquí el tema de que se convierta en guetto, no es responsabilidad exclusiva de la comunidad receptora. La comunidad que llega también tiene una serie de responsabilidades encima. Y yo como inmigrante además se lo digo. O sea para mí, el llegar, Europa en este momento, el caso del tema inmigratorio en Europa. Europa es una oportunidad para las poblaciones inmigrantes y al mismo tiempo para Europa es una oportunidad las poblaciones que llegan. Entonces hay que negociar ciertas cosas, pero de una forma equilibrada, porque estar tendiendo todo el brazo y... Porque es que es lo que pasa, y esto no es, porque es que las comunidades inmigrantes tampoco somos tontas ni ingenuas. Y cuando podemos aprovecharnos nos aprovechamos porque somos la especie humana. Y cualquiera de la especie humana se aprovecha si se quiere aprovechar. Las cosas como son, intentar negociar si hasta cierto punto, como en el caso del tema de la virginidad. Que he visto otro caso diferente. Que un médico por falta de habilidad y por falta de herramientas, no podía llegar con un caso de tuberculosis de un musulmán, entró el ramadán, negociar el hecho que se tomara las pastillas. Y es que se lo imponía, y es un caso tuberculoso y resistente.

Joana: Pero en este caso si el Imán se lo hubiera autorizado...

Antonio: Pero que pasa, el Imán a veces contribuyen pero como diciendo... qué pasa ahí. Además es un tema de mediación, y lo comento porque llegó. Y claro, el uno no lo quería hacer, es el Ramadán y yo no me tomo las pastillas, me importa lo que pase, y ni me importa lo que pase con la sociedad... Si estoy transmitiendo el pasillo... que esto es ya lo peor de todo. Y el médico, pues tampoco, parado en la ralla. Al final, fue finalmente tan sencillo, pero gastamos una cantidad de tiempo innecesaria en negociar el tema. Pues el hombre se terminó levantando a las cuatro y media de la mañana, comía antes se tomaba las pastillas y hacía el ramadán todo el día. Y fuera, eso fue todo. Pero claro, en medio de la aspereza que estaban viviendo los dos, no había modo para poder negociar. Pero eso son cosas que pueden negociar. Hay otras que yo creo que es que... es que ya nos pasamos de paternalistas. Yo creo que hay que ser justos, porque yo creo que nos ha hecho mucho daño el marco de tolerancia, yo creo que más que tolerar es comprender. Porque la tolerancia lo último que crea es una bomba. Te tolero porque me toca tolerarte pero por dentro estoy...

Cristina: Sí, señor, porque estires tant que finalment es trenca la corda.

Antonio: La tolerancia es un concepto muy peligroso.

Rosa: Pero para eso se necesita información.

Antonio: Claro y educación, porque es que lo única que nos puede proporcionar a las poblaciones inmigrantes, la comprensión de un montón de cosas y de una cultura a la cual estamos llegando, receptora, es precisamente la educación. Comprender como funcionan las cosas y porqué. Y porqué el sistema sanitario catalán por ejemplo no puede hacer como el sistema sanitario nuestro, como a mí me da la gana. Es que es un sistema que tiene sus cosas negativas y sus cosas positivas. Que se tiene que tratar de mejorar pero de una forma equilibrada. Y no, yo vengo aquí, y yo soy el primero que me atienden, o es que porque me griten como el caso que tu decías. No es que le grite. Lo que pasa que ese es otro tema.

Antonio: Empezar a subir el tono de voz, empezar a gesticular más de lo necesario. Es una reacción natural, no es premeditada.

Joan: Exacto, es producto de un esfuerzo de comunicación

Antonio: Pero lo leen com

A: ¿Y no creéis que estos problemas se podrían solucionar con un plan de integración, de acogida, integral... Hay muchas barreras culturales, informáticas.
- se les ha ignorado

A: Y luego al final, como decía Antonio, en la medida en que se les toleren ciertas cosas que a los autóctonos no se les tolera, la población autóctona se rebela, se queja.

Bueno yo os agradezco mucho que hayáis venido. No ha sido fácil reuniros pero finalmente ha sido posible y os estoy muy agradecido... Buenas tardes-noches a todos.

2. GRUP FOCAL DEL COL·LECTIU D'IMMIGRANTS SENSE PAPERS D'ÀSIA I ÀFRICA.

Data: 04 de de febrer de 2005		Lloc: Local de la FAVB (Obradors, 6-8)	
Hora inici: 17:00	Hora final: 19:30		Duració: 2:30 h

Nom fictici	Edat	Lloc d'origen	Temps estada
<i>Abdul</i>	36	Pakistan	3 anys
<i>Mushahid</i>	36	Pakistan	1 any
<i>Dostan</i>	27	Pakistan	6 mesos
<i>Girija</i>	29	Nepal	3 anys
<i>Madhav</i>	29	Nepal	5 anys
<i>Mujibur</i>	34	Bangladesh	Menys d'1 any
<i>Akali</i>	42	India	Més de 3 anys
<i>Elkadi</i>	45	Pakistan	1 anys
<i>Shamshad</i>	31	Pakistan	Menys d'1 any

A : Andrés Cernadas, coordinador del grup y responsable de l'estudi.

A: Hola, buenas tardes. Bueno, como ya sabeis que tema vamos a tratar y ya hemos comentado como va a discurrir esta charla, podemos empezar. ¿Todos tenéis tarjeta sanitaria?

Ibrar: Sí

A: Antes de tener tarjeta sanitaria, cuando teníais algún problema de salud ¿cómo que hacíais para ir al médico, cómo os organizabais?

Ibrar: Este señor dice que fuimos a farmacias hablamos problemas, que sin tarjeta sanitaria no podemos tener médico cuando uno tiene gripe, o problemas, y compramos allá, en farmacia, directamente. Pagar mucho en tienda Nepali; También tengo uno privado, médico, yo pagar cada vez. Otra cosa, yo tengo tarjeta temporal, de aquí de Barcelona, entonces yo trabajando en Lloret Mar. Yo tengo unos problemas y va para Lloret de Mar, cuando voy al médico dice esta tarjeta no vale aquí, porque sólo en Badalona. No vale en otros ...de España. Esta tarjeta no vale. Cuando tu tienes tarjeta sanitaria permanente si esta vale por toda España. Pero ahora no la que tu tienes. Provisional esta no vale. Entonces tu pagar 50 euros al médico o para las medicinas.

Ibrar: Médico fuera de cobertura.

Girija: Nosotros esperamos para tarjeta sanitaria mínimo un año.

A: Yo creo que la tarjeta definitiva, la permanente, no depende de la condición de inmigrante. ¿Pero en general, habéis estado mucho tiempo sin tarjeta sanitaria?

Sher: No yo solo dos meses, pero yo tengo una tarjeta en Badalona, pero trabajando en Lloret de mar. Yo más 8 meses en Lloret de Mar, no tengo nada. Yo paga cada vez voy al médico paga.

Ibrar: Están hablando de tema de Ciutat Vella, que cuando tienen una persona urgencia, tiene un problema grava, o médico dice un mes, dos meses, visita de dos meses, eso ve mal.

A: ¿Pero ...cita de dos meses..., será para un especialista, no, para el médico de medicina general suele ser dos o tres días, no?.

Girija: Cinco, seis.

Ibrar: Este ha caído de escalera y su rodilla está mal en este momento también. Hace tres o cuatro meses que cayó en escalera, su rodilla está mal después de tres meses tiene cita en este momento en el ortopédico, y lleva esperando de médico especial. Entonces, para este tema no dicen nada, solamente muchas pruebas, mandó solamente radiografía. Pero el ha dicho que necesita ahora mismo que es urgente, pero las personas del laboratorio no dejaban enseñarse. Y estaba pensando yo creo que también toca de seguridad social que gente no están pagando, y médico solo da citas o medicina.

(...)

Ibrar: Que después de tres meses cuando cayó, tenía cita, pero en este momento durante tres meses estaba comprando medicamentos sin prueba, sin prescripción de médico especial. Entonces estaba diciendo que estaba cobrando sin tarjeta, si necesitaba su medicina para eso.

A: ¿Y alguna persona se ha encontrado en el caso que contaba él que con la tarjeta provisional al cambiar de domicilio no le hayan atendido?

Ibrar: Si él dice que también. Que cuando ha caído en la escalera tenía tarjeta temporal y fue a urgencias de medicinas, al ambulatoria, en Drassanes. Entonces ha subido con problema de pierna que no podía andar y estaba esperando, así una hora y media. Y después dijeron usted aquí no, usted debe ir a urgencias, a otro lado. Mandaron a otro lugar de urgencias. Los inmigrantes como no pueden hablar ni saber nada, entonces es una cosa (...) Este señor tiene alergia hace dos años, está diciendo que para cita previa con médico tres meses, es muy largo. Él tiene su carta de cita que está en casa pero de dos meses y medio.

A: Las visitas al médico de cabecera se hacen muy rápido, pero los especialistas tardan dos o tres meses. Y las pruebas también suelen tardar un poco. Eso es igual para todos, también para mi es igual.

Ibrar: Dice, que cuando no está la persona que hacemos.

A: Eso es esperar, o hacer lo que haces tu ir a la privada y pagar las pruebas. Porque las listas de espera son largas y son para todo el mundo igual.

Girija: Si, tienes médico privado tu pagas cada vez 40 euros, si tu tienes un problema pagas 45 euros.

A: Entonces tu cuando, tienes la tarjeta provisional y te cambias de población te atienden en urgencias pero el médico de cabecera no.

Girija: No vale,

Ibrar: Y los problemas de inmigrantes sobre tema de seguro privado, creo que es más difícil. No están cobrando, están en una economía sumergida, está gravísimo este tema.

A: Si pero yo creo que un seguro privado como tu decías, no hay ningún problema, lo puede hacer cualquier persona. Son empresas multinacionales y no tiene problema en operar con gente de muchas nacionalidades.

Ibrar: Pero los inmigrantes sin papeles que están en economía sumergida. Por ejemplo, él trabaja en publicidad, anda mucho... Y no puede pagar. Es un tema... No están trabajando... Por ejemplo yo hace poco tener un problema de salud muy grave, problema de traumatología. Y acabaron las pruebas casi hace siete meses u ocho meses. Y tenía mucho dolor, mucho problema, no podía cargar peso, no podía levantar, dormir bien... No sabía que estaba pasado. Y de otro lado, solo están pruebas y pruebas. Después de ocho meses tenía una doctora, con toda historia. Allí ha dicho que está gravísimo. Estoy tomando medicamento cada día... Y otro lado, no entra, no hay ninguna subvención por problema crónico. Ahora tengo cita otra vez, estoy tomando tres medicamentos, y me van a cambiar porque no mejora. Otro lado, en familia tengo problema de neurología, cada seis meses tengo que estar en el médico en el Hospital del Mar.

A: Entonces cuando no se tiene tarjeta, ¿las alternativas cuáles son: ir a urgencias, ir directamente a la farmacia a buscar medicamentos, ir al médico privado, utilizar tarjeta de compañero, amigo, familiar...?

Ibrar: Ah, esto también si. Depende qué tipo de problema tiene, si van a esperar o ir a médico. Este chico estaba en templo de... en la India, que utilizaba... su dedo de pie cortado el médico. Él no tenía papel, y utilizaba la tarjeta de su amigo. Pero tenía gangrena y cortado dedo. Su amigo, esto pasó. Gente estaban preparando como una especie de misa, estaba trabajando cayó una cosa a su pie. Y cortaron su dedo de pie. Y cuando fueron al Hospital del Mar, el médico ha dicho que tiene gangren, y que van a cortar su dedo de pie. Y él utilizaba una tarjeta de amigo, no tenía papel.

A: Pero esto, ¿se hace habitualmente?

Ibrar: Gente que vive sin domicilio, gente tiene empadronamiento con domicilio de SAIER, y entonces no tienen domicilio habitual. Pero estaba viviendo hace meses. Él dice que tres meses solicitó tarjeta per no daban, entonces cogió de una amigo y con consejo de una amigo... Pero yo exactamente el mismo día hablé con este chico, y dije por favor esto es muy grave, no debemos hacer que una persona no tiene...

A: A una persona que no tenga domicilio, le dan tarjeta con domicilio del SAIER.

Ibrar: Que solicitaba empadronamiento sin domicilio, pero hospital no dejaba, tenía solicitud pero al final no tenía.

A: Cuando no hay domicilio, se pide igual tarjeta, con domicilio de algún servicio, institución... Son tarjetas provisionales. El problema es que cuando se hace la definitiva sanidad no tiene donde enviarla, porque no hay un domicilio de la persona. En esos casos una cosa que va muy bien, es contratar un apartado de correos.

Ibrar: Me preguntan que cuando una persona está enferma, debe buscar médico, tener una prescripción, ir a farmacia, y nosotros estamos pagando 40%. Pero hay un problema que cuando una persona no tiene dinero, ayudan o no?

A: Generalmente, se paga el 40%. Los únicos que no pagan nada son los pensionistas.

Ibrar: Tuve problema de un día que no tenía dinero para comprar medicamento. Y dije a médico que ese día no puede pagar, este mes no puede. ¿Usted puede ayudarme? Eran seis o siete euros pero no tenía. El mandaba a bajo a una planta que ayuda... Estaban preguntando cual es mi ingreso del mes y estaba diciendo que en estos momentos no tengo nada, que tengo que pagar gastos de comida, gastos de alquiler... Entonces fui tres veces con médico y paga medicamento.

A: Entonces lo que comentaba yo, hay diversas vías: Carítas tiene un fondo para esos fines, el SAIER también, y el CAP de Drassanes, se ponen en contacto con la Fundación Joseph Trueta...y... Son ayudas discrecionales, pero oficialmente se tiene que pagar el 40%.

Ibrar: Pero no es la verdad. A veces, no tienen la misma medicina.

A: Otra cosa, ¿alguien ha utilizado ambulancias alguna vez?

Ibrar: Yo estuve trabajando hace dos años en empresas de construcción. Era un accidente laboral y no tenía muchos cascos para trabajadores. Y yo soy más alto de todos. Estábamos trabajando en instalaciones y cuando sube a escalera tocaba a arriba. Entonces estaba muy dura, caído, no podía levantar era muy difícil. Y llamaron a ambulancia, y después, ha dicho en el bar, que por favor, no podemos llevar directamente en ambulancia, que no tiene papel, es accidente laboral. Entonces él ha dicho que yo dijese que he caído en la calle. Fue en el ambulatorio de Gavà. Después tomé medicina.

A: ¿Y la ambulancia te llevó?

Ibrar: Sí, llamaron a ambulancia pero no del trabajo.

A: ¿Y el trato fue bueno en la ambulancia, correcto...?

Ibrar: Sí, pero estaba en un pensamiento, que tenía ropa de trabajo, que no era caída de calle.

A: ¿Y a urgencias habéis ido?

Ibrar: Sí, él ha ido cuando ha caído.

A: ¿Al ambulatorio o al hospital?

Ibrar: Fueron al de aquí. Que fue a hospital de Drassanes, después mandaron a ambulatorio del lado. Cuando mandan a ambulatorio, seguridad social paga. Un señor amigo, estaba en médico y no sabía que problema tenía. Después de cinco meses de pruebas, al final tenía hepatitis. Y al final médico le ha dicho que tratamiento de hepatitis es carísimo y que no tiene papeles, tiene que pagar.

A: Eso no puede ser, porque una vez tienes tarjeta sanitaria, seas de dónde sea, la cobertura y los derechos son los mismos.

Ibrar: Su médico dijo que no tenía seguridad social. Podemos llamar para ver como está su tema. Hace dos meses que no está tomando nada, y está en casa, con hepatitis no se si B, C...

A: Una vez se tenga tarjeta, eso no tiene nada que ver.

Ibrar: Llamaré a ver cuál es su situación.

A: ¿A que CAP va?

Ibrar: Está viviendo en Fondo, pero antes vivía en Badalona.

A: El tema de los papeles en esto no tiene nada que ver. La mejor forma es que vaya a la asistente social del CAP. Tendría que tener el tratamiento normal, independientemente de si tiene seguridad social no. Es que a veces no conocemos los derechos que tenemos...y se ha de exigir el cumplimiento de esos derechos.

Ibrar: Hay otro problema que una vez yo fui a hospital con diferente compañero que no puede hablar cristiano. Paisanos estaban, yo estuve en urgencia. Un chico venido con fiebre, en urgencias. Y hablaba de su médico. Y el médico ha dicho, por favor a mí me parece que este señor tiene hepatitis C. Pero el problema de lengua es muy importante. Porque no saben, cuando una persona está diciendo hepatitis C, y esa persona no sabe que es esa enfermedad. Esto es muy duro.

A: Ahora hablamos un poco de eso, del trato cuando vais al médico. Pero antes de llegar al médico se me ocurre una cosa. Nos encontramos con la administrativa, con la persona que nos da hora, con el vigilante-jurado,... Esas personas nos atienden bien, mal, el trato es correcto...

Ibrar: Dicen que tratan bien.

A: Y una vez que llegamos al médico, ¿el trato del médico que os parece? ¿Consideráis que es un trato correcto, bueno, diferenciado...?

Ibrar: Que tratan bien, investigan bien antes de dar prescripción.

A: ¿Y en general que preferís médicos hombres o mujeres?

Ibrar: Él dice que hombre, él que mujer...es igual.

A: ¿Y persona mayor o joven?

Ibrar: Dicen que viejo mejor, que tiene más experiencia.

A: Si esa es la idea, que los mayores tienen más experiencias y los jóvenes son más amables. ¿Y luego pensáis que el tema cultural influye en la relación con el médico?

Ibrar: ¿Hmmm?

A: No hacer examen de mujer sin estar presente el marido... ¿Cómo veis el tema cultural?

Ibrar: En nuestra cultura, yo conozco bien, el Islam de los pueblos, las mujeres embarazadas o cuando tienen problema de ginecología, tradición es ir doctoras. En pueblos. Hay dos tipos de culturas. Gente educada, gente religiosa que no dejan irse, ella tampoco no gusta ir a hombre. Además hay como se llama, ¿vergüencia?.

A: ¿Y los hombres no, no tenéis problemas para ir a mujer doctora?

Ibrar: Nosotros también tenemos problemas, cuando...sin ropa.. Hombres también no podemos estar sin ropa cuando...mujer presente.

A: Y el trato con el médico, a parte del idioma que es un problema serio, hay algún otro tema que dificulte la comprensión, el entendimiento...

Ibrar: Tenemos solamente un problema, no hablamos bien, y no podemos decir dónde hay dolor, qué tipo de dolor. Él dice que cuando estamos en hospital no hay ningún otro problemas, solamente problema de lengua. En tiempo de visita...

A: ¿Cuándo estuvieron en el Hospital, recuerdan si había menú para musulmanes, si se lo ofrecieron?

Ibrar: Si que había.

A: Si que había..., pensé que no había.

Ibrar: Él todavía no estuvo en hospital.

A: ¿Nadie estuvo en el hospital?

Ibrar: No, pero su amigo estuvo en hospital, y dijo que soy musulmán y no pueden comer, y buscaron otro tipo de comida: vegetales...

A: ¿Y con el idioma que hacemos? Le enseñamos a los extranjeros castellano, o les enseñamos a los médicos otros idiomas, o las dos cosas.

Ibrar: No, pero el médico no puede aprender el idioma de todo el mundo...

A: Entonces tenemos que enseñar a hablar a los extranjeros.

Ibrar: Si dijeron ellos, que si tenemos que aprender...

A: *¿Cuánto tiempo se tarda en aprender?*

Ibrar: Él dice, que si vienen muchos turistas, poco a poco catalanes van a aprender inglés. En nuestros países, somos colonias de Inglaterra, y tenemos sistema educativo inglés. Cursos de Oxford... Nuestra segunda lengua oficial es el inglés...

A: *Entonces hay mucha gente que habla inglés.*

Ibrar: Si y niños. Pero hay mayoría que no habla urdú tampoco.

A: *¿Cuánto tiempo se tarda en hablar castellano o catalán una persona de Pakistán, Bangladesh, Nepal...?*

Ibrar: Alguno ir a escuela de castellano. Él está hablando una cosa muy fuerte. Hay diferentes ideas que vamos a escuela, pero que luego vamos a casa y hablamos nuestro idioma. Este señor fue a escuela y no sabe hablar. Y pensar cuánto tiempo necesitamos... Este chico de India, no podemos pensamiento de regularizarse, tenemos problemas de psicología, y trabajo... Entonces no podemos. Él ha dicho que aprendemos castellano y cuando la policía pide documentación olvidamos todo.

A: *Pero a mi me sorprendió que hace un par de meses fui a una asociación del pueblo indio, y entonces la persona que me atendió me dijo que llevaba en seis años y no sólo no sabía hablar sino que no entendía el castellano.*

Ibrar: Yo conozco a este señor, estaba en el encierro de 2001. ¿Qué has hablado con él?

A: *Un poco el tema que estamos hablando aquí. Pero no me hizo mucho caso, yo le preguntaba sobre la sanidad, y el me decía yo quiero que Generalitat pagar alquiler y abogado gratis.*

Ibrar: Ese mismo no sabe hablar, su chica creo que habla castellano. Puede ser su hija.

A: *Después estuve en la asociación de Bangladesh. Luego estuve en otra de Pakistán que está en la calle Sant Bartomeu.*

Ibrar: Si, este señor también conozco.

A: *Me hizo un discurso parecido al señor Indio. Sanidad bien, nuestro problema es otro: economía, familia...*

Ibrar: Él gusta dinero mucho. Sí, esta gente prepara cosas, con empresarios... Es un tema difícil. Yo no sabía que mucho la temática que íbamos tratar. Creo que la reunión de hoy está bien.

A: *Un par de cositas más. Una cosa que nos planteamos es que algunos de los problemas que hay son problemas de falta de información. Que el inmigrante no conoce bien sus derechos... Muchas veces es un problema de información. Entonces hemos hablado con alguna gente que nos dice que si viene un inmigrante y le explicas sus derechos, luego llega a su casa y le dicen cosas distintas (basadas en sus experiencias, lo que otros les han contado, etc) y a quien cree es a su familiar, a su vecino... Me decían es una lucha continua... ¿Creéis que es cierto, que prima la información que da el vecino, el amigo, el compatriota, frente a la que da la Administración?*

Ibrar: A veces trabajador ilegales tienen identificación de otra persona, cuando están trabajando en diferentes empresas, empresarios no dejan enterarse. A veces tienen documentación de otra persona que no está aquí, o que está enferma, o no está trabajando. ¿Con este tema qué podemos hacer?

A: *¿Y creéis que es cierto que se creen antes a los miembros de su colectivo que a los profesionales de la administración?*

Ibrar: Si, dicen que si. Viven con familiares y amigos, y entonces yo creo que el gobierno y la administración deben hacer su trabajo con la información.

A: *Si pero nosotros hablamos con el SAIER, y nos decían que estaban un poco cansados, que explican las cosas, y luego van a su casa y la gente les dice lo contrario y no sirve de nada. Y se sienten frustrados.*

Ibrar: Preguntan, que hace unos semanas, unos señores indios murieron, uno está su papel y otro no, pero ninguno tiene capacidad de volver su cuerpo a su país. Ahora están en congelador. ¿Qué tipo de derecho tenemos con esto?

A: *Tendría que ser algo de servicios sociales, porque derecho a la repatriación de cuerpos no hay, que yo sepa. Y eso es igual que seas extranjero que español. No hay derecho. O paga la familia o se queda en el país. A lo mejor servicios sociales, alguna asociación tienen alguna vía para ayudar en esos casos.*

Ibrar: Pero yo escuché que ayuntamiento paga mitad, pero no tiene empadronamiento.

A: *Yo creo que ahí el tema del padrón ya no juega, no es importante. Es que hay una cosa que son los derechos, y luego ayudas que son más o menos discrecionales. Una última pregunta. Nosotros este informe lo haremos llegar a sanidad, para si pueden cambiar algo e introducir alguna propuesta. Entonces si nosotros pidiéramos cosas para mejorar la sanidad en el tema de inmigrantes ¿qué pediríamos?*

Ibrar: El último me está comentando su problema, que fue con gripe y le dieron por siete días porque no le entendieron. Este tipo de enfermedades, gripe no estará después de siete días, no será la misma situación. Y después él dice que los inmigrantes no pueden pagar mucho, y entonces no puede pagar medicinas. Y el otro problema colectivo, que nuestra cultura asiática, nosotros estamos aquí, tenemos sistema diferente de medicinas. Nosotros tenemos un sistema que cuando hay problema buscamos un lugar que médico especial, marcharemos allá, y buscaremos solución en 24 horas, médicos caros, médicos baratos... También como ambulatorio gobierno, cuando gobierno no tiene hay diferentes médicos. Nuestro sistema un poco diferente de aquí, no tardan, pero todo el mundo, el médico de cabecera, de familia, a veces no tiene capacidad en nuestro país. Entonces hay miles de médicos privados, que trabajan por la mañana en hospital y por la tarde fuera. Entonces hay muchas posibilidades que al mismo tiempo puede ayudarse. Y sobre el tema de citas. He escuchado su problema y el consejo es que deben tener más médicos para menos esperas. Una persona tendrá su tiempo, el problema de gripe, es virus no estará.

A: *Y tanto en Nepal como en Pakistán, hay sistema sanitario gratuito.*

Ibrar: Si hay, nosotros tenemos sanidad centralizada, todo el mundo en India va a Delhi, i nosotros en Pakistán, centralizado en unas cuantas ciudades. En pueblos no, el pueblos médicos son caros. Nuestro sistema es diferente de aquí, y a veces no hay cobertura, hay cosas que los pobres no pueden comprar.

A: *¿Y las medicinas hay que pagarlas siempre, no...?*

Ibrar: Hay que pagar siempre, hay una diferencia si estas trabajando en el gobierno, funcionario, o en empresa. Gobierno tiene seguro, al menos ahí en Ciudad Grande.

A: *¿Alguna cosa más?*

Ibrar: No. Él debe marcharse a su clase. Es tarde...

A: *De acuerdo. Muchas gracias a todos por hablar con nosotros sobre este tema.*

3. GRUP FOCAL: GENT SENSE SOSTRE

Data: 28 de gener de 2005		Lloc: Fundació Arrels (Riereta, 24)	
Hora inici: 17:15	Hora final: 19:30		Duració: 2:15 h

Nom fictici	Edat	Lloc d'origen
Manuel	56	Baza (Granada)
Pedro	56	Badajoz
Florencio	50	A Coruña
Francisco	50	Barcelona
Jaime	66	Granada
Esther	53	Barcelona
J	Jordi (treballador de la Fundació Arrels) ***	

A : Andrés Cernadas, coordinador del grup y responsable de l'estudi.

(***) Hemos considerado oportuna la presencia de un trabajador de la entidad Arrels, para que pudiera matizar, completar... la información facilitada, como por las características de los componentes del grupo.

A: Bien, como ya sabemos de que vamos a hablar y como nos vamos a organizar, vamos a comenzar. Primero quisiera que me dierais vuestro nombre completo, la edad, el lugar de nacimiento, la última vez que fuisteis al médico y cuál fue la causa. Luego ya haremos preguntas genéricas y cada uno dirá lo que cree oportuno. Empezamos por aquí.

Manuel: Me llamo (...) 56 años, ahora cumplo los 57

A: Y lugar e nacimiento

Manuel: Me han dicho que nací en Baza. Pero no conocí a mis padres.

A: Y como decíamos la última vez que fue al médico.

Manuel: Yo he estado el martes en el hospital. Por un principio de neumonía, me he tirado trece días... Y el medicamento me lo han dado bien, pero al salir me cortan completamente el medicamento, antibiótico, todo y me dejan solo el Bentolín y el... Cosa que cuando yo estoy en la habitación tomo una cantidad de medicamentos, pero el... Me lo quitan. Cuando siempre he ido a la neumóloga me carga de antibióticos. Y esa es la contradicción. Yo cada vez que voy a la neumóloga, venga cargar de antibióticos. Entonces me tiro en el hospital, sólo antibióticos y salgo sin corticoides y de golpe te lo cortan todo y a medio curar.

A: ¿Y en qué hospital estaba?

Manuel: En el Hospital del Mar.

A: *¿Y entonces ahora sigue con el tratamiento?*

Manuel: Sigo con el mismo tratamiento que tenía antiguo, con 10 ml. de corticoides, porque si yo dejo de tomar corticoides, tengo bronquitis crónica, y si dejo de tomar los corticoide me ahogo. Eso es lo que veo la contradicción en un acto de hospital, que no te vayan rebajando lentamente, hasta que te la quitas. No, no ipso-facto.

A: *Y Manuel, los medicamentos que le dan cuando va a la farmacia que paga el 40%?*

Manuel: No yo soy pensionista. Antes me daba Ventolín y ahora me dan otro producto que es más barato más económico.

A: *¿Y usted?*

Pedro: Yo soy (...). Edad 56. Me iba a quitar uno, natural de Badajoz, de Don Benito.

A: *¿Y la última vez que ha tenido alguna relación con los médicos?*

Pedro: Pues... la última no hace mucho, aquí al final de la calle. Que iba aquí rápido, me cogieron dos para atracar, para ver si me podían sacar algo, entonces me dieron un empujón, me tiraron. Y me cogieron en ambulancia y lo que se les ocurrió fue amarrarme como si yo fuera un loco, eso en la ambulancia. De ahí me llevaron al Hospital del Mar. Me sacan de la ambulancia amarrado como un loco y yo bueno, pero yo que he hecho para que me amarran. Y hasta que no fue la asistenta social, pues no había manera de soltarme. Yo creo que no soy una persona loca, ni llevaba un arma para hacer daño a nadie, para llevarme de esa manera. Les decía que me soltaran y me decían que no, que hasta que no llegara un persona que se hiciera responsable de mí que no me soltaban.

A: *¿Y quién llamó a la ambulancia?*

Pedro: Pues no se quien fue, algún vecino sería. Luego también otra vez me dieron tres puñaladas en frente de la estación de Francia, aquí en la pierna, otra en el brazo, y otra aquí, que si me pilla el ojo... Era de noche y me llevaron también al hospital del Mar. Y a la una de la noche que ya me habían acabado de curar, sin pantalón, porque me habían rajado el pantalón todo... Pues no se le ocurre nada más con un frío como ahora, fue por este tiempo, pues venga usted ya a la calle. No esperaron ni a por la mañana siquiera. Y había una neblina y lloviendo, sin ropa y sin nada.

A: *¿Y usted a qué cree que es debido que le hayan tratado de esta manera, por ejemplo esta última vez?*

Pedro: Yo creo... que eso en un hospital no se debiera de consentir. En la ambulancia no deberían hacer eso. Yo claro ahí estaba medio atontado del golpe que me dieron en la pared y cuando me di cuenta estaba ya casi en el hospital. Me sacaron de la ambulancia medio, y amarrado. ¿Eso que es? Yo no iba loco, yo no llevaba un arma... Y que digas que te suelten y que no, que no había manera, yo creo que eso. Ahora si es una persona que está loca, que lleva un arma o cosas de esa... Porque una persona normalmente no creo yo.

A: *¿A cree qué se debe eso? Que a lo mejor no coordinaba bien las ideas del golpe, y entonces...*

[J: La explicación que nos dieron...]

Pedro: Yo si hubiera ido insultando o cualquier cosa... pero no yo iba normalmente.

[J: En el informe explicaba... Creo que fue la policía la que llamó a la ambulancia. ¿No?]

Pedro: No, la ambulancia la llamó la farmacia que está en la otra acera...

[J: Y parece ser que te lo hiciste todo encima, que quedaste en un estado de *shok*, tu no te acuerdas de qué pasó desde que te subieron a la ambulancia hasta...]

Pedro: No del golpe iba atontado.

[J: Decía el informe que al estar en estado de *shok* que estaba muy excitado, muy nervioso, etc., etc.]

Pedro: De aquí fue el Antonio.

A: *Lo que ocurre que una vez ya está en el hospital, más estabilizado, pues luego ya.*

[J: Exacto, no se entiende esto. Hasta que no nos llamaron a nosotros, que fue Montse ¿verdad? La que fue. Y decían que no escuchaba nada, que no se le entendía nada.]

Pedro: Que no querían soltarme, a ver porque es eso.

[J: Ellos decían que no entendían lo que tu decías, que hablabas y no entendían. Entonces llegó Montse a verte, empezó a hablar contigo, y llamó no se si al médico o a la enfermera y dijo: Mire como se le entiende perfectamente. Y entonces Montse decían: Pero ustedes, se han parado a escucharle?]

Pedro: Porque yo hablaba estupendamente igual que ahora. Ellos que no me querían entender. Y otra fue cuando me dieron las puñaladas. Tampoco creo yo que haya derecho y más sin ropa y lloviendo. A decir a una persona: Venga usted ya tiene los puntos dados, venga a la calle. Yo creo que tampoco hay derecho a eso. Porque al menos en una sala de espera me podrían... y nada, nada venga...

A: *Ahí parece que falta coordinación con servicios sociales, porque en esos casos dar de alta a una persona... puede ser un problema para ella, ¿no?*

Pedro: Yo creo que según quien está. Según los enfermeros y las enfermeras que hay lo hacen.

A: *¿Usted cree que depende mucho de las personas que toque ese día no?*

Pedro: Luego otra vez, con la mano, que se me puso la mano así. Y me llevaron al hospital. Y a las once de la mañana me cogieron en una ambulancia y me llevaron al San Pablo. Me sentaron en una silla, y hasta el día siguiente, allí, y porque me levante y dije que yo me marchaba de allí. Que iba a ir a buscar a cualquiera para que me hiciera una denuncia al hospital. Entonces ya había un enfermero que se portó bien y ya pasé con el médico y me cogieron para el quirófano. Me entraron a las cuatro de la tarde en el quirófano hasta las dos. Y me habían puesto hierro, y con la mano vendada, y me habían puesto anestesia, pues ala a la calle. Y aún por la tarde arrojando anestesia, yo creo que tampoco hay derecho a eso, a hacer cosas de esa.

A: *En muchos casos como decimos depende de la persona que esté de turno. Y luego que no siempre hay la coordinación adecuada.*

Pedro: Vamos yo creo que eso no se le hace ni a un animal, o que yo no se lo hago por lo menos.

A: *Pues estas propuestas haremos a sanidad a ver si luego toman algunas medidas.*

Pedro: Porque luego estuve con una anemia malísima, que estuve seis días en el hospital del Mar que no entraba en sí. Y se portaron correctamente. Mejor imposible. No me faltaba de nada de nada de nada. Lo mismo digo una cosa que digo la otra. Cuando eso se portaron, que estuve mes y medio, lo mismo médico que enfermeras que todo. Qué desea alguna cosa? Correctos, bien. Pero lo otro ya le digo, que ni a un animal se le hace eso. Y se de varias personas que han pasado por eso también.

A: *¿Y usted?*

Florencio: (...). Natural de A Coruña. 50 años.

A: *La última vez que fue al médico.*

Florencio: Yo fui a la Cruz Roja, por el tema del alcohol, aquí cerca de la calle Hospital.

A: *¿Y la relación con ese centro como ha sido?*

Florencio: Muy bien, vamos con lo del alcohol y lo voy llevando bien. Ya hace tres meses que no pruebo el alcohol.

A: *Y a parte de eso no tiene otros problemas de salud?*

Florencio: No, no, solamente es el tema del alcohol.

A: *Seguimos.*

Francisco: Soy (...). 50 años y de Barcelona.

A: *La última vez que fuiste al médico.*

Francisco: Yo también estoy con lo de la Cruz Roja y me dan Altaben?, el... y el.... Y voy cada lunes y jueves a hacerme la analítica. Yo de momento no tengo queja del ambulatorio. Siempre que he ido me han despachado rápido.

A: *¿Y no tiene ningún problema más de salud?*

Francisco: Bueno, luego lo único que me han salido unas heridas en la cabeza. Me han mandado Atalax o algo así. Pero de eso hace ya dos meses, que me lo estoy tomando.

A: *Eso es del sol (unas manchas que tenía en la cabeza un poco irritadas)...*

Francisco: Si unas heridas, que no se porque me salen arriba. En el ambulatorio, bien, yo de momento no tengo ninguna queja.

A: *¿Y usted?*

Jaime: Yo (...). Edad voy a hacer 66 años. Me están saliendo los dientes ahora... Yo lo único mal que he estado, es que tuve un accidente en el barco que trabajaba, se partió el barco en el Mar del Norte. Estuve en Groenlandia, de allí me trajeron aquí a Barcelona y cuando me puse bien tuve que ir a trabajar, al cabo de año y medio. Y ahora últimamente al médico he ido porque soy hipertenso, he estado también, como los amigos bastante metido en el alcohol. Llevo dos años y medio que ya no me tomo ninguna pastilla para el alcohol. El médico dice que yo ya estoy... Lo digo yo que ya estoy curado que ya no bebo. Y... que más. Nada más tomo pastillas para la hipertensión y tomo.... Y luego... tomo porque como toda la vida he estado solo, mi madre se iba a trabajar, toda la vida... Pues tenía y tengo muchas tonterías en la cabeza. Y bueno, ahora se piensan más las tonterías que has hecho y no se quieren repetir otra vez. Y yo no tengo ninguna queja de la seguridad social ninguna, lo único que nos tenemos que adaptar al sistema que hay. Yo como soy, uno de los que Franco.... Para salir en la seguridad social... Ahora si he llegado malo, a mi me han atendido donde he ido, en el Clínico... No tengo nada contra el sistema.

A: *Bueno, ya hemos dado un repaso y ahora vamos a comentar algunas cosas en general. La primera cosa, el tema de las medicinas. ¿Alguien paga medicinas?*

Francisco: Bueno, no porque soy pensionista, bueno el... eso si que se paga.

[J: Hay dos tipos de cosa: Uno, la persona que es pensionista que tiene que pagar el 40% y las medicinas que no entran por la seguridad social que no entra. Por ejemplo el es una medicina que es un complejo vitamínico que toman muchas personas con problemas de alcoholismo o de drogodependencia. Pero...]

Manuel: Yo soy pensionista.

Pedro: Yo tampoco pago pero lo que no entra lo tengo que pagar de mi bolsillo.

A: *O sea que hay dos situaciones: lo que no entra, y lo que entra que hay que pagar e l 40%.*

Pedro: Exacto, y hay varias, eh? Hay bastantes medicamentos que no entran en el seguro.

A: *Y ¿cómo pueden hacer frente al pago de una parte de la medicación o de toda sino entra, personas que tiene recursos muy reducidos?*

Pedro: Y luego, como vienen pocos pues en tres días están gastadas.

A: *Entonces en esos casos..., cuando no hay recursos y hay que pagar las medicinas, qué se hace?*

Florencio: Pues no se toma no?

Jaime: Cuando yo tenía problemas del alcohol, no pagaba ninguna medicina, lo pagaban de aquí de Arrels. Y luego como yo soy una persona que contribuyo que gano y la parte que me corresponde, pues lo descontaban. Pero me duraba pocos días.

Manuel: Yo hace poco que me he dejado de tomar.... Pero me he tirado tomándomelo muchos días... Y solamente con esto yo me he quitado de beber.

A: *Y entonces ¿si Arrels no pagase las medicinas, piensan que no podrían pagarlas, o busacarían dinero por otro lado... en otra institución?*

Florencio: No se podría.

Jaime: Algunos no podrían, yo desde que tuve el accidente y dejé de trabajar, ya me dijeron, que hasta que no te venga tu paga no te preocupes, y me pagaban una pequeña cantidad. Hasta que me arreglaron los papeles para mayores de 52, me arreglaron una paga que viene a ser casi lo mismo, bueno que es bastante más que ahora. Y a partir de los 52 años me dieron una paga.

[J: A mi antes, Andrés me parece que apuntabas un tema interesante. Muchos de vosotros estáis en tratamiento de alcohol. Y os ayuda una medicación. ¿Si Arrels o cualquier otra entidad si dejara de pagar, que pasaría?].

Florencio: No se tomaría la medicación.

A: *¿No tomarías la medicación y por tanto seguiríais con la adicción, seguiríais bebiendo?*

A: *Es decir, se interrumpe el tratamiento si no hay financiación detrás. Entonces las consecuencias es que continúa el hábito.*

Manuel: Seguiríamos inducidos al alcohol.

Florencio: Tienes más posibilidades...

Jaime: Yo si no hubiese venido a Arrels, no hubiese dejado de beber, porque seguiría con la misma vida. Yo cuando cobraba me lo gastaba y luego cuando se acababa, pues esperando los días para volver a cobrar y ya está. Siempre he tenido suerte, me he ido trapicheando...

A: *¿Cuánto cuesta un tratamiento así aproximadamente?*

[J: Pues no tengo ni idea tendría que preguntarlo. ¿Quién sabe cuanto vale una caja de Antabus?]

Pedro: Me parece que son 25 euros.

Manuel: ¿25 euros una caja de Antabus?

A: *¿Y cuánto dura una caja?*

Pedro: Pues una caja viene a durar, tomando una diaria unos cuarenta días.

[J: Junto al Antabús muchas veces viene el ¿Cuánto vale una caja de?]

Pedro: Yo eso si que no lo se. Lo trae la Montse.

[J: Lo podemos mirar ¿eh? Y junto con eso muchas veces el Hidroxil.]

Francisco: Vale unos doce euros

[J: No vale unos siete euros. Siete euros y pico... Y en un mes por lo menos hay que tomar dos cajas de Hidroxil.]

Manuel: Si casi tres

Pedro: Yo me tomaba una por la mañana y otra por la tarde.

Francisco: Yo tomo el y no se lo que vale.

A: *¿Pues esto para una persona que cobre una PNC o un PIRMI, es realmente complicado, no?*

[J: El tratamiento es caro para personas que no tienen ingresos casi. ¿En estos momentos todos estáis cobrando alguna paga?]

Francisco: Si, una PIRMI

Manuel: Yo una PNC

Florencio: Yo también

Jaime: Yo una pensión...

Pedro: Yo una PNC. El medicamento que estoy tomando ahora mismo. Más de la mitad de lo que yo estoy cobrando era para el medicamento.

[J: Está trabajando Florencio en este momento ¿eh? Está trabajando.]

Pedro: Pero si no fuera por esto, más de la mitad de lo que cobro...

[J: No podríais...]

Manuel: Una caja de Vale 7.000 pesetas.

[J: Pero esa siempre entra por la seguridad social.]

A: *Igualmente han de pagar el 40% de eso.*

[J: Yo creo que es una medicina que entra en la SS a todo el mundo...]

Pedro: Quince pastillas diarias que he estado tomando.

A: *Y el tema, siguiendo con las medicinas, ¿eso lo controlamos bien, es fácil hacer las tomas y con las dosis adecuadas, ...?*

Florencio: Nos las dan aquí

Manuel: Aquí, me dan para mañana por la mañana. Y aquí en el bolsillo llevo para... Esto lo llevamos bien con Arrels.

A: *¿Y si no estuviera Arrels detrás?*

Manuel: Fatal, fatal porque como somos personas que hoy estamos aquí mañana allá, nos aburre llevar el medicamento encima. Y más por pereza, por dejadez, pues no lo tomarías, la terapia como hay que llevarla.

Pedro: Está más controlado aquí, te lo controlan bien.

A: *¿Creen que la gente que está en la calle que no están vinculados a ninguna institución, los tratamientos no los siguen?*

Manuel: No, no los siguen. Los toman dos o tres días, desastrado, mezclado con alcohol...

A: *Ese es otro problema que se lo toman como se lo toman.*

Pedro: Estando en la calle no se toman, yo lo veo. Porque yo he estado.

Florencio: No se toman

A: *¿Se va al médico estando en la calle?*

Pedro: Yo he ido al médico, darme el medicamento y hacer lo que ha dicho M, salir de la farmacia, y ya lo había dejado. No iba a ningún sitio con él.

A: *Esto, nosotros hicimos entrevistas...*

Pedro: Ahora si no lo tienes aquí, está en casa.

Manuel: Te lo tomas el primer día cuando te duele mucho, pero al segundo día ya ves que no te duele y pasas olímpicamente.

Pedro: Es lo que él ha dicho, un día estás aquí al otro estas en Hospitalet. Es muy difícil seguir el tratamiento, de cada mil personas uno si llega, si llega.

A: *La gente con la que hablábamos en la calle también nos decía que no se seguía el tratamiento, ... por problemas de dinero básicamente..*

Pedro: No, no en la calle...

A: *¿Cuándo se va al médico cuando se está en la calle, con las primeras molestias o cuando se esta grave?*

Florencio: Cuando uno está malo.

A: *Pero muy malo.*

Florencio: Eso si te llevan

A: *¿Y a qué médico van, al médico de cabecera o a urgencias?*

Florencio: Al de cabecera si

Florencio: O a urgencias.

Manuel: No se si es... respecto al medicamento. Resulta que tu sales del hospital con unas recetas, después claro te tiene que ver un neumólogo, porque vas al especialista de aquí del ambulatorio. Resulta que cogen y te cambian el medicamento. Si sales de un hospital, con un cuadrante ya para tomar, cómo la neumóloga te cambia a raja tabla todo el medicamento. Yo eso no lo entiendo. Es lo que suelen hacer.

Jaime: ¿Quién?

[J: El neumólogo, el de respiración.]

Manuel: Eso es lo que no entiendo y no llegaré a entender nunca, que te ponen supongamos, 40 de corticoides y vas bajando cada cinco días. No llegas aquí, al ambulatorio, te ve la doctora y te dice no, deja el corticoide, solamente toma todos los días...

Francisco: Ellos se contradicen

Manuel: Voy tomando y no se dan cuenta que los corticoides, si tomas mucho mucho, tiene efectos secundarios. Es lo que no se dan cuenta.

[J: Entonces te has encontrado que has pasado por muchos médicos y te han dicho cosas completamente diferentes y contradictorias y en muy poco espacio de tiempo. Y al final no saber con qué te tienes que quedar.]

A: *Es lo que estamos viendo (...)*

Florencio: Luego la letra que es imposible leerla.

Manuel: Sí... Voy a una visita y la segunda visita que tengo es para diciembre de este año. Cuando hace más de un año.

Jaime: Porqué quieren saber si aguantas...

X: Claro si ves que no te has roto

A: *Dirán ha aguantado un año, pues ahora año y medio*

Manuel: Más de un año en darme visita, que eso fue en noviembre cuando hicieron las pruebas, ahí por Lesseps, en la Esperanza. Bueno, pues bien, la próxima visita de aquí a un año.

Jaime: Tienes garantía hasta un año...

Pedro: A ver donde podemos estar en ese tiempo...

Jaime: Si aguantas un año estás fuerte, te dan un año de garantía y si sales pues sales.

A: Bueno y volviendo a la pregunta. Cuando uno está en la calle y se encuentra mal ¿va al médico o no va? Y si va, se va cuando está un poquito malo, se va cuando se está muy grave, esperamos que nos lleve la ambulancia.

Manuel: Yo puedo responder.

Jaime: Yo por mi bien, no he estado mucho malo. Lo he estado porque he querido porque yo tenía muchos problemas, y hacía lo que me daba la gana. Pero yo cuando me he puesto malo, siempre he cogido y lo que estaba más cerca, si estaba el Clínico he ido a urgencias. Siempre he tenido la cartilla del seguro claro, o a cualquier sitio pero siempre he ido al médico.

A: Pero normalmente a urgencias ¿no? ¿Y el trato?

Jaime: A mi me han tratado bien. Yo la última vez que fui a urgencias estaba en la estación de Sants y como tenía la tensión alta y bebía. Entonces me salió como un choro de sangre por la nariz, por la boca, no me salía por los ojos porque no había llegado aún a ese límite. Pero a mi... Lo único lo que decía ese hombre, que con las narices taponadas, un parche aquí, a las tres de la mañana te tienes que ir a la calle. Con un chaquetón y ale vete. Yo le dije, hablar con alguien porque yo no tengo donde dormir. Con esto me da otra vez y me mareo y me quedo ahí y me tienen que coger cadáver. Hablar con la asistente y... Me decían que no me podía quedar, porque no había camas. Pues déjenme en la sala de espera hasta que sea de día y me pueda ir yo.

A: O sino que avisen a alguien...

Jaime: Ahí está, nada que no puede ser. Tuvo que venir el vigilante jurando y tuve que irme a la calle. Pues a la calle, ya está. Eso son cosas que pasan, no... son cosas que se hacen porque estás bebiendo. Se puede dejar de beber, vale y no te pasará nada. Pero esa persona que te encuentras. Pero vas andando y dónde ibas, a dónde ibas. Con la sangre. Eso hacen, pues que te lleven a un sitio. Que haya un techo.

A: Y que los servicios te puedan atender.

Jaime: Porque yo estoy cansado de... Yo dónde vivo ahora hay dos puertas y han tenido que poner, han puesto una puerta, han tenido que ponerla porque cada noche con dos, tres y cuatro personas, durmiendo. Pero claro que culpa tienen ellos de tener que dormir ahí. Entrabas y te daba reparo entrar ahí, porque no sabías que había ahí. Porque esas personas no las cogen. Antes se las llevaban, quisieran o no quisieran antes se las llevaban. Venga vente con nosotros. Y te llevaban donde ellos querían pero por lo menos te quitaban del medio. Y si aquella persona tenía que tomarse algo, pues se lo daban.

Francisco: Y ahora aunque te mueras de frío.

Jaime: Antes el que estaba bebido cogían le llevaban a un sitio, le daban un manguerazo de manguera. Y una inyección de aguarrás y mañana por la mañana a la calle. Ahora ni eso.

A: Volvamos a la pregunta anterior. ¿Cuando estabais en la calle, ibais al médico?

Manuel: Yo me he encontrado mal, con mucha fiebre, y es cuando he ido al médico. Pero he esperado hasta el último límite. Pero no por vagancia, pero por no dejar de beber. Me encontré mal, con ese temblor que te da de dejar de beber. Ese es el temor que te da, por si... Por eso, por la abstinencia, por estar enganchado al alcohol. Lo único que quieres es coger ese vino, beber y que se te pase ese temblor.

A: ¿Y esperabas al último momento?

Jaime: Si, y luego, vas al médico y no le vas a decir, mira que a mi me gusta emborracharme. Te da vergüenza. Cuesta mucho.

Manuel: Pues a mi no me da vergüenza decir que soy alcohólico.

Jaime: Yo digo que suele pasar Ángel. Por regla general irás y le dirás al médico que me duele aquí. ¿Qué bebe? Es del hígado.

Florencio: ¿Tu no ibas al medico porque te atendían rápido y mal?

Francisco: Claro...

Jaime: Decían este como ha bebido, ya cuando se le pase la borrachera.

[J: Entrar en un hospital en urgencias con un problema de alcohol, ya es una gran desventaja].

Francisco: Pues claro.

Jaime: Te tratan mal, fuera, fuera. Pero no aquí, ha sido en el extranjero al olerme el aliento y decirme. El idioma internacional, que cogiera la puerta y a la calle. Porque? Porque sabía que era problema del alcohol. Y es lo que decía el, yo para que le voy a visitar si va a seguir bebiendo.

Pedro: Eso pasa.

A: Resulta que me he encontrado que a veces la salud tampoco es la primera prioridad. Parece que mientras el cuerpo va aguantando no se le da demasiada importancia a la salud. ¿Lo creen así?

Manuel: Vamos a ver, es que a veces, yo digo que al encontrarse en la situación que uno se encuentra, tirado en la calle en un banco. La salud no es importante. No se le da importancia a la salud. Tu lo que quieres es, no olvidar, porque olvidar no olvidas por mucho que bebas, es encontrarte tranquilo, sentado, beber y dormir, porque te da bastante por dormir. ¿Qué pasa? Que te vuelves alcohólico, y ya estás enganchado. Pero ¿importancia a tu salud o a tu vida?

A: ¿Puede ser que se desvalore un poco el aprecio por la vida, y el valor de la salud baje también un poco?

Jaime: Y como es más barato comprarse una botella de estas de vino que las botellas de agua. Porque es más barato. Ahí hay un chico que el martes pasado, el Manuel que vino, ayer... Un chaval joven y estaba con la mano puesta... como lleva ya dos años... Duerme ahí, delante de casa en el parque de las tres chimeneas. Y qué. Ese hombre cuando saca para sacar para comprar un cartón pues ya no quiere más. ¿Por qué? Porque eso es lo que le da calor para pasar la noche. Dice él que le da calor para pasar la noche. Que es mentira porque eso yo lo se que es mentira. Te bebes un poquito de vino y te echas a dormir, pero es el alcohol lo que te hace dormir. No la tranquilidad que te deja en el cuerpo. El alcohol es.

Florencio: A mi el alcohol me saca el hambre de comer, me saca el hambre, no como. Yo estoy cinco días borracho y cinco días no como.

Pedro: ¿Tu ibas al médico cuando estabas en la calle?

Florencio: No, venía la ambulancia a última hora.

Pedro: ¿La llamabas tu?

Florencio: No la llamaba algún vecino por ahí, que ya me conocía. Ya no me podía aguantar de pie, no me aguantaba de pié.

Jaime: Un coma etílico, a mi también me ha tenido que venir a buscar la ambulancia. Me daban una inyección y a la calle.

A: Claro, al haber tan poca alimentación.

Jaime: Y ponerte un suero, y cuando se ha acabado el suero a la calle.

Pedro: Te comes un bocadillo luego.

Florencio: A mi no me entraba nada luego.

Jaime: A mi me entraba el vino.

Pedro: A mí cuando me han ingresado me trataron correctamente.

Manuel: Cada uno explica como le ha ido. Pero yo tengo muchas quejas porque a mi me han pegado una paliza en el hospital un guardia de seguridad. En el mismo hospital. Y los médicos por aquí le entra y por aquí les sale, el que me estaba llevando. Sin comerlo ni beberlo, llega me mete en la salita de fumar y se lían conmigo a puñetazos. Me pusieron esto así. A qué viene esto? Si yo he pedido una pastilla para dormir que se habían olvidado. A ti te ha ido bien, pues mira me alegro. Yo tengo mal trago.

Pedro: Me fue bien en el hospital, ahí cuando eso. Pero no me fue bien cuando fue la ambulancia a recogerme, que sino la señora que llamó la ambulancia... Llegó la ambulancia y no me quería recoger ¿eh? Tuvo que venir la Nacional, y la Nacional decirle a la ambulancia que si, que me llevase al hospital. Y acompañó, la Guardia Nacional, acompañó a la ambulancia hasta que me llevaron al Hospital del Mar, pero la ambulancia no me quería coger. A ver porque es eso.

Jaime: Pero era porque tu estarías nervioso o estarías...

Pedro: Que va, si yo no era capaz ni de levantarme. No podía con mi cuerpo.

Jaime: Cuando intervino la policía es porque vieron algo en ti que no era normal.

Pedro: No porque los llamó la señora. La señora esa que llamó a la ambulancia, que por suerte vive en el paseo Picasso en frente de la Ciudadela, te lo puede contar aun mejor que yo. Porque me lo ha contado muchas veces. Tuvo que llamó a la guardia para decir que si que me cogieran, que yo no mataba a nadie. Que no podía ni ponerme la chaqueta.

Jaime: Tendrías un ataque de histeria o algo así.

Pedro: Me entraron al Hospital del Mar y yo entré muerto, hasta los seis días no entré yo en si. La ambulancia por lo visto, dijeron que como veían que estaba muerto que no me querían coger. Hasta que no llegara alguien que diera la autorización para cogerme. Porque yo estuve seis días en el hospital del Mar y me ponían sangre, me ponían suero, me ponían todo.

Manuel: Mucho papeleo antes de atender, primero atiende y luego escucha...

Esther: Perdonad que llegue tarde, ya no me acordaba, perdón.

A: M y usted piensa que en las experiencias que ha tenido en el trato de los ambulatorios de hospitales, ¿se ha encontrado con diferencias importantes?

Manuel: Si bastante.

A: ¿Pero que atienden mejor en el hospital o en la primaria?

Manuel: A mi dónde me han tratado siempre bien es en urgencias de Pere Camps. Es el único sitio que, primera, no te hacen esperar para entrar. Porque una vez estuve esperando en el clínico nueve horas, sentado en la silla... Pues en cambio en Pere Camps es en el único sitio que me han atendido bien, llegar, ponerme el oxígeno, el único sitio. Tanto en el hospital del Mar, en el Clínico, en San Pablo... más problemas. Y llegando a urgencias, ¿eh?

A: Bueno incorporamos a Esther y después seguimos. Mira Esther estamos comentando cosas sobre salud, y hemos hecho una ronda preguntando el nombre...

Esther: Me llamo (...), edad 53 años cumplidos.

A: Que jóvenes sois todos... ¿de Barcelona?

Esther: De Barcelona.

Jaime: Perdona usted que el yayo soy yo

A: Y nos puede decir así brevemente la última vez que fue al médico y cual fue la causa.

Esther: Ayer, a hacer la radiografía del fémur, cadera. Pero me ha salido que de momento está bien. Yo tengo mucho dolor pero, la radiografía sale bien. Es desgaste.

A: *¿Y estás tomando algún medicamento?*

Esther: Pare el dolor, me mandó Naproxeno 600, para el dolor muscular. Luego estoy tomando aquí Antabús y.... Que ya lo tengo que bajar.

A: *Y cómo comentábamos antes con estos señores ¿Tu tienes ingresos para cubrirte los costes de los medicamentos?*

Esther: No, soy beneficiaria de...pensionista, o sea no hay que pagar receta médica

A: Es decir sólo tiene que pagar medicamentos que no estén cubiertos.

Esther: Sí, sí...

A: *Seguimos un poco más. Hemos comentado un poco si uno va al médico o no. La siguiente cuestión es cuando vamos como nos tratan.*

Esther: ¿Entra la Cruz Roja?

A: *Sí, sí... Pero antes de cómo nos tratan, veríamos ¿Cómo vamos? Si vamos por nuestro pie, vamos en ambulancia, vamos a urgencias, vamos al médico de cabecera... En general todos tenemos tarjeta sanitaria, pero a la hora del médico sí.*

X: Ahora sí, pero cuando estabais en la calle?

Esther: Yo la tenía.

Pedro: Yo antes como no fuera la ambulancia por mí yo no iba.

Florencio: Yo tampoco

Pedro: Aunque estuviera mal mal...

A: *¿Si no te llevan no se va?*

Manuel: No, yo voy igual.

Esther: A mí poco me lleva la ambulancia. Yo voy por mí propio pie. A por medicación, a mirarme.

Manuel: Yo voy ahora, pero no iba, hasta que no me lleva la ambulancia yo no he ido. Ahora sí, ahora me encuentro lo que sea, voy al médico rápido. Pero antes, hasta la última, ya estaba muerto como aquel que dice. Si me llevaban sino...

Esther: Sí, hay muchas personas que suelen hacer eso pero yo...

Francisco: Sí, lo que pasa que tardan mucho.

Esther: Vas hoy y te dan para el lunes. Porque hay dos días que hace visita domiciliaria. Miércoles y viernes no tienen... Y yo eso no lo veo bien. Que vayan por casa lo veo bien, lo entiendo, pero que pongan un suplencia, no tener que ir a urgencias cada vez que tengas algo.

A: *Y cuando pedís visita para ir al médico, por ejemplo tu Esther, ¿la pides por teléfono o vas personalmente?*

Esther: No, yo voy, porque voy ahí a la calle Hospital y me acerco.

A: *¿Y usted?*

Jaime: Yo voy al mostrador de planta.

A: *Siempre personalmente, por teléfono no...*

Esther: Es que si llamas siempre tardan... Ya que estás cerca te das un paseo y vale la pena. Lo malo es que tardan. Porque si van a casas, como no ponen suplencias. Porque cuando yo me vine de Madrid, porque yo he vivido 32 años en Madrid, y allí han hecho también las visitas a domicilio, y hay otro doctor en la misma consulta. Porque así, llegas y no hay ni médico, ni enfermera, ni médico de la otra visita que hay. En cambio en el otro sitio, llegas ¿no estás tu médico? Entrás en el otro y no tiene que esperar en urgencias. Y es lo único mal que veo, pero el trato es estupendo, yo por lo menos lo que veo.

Manuel: Yo también veo otra cosa mal. En el hospital, una persona que es pensionista que no tiene acceso al medicamento gratuito, llevas la receta para pagar. Entonces no

le dan recetas, solamente le dan en el médico que tiene que tomar esto y esto y lo siguiente. Entonces esa persona tiene que esperarse a hablar con el médico de cabecera, y te tiras sin tomarte ese medicamento que es preciso.

Esther: Yo como en el Hospital he estado poquito... Para dar a luz y para poca cosa más. No me puedo quejar ahí. Y cuando estaba mi marido en el hospital tampoco he visto... Nos han atendido muy bien, por lo menos a él. Ha venido el médico, ha pasado el médico, las enfermeras.

A: *¿Y el trato de las ambulancias cuando nos llevan a los centros, es correcto, aceptable...?*

Florencio: Yo cuando he estado con el coma etílico no me he enterado de nada, me cogían, me llevaban y me despertaban en el hospital. Me trataban bien entonces.

A: *Pedro contaba su experiencia que le trataban en unas condiciones un poco así.*

Manuel: Sí, sí, según la pareja que vaya en la ambulancia, así te dan el trato.

A: *Es decir, ¿depende de las personas que vayan en la ambulancia, de quien nos toque ese día?*

Manuel: Eso es, depende de las personas.

Esther: Yo no me puedo quejar, porque a mí me han dado dos ataques de lumbago, en Plaza Real, por cierto los dos me dieron allí. Y enfrente que estaba la policía...

Pedro: Tengo queja de la gente de la calle porque nadie me atendió. La única vez en la calle Hospital que también me dio una bajada de tensión y tardaron, ni se sabe lo que tardaron, tres cuartos de hora, una hora u hora y pico. Y estaba malísima. Pero por lo demás no puedo decir. Luego siempre en la ambulancia me han atendido muy bien. Y lo he visto todo. Me he puesto mala, pero le he visto todo.

A: *¿Os habéis encontrado alguna vez, que hayan llamado a una ambulancia, hayan venido y no hay querido llevaros?*

Esther: Yo a muchas personas lo he visto.

Pedro: A mí me ha pasado.

Esther: A mí no.

Pedro: A mí me ha pasado y han dicho que no, y no me ha cogido.

Esther: A mí me ha pasado que lo he visto en gente que está en la calle.

Pedro: Dice, amigo que no puedo cogerte.

A: *¿Qué explicación te dan?*

Pedro: No se si es porque no les da la gana de cogerte. Como he contado antes que tuvieron que llamar a la policía para que me cogieran. Y yo estaba tirado en la calle y yo no era capaz ni de moverme. Y que me levantara y que me subiera a la ambulancia. Y la policía no ven que este señor no se puede mover, y así no lo podemos levantar. Y estando la misma policía y todo y no me querían coger. ¿Por qué es eso? Luego si, luego se comportaron muy bien en el hospital. Pero en la ambulancia, peor imposible.

Esther: Yo ahora mismo acabo de ver a un señor que se han llevado, enfrente de la pensión, que se lo iba a decir a Rafa, estaba la Rosa Mari. Se lo han llevado en ambulancia, sería porque ya lo conocen, y le han atendido estupendamente. A dónde no lo se, lo iba a preguntar pero... Le han atendido estupendamente. Le han ayudado y le han cogido, hablándole para que el hombre se recuperar un poco, estupendamente. En frente mismo de la pensión.

A: *Eso me contaba también una doctora, que también tenía quejas de las ambulancias (...)*

Esther: Gente que a lo mejor no está preparada.

Jaime: Si eso es gente que no está preparada.

A: *Eso mismo me decía precisamente la doctora: El problema es que los ambulancieros no están preparados.*

Esther: Además son muy jóvenes la mayoría.

[J: O a lo mejor son las órdenes que reciben desde arriba.]

Esther: También, a lo mejor les dicen que no cojan según a quien. Pero todos somos seres humanos.

Manuel: En la estación del norte, un compañero, que en paz descanse, estaba fatal, sucio, pero a morir estaba. Se llamó a una ambulancia y tal como lo vieron dio media vuelta y se marchó. ¿Por qué? Porque está sucio.

A: *¿Sin ninguna explicación?*

Manuel: Sin ninguna explicación.

Esther: Pero tienen unos guantes, ya van preparados...

[X: Pero huelen muy mal...]

Manuel: Yo por mí que lo he vivido, estaba sucio, la ropa sucia, estaba mal, como un carbonero, darse media vuelta y marcharse y no atenderle.

Esther: Pero es un ser humano, tienen guantes y tienen cosas...

[X: Pero dirán que huele mal, meterlo en una ambulancia...]

Esther: Pero eso antes no se hacía, ahora lo hacen porque la gente es más joven... Yo antes, yo me he tirado muchísimos años en Madrid, más que aquí, y yo allí eso no lo he visto. Se los han llevado. Eso es la gente joven. La gente que llevaba las ambulancias eso antes no lo hacía. No despreciaban a la persona. Ahora la juventud porque es muy fina.

A: *Yo creo que es como dice Jordi, que son las órdenes que reciben.*

Esther: También las órdenes que reciben, con esos superiores que tienen.

A: *Porque tienen que rentabilizar los servicios y generan unos comportamientos.*

Esther: Pues muy mala, muy fea. Porque yo he estado en una residencia de ancianos, y porque una se hacía la caca más allá o más acá. Yo tenía que tratarlos a todos por igual. Me ponía los guantes, me ponía aquello así, porque algunas oían más que otras. Pero yo las trataba a todas igual. Y yo creo que en esto tiene que ser lo mismo.

A: *Bueno y ya vamos avanzando, un par de cosas más y vamos acabando. Primero hemos hablado de si vamos al médico o no, luego nos planteábamos cómo íbamos al médico, y ahora la siguiente, sería que ya estamos en el médico y como nos atienden. ¿La atención cuando vamos al médico como la veis?*

Jaime: Yo he tenido suerte, a mí siempre me han atendido bien, además son simpáticas.

Esther: Si son agradables.

Jaime: Alguna vez, pero eso ya fue cuando estaba en el barco, me querían cortar la pierna y llegó uno que era español y dijo: Pararos que tiene 23 años y para cortar siempre hay tiempo. Por lo demás me han tratado bien.

Esther: Yo voy por lo de alcohol, que yo ya no bebo pero sigo yendo. Y ya digo a mí estupendamente. Los médicos bien.

A: *Yo creo que probablemente, hay que diferenciar cuando hay una determinada unidad o centro que está acostumbrado ya a tratar con gente con problemas especiales (que está en la calle y/o tiene adicciones), a cuando vamos un médico en cualquier CAP con una cola de 20 personas... ¿no?*

Esther: Y habemos de todo ¿no?

A: *Interesa ver si el trato es igual que con los demás. ¿Qué ocurre cuando estamos entre la demás gente?*

Esther: No aquí en la Cruz Roja tratan a todos por igual.

A: *Pero no hablamos de un centro específico, sino en general, cuando vas al ambulatorio, al CAP....*

Jaime: En el ambulatorio hay el típico problema que hay en toda España. Y es que llegas tu, y eso no es ni ser racista, ni discriminar a nadie, pero llega la mujer de pakistani, llega la mujer, llega el marido, llega la suegra, llega el suegro, llegan todos, los cuatro niños, y los cuatro tienen que pasar a ver a la doctora. Claro, se tiene que entretener como menos diez minutos con cada uno. Y tu estás allí, y viva la virgen, y te mueres allí, hasta que te cansas o te ahogas.

Pedro: Y te largas. Porque yo lo he hecho.

A: *¿O sea que cuando os hacen esperar demasiado os acabáis marchando?*

Pedro: Claro, yo lo he hecho.

Jaime: Yo me espero a que me toque.

Pedro: Eran las once, y estar, allí y decir, ¿sí?

Manuel: Si a mí me visita, como lo hace con tanta gente cuando... Pues lo hace con demora. No podría hacerlo mejor con menos gente, todos bien atendidos.

A: *Eso requiere más médicos y más recursos.*

Manuel: Si, más recursos... Personalmente he visto mover papeles, y te pone esto aquí y dice esto y esto.

Jaime: Cinco minutos y a la calle.

Manuel: Y el mayor tiempo que pasas allí es moviendo papeles o con el ordenador.

Jaime: Porque si llega esa mujer de siete de familia, pues la doctora tiene que tener tiempo para enterarse de lo que la madre tiene que decir que padece el niño. La doctora tiene que entretenerse con lo que tiene la hermana, con lo que tiene la madre, con lo que tiene el marido, porque con el habla no se enteran.

A: *Una pregunta, ¿Os tratan igual ahora que vais bien vestidos y aseados que cuando estabais en la calle...?*

Manuel: No

Jaime: A mí me han tratado bien porque yo estaba...

A: *¿Os tratan igual cuando vais solos que cuando vais acompañados por algún familiar, amigo, voluntario...?*

Manuel: Se nota, se nota cuando vas acompañado por la asistente social te tratan mejor que cuando vas solo.

Pedro: Yo de eso no puedo hablar porque siempre.

Manuel: Pero no hablamos de ti, estamos generalizando.

Esther: Yo he ido con la asistente pero yo soy la que hablo, hablo de mis problemas porque la asistente no sabe lo que yo tengo.

Pedro: Yo he ido siempre solo

Jaime: Si vas acompañado de la asistente la conocen, entonces el trato es muy diferente a cuando va uno solo, no te atiende lo mismo, tardan más en atenderte que cuando vas solo. Va más rápido, y si va la asistente se para más a auscultarte a mirarte.

A: *¿Cuándo vais acompañados de otra persona (familiar, amigo, voluntario, trabajador social...) el doctor/a se dirige a vosotros o al acompañante?*

Manuel: A veces se entremezclan, doctora a asistente o doctora a paciente. ¿Por qué? Yo como a veces pierdo la mollera, por lo menos ella se acuerda de todas mis dolencias de cómo estoy o no estoy, tiene más facilidad, de decírselo a la doctora que yo.

A: *Ese problema también nos pasa con la gente mayor (...) La conversación es a muy a menudo con la otra persona y no con la gente mayor (...). Y otra cuarta pregunta, ¿los médicos utilizan un lenguaje que podáis entender? ¿Os dan explicaciones claras y suficientes?*

Esther: Si, lo que no entiendo es lo que escribe.

Jaime: Lo que escribe es...

Esther: Aunque muchas veces hablan y no los entiendo tampoco, pero lo dices me lo puede decir de otra manera, y ya está. A mi me lo dices de otra manera para que yo lo entienda.

Jaime: Yo que tengo, pulmonía pues yo me concienso de que tengo pulmonía, y ya se que no puedo hacer ciertas cosas. Yo quiero que me digan la verdad, si no me dicen la verdad, pues no...

Manuel: Si, pero que entiendas...

A: *Yo me refiero a si utilizan palabras técnicas os lo explican en palabras sencillas que podáis entender.*

Jaime: Yo quiero que me digan lo que tengo.

Esther: Pero si tu dices que te lo digan de otra manera te lo dicen de otra manera.

Manuel: A ver, a mi si me dan el alta y coges el informe médico ¿no?

Esther: Si

Manuel: Coges el informe médico y lo lees y no entiendes ni papa. Y hablando a veces hay una serie de palabras que no entiendes.

Esther: Pues se dice, por favor me lo puede decir que yo lo entienda.

Pedro: G a mi me lo han hecho, oiga que yo esto no lo entiendo, su médico se lo dirá, así.

Esther: Pero yo no me estoy refiriendo a la letra. A lo mejor a mi me están diciendo G, tu tienes tal y tal y tal. Oye pues le digo que me lo explica de una forma que yo pueda entender mejor, con otra cultura...

Manuel: Pero a veces te lo explica de otra manera que tampoco puedes entender. Porque tienen unas palabras técnicas que tu no entiendes.

Esther: Pues que te lo diga más fácil, más bruto, yo se lo digo. Me lo diga usted más bruto.

Jaime: Porque empiezan tal y tal y tal, ¿pero que es lo que tienes?

Esther: Le dices pero a ver que es lo que tengo yo... Pues te dice que los huesos se te desgastan, pues ahí ya lo entendí. Y yo leí lo de la radiografía y no entendía nada, pero ya me dijo que es desgaste de huesos.

A: *Y hablando de comprensión como decíamos antes, la comprensión de la documentación de los prospectos, folletos que genera el sistema sanitario. Tratamos el tema de los prospectos de las medicinas. Los leemos o no los leemos, y si los leemos los entendemos o no los entendemos.*

Esther: Algunas cosas si y otras no.

A: *¿Como veis el tema este de la información que genera el sistema sanitario?*

Esther: ¿De los médicos o...?

A: *Si de la información que os dan cuando vais al médico, a la farmacia, los prospectos.....*

Esther: Yo en catalán... porque leer lo leo pero... Porque el catalán ya no es como antes, porque ya no te empapas de muchas cosas. Y cuando te hablan catalán tampoco, no se habla como antes, como cuando estaba Franco, parece que hay palabras nuevas.

Jaime: Porque Franco no dejaba hablarlo.

Esther: No se antes se hablaba un catalán más como de aquí de Barcelona

A: *Porque se normativiza, y a partir de ahí, hay cosas que hay que decirlos de una manera y no de otra porque sino no queda bien.*

Esther: Es más moderno. Yo he estado 32 o 39 años en Madrid, ya no me acuerdo, y yo veo que el catalán de ahora yo lo veo distinto. Porque lo hablan muy deprisa.

A: *Eso es por la normativización lingüística, porque a mi me pasó exactamente lo mismo en Galicia (...)*

Esther: El de ahora no te enteras de nada, y luego que los jóvenes de hoy hablan muy deprisa.

Jaime: ¿Los folletos estos?

[J: Sobre esto de los informes y esto, decidme cuál es vuestra opinión. Yo creo que hay dos palabras que hacen mucho daño a las personas que han pasado por esta situación, en los informes médicos me estoy refiriendo. Cuando una persona en su informe médico le ponen una vez enholismo, esa palabra aparecerá toda la vida en los informes médicos de esa persona.]

Esther: ¿Enholismo?

[J: Enolismo, alcohólico. Y otra palabra que también aparece mucho, no se si la entenderías porque es una palabreja que utilizan ellos, es sociopata.]

Florencio: ¿Y eso que es?

[J: Si, aparece para toda la vida.]

Manuel: A mi me pone doble personalidad.

[J: Eso le ponen a la gente que vive en la calle.]

Esther: Pues yo te voy a decir una cosa, a mi me importa tres narices lo que me pongan. Yo he bebido, vale pero he dejado de beber, y antisocial que yo sepa no soy porque yo hablo más que un loro.

[J: ¿Cuánto tiempo lleváis sin beber?]

Esther: Yo dos años y medio.

Jaime: Año y medio

[J: ¿Tu?]

Francisco: Once meses

Florencio: Yo tres meses

[J: ¿Tu?]

Pedro: Yo ya ni me acuerdo

[J: Y ¿tu?]

Manuel: En Marzo, yo sin haber tenido una recaída, hará unos dos años, tendrá que ser.

[J: Vale, lleváis como promedio dos años sin beber. Que os parece que vayáis ahora, me gustaría ver el informe médico que tuvieran ahora, y que te pongan alcohólico. Bueno ¿Qué tiene que ver el alcoholismo que tu tuvieras hace dos años y medio con la atención sanitaria de este momento?]

Esther: Yo pedí un informe, que fui a recoger la radiografía, y me pone alcohólica.

Pedro: Si, en el papel lo primero que te pone alcohólico.

[J: Y eso es una marca que queda de por vida. Y eso provoca rechazo.]

Pedro: Y a cualquier sitio que llegas, pum....

Esther: Es un sello

Pedro: Vamos, a cualquier trabajo que llegas y llevas un papel que te pidan un historial médico, y te ponga, alcohólico, ya mal futuro. En cuanto vayas al trabajo lo primero que te dicen, no mire, venga dentro de quince días, deje usted el teléfono.

Manuel: Por lo menos si te pusieran ex-alcoholico, pero es que no te lo ponen.

Pedro: Te ponen alcohólico.

A: Y recuperando la idea inicial, hablábamos del momento en que llegamos al médico y comentamos los tres aspectos de los que los médicos se quejan más. Uno, que vayamos oliendo a alcohol; otro, ropa sucia, que va desaliñado, mal aseado, etc. Y otro, los malos olores.

Esther: Pero eso puede oler una persona que no huela.

A: Porque se quejan los otros usuarios... Entonces, podríamos añadir un cuarto, que el comportamiento a nivel verbal tampoco sea así muy idóneo. Entonces serían cuatro elementos que al médico le producen así un cierto rechazo o que puede condicionar un poco la actuación del médico. ¿Cuál de los cuatro creéis que es más grave?

Francisco: El olor corporal, la mala olor

Jaime: Y la educación.

Francisco: Yo conozco uno, que le dijo, si no vienes limpio no te visito.

Esther: Si tu vas a un médico, y no vas con educación, para mí es lo peor. Yo como gracias Dios la educación, la tengo...

A: Es que probablemente esos dos aspectos que estamos comentado, olor y educación, influyen en que el médico te atienda o no. Pero el aspecto y el alcoholismo probablemente influyan en como te van a tratar. Aunque seas educado y no huelas mal, pero hueles a alcohol, te van a atender pero ya de otra manera. Si además tienes las otras cosas...

Esther: Quieres decir que si no te atiende igual que si fueras de otra manera.

Jaime: Hay chicos que son drogadictos y alcohólicos, y van al médico, y tienen una educación, pero van que se caen de sueño. Y luego se ponen hablar y te quedarías todo el día hablando.

A: Entonces ¿pensáis que condiciona esto mucho al médico?

Esther: Tienen don de palabra. Pero eso de los olores, el médico también se puede dar cuenta que yo puedo oler un poquito, y puedo ir limpia y decir me acabo de duchar y vas al médico y si tu eres una persona de oler, pues puedes oler un poquito, oye, eso no...

Jaime: El olor de sudor no molesta, el olor de sudor no molesta algunas veces, claro que molesta pero el olor del alcohol tela...

Francisco: O de vómitos... O te van a mirar los pies y pegan un cante...

Esther: Pero a lo mejor esa persona no tiene culpa de que le huelan, ¿no?

Jaime: Para eso hay solución.

A: ¿Y notáis si hay diferencia si es hombre o mujer el doctor?

Jaime: Eso ya no se.

Esther: ¿A ti te tratan bien? A mí me tratan estupendamente.

Manuel: Para mí que trata mejor la mujer que los hombres.

Jaime: Yo todo lo que he tenido han sido mujeres.

Esther: Cómo es, si voy a la consulta ¿Qué te tratan mejor a ti que a mí?

A: No, si te trata mejor un doctor o una doctora.

Esther: Yo prefiero un doctor. Mi madre dice que una doctora pero yo prefiero un doctor. No se yo lo veo más preparado, te mira más, está más pendiente de ti.

Pedro: ¿Más preparado?

Esther: Yo sí, yo veo que están más preparados.

A: ¿Tu Esther dices que te tratan mejor las doctoras, tu Pedro?

Pedro: Las doctoras

Florencio: A mí por igual

Francisco: Igual

Jaime: Yo doctoras, enfermeras, todo lo que sea mujeres...

Pedro: Yo como me ha atendido la doctora, no me ha atendido nunca nadie.

Esther: Yo al ginecólogo voy porque tengo confianza, y porque a parte me tengo que mirar, yo prefiero que me toque un hombre, no lo se por las manos, que como son más grandes, pero prefiero a un médico que a una doctora. Porque las mujeres, a lo mejor viene una, y luego otra, y espera un momento, y aquello y lo otro... Yo prefiero a los médicos, por lo menos para mi, ellos están más pendientes de ti, que la doctora. Y he ido al ginecólogo muchísimas veces porque he tenido cuatro hijos.

Jaime: Y yo prefiero doctoras porque estoy más pendiente de la doctora que de...

Esther: No, no pero yo no hablo del tema guapos, yo hablo de médicos.

Manuel: Por atención yo he visto mejor la de las mujeres que la de los hombres.

Esther: Yo, cada uno da su opinión.

Francisco: Como las que están en el mostrador de las plantas, esas...

A: Eso se nos había olvidado ahora lo hablamos. Para acabar con los médicos. ¿Qué preferís gente joven o gente mayor?

Esther: Hombre, hay gente joven muy preparada pero yo prefiero gente mayor. Más vale lo bueno conocido que lo malo por conocer.

Jaime: La experiencia es un grado.

A: Pero el trato de unos y otros es igual ¿no?

Francisco: Lo mismo, yo tengo una doctora que es joven y, si, si...

A: ¿Joven o mayor?

Manuel: Mayor

Pedro: A mi me es igual, porque hay médicos mayores que da gusto hablar con ellos y hay médicos jóvenes que da gusto, y hay médicos mayores que...y hay médicos jóvenes que...

Jaime: A mi, los mayores tienen más experiencia es normal y te dicen las cosas pensándolo mucho. La gente joven me gusta porque también tienen una forma más directa de hablar, cuando te ven a ti que eres un enfermo abierto, pues te hablan abiertamente y cuando eres cerrado, pues se cierran también ellos. Mientras sea, un médico que te mire y no te mire bien, ese...

Florencio: A mi me da igual

Esther: En el Clínico, un chico joven no sabía ni para que estaba el taburete para subirme...

Pedro: A veces los jóvenes...

Esther: Yo prefiero uno mayor, que quieres que te diga.

A: Os he preguntado esto, porque han publicado algunos estudios que dicen que las mujeres tienen más trabajado el aspecto psicosocial que los hombres. Y luego por edades se dice que los jóvenes están menos quemados y que son más atentos, ponen más interés, más sensibilidad, y que la gente mayor, a lo mejor tienen más experiencia pero están más quemados.

Esther: De todas maneras, si tu sabes hablar con ellos y tratar con ellos, te miran más están más pendientes de ti. La gente joven está más pendiente del cigarro, del móvil... Y las chicas por igual porque yo he ido a ginecología a mirarme y ellas están más esto que... cuando no pica una pica la otra, que si esto que si aquello. Ellos están más pendientes de ti, aunque tengan esas manazas que tienen que te hacen daño. Pero yo prefiero que me hagan daño y que estén por mí que me miren bien. Yo prefiero un hombre.

A: Y como nos decía hace un momento Francisco, el personal que nos encontramos antes de llegar al médico, el personal que está en los mostradores... ¿Cómo nos trata?

Francisco: Es un poco pasotilla.

Manuel: Yo ya he contado mi experiencia con los guardas jurado.

Esther: Eso es porque mira te tomaron a ti por tonto y se liaron a palos.

A: ¿Y los recepcionistas?

Manuel: Los recepcionistas no tengo ninguna queja.

Jaime: Los recepcionistas son casi todos, atienden bien, lo que pasa que son gente que está muy quemada. Si están ahí nueve u ocho horas y llegan personas de todos los colores, el uno llega y mire esto que lo otro, pues te atiende con corrección. Pero otro oiga que yo vengo, que quiero, oye tu... pues llega un momento que dicen a ver que pasa.

Pedro: Es que es según como tu vayas. Depende del enfermo...

Esther: Claro porque hay señoras que van allí, oye porque venga que tengo prisa que tengo que ir al mercado. Pero que pasa...

Pedro: Es que si hay una lista.

Esther: Porque nosotros como somos también, es que cuanto tarda...

Jaime: Yo conocía a una tía que estaba allí, se mete el médico...

Esther: Que nosotros, también tenemos que hablar de nosotros, que si este tarda un cuarto de hora, que si yo quiero ser el primero...

A: *Lo que comentaba antes él, que a veces se tenía que esperar mucho, y que si esperaba mucho se cansaba y se marchaba. Claro si ellos dan numero de orden... tenemos que entender como funciona el sistema...*

Francisco: Si se conocen entre ellas...

Jaime: Yo he ido allí al dentista, y ha llegado y puumm, oye: pasa, pasa... y yo esperando. Y el diente me dolía a mí lo mismo que le podía doler a la otra.

Esther: Ves eso no lo he visto yo aquí.

Pedro: Eso me lo han hecho a mí.

Jaime: Yo fui una vez de urgencias que me llevó la Rosa, yo fui de urgencias porque me daban mareos, que es cuando tenía las embolias que tenía, tenía y tengo. Yo iba de urgencias, ¿Por qué tengo yo si vengo de urgencias, por qué tengo que estar ahí haciendo cola? A mí me da igual quien me atienda, el médico, la médica o quien sea... que vengo de urgencias, vengo que estoy malo. Si me duele pues me aguanto pero si vengo de urgencias.

Manuel: Ah, una cosa, eso pasa también en las urgencias, si te llevan en ambulancia te atiende más rápidamente que si vas por tu propio pie.

Esther: Porque es más grave.

Manuel: No, pero estando lo mismo de malo. Eso es lo que sucede también.

Esther: Yo siempre que he ido de urgencias he tenido que esperar.

Pedro: Si te llevan en ambulancia es más rápido.

Manuel: Si se lo que me digo.

A: *Bueno, alguna pregunta. Hacemos una última pregunta. Si tuviésemos que hacerles propuestas a los responsables de la sanidad en Barcelona, si tuviéramos que pedirles cosas que arreglen cosas que no funcionen en la atención a gente como la que estamos hablando aquí. A ver que les pedimos, como si hiciésemos un carta a los reyes, pero a los de sanidad. Hablando de un colectivo que ha estado viviendo en la calle, que tiene problemas de alcohol. Para que tengan acceso y trato en la sanidad igual que el resto de los usuarios....*

Manuel: Yo pediría que sean más responsables en las ambulancias, que se lo tomen más a pecho, más responsabilidad. Que una ambulancia puede ir un chofer, y después los componentes sean responsables, que sepan lo que están haciendo. Porque hay mucha ambulancia que no saben nada de nada, los camilleros que te meten en la ambulancia. Un amigo mío ha ido en ambulancia y no sabía nada de nada ¿me entiendes no? ¿Cómo cogéis así a una persona?

Esther: Hay algunos que van hablando, y estás tu medio para allá y tu por favor que me duele la cabeza... Son jóvenes y no... Y de lo que has hecho el fin de semana y de esto y de lo otro, no ya llegamos, no se preocupe, y ellos venga y dale y dale. Son criaturas. Yo no los veo para llevar una ambulancia. Y son grandes, porque parecen tochos.

Pedro: Claro, no van a meterme a mí que soy canijo.

Esther: Yo luego lo que pido es que tengan un sitio a parte para tratar a los drogadictos, yo no los desprecio ni nada. Pero, están tirados por el suelo mareados, mientras tu estás esperando.

Pedro: Bueno yo me tengo que ir que a las diez tengo que ir a trabajar y tengo que cenar y todo.

A: *De acuerdo, gracias, Pedro.*

Esther: Hasta mañana

Jaime: No pongas plato para mí que no ceno.

A: *Que más les pedimos.*

Jaime: Yo esto, que si va un moro un paquistaní es normal que se tenga que hacer entender pues que pongan un intérprete.

Esther: Tu pides mucho ya.

Jaime: No estoy pidiendo mucho, no, hay sitios que están poniendo ya, en Andalucía. La doctora porque tiene que saber cuarenta idiomas, llega un inglés y tienes que hablar en inglés, llega un mora y tiene que hablar en moro, llega un pakistaní...

Esther: No se dice moro, se dice marroquí.

Jaime: Es igual moro, es lo mismo, tu me entiendes de la misma manera.

Esther: Bueno que pongan más traductores y ya está.

Jaime: Que los pongan en diferente consulta, o un intérprete que se enteren, que se entienden con el médico.

A: *Pero, Jaime, eso para los inmigrantes, que también trabajamos con este colectivo. El tema de los inmigrantes da para mucho, pero para el colectivo nuestro, del que hablamos que pediríamos.*

Jaime: De los que están en la calle, antes, antiguamente veían a una persona durmiendo en la calle, pasaba la Guardia Urbana y se los llevaba. No veías a nadie durmiendo en la calle. Si veías alguno ya procuraba que no lo viera, ya buscaba un sitio que no le vieran. Eso es lo que tienen que hacer, en vez de tanto poner multas para los coches.

A: *Pero eso va en contra de la libertad de las personas.*

Jaime: Coño pues el que no quiera, ves y...

A: *¿Jaime, en relación con los médicos que les pedirías?*

Jaime: ¿Yo?

A: *Si tuvieses delante al jefe de todos los médicos de Barcelona, que le dirías*

Jaime: Pues yo le diría que trataran a todos en general con cariño a los enfermos y saber cuidarlos, y saber, no mirarlos, quererlos y cuidarlos como se les tiene que cuidar.

A: *Un trato más humano.*

Jaime: Ahí

Manuel: Otra cosa, en el hospital cuando uno cae enfermo y está viviendo en la calle, el motivo por el que se le da de alta a medio curar, si va a volver a caer, lo que digo es porque no lo tienen en el hospital, hasta que se acabe de curar y luego ya le den el alta. No que a medio curar, le den el alta.

A: *Ahora han iniciado un programa que le llaman Prealt que intentan coordinarse todos los servicios sanitarios, pero de momento no está en marcha, sólo es un piloto. Intenta evitar que ocurran estas cosas que estas diciendo.*

Esther: Es que ocurren mucho estas cosas...

A: *Hay varios hospitales vinculados a este proyecto (...) Ellos también son conscientes de que esto es un problema. ¿Y usted Manuel?*

Manuel: Pues yo no se, pues lo mismo.

Manuel: Que nos traten como seres humanos.

A: *¿Y tu Esther que le pedimos a los reyes?*

Esther: Lo primero más educación y más vergüenza para todos. Hay médicos que se las traen pero hay también usuarios que se las traen. Yo como usuaria lo reconozco, que todo lo queremos deprisa, parecemos lobos ahí dentro.

Jaime: Si que hay alguno, que qué es eso, cómo te lo has hecho, qué te ha pasado. Y te entra... Sólo hace falta que te digan hola, qué cuando te mueres...

Esther: Hay algunos doctores que también te tratan como no es debido ¿eh?

Jaime: Porque tienen mal día.

Esther: Pero otros hay que reconocer que te tratan de maravilla.

Jaime: Pues el que tenga mal día que se quede en su casa y le de el trabajo a otro.

Esther: Ahí está, y que tenga más paciencia.

A: *Es lo que ellos llaman la variabilidad de la práctica médica, porque del trato de uno al trato del otro hay una diferencia grande a veces. Depende un poco de quien te atiende. ¿Pero eso os parece lógico o creéis que no debiera de ser así?*

Jaime: Yo he estado cuatro años en una residencia de mayores, en Vilafranca y tenía catorce abuelos y abuelas, siete mujeres y siete hombres. Y yo los he tratado a todos por igual, y no todos eran igual, cada uno tenía su carácter y sus cosas, pero yo a todos los he tratado igual. Cuando había que decir, eh que aquí se ha acabado era para todos, todos a la cama... No porque yo tengo que esperar porque, nada, se espera ahí que yo cuando acabe vendré a por usted. No me toque el timbre porque no voy a venir.

Esther: Aquí todos somos iguales, si señor.

Jaime: Yo no podía llevar a los catorce a la cama a la vez, tengo que llevar a una y a otra y a otra. Y había alguna que me la tenía que llevar así.

Esther: No yo eso no lo hacía.

A: *La conclusión aquí también es que al salir de la calle el valor de la vida también aumenta. El valor que uno le da a su vida y a su salud también aumenta.*

Jaime: Hombre la vida en la calle deteriora mucho a la persona.

Francisco: Es más fácil ponerse malo, te estropea mucho.

Jaime: Te deteriora mucho, vivir en la calle... También hay unas normas no te creas que es todo una basa de aceite, también hay unas normas, porque sino te comportas en la calle pues... Hay quien se comporta.

A: *Bueno pues yo os agradezco muchísimo que hayáis estado con nosotros (...)*

[J: El comentario que iba a hacer antes, yo pediría que se entienda que todas las personas tenemos los mismos derechos.]

Esther: Y el mismo trato].

[J: Si, pero una cosa es el trato y otra es los derechos que tienen las personas. ¿Por qué hago esta petición? Os voy a contar una petición que nos ha pasado hace unos meses y os pido que no salga de aquí. Una persona de aquí del centro que es enferma mental, en tratamiento y estabilizada. Le detectan un

cáncer, empezamos hacer el seguimiento de la enfermedad, y de pronto dice el médico que esta llevando ese caso, incluso se reúnen en la comisión de tumores del Hospital del Mar, y deciden no aplicarle ningún tipo de tratamiento por el hecho que es una persona que vive en la calle y que además es un enfermo mental. Si esta persona tuviese un domicilio, una familia y no fuese enferma mental, le pondrían el tratamiento, un tratamiento que podría tener resultados positivos. Pero la explicación que te dan es que es una persona que vive en la calle y no va a entender las explicaciones que se le den.

Esther: Vamos que le dejan morir por la cara...]

[J: Y un dato que me parece que te di cuando nos vimos, es que Arrels en el tiempo que llevamos trabajando hemos acompañado a morir entorno a....]

4. GRUP DE DISCUSSIÓ: GENT GRAN

Data: 21 de desembre de 2004		Lloc: Associació Nou Horitzó (Garrotxa, 25)
Hora inici: 10:00	Hora final: 12:30	Duració: 2:30 h.

Nom fictici	Edat	Lloc d'origen
Pilar	93	Barcelona
Dolores	78	Barcelona
Carmen	87	Lleida
Paquita	78	Jerez de la Frontera
Amelia	76	Granada
A: Andrés (coordinador)		

A : Andrés Cernadas, coordinador del grup y responsable de l'estudi.

1. ESTAT DE SALUT

A: Molt bé, un cop fetes totes les explicacions, començarem.

Si us plau, vostè com es diu?

Pilar: (...) de 93 anys,

A: És de Barcelona?

Pilar: Sí, de Barcelona

A: Expliqui'm una mica, com va la salut a veure?

Pilar: Pues jo sóc una persona afortunada, perquè sóc molt gran he passat moltes malalties... N'he sortit de totes perquè quan jo vaig néixer va venir la primera guerra mundial. Pues des de l'any 14 fins a l'any 22 va estar sempre malalta, era una darrera l'altre, ja no dic totes les malalties perquè ja sóc molt gran.. Però a l'any 35 em vaig una... de sang. Vaig canvia de sang per complet. I des de llavors he tingut una grip, m'he trencat un genoll, m'he trencat un braç, però tot ho he anat... bé.

I si haig de dir algo es que tots els metges m'han tractat molt bé. A tot arreu m'han tractat molt bé i estic molt contenta...

A: A quin CAP va?

Pilar: Aquí, a Maragall. La doctora que tinc és molt amable, amb visites, molt, molt, completes ... amb sessions de 10 o 20 minuts. Jo tinc la sort que només vaig dues vegades a l'any...

A: Només dos cops?

Pilar: Vaig a fer l'anàlisi de sang per a les tiroides. Com que les tiroides és una cosa que et recreen unes pastilles i són per sis mesos. Passats els sis mesos tornes a fer la revisió. Si vaig estar hospitalitzada, al hospital del dia diguéssim, vaig estar unes 48 hores pel cor. El cor no està malalt, però està bé i com està bé pues no en juguis...

Pues també estic medicada, que també són... Sóc una persona afortunada.

A: *O sigui pren pastilles pel cor i per les tiroides.*

Pilar: Després prenc que no són..., però són necessàries eh?

A: *Pilar i vostè s'organitza bé per prendre les pastilles, sap quines toquen a cada hora...*

Pilar: No, no, el dia que me'n recordo me les prenc i el dia que no me'n recordo no me les prenc... O no les tinc... Les de les tiroides sí, però les altres ja li dic, el dia que me'n recordo... El dia que me'n recordo que haig d'esmorzar em prenc la pastilla sinó esmorzo no em prenc la pastilla. Jo em trobo bé... em canso molt, però perquè tinc el cor vell...

A: *Ingressos hospitalaris..., jo vaig estar un cop ingressat 15 mesos...*

Pilar: Ja li dic estic, bé, ingressos, no ... tinc la sort d'estar bé... Em canso molt, no hi sento, no parlo gaire clar...

A: *Jo la veig molt bé molt bé*

Amelia: Ya me gustaría a mí llegar así, ... con la cabeza tan bien...

A: *Y tanto y tanto, yo creo que firmaríamos todos ... Seguimos la ronda. Usted es..?*

Dolores: Bueno, pues yo no se lo deseo a nadie...La soledad

A: *Quants anys té, Dolores?*

Dolores: Setenta y ocho he cumplido en Agosto.

A: *Y también es de Barcelona.*

Dolores: Sí. También de Barcelona...Pot parla el català... yo no parlo pero entiendo

Sí ara he d'estudiar als 78 anys...

A: *Jo no he estudiat mai el català...*

-Jo sóc de pares castellans i toda la familia me sigue hablando en castellano...

(.... Conversa sobre el català)

A: *Com va la salud*

Dolores: Diques que la cara miente, pero miente miente... tengo siete operaciones hechas nada más... sabe? Mi madre estuvo tuberculosa dos años en San Pablo antes de casarse, le dijeron que no tuviera hijos. Y ha tenido, la primera fui yo, no se si tengo algo que queda de entonces pero todos los males me vienen a mí. Yo tengo la tensión descompensada, o sea la baja la subo. Tengo angina de pecho, tengo asma, he tenido también lo de las tiroides y tengo algo de los huesos mmmm.. artrosis. Desde arriba a bajo. Tengo dolores bueno... Cada dos por tres me caigo, ahora llevo una temporada que no...

A: *Pero... eso puede ser porque la cabeza...*

Dolores: No, no, no porque tropiezo o porque le pego una patada a un escalón y se me hace un bulto... desde mayo lo tengo... Luego he estado desde agosto hasta octubre con gripe, una gripe que he tenido fiebre todos los días y tos... Cuatro veces vinieron los de urgencias a casa... Es que no podía... Sabe que? Que tengo el cuerpo que todo lo atrae, para mí, ...ella se ríe y se burla. Yo tomo todo lo que me mandan los médicos y lo tengo muy bien preparado. Yo tengo una cajita...le voy a explicar como lo tengo yo. Yo tengo una cajita que me dieron en la farmacia, un dosificador y tengo las que tengo que tomar a la mañana las tomo, la de la... Me las pongo yo. Me pongo media de la circulación, una entera de la circulación, otra para el asma, son cuatro que tomo por la mañana. Luego, al mediodía tengo dos en la cajita, pero tengo un sobre de ... que es para ayudar a ir de vientre, las cosas claras, estem parlant... Y la otra pastilla es para la tensión. O sea que tomo dos pastillas y media de tensión, pero una y media

a la mañana y una al mediodía. Por la noche tengo un protector, tomo una pastilla protector, además de unas gotas... No que tomo muchas pastillas para protegerme el estómago... Tomo además unas gotas porque tengo el menisco roto pero no me quieren operar. ...Ella se ríe porque claro, yo las tomo y ella no toma nada... Pero bueno cada una hace lo que quiere. Yo me cuido

Pilar: Yo no

Dolores: Pues bueno... también tiene razón yo no tengo miedo... pero bueno... pero yo... no he acabado si no me has dejado acabar. Si estoy empezando a decir que a la noche tomo el protector además de unas gotas que también tomo por la mañana para el menisco que está roto... que no quieren operarme... y como la artrósia es muy grande pues no quieren, no se atreven la verdad. Aquí en San Pablo... Después tomo un que es para los nervios y para la depresión porque tengo una depresión de caballito...

Pilar: ¿También para la depresión? Yo pregunto

Dolores: Hombre, es una enfermedad, la depresión es una enfermedad quieras o no quieras...

A: ¿Y a qué CAP va usted?

Dolores: A Maragall, y estoy contentísima con la doctora que me toca... y cuando voy a San Pablo me atiende bien. Ahora, cuando quiero ir de urgencias no voy a San Pablo, me voy a la Esperanza. Porque allí no me hacen esperar casi nada.

A: Ah, està bé.

Pilar: Jo perdoneu, pero lo que no se preguntó...

Dolores: Se me hizo una bola aquí, porque me tropezé con una cosa que estaba más desbaratada que no la vi y me caí. Yo me levanté y me hice sangre en la rodilla, y no le di importancia pero llegué a casa y como si tuviese un champiñón, así... Y de aquí hasta aquí un morao de miedo. Oye no podía dormir ni por ese lado. Una caída pero tonta. Bueno, pues fui a la Esperanza, me cogieron, me envolvieron con una venda y a la semana tenía que ir a mi doctora para que me lo sacara. Quiero decir que, soy propensa a caerme.

A: Usted?

Carmen: (.....)

A: Quina edat?

Carmen: 87

A: Està molt joveneta...

Carmen: No tengo ganas de morirme, no tinc cap mal, no prenc cap medicament,

Carmen: Nascuda a Lleida

Dolores: Ella dirá que tiene depresión pero yo la veo muy bien...

Pilar: Jo ara no menjo fruita, però des de que vaig néixer fins als 21 anys, si ver diguéssim el canvi... menjava molta fruita.

Carmen: De salud molt bé, no tinc cap mal. A la cama em va fer un baixón, però se ha subido. O sea que la cosa està bien. No prenc casi cap medicament, l'únic que pren cada dia una????'Es tot.... Però també... pel colesterol, faig un règim perquè el colesterol és l'única cosa que puja però no massa tampoc.

A: A quin CAP va?

Carmen: Aquí a Maragall

A: El que passa que a Maragall hi ha molts CAPs depèn de la planta

Carmen: Jo a la tres....

Dolores: A la quatre...

Pilar: Aquí hi ha uns metges que són molt macos.

A: *Hi ha quatre CAPs a cada planta hi ha un CAP... I quan va la tracten bé?*

Carmen: Bé, si molt bé. Quan vaig a buscar la medecina que no me l'ha receptada al CAP, me la fa igual.

A: *I quan va tenir aquest problema que va caure que va trucar al metge d'urgències o va anar a vostè a urgències?*

Carmen: Vaig anar jo a urgències, estava a Masnou i em van haver de portar cap aquí i vaig anar al 2 de Maig. I allí em van fer la enguixada. Ara he tingut un baixón mental.

Pilar: Has de dir que abans de trencar-te la cama vas tenir una petita embòlia. Per això és el baixón del CAP, escolta tu que jo no sóc metge però l'embòlia sí...,

Aquesta petita baixa es pel que tu ara has perdut la memòria. Jo també el dia que no esmorzo no em prenc la pastilla... Però jo m'aixeco a les set del matí...

Dolores: Perquè tu ets molt amiga de les pastilles...

Pilar: No perquè tenen que tindre vuit hores des de que esmorzo fins que dino. Hi ha pastilles que tinc que esperar vuit hores i tinc que anar contrarreloj que dic jo. I em diuen, perquè t'aixeques... I jo m'aixeco però me'n torno al llit perquè jo si tinc ganes d'estar al meu llit...

Paquita: Ahora me toca a mi, por dónde empiezo...

A: *La edad?*

Paquita: La edad 78

A: *Y natural de?*

Paquita: De Jerez de la Frontera pero llevo aquí muchos años, desde los 21 años...

Allí había el pobre y el rico y la media, y aquí todos iguales porque yo cuando vine aquí. Allí el dueño era el rey... y aquí... yo sí lo noté... aquí somos todos más iguales...

A: *Bueno, ¿y la salud Paquita?*

Paquita: Bueno hay de todo un poco pero voy tirando... Nunca he estado ingresada he tenido los hijos en mi casa, cuando cambié de aire, vine a los 21 años aquí y nunca me había visitado el médico... Era una familia de media clase, no había miseria tampoco, pasamos la posguerra... Pero al venir aquí ya cogí una bronquitis asmática, pero bueno. Vivía en Badalona, trabajaba allí al lado de la orilla y se ve que aquello me afectó mucho... Pero me medicaba. Después me casé, con un jerezano por eso, que ya lo había conocido allí, que era amigo de mi hermano. Tuve dos hijos bien en casa... no me puedo quejar. Me fui mejorando de esta bronquitis al cambio de aires... me medicaba, ara los hijos los he tenido en casa, no he estado nunca ingresada, tengo mis achaques, pero, me cuido me cuido mucho... Tengo molestias, No me puedo quejar

A: *¿Toma medicamentos ahora?*

Paquita: Sí, tomo para la tensión, porque me subía y me bajaba, una pastillita por la mañana. Después hace un año o así me noté un poco de malestar y me llevaron a San Pablo un día y me dijeron que tenía el corazón grande. Pero después me han dado el alta y me dijeron que no que estaba bien para mi edad. Bueno pero, esto me mandaron unas pastillas para eliminar líquidos, no? La tomo un día sí y otro no y hay días que me salto, porque es una lata el tomarse cosas para eliminar líquidos la verdad. Si tienes que salir te sale más. Para la hernia me tomo antes de comer, me mandaron un sobrecito que me lo tomo también y si estoy fuera no me llevo nada. Y que más... No tengo muchas cosas, no... Tomo por la noche para esto de eliminar líquidos... Voy tirando

A: *Y en el CAP la tratan bien también.*

Paquita: Me tratan bien, bien demasiado... Ahora me tienen que operar de cataratas... Estoy en la lista de la persona.

Amelia: Esto va con la edad

Paquita: por eso yo quisiera estar como esta señora... porque todavía me quedan 14 años para los 92... pero no me puedo quejar...

Pilar: Totes aquestes malalties van amb l'edat. En fi....

A: Y usted, Amelia?

Amelia: Yo nací en Granada, tengo 76 años, también vivo sola, pero tengo dos hijas.

A: ¿Y la salud?

Amelia: Bueno, podría ir mejor pero no me puedo quejar, ... problemas de tensión, de huesos, no puedo caminar bien,... pero otros están peor...

A: ¿Toma medicamentes?

Amelia: Sí, para esas cosas, pero los menos que puedo. No me gustan mucho las pastillas..

2. COM ES DEMANA VISITA

A: *Ara jo els faré preguntes sobre un tema y vostès poden dir el que vulguin totes cinc. A veure començarem pel tema de demanar visita per anar al metge, es un tema complicat, perquè teòricament es pot demanar visita per Internet, per telèfon o bé anar personalment. Quan demanen visita com ho fan? O no demanen i esperen que les programin en funció de....*

Carmen: Jo telèfon

A: *I quan truca, l'agafen el telèfon sempre, comunica moltes vegades, ha de trucar molts cops...?*

Carmen: No molts cops no, però de vegades un parell de vegades sí, perquè es posa el ding, ding, ding, aquell... però no, normalment bé.

Paquita: Se ve que ahora han puesto más... ya antes llamabas y nunca te cogían...

Amelia: Llamar es para no tener prisa

A: ¿Y usted, también llama por teléfono?

Paquita: Mire esta vez me fui a urgencias porque tuve como dolor de lumbago y entonces mi hija llamó, fui a urgencias al CAP. Y me mandaron unas pastillas y de seguida me he curado. Pues sí, me atendieron muy bien, eh? Fui a urgencias, porque yo digo si llamo...no sé...que otras veces he llamado para pedir hora y no había... Y me cogió mi hija el número, hara un més de esto.. y de seguida fui y me visitó la doctora mía de urgencia. Y si me mandó unas pastillas que si me fueron muy bien.

A: ¿Y usted como pide hora? Por teléfono? ¿Y le cogen pronto el teléfono?

Dolores: Por teléfono. Si si, bien. Yo si por ejemplo yo no me encuentro bien, yo digo yo no me encuentro bien ahora y si está la doctora y me puede visitar hoy. Si me puede visitar sí, y sino me dicen, no mañana, Bueno pues mañana.

A: *Pero cuando llama al teléfono le descuelgan y puede hablar...*

Dolores: Si, si, si puedes.

A: *Porque yo también tengo médico en Maragall y yo voy a la planta 2 y puedo llamar a mediodía 6 veces y me comunica las 6 veces.*

Paquita: Ah, a mi me pasaba y bueno, digo pues voy

A: *¿Usted, Amelia, también llama...?*

Amelia: Yo normalmente tengo que llamar dos veces.

Paquita: A mi me había pasado tiempo atrás.

Dolores: Algun vez he llamado y me constestan muy bien, y les he preguntado alguna cosa y me constestan correctamente. Tratan bien.

A: *I vostè, com demana visita?*

Pilar: Pues jo vaig, perquè no m'aclareixo per telèfon, jo vaig personalment y tinc la visita cada deu dies. Vaig avui i aniré d'aquí a deu dies. Jo porto un pitu, el pitu de la creu roja. Vaig estar, em vaig trobar molt malament, i vaig trucar a la creu roja i als deu minuts tenia la creu roja amb el metge.

A: *Això que li diuen el telealarma, no?*

Pilar: Sí, Mentre venia la creu roja, la creu roja va comunicar amb el metge. Vull dir que... em va fer una visita molt completa i aquí molt contenta.

A: *El que va venir va ser el metge.*

Pilar: Jo vaig avisar a la consulta i no em van contestar, però com que em trobava molt malament vaig tocar el pitu i llavors van venir. Alguna la vegada no l'he portat perquè no me'n recordo de treure'l però va molt bé, eh?

Dolores: Tendrias que llevarlo siempre por la calle, puede pasarte cualquier cosa.

A: *I això és gratuït o s'ha de pagar?*

Pilar: S'ha de pagar, però bueno... perquè segurament... A la ciutat Vella ja està molt.

Paquita: Va sola por el mundo, Usted va sólo al médico y todo?

Pilar: Sí. Tengo la familia muy lejos.

Paquita: No se, a veces te lían te manda a San Pablo para hacerte análisis,

Pilar: Bueno cuando voy a San Pablo, ya es distinto, entonces ya llevo alguien, puesto que.. ya es una cosa más seria...

Paquita: Es que te marean para ir a San Pablo que si tienes que coger hora, que si tienes que saber...

Pilar: Yo cuando voy a San Pablo...

Paquita: A mi me acompaña mi hija, por supuesto...

Pilar: Yo cuando he estado en San Pablo me han acompañado.

Paquita: Ah, si, no es como aquí, ...que aquí lo tiene todo mujer

Pilar: Pero yo como puedo ahora, pero cuando me encontré muy mal llamé a la Cruz Roja y vinieron de seguida. Cuando se enteraron, porque sino ya hubiese avisado a mi hijo, porque aviso casi antes a mi hijo que a la Cruz Roja. Yo estoy muy contenta, de llevar eso...

Dolores: Usted está muy bien, tan despierta...

3. MEDICAMENTOS

A: *¿Otro tema que nos preocupa es el tema de los medicamentos, lo que hablábamos al començament, les pastilles: les prenem bé, les prenem malament, les podem prendre soles... ens han d'ajudar, es complicado, no es complicado...?*

Pilar: Si que es complicat si, jo dic que és complicat perquè la meva cosina en pren de cosina. I no sap mai si s'ha de prendre la de las nou del matí o

A: *La meva mare té 82 i si no l'ajudem també té problemes...*

Pilar: Jo fins ara...

Carmen: La meva filla em posa matí tarda, medio y ya se.

Pilar: Això va fer la meva neta: ja ja de matí de tarda i al vespre.

Paquita: Jo las que tomo tampoco son muchas...

Pilar: Yo dues vegades a l'any... Jo les que prenc les prenc sola

A: *Vostés pensen que això de les pastilles és un problema per la gent gran?*

Amelia: Sí, y más

Carmen: A mi em deixen un paperet matí tarda i nit.

A: *Pero de vegades, la gent que no té la familia tan a prop... o que... és un porblema*

Paquita: Todo depende de según como se tenga la cabeza, porque...

Pilar: Aixó si...

Paquita: Porque cada cual

Carmen: Yo tengo un neceser que me meto todo lo que tengo que tomarme al día.

Cada cosa tengo allí, cuando se me vacía el pastillero cojo el neceser y me lo pongo allí.

Amelia: Yo tengo allí una bolsita y se lo que me tengo que tomar de mañana, a medio día y a la noche y ya está .

A: *¿Y para la gente mayor que tiene problems para tomarse correctamente los medicamentos la solución cuál creen que sería?*

Amelia: Tener una ayuda que le diga, mira... esto a esta hora

Dolores: Si pero para pagar a la gente... no, gente que tenga interés por ti.

Paquita: Lo que hace mi hija

A: *¿Y la posibilidad de que los servicios sanitarios pasasen por casa a dosificarlos medicamentos, como la ven?*

Una alternativa sería que una persona de sanidad pasase y le pusiese en el pastillero lo que ha de tomar mañana tarde y noche. Y al día siguiente igual. En ese caso que les parece mejor que fuese sanidad o servicios sociales? ¿Un trabajador familiar, o mejor que lo hicieran directamente los del CAP, a través de una enfermera...?

Amelia: Los del CAP... como los del PADES.... Ami hermana venían a visitar a tomarla la tensión y todo... Su marido estaba allí, pero cada semana venían una o dos veces allí... Yo encontré que estaba muy bien. Además la que a mi también

Pilar: ¿Qué es esto?

A: Es un programa de atención domiciliaria a personas con dificultades especiales.

Pilar: ...quien no tenga nadie....

A: *Quien no tenga a nadie o que tenga a alguien con dificultades también, pues ahora ya hay personas de 70 años que cuidan a sus padres de 90... Se coordinan los servicios sociales y va un médico y una asistente social...*

Pilar: A on s'ha d'anar per fer això?

A: *Això a serveis socials del CAP, però això ho fan ells quan ho creuen pertinent. Hi ha vegades que toca o no toca i quan creuen que fa falta. Això es fa molt quan una persona surt de l'hospital i va cap a cas, automàticament fan aquesta intervenció*

Carmen: La meva germana, jo ho se per això, per la meva germana perquè com l'havien operat del colon, de càncer, per això... perquè ja arribava un moment que ni podia aixecar-se. Al meu cunyat li van donar la jubilació per això per poder ajudar, perquè tenia que aixecar-la, caminar portar-la al bany, tot,

Amelia: Que malo no poderte valer

A: *Y piensan que es difícil eso que sanidad pase por casaa dosicficar los medicamentos a la gente cón dificultades.*

Pilar: No ho se, que passin... si estaria be per la gent,

Carmen: Sinó tens ningú que t'ho pugui fer.

A: ...O pensen que és millor que ho faci la farmàcia?

Carmen: No a la farmàcia, no perquè la farmàcia no te'n recordes de la farmàcia...

Pilar: A la farmàcia has d'anar-hi expressament, ja és molt diferent. Anar expressament a la farmàcia.

Carmen: La meua filla marxa tot el dia i sap que haig de prendre una pastilla i quan arriba i una d'elles ha quedat allà, ja la monta padre...

Pilar: Bueno, està molt bé

Carmen: Sí...

Amèlia: Sí, estaría bien...

Pilar: Jo com que no tinc filles, si em passava i algú m'ho deia, pues també ho trobo bé.

Carmen: No em queixo Jo trobo bé de la manera que ho fa, eh? JO el cap, encara el tenim una mica bé...

Pilar: Estem parlant de persones que no...

Carmen: A mi em falla el cap i em descuidaria més d'una vegada, eh?

Pilar: Mira, et amb el cap, et falla amb les...

Carmen: Home es normal, no podem anar ja a ballar eh?

Pilar: Mira a mi l'altre dia se'm va cremar la verdura.

Paquita: Bueno, eso a veces pasa, a veces se distrae una...

Pilar: Se'm va cremar la verdura... fent punta de coixí...

A: Això passà a casa meua i nom tant grans...

Pilar: A més a més, es que estic sentint la pudor de cremat i penso i dic ah mira a algú que se li crema el dinar.... algú que se li crema el dinar... i a llavors, ups! si es el meu..!

Carmen: A quin pis vius tu?

Pilar: Al quart

Paquita: Sin ascensor?

Pilar: Sense, sense??

Dolores: Yo no tengo, pero vivo en el primero, pero ahora pasa una cosa, que no me permiten llevar peso. Y me han hecho una rampa, subo y bajo por la rampa porque me va mejor que la escalera.

Pilar: Es lo primer que et diuen no porti pes, em vaig trencar el genoll, no porti pes, em vaig trencar el braç, no porti pes, em va passar lo del cor, no porti pes....que?

Carmen: Fas de senyora, es una senyora molt tranquil·la i molt bona per l'edat que té.

Pilar: Jo compro, i pujo i baixo i pujo i baixo. Encara va a Barcelona sola, encara va a Barcelona sola.

Carmen: Té de caminar mig hora. T'agafes l'autobús, quan et cansis de caminar recte t'agafes l'autobús, o sigui, no pugi jo les costes. I quan surto d'aquí jo ja busco els carrers que són més perquè amb l'asma m'ofego.

A: Llavors si no he entès malament, totes tenen doctores no?

Paquita: Si, jo tengo doctora

Pilar: Bueno el de baix és doctor eh? ...La meua filla em va dir, ja has sentit...

A: Això és una queixa que em fan sovint, que els metges per no perdre temps parlen amb l'acompanyant en lloc de parlar amb la persona gran que es la que està malalta i interessada en les explicacions, és la que té el problema i la que necessita explicacions.

-....

A: I després el follets que donen, ¿ells s'ho miren, no s'ho miren.. els entenen...?

B: Jo ho lleigeixo tot, a vegades m'entero d'algo però a vegades no sé de que va

Pilar: Jo no, jo no m'entero perquè ja no ho lleigeixo

A: *I els prospectes de les medicines?*

Dolores: Això sí

Pilar: Jo no

Carmen: Jo ho llegeixo, abans...

Amelia: Yo sólo alguna vez,...cuando me dan una cosa nueva..

A: *Perquè tenen un lletra molt petita, molt petita i fa falta una lupa... o perquè no s'entenen, fan servir paraules molt tèniques...?*

Paquita: A veces, ahora ya no quiero porque a veces te pone contraindicaciones que te da un poco de reparo de tomartelo. Pero pienso si me alivian que voy a hacer... verdad? Pues las voy tomando.

Dolores: Yo a mi me dan una medicina nueva que yo no conozco yo lo primero que hago es cojo el prospecto y si es muy pequeña me cojo mi lupita y ala y me lo leo y me entro de para qué sirve, para qué va y con lo que me va bien.

A: *¿Y si no le gusta va para que se lo cambien?*

Dolores: No, no, yo si veo que hay alguna cosa que por ejemplo, com soy alérgica a la c... Si veo que hay a co.... sino mientras no haya...

Paquita: Yo soy alérgica al polen de los plátanos de los árboles, de los animales domésticos, me lo sacaron.

A: *¿Les parece que los prospectos de las medicinas vuelve a ser una información demasiada técnica, para médicos en vez para los pacientes, o creen que estan bien así?*

Amelia: Sí, sí, sí eso es, muy técnicos...

Paquita: Lo que pasa, es que tu piensas que no tienes una cosa y la puedes tener con la medicina porque yo leo el prospecto y digo oi, dice que te puede dar un ataque al corazón, te lo tomas pero con reparo.

Dolores: Y si no lo tomas te puede...

Paquita: Y si no lo tomas estás con molestias.

A: *Y la letra que fuese un poco más grande, ¿no?*

Dolores: Hombre, y tanto

Paquita: La letra de médico ya se sabe.

A: *La del médico, no se entiende nunca, pero yo digo la de prospectos de los medicamentos, és molt petita.*

Carmen: És tècnic, et diu qui l'ha fet... però escolta no et diu res del medicament, te diu moltes coses, on es fa... Bueno,

Pilar: Que posi la lletra més gran i posi el que ens cal a nosaltres, que a nosaltres tan ens dona que ho faci aquest o l'altre.

A: *El que jo penso que la recepta està dirigida al metge i no al pacient. Pero el prospecto no es para el médico, si no es para mí, entonces que lo escriban para que lo entienda yo.*

Dolores: Te dicen guarde el prospecto por si acaso se le olvida algo.

A: *Perquè clar, fan un prospecte que sembla per metge, però el metge no es pren les pastilles, les haig de prendre jo, llavors el prospecte hauria de ser explicatiu per a mi i no pel metge. I després si parlem de gent gran s'hauria de tenir en compte el tipus de lletra. La lletra una mica més grans perquè tots tenim problemes de vista a partir de certa edat, no? I a banda d'això, el tema dels genèrics. Els han canviat algun medicament que prenien per algun genèric?*

Amelia: Sí

A: Això com es porta.

Carmen: Bé, bé, com si fos el normal.

Pilar: I què vol dir això?

A: Això vol dir que si estan prenent una aspirina de la marca aspirina-Bayer, li donen una altra que no té marca però que es suposa que fa el mateix efecte que l'aspirina.

Això es fa perquè és més econòmic sense marca.

Paquita: Sí, ahora sí (...) A mí la aspirina me va muy bien.

Pilar: Jo prenc el Gelocatil.

A: El Gelocatil es un d'aquests han començat a canviar.

Dolores: Però el producte és el mateix.

A: El producte o principi actiu és el mateix però el nom no.

Dolores: Com el Efer...laran?

A: Em diuen que a la gent gran els hi costa una mica això, perquè si estàs acostumat a prendre un gelocatil, i et va bé i al dia següent t'ho canvien per una altra cosa... Pots pensar, perquè em treus allò que m' anava tant bé. I si al dia següent no et trobes massa bé, pots pensar és el medicament que no em fa res, no funciona com abans. Això potser amb una persona més jove no hi ha problema, però amb una persona gran que està habituada amb el seu sistema, noms, colors... l'altera una mica.

Dolores: Doncs mira jo prenc enlloc de Gelocatil.... prenc.... que és de la casa Bayer....

Paquita: Si jo tomo la aspirina y me va muy bien pero al ... y no me hace año y me alivia muy bien.

A: Sí, lo que pasa que las aspirinas para el estómago no siempre van bien...

Paquita: Si son fuertes, si tienes algo va mejor el gelocatil. En la farmacia me lo dijeron que eran muy fuertes, si si

Dolores: Jo ho vaig veure jo mateixa eh? Que cada cop que prenia una aspirina notava un mal d'estómac a rabiar.

Paquita: A mí no a mí no llegó a hacer daño, yo cuando me resfriaba me lo curaba con aspirina, una cada tres horas.

Dolores: Es que hay personas que se las toman como si fueran caramelos, eh?

Paquita: No yo no... yo me la tomaba cuando estaba resfriada.

Carmen: ...Se'n pren una cada dia...

Pilar: Doncs jo vaig a treballar molts anys a la Bayer, i no ens les deixaven prendre com a caramels eh! No podia prendres més ...!

Paquita: Es que se ve que para la circulación mandan un cada día, para los que tienen... para la circulación,

Carmen: Però perquè no prens Aspirina tu?

Amelia: A mí casi nunca me cambian los medicamentos, ...claro que tomo los menos puedo, tomo pocos.

Pilar: Perquè prenc el Pronolpi

Carmen: I que fa el mateix?

Pilar: Sí, perquè no em convé després de tantes pastilles prendre l'Aspirina.

Paquita: No yo si no tengo dolor de cabeza o algun malestar no tomo ni Gelocatil ni Aspirina ni nada.

Dolores: Mira yo si es dolor de cabeza no, ahora si estas resfriada... y me pongo a la cama. Hay otro dolor de cabeza que tienes que estar acostada...

Pilar: Les migranyes. Home jo de migranyes de jove n'havia tingut moltes i no prenia res de res, m'anava al llit i prou.

Carmen: Jo si que me'n recordo de les migranyes de la meva mare.

A: *Bé, un parell de cosetes més i després ja ho deixem, tampoc vull cansar-les, aquí tot el matí.*

Pilar: No no, si tot això ens interessa, eh, perquè després ho xerrem amb les altres.

4.- LA COORDINACIÓ DE LA XARXA DE CENTRES

A: *Després un altre tema que em preocupa és el tema de la coordinació en la sanitat. Em comenten que l'hospital no sap que fan els del CAP, el CAP no sap que ha fet l'hospital, la persona l'envien d'un lloc a l'altre i no sap perquè va aquí allà quan en principi li podrien fer tot en un mateix lloc. L'altre dia parlant amb una Associació, que fan molts acompanyaments d'avis als metges, tenen voluntaris i una cosa que fan molt, molt, és això. I em deien que un dia, una senyora que té hora a les 9 del matí per fer una placa, i d'allà, l'envien a un altre centre, i d'allà a un altre i d'aquest un altre cop al primer i quan vam acabar eren les set de la tarda. I dius i perquè no li van fer totes les proves en el primer lloc? O en un dels llocs? Això és un problema de coordinació.*

Pilar: Home jo això ho tinc a l'Hospital de Sant Pau, tinc l'hospital de dia que li diuen i allà m'ho fan tot.

Carmen: S'ha d'anar als grans hospitals.

Pilar: No, no en allà, per exemple, t'has d'estar 48 hores, pues t'estàs i et fan tot el que t'hagin de fer. Quan ja han acabat et diuen ja se'n pot anar. Això a mi m'ha passat algunes vegades a Sant Pau, dues vegades.

A: *I Conxita, quan vostè va al hospital, l'hospital té informació del que a vostè li han fet al CAP, del que esta prenent, del seu diagnòstic.*

Pilar: Del que m'han fet aquí? No, l'únic que quan ells acaben de fer-me les seves proves, em donen un paper, bueno una nota i em diuen : ja pot anar al metge de capçalera. Això sí, Llavors el metge de capçalera ho posa en el d'això. Jo tinc història a Sant Pau i aquí. I una altra cosa que hi ha molts metges que no tenen història, metges d'aquí del segur que no tenen història. En canvi jo tinc història en el d'això.

A: *El problema que jo veig aquí es que vostè té un expedient a Sant Pau i l'expedient al CAP....*

Pilar: Bueno jo li diré que a Sant Pau vaig quan tinc del cor, i la meva doctora m'envia malalta. I llavors l'Hospital de Sant Pau té això, no té el que té la doctora. Però em dona l'explicació perquè li porti a la doctora.

A: *Això és un dels problemes que jo trobo. Jo penso que l'hospital tenia que tenir també l'informe del CAP; i el CAP les dades de l'hospital, perquè sinó es descoordinen, cadascú va una mica per la seva banda. Inclús de vegades es poden receptar medicaments per uns que per altres es canvien.*

Pilar: A Sant Pau lo primer que fan es preguntar-te quins medicaments i si no se sap a llavors et fan ells... però a la pròxima has de portar tots els medicaments. Això m'ha passat a mi a Sant Pau. Ara això també deu ser segons quines coses i segons qui i segons quins metges. Jo com a Sant Pau els trobo molt macos.

Paquita: Yo no tengo queja.

Pilar: Quan em van operar del genoll, com a Sant Pau tenen la meva història, només em van preguntar vostè te història aquí? Van anar buscar la història i no em van fer cap més pregunta perquè com que ja tenien la meva història pues... Llavors també em van fer la història del genoll i del que m'havia passat, i llavors m'ho van fer perquè li dones a la meva doctora.

A: *Però no penseu o pensen que pot ser una mica problemàtic el fet com diu ella que vas a l'hospital que et diuen: quins medicaments estàs prenent? Ells haurien de saber*

quins medicaments prenent. Perquè teòricament amb el DNI de la persona ells haurien de tenir informació i veure aquesta persona té això i això. Però de moment això no es fa així. Llavors una pregunta, i si no ho saps, que passa?

Pilar: A mi me'ls treuen, eh?

A: Te'ls canvien. Et treuen els d'abans i et donen uns altres, no?

Pilar: Si, però te'ls, treuen. No et donen uns altres, aquests medicaments no tenen res a veure amb això que estàs dient. L'únic que sempre quan ells et visiten i et veuen, ells ja saben quins medicaments.

Carmen: Jo com sempre porto, veus? Vagi on vagi, sempre ho porto. Això, els medicaments que prenc

Pilar: Un, dos, tres, quatre, cinc, sis, set, vuit, nou, deu, i onze... Resultes molt cara tu, escolta resultes molt cara!

A: Ah, li fan això..?

Paquita: A mi me hacen esto... para que avise de lo que tomo

Carmen: Jo ja veus, vaig carregada de tot.

Dolores: Yo no se si me ha curado, Lo único que me hace, que cuando me tomo una Aspirina me duele es estómago.

Paquita: Porque si no nota nada, yo no nota nada... Tienne que poner para dormir...

Pilar: no per dormir no...

Amelia: A la noche se fatiga el estómago...mucho..

Carmer: No jo a la nit res

A: Hablando de esto, me decía también un señor que estuve el viernes con él que también vivía solo y me decía que había tenía una caída este verano, en el mes de agosto una noche que había caído un tromba de agua aquí en Barcelona. Y que se había roto un hombro por aquí. Entonces lo cogieron la recogieron en la calle un gente, lo sentaron en un portal, llamaron una ambulancia, lo llevaron al hospital. En el hospital y me decía: Primero, me tuvieron unas tres horas esperando porque había 14 o 15 personas y tenía que hacer cola y esperé. Entonces estaba sentadito en una silla y tal, me dieron un par de mantas para que me tapase pero como yo había caído en la calle, estaba lloviendo muchísimo, toda la ropa me chorreaba agua. Chorreando agua y me dieron dos mantas para ponermelas encima, pero con la ropa mojada debajo. No me sacaron la ropa. Y después me atendieron me explicaron que la rotura se podía desplazar y como no lo entendía mucho le dije que me lo explicara un poco mejor. Y me dijo, bueno ya se lo explicará el médico de cabecera. Vino una ambulancia y para casa a la una de la madrugada. Le dijeron lo que tenía, le vendaron con un trapo y para casa. Pero claro, yo vivo solo, con el hombro roto, no avisaron a servicios sociales ni nada. Al día siguiente yo llamé a los amigos fueron al CAP, avisaron a servicios sociales... Vinieron a verme y me ingresaron dos meses en una clínica. ¿Creen que aquí se necesitaria un poco más de coordinación, o lo encuentran razonable?

Amelia: ¡Fija te tu!

A: Ese hombre que tiene una caída y la curan en el hospital y le dan el alta y la mandan para casa, ¿creen que habría que avisar a servicios sociales o a su médico de cabecera para que lo atienda en su casa?. Porque sino, lo dejan tirado en su casa y no se puede mover.!

Dolores: No, no y hasta que tu no vayas a llevar el papelito que te dan ellos...

Dolores: No hay una rueda para que sea continua.

A: I després, una altra cosa que deien també és que per fer proves tinguis que anar a dos o tres llocs o de que certes proves s'han de fer com a màxim fins a les 8 :30 del matí. Y que fer llevar a una persona gran a les 7 del matí per anar al metge a fer-se

una prova sembla una cosa així, Penseu que això es podria millorar, podrien fer un horari una mica més ample...?

Amelia: Sí se debería però no se hace.

A: Hay ciertos análisis que tienen que ser antes de las 8 y media porque cierran .

Amelia: Sí, y ya está:

A: O una altra cosa, que vas a fer un anàlisi a un centre avui, i dins de 10 dies has d'anar a fer una radiografia i dius, home ja que estic aquí fes-m'ho tot, no? No em facis venir ara la setmana que ve. Això també els hi passat?

Pilar: Això sí que m'ho fan ami, quan em fan l'anàlisi que és cada mig any, són deu dies de diferència.

A: Doncs això de la coordinació és un problema que no s'acaba de coordinar...

Carmen: No, costarà molt ehhl!

Pilar: Què és un problema de metges, això?

A: No, no és un problema de recursos, no necessariament. És un problema de que la gent és una mica... Té por de compartir la informació. És a dir, el que se jo no vull que ho sàpiguen els altres.

Pilar: Clar, però això és culpa de metges, eh?

Carmen: No, no està bé coordinat tens raó.

Pilar: Això jo sí que ho trobo molt malament, perquè et fan l'anàlisi avui per d'aquí a deu dies. D'aquí deu dies ves a sapiguer el que tu has passat, pots haver agafat un tifus.

A: Triguen molt en donar les proves, els resultats de les proves?

Pilar: Si deu dies, l'anàlisi. Bueno a Sant Pau, no a Sant Pau en dos hores

Carmen: Depèn perquè si volen una cosa només pues no, està més aviat, però si és un anàlisi complet uns deu dies com a mínim...

5. EL TRACTE DELS METGES

A: Bueno dues cosetes més i acabem, a veure la penúltima, és el tema del tracte dels metges. Una altra cosa que em deien és que els metges quan reben una persona gran, si es la persona es gran ja es dona per suposat que tindrà problemes de salut no?. Que li farà mal una cosa l'altra.... Com que és una persona gran, tots aquests símptomes i problemes no s'ho prenen en serio com si fos una persona de 25 anys. Si una persona de 25 anys diu que li fa mal el cap continuament ho miren en serio. Si és una persona gran... Penseu que això és cert, que no, ...que depèn de les persones...?

Pilar: Això ho faig jo, perquè vaig amb la meva jove i diu: No es troba bé perquè al telèfon no parla clar. Jo li dic són els anys... Són els anys...

A: Però pensen que això és cert que els metges es concentren més en la gent jove?.

Carmen: Jo no, la meva no

Paquita: En las personas mayores sí

Pilar: Hi ha de tot

A: Depen del metge que ens toqui?

Pilar: I també depèn de la persona que hi hvi, eh? Perquè jo l'últim dia que vaig estar amb la meva doctora, em va dir: Ai! menos mal que usted ya se va, porque hoy la gente está que te dice de todo menos guapa. No perquè és molt amable, és una senyora molt atenta però també la persona que hi va. I això passa molt allà baix, al centro. Que depèn de la persona que va al metge. I els metges a la segona vegada ja saben, també es depèn de la manera que et presentes o de la manera que parles o...

Perquè pensen que la gent gran van molt al metge. Perquè ells diuen que la gent gran van massa als metges.

Pilar: A mi aquesta doctora m'ho ha dit.

A: *Els metges creuen que la gent gran va massa sovint al metge, però, vostès que hi pensen?*

Pilar: Porque ara mateix quan jo vaig anar l'últim dia em donava pastilles no se per que... A mi deme pastillas pa morirme y déjeme en paz.

(Riuen)

A: *Penseu que és cert això, que la gent gran va massa?*

Pilar: Hi ha casos de tot.

Paquita: Cuando voy al médico es cuando ya no puedo más. Yo no me gusta ir mucho al médico, cuando voy es por necesidad completamente y a veces paso, sin tener que ir al médico.

Amelia: Hay de todo, pero yo voy cuando lo necesito, ...yo creo que la gente va cuando lo necesita.

A: *I això del tracte dels metges pensen que depèn del metge, que hi ha metges que s'ho prenen més en serio..., que depèn dels pacients?*

Pilar: Depèn del metge i també de la persona que entra, eh?

Carmen: I de la de la persona que es visiti.

Pilar: Jo no dono la culpa ni al metge ni a l'altre, eh? Depèn dels dos, de la manera que entres.

A: *I el temps que en general els hi dedica, vostè em deia que li sembla raonable, no ? Que amb vostès s'està prou temps.*

Pilar: Per mi sí...

A: *És suficient...*

Carmen: Diuen deu minuts, només...

Pilar: La meva sí, la meva està de d10 a 20 minuts.

Carmen: La meva en un quart d'hora

Amelia: Conmigo se están menos tiempo..

Carmen: Perquè a tu no et visita a tu només són receptes. A veure, però sí que té que visitar igual que a mi, mirar les cames... Com a mínim necessita només un quart d'hora per estudiar-te. I després per explicar-te.

Amelia: A veces sí que me visita...

Pilar: I després temps per explicar-te la seva història.

Carmen: No a mi no m'expliquen cap història, la meva doctora no, és molt seria és molt agradable.

A: *En este momento dicen que dedica de media a los pacientes unos 6 minutos, si tienen 40 pacientes en un día, por ejemplo, dedican de media 6 minutos a cada uno.*

Pilar: La meva no eh? La meva no, s'està més estona.

A: *Si a vostè li dedica 10 però potser al proper li dedica 2.*

Pilar: Sí i a l'altre tres, i a mi ...

Pilar: Jo sóc de les de 2.

A: *I en conjunt dedica 6 minuts per persones, ¿penseu que es un temps raonable, poc, suficient..?*

Carmen: Si aquesta persona ja l'han visitada no m'estranya que en dos minuts en tinguin prou, perquè li repeteix... Però la persona que no ha anat mai sí.

Pilar: Mira jo et diré una cosa, jo aquest estiu passat no, l'altre, vaig anar al metge i només amb, li vaig dir el que tenia, diguéssim a baix, en el llavi d'abaix a mi em sortir una llagueta. Em va mirar, em va mirar i em va dir a urgències. El d'urgències lo que va veure no li va agradar, i sense acabar de mirar el d'això ... a l'Hospital de Sant Pau. Jo no tinc queixa d'això, jo no tinc queixa, però la meva doctora sap que jo vaig a una cosa, perquè estic malalta. Clar, sinó no vaig.

Paquita: Yo me tengo que encontrar muy mal para ir al médico, la verdad, soy remolona para ir y a veces... paso.

Dolores: Mira yo tengo que ir el día 24 y ¿sabes que me ha pasado? Que me dieron, los que me tienen que dar las recetas crónicas que son cada dos meses. Fui el día 14 y me dijeron te doy estas pero te doy hora para la doctora para que te lo arregle porque te toca ya para el año que viene, si hay que cambiar alguna cosa. Pues no se donde he puesto las recetas. Para que diga yo he pasado sábado y domingo removiéndolo todo, y no me ha aparecido.

Paquita: Pues lo habrás tirado a la basura.

Dolores: No, no, no.

Carmen: A mi me ha pasado igual eh?... La necesitaba per, i no.

A: *¿Les parece que la gente mayor toma muchos medicamentos porque los médicos, que toma los necesarios o demasiados? Los médicos dicen: vienen se quejan de cosas que tienen molestias, pero que en principio no requieren medicamentos. Pero si no les recetas algo no se van contentos.*

Dolores: Yo no, yo si voy es cuando me quejo y cuando me encuentro mal.

A: *Me decían, si no les recetas no se van contentos, tienes que recetar alguna cosa. Aunque en principio unos consejos serían tan buenos como la medicina. Pero la gente está acostumbrada a que se le recete. ¿estais de acuerdo con es percepción, con lo que dice este médico?*

Paquita: Bueno... porque si tienes un daño, piensas que te aliviará.

Pilar: Per exemple, ara mateix, aquest microbi que ha corregut per aquí. Bueno, per Catalunya, aquest microbi que durava 48 hores. Hi ha persones que en aquestes 48 hores han anat dues vegades al metge. A casa del meu fill, ho van tenir-ho tots i va anar-hi un al metge. Pues tots els altres ho han fet, perquè és aquell microbi. Jo tinc la meva consogre que va remoure tot el barri, i en canvi el meu fill va dir ferigola per tots.

Carmen: Bueno, porque això són gent que..

Dolores: Jo li vaig ensenyar al metge de els tiroides a Sant Pau. Mira tinc aquestes medicines dic, pues ara tindrás que prendre aquestes més. I d'aquestes tinc que deixar alguna? No deixis ninguna. I estava present aquesta... que jo m'estimo molt, per això em cuido. Jo ja tinc familia que estimo, però primer sóc jo, i despres jo, i despues jo.

Paquita: Siempre yo, ...si no te cuidas.

Dolores: Es que si no te cuidas tu quien te va cuidar. Si a mi me ha dicho que no me deje ninguna, yo no me dejo ninguna. Eso de decir, ah pues dejate uno, a y cual te dejas? A ver cuál te dejas? Si es por capricho no puede ser.

6. TRANSPORTE A LOS CENTROS

A: *I una altra cosa que em comenten, l'assitent social d'aquí del CAP de Maragall, em deia: La gente mayor vienen al médico en función de la distancia que tengan de su casa a aquí. Los que están cerquita del CAP vienen mucho, los que están muy lejos y tienen cuestas no les ves apenas por aquí no? Los que están al lado esos vienen mucho, els que están lluny no venen. ¿Que hi ha cert en tot això?*

Pilar: Ah, es clar!!!

Paquita: Es que da pereza.

Dolores: En lloc de caminar, si necessitem medicaments ho compren y después bajan y se lo receta la doctora, y a la farmacia...

A: *Se lo devuelve*

Dolores: No, no se lo devuelve, mira yo le digo, se me han acabado estas y me dice pues toma cuando puedas pasas por la eso y te da la receta. Se queda ya la etiquetita...

A: *¿Le hace como un préstamo...?*

Dolores: No, no y hasta hay doctoras que te lo dicen, mi doctora me lo dice, si algún día se te acaba, ves a la farmacia que te lo adelante.

Paquita: Que te lo adelante y después te hace la receta.

Carmen: Si, m'ho ha dit a mi el metge, quan no pugui venir vagi a la farmàcia. No no però la doctora...

Pilar: Ah, li diré a la meva doctora.

Dolores: O sea que el problema mio es ahora que el día 24 cuando vaya ahora...

A: *Pero puede ser eso cierto, ¿que la gente que esté cerca vaya más al médico?*

Dolores: Puede que sí.

Carmen: El que lo tiene más a mano.

Pilar: És un passeig,

Carmen: Es un passeig pels que ho tenen clar, però pels que ho tenim algo... jo tinc unes pujades ben maques però hi vaig, hi vaig perquè m'ho pren amb calma i arribo. I ... però hi ha persona que no es mou de casa per no bellugar-se. Llavors van a la farmàcia i ho paguen. Hi ha de tot.

Pilar: Jo no pago, jo vaig el dia que em toca.

A: *Però penseu que els que estan aprop van massa o que els estan lluny van massa poc..?*

Dolores: Si te es muy difícil aunque estes mal a veces no vas, pero si estas cerca, puedes ir..

A: *I el problema de la gent que té dificultats de movilitat i gent que viuen en un tercer, quart pis sense ascensor?*

Pilar: Això és un problema gros, eh, no és una malaltia, és un problema.

A: *I amb això que fem?*

Dolores: Que facin ascensors a totes les cases. No n'hi ha, si no n'hi ha també es poden fer.

Pilar: Això.

Paquita: A mi no me los pueden poner, lo tienen que poner fuera y si me lo ponen tengo que subir... que no tiene sitio.

Carmen: Hi ha uns senyors, que no se d'on son eh? Que van dos o tres dies a la setmana, ajuden a comprar a portar al cistell i els deixen a casa i bona nit.

Pilar: El voluntariat, jo conec a una senyora.

A: *Si el voluntariat i ajuda la domicili de l'ajuntament...*

Paquita: Pero eso se tendrán que mover muchos papeles para que te ayuden...

Pilar: No muchos papeles no, tiene que ser verdad, que no es igual.

Paquita: Y que no tengas medios para pagar a una...

Pilar: No, no, no, el que es verdad lo atienden. Esto se lo puedo decir yo, porque aqui en el paseo de Margall habia una señora que se quedó viuda, se quedó sola, se quedó muy pobremente, muy pobremente. Y fue al ayuntamiento de Barcelona, tuvo que presentar lo que fuese, y le mandaron una señora cada día, cada día, a las nueve de la mañana hasta las doce. Le limpiaba el piso, le hacía la comida eh...

Paquita: Eso está muy bien ,eh?

A: *Le pusieron un servicio de ayuda domiciliaria?*

Pilar: Por eso le digo, y esto no es de ahora, le hablo al menos de diez años atrás. Y a esta señora se lo mandaron mientras vivió, y al menos vivió ella lo menos vivió 10 años. Y tuvo siempre una persona.

Paquita: Y estuvo bien cuidada, le haría la compra, le haría las cosas y ya está.

Pilar: También hay que decir que esta señora por dos veces se li va escapar el gas. Es decir, que va deixar l'aixeta del gas. Y los vecinos oían... Y bueno, pero fue avisar y arreglarlo.

A: *Y desde un punto de vista de sanidad ¿qué le pediríamos para esta gente que tiene dificultades de movilidad que no pueden desplazarse, bajar de casa... Porque en general el taxi no se lo pagan?*

Dolores: Sí, a veces sí...

A: *En algún caso si que lo paga.*

Carmen: Te pedirán el comprobante

Pilar: No, no, no, no , tampoc és així a la meua escala. Vivía una senyora amb càncer i va estar dos anys, i venia el taxi dos vegades al dia a buscar-la i a portar-la a la residència.

Dolores: Que no, conxita que no és això el que estic dient. No m'has entes cariño. Te dic jo, que si no es pot moure, que porta cadires de rodes, que no pots...si tens queu demanar un taxi.

Carmen: Ha de ser especial.

Paquita: Claro, con el comprobante.

Dolores: Hi ha d'especials, si, si, si...

Pilar: No, no, no, Mira, aquesta señora tenia una llibreta, el seu marit era taxista, mira, tenia una llibreta, quan entrava a l'hospital li marcaven l'hora i quan sortia de l'hospital li tornaven a marcar, eh? I això el taxista, era com un talonari. El taxista et donava un taló...

Carmen: Hi ha casos de tot, però.

A: *Quan és una malaltia crònica que requereix tractament continuat del transport si que se n'encarrega habitualment sanitat..*

Pilar: Quan es de debó.

A: *¿Usted que opina de todo esto, Amelia, que está muy callada..?*

Amelia: No., es que yo estoy de acuerdo con lo que dicen ellas, ...depende del caso, supongo....

A: *Aquesta persona si vol anar al metge de capcelera, i agafa el taxi, no li paguen el taxi i doncs la qüestió és: Sanitat que hauria de fer amb aquesta situació?*

Pilar: Doncs a llavors haurien de tenir uns metges que anessin a casa.

Paquita: El médico, claro que vengan a casa.

Carmen: Hi ha un cas que jo tinc al meu carrer, que el seu senyor no s'aguant a dre, i el metge li diu que ha de caminar i que ha de caminar, i que ha de caminar. Han agafat a un jove i li porta, a passejar, li cau el torna a replegar i el torna portar casa. Perquè la señora no té força.

A: *En principi li haurien de posar una persona que l'ajudes, ho hauria de demanar a l'ajuntament.*

Carmen: Això és buscat per ells mateixos.

Pilar: N'hi ha de joves que sense cobrar res també ho fan.

A: *Sí, si hi ha voluntaris.*

Dolores: Si tu vas aquí a la piscina, que es on tenim la Seguretat Social del barri, darrera de Sant Pau, allí tenen de tot. Perquè jo allí he anat motes vegades, i si necessites que tu estàs sola, que no tens ningú que et renti la casa, et porten una dona cada icx temps. Que necessites companyia per anar als puestos, al metge... això ho fan ells. A mi m'estan acompanyant, per la ...és igual no em surt. Tinc que anar a Bellvitge, agafar el metro, baixar, agafar un altre metro, hasta al final del metro. Que.. sembla que estigui borratxa, que em noto jo com un muñeco... Y me vienen a acompañar. El día que yo voy a ir, que me acompaña siempre la misma, tiene la hora y todo, y nos encontramos en Maragall. Y ella pues me ayuda a bajar las escaleras, del metro, me hace el cambio.

A: *Y esa persona quien se la envía?*

Dolores: Los de la piscina, los de la seguridad social de aquí.

A: *Los de servicios sociales?*

Dolores: Servicios sociales de Horta Guinardó.

Pilar: Ah mira veus, una cosa que jo no la sabia.

Amelia: Però vale algo también?

A: *No servicios sociales son gratuitos siempre, ¿que yo sepa!*

Dolores: Esto me lo dijeron aquí en la Asociación, me lo dijeron la que se jubiló, la presidenta... la... bueno es igual.

Carmen: La Marta.

Dolores: No, la otra.

Pilar: La Marta, oi que aquesta estava a una residència?

Carmen: Noooooooooo, bueno una directora de les d'aquí.

A: *Los médicos se quejan un poco de que hay personas mayores que no se dejan ayudar, queno quieren dejar las llaves para que les pongan un telealarma, que no abren la puerta....*

Paquita: Mire, un día estaban haciendo obra del gas en la escalera, me habían quitado el gas. Y me viene uno con una carpeta y me empieza, vengo a ver la cocina. Me mira la cocina no me hace nada y me dice, le voy a cobrar 50 euros.

Carmen: Una estafa.

Paquita: Y digo, una estafa, después lo cogieron.

Pilar: 50 euros?

Paquita: Pero yo se los di porque si este hombre, un tío grandote, me da un testarazo y me deja aquí tiesa. Le di 50 euros y que se fuera pronto, me sacó un papel allí y nada... Y después me enteré que lo habían cogido por aquí.

A: *¿Pero no le devolvieron los 50 euros?.*

Paquita: No. Yo de seguida que se fue llamé a la compañía de y dije, mire me ha pasado esto .Y dice, nunca de usted ni un centimo, porque se hacemos algo, nosotros le facturamos después pero nunca pague nada en dinero..., pero yo había pagado.

A: *La ultima qüestió ja, com estem en aquestes dates, es fer una petita carta als reis, no? Si volguessin que sanitat fes coses per millorar les coses, perquè les persones grans puguin fer un bon ús dels serveis sanitaris, que li demanariem?.*

Pilar: Jo estic contenta i pot ser una altra no...

Dolores: Jo me tenien que fer una mamografia l'any passat i li vaig dir dona'm per això, tens que donar-me hora per Sant Pau. Ah, no tens que visitar-te, i jo no no tinc que visitar-me, tinc... La que m'atenia no ho va voler fer i me va donar hora el dia 2 de decembre d'aquest any. I vaig anar al doctor li vaig explicar. Ja he vist lo que tu tens que t'han operat de baix, que tenies un tumor, i me vaciaron. I dice, bueno yo te hago

la lista y ya te llamarán. Pero me he tirado desde el año 2000 sin haberme hecho la del 3. Ahora ya veremos y cuando me daran la hora.

Pilar: Bueno, jo crec que això depèn de la importància que té.

Carmen: No la importància, la urgència.

Dolores: Si urgent no és ja ho se, no corren.

Pilar: La meva jove va anar al metge, la va mirar i li va dir: Vinga ale cap a la clinica. Era molt urgent.

Dolores: Era normal. Però a mi me diuen que no corre pressa. I després pels ulls les catarates també tinc llista d'espera.

Pilar: No et pensis, que escoltar quatre persones velles, es cansa una.

A: Les lliste d'espera són tot un problema... Molt bé, que més propostes fariem?.

Carmen: No, res més.

Dolores: Que lo arreglen para que no tengamos que esperar tanto para que nos visiten. O para hacernos alguna cosa que tengan que hacernos.

Pilar: Has de pensar que ho han d'arreglar, perquè els mateixos que estan governant han d'anar als metges, eh?

Dolores: Oh clar, estos no se salvan.

A: Però aquests no se si faran cua, eh?

Dolores: Ells passaran perquè tenen els seus metges molt a mà.

A: Jo no tinc clar tampoc que Maragall ni Pujol facin cua per anar al metge.

Dolors: No, ningú.

Pilar: El Maragall va moltíssimes vegades a Sant Pau, moltíssimes. A la residència, però moltíssimes, eh? A la barriada d'ell tots els veïns van a la residència.

A: A València van comença a enviar a la gent a operar a clíniques privades porque no esperesin tant, i al final la gent va dir. No preferim esperar i anar a l'hospital que ens toca i no ens envieu a la clinica privada. Porque hi havia molts problemes amb les clíniques privades i la gent va decidir esperar.

Dolors: Perque no te tracten bé. I si pasa alguna cosa els han de canviar de l'un a l'altre.

Pilar: Nosaltres tenim el cas de un nebot meu, que li van operar del càncer i també el van operar amb unes clíniques. I va anar corrent totes les clíniques de Barcelona, porque aqui li feien això, allà li feien allò... No, al final va morir..

A: Que més propostes fem Paquita, ¿Qué más le pedimos a la Sanidad?

Paquita: A la sanidad, pues que no te hagan esperar, nada más.

Pilar: Els malats que hem tingut a casa, bé. La meva jove, mateix, en vuit dies la van operar i contenta.

A: Y luego pedimos que nos suban las pensiones, que suban las pensiones...

(ens vam estar una bona estona parlant de les seves petites pensións).

A: Bueno, pues lo vamos a dejar aquí que ya es la hora de comer. Yo les agradezco muchísimo que hayan estado conmigo y me hayan explicado todas estas cosas.

Dolors: De res, jove, vostè es encantador, ...que bé que parla...

4. GRUP FOCAL DE PROFESSIONALS (I I)

Data: 23 de febrer de 2005	Lloc: Fundació Jaume Bofill (Provença, 324)	
Hora inici: 18:00	Hora final: 20:30	Duració: 2:30 h

Nom fictici	Colectivo	Activitat professional
LLuis	Treballador social - ICS	Treballador social - ICS
Mercè	Tercer sector - Gent gran	ONG-Gestió
Soledad	Enfermeria	Infermera
Alex	Treballador social- Ajunt. BCN	Treballador social – SS.SS
Paula	Metges de família	Metgessa de família
Elisa	Metges de família	Metgessa de família
Pere	Tercer sector-gent sense sostre	Educador de carrer
Taufik	Tercer sector - Inmigrantes	Intermediador cultural

A : Andrés Cernadas, coordinador del grup y responsable de l'estudi.

A: Ya conocéis la temática, los objetivos y la dinámica de este grupo, entonces, vamos a empezar para cumplir el horario previsto, la primera vez que intervengáis os agradecería que os presentaseis mínimamente para reconocer la voz a la hora de las transcripciones. Vamos a empezar si os parece por el colectivo de la gent sense sostre, luego hablaremos de la gent gran y por último de los inmigrantes. ¿Quién quiere empezar diciendo algo sobre el acceso y uso que la gent sense sostre hacen del sistema sanitario público?

Soledad: Jo mateixa, jo sóc (...), infermera de Ciutat Vella, concretament de (...), i possiblement, bueno currícul no crec que vulgui...

1. PERSONES SENSE SOSTRE

A: No, no amb el nom ja n'hi ha prou.

Soledad: Clar, jo en principi tinc més experiència amb els immigrants, però amb els sense sostre m'atreviria a dir, em penso d'entrada que no hi ha tal desigualtat, que d'entrada lo que és la sanitat pública... jo no crec que tingui desigualtat respecte als altres. Lo que passa es que el col·lectiu és lo suficientment problemàtic perquè l'accés a aquesta sanitat sigui problema del col·lectiu pròpiament dit, o sigui no de sanitat perquè digui vostè no té fred, vostè no té fred... Sinó perquè dintre de les problemàtiques que hi ha en aquest grup, és el que... clar és que explicar-se no és gaire fàcil amb aquest concepte. O sigui, si ell bé rebrà les mateixes atencions que rebrà una persona diguem-ne normal, que no m'agrada utilitzar aquesta paraula. El que passa és que diguéssim... no accedeix fàcilment aquestes persones, precisament

per la situació en que viuen. O sigui que per a mi no seria el primer problema per aquesta gent la sanitat, sinó altres problemes, abans que la sanitat.

A: Nosaltres estem veient que això últim que has dit, passa en tots tres col·lectius, perquè quan parlem amb ells, tots tres, quan els hi preguntes que canviarien per a millorar el seu accés i ús a la sanitat, la gent gran et diu "que em millorin la pensió", els immigrants "tenir papers"... Però bé, perquè com dius tu és la seva prioritat, la seva prioritat no és la salut.

Soledad: Evidentment però possiblement la part social, crec jo, seria prioritària la part social, però hauriem de saber si..., estem trobant que molta gent no vol sostre. No se si és el moment d'analitzar el perquè com... tot això és molt ràpid, no sé.... Però jo em plantejo desigualtats en salut a Barcelona, i a mi a la consulta em ve un senyor que té sostre, i l'atenc de determinada manera, em ve un senyor sense sostre i l'atenc de la mateixa determinada manera. Depèn del problema que em presenti, del que li haig de fer, depenent de les seves condicionants... Ara arribarà en un punt, que així com en problemes de salut, probablement arribaré a alguna solució a curt o llarg termini, possiblement a nivell social no arribaré a cap solució. Per això dic, que si la cosa és la salut, personalment per la meva experiència, en salut no hi ha barreres per als sense sostre, és tota una problemàtica que hi ha darrera per que arribin a la salut.

A: Més idees....

Pere: Bé jo sóc en (...), del Servei d'insercció social, treballo amb gent sense sostre. A ver, si que hemos comentado alguna vez el tema, i alguna dificultad si que hay, en el acceso, lo que pasa que es partiendo de las características del tipo de población que es y del uso que suele hacer de los servicios sanitarios. Normalmente, esa población, los que están directamente en la calle, es población que suele hacer un uso puntual o extremo de la sanidad y va exclusivamente a los servicios de urgencias. Haciendo la atención en ese momento y no tiene una continuidad, entre otras cosas. Junto a esto, también se da la situación que son población que no tienen, que no hay vinculación territorial, o que no tienen vinculación a una zona en concreto con lo cual, la atención a nivel ambulatoria, ya no accede, puesto que a saber donde le pertoca. Con lo cual tiende a ir a los servicios de urgencias. La percepción que yo en este caso puedo tener con las personas que están en la calle, se podría comentar, hablar de un tipo de abandono, hablando de su situación general. Y lógicamente ese abandono se da también en el apartado sanitario, las prioridades no pasan por ahí, se deja llegar hasta que la sintomatología de la enfermedad que padece no le permite aguantar más y entonces va a urgencias. Pero normalmente por un constipado no va ir a urgencias, se aguanta hasta el máximo. Eso por un lado, luego por otro si que es cierto que no puede acceder, no accede a nivel ambulatorio, a poder recibir una atención médica. Con lo cual no tiene tampoco ese acceso, esa vía más continuada de tratamiento. No lo puede hacer a parte de otra serie de dificultades que tiene. A ver yo creo que cuando una persona llega a un ambulatorio, si llega en las condiciones que nos podemos imaginar de las que se está en la calle, con un nivel de desestructuración, a nivel personal e higiénico, pues no se, la cuestión es que no está en muy buenas condiciones. Ya él se puede autoexcluir de ir a ese tipo de servicios, y a lo mejor, con esas condiciones no es posible hacerle una revisión exacta de la patología o enfermedad que puede tener. Con lo cual, a ese nivel si que tiene esa limitación en el acceso, que ya forma parte de una dinámica propia, que van exclusivamente a los servicios de urgencias. Yo creo que ahí si que tienen el mismo nivel o pueden tener el mismo nivel de atención que cualquiera, salvo que...

A: ¿Dada su condición higiénica, eso no le permite hacer un uso estándar como el de otra persona?

Pere: A ver, yo creo que no.

A: O sea ¿la presencia física e higiénica influye en el resultado de la intervención profesional?

Pere: Yo creo, primero que accede y que se puede autoexcluir, con lo cual ya no van al servicio de atención. A ver yo creo que a nivel de urgencias no se le excluye por sus condiciones higiénicas. Otra cosa es que pueda, que si tuviera que ir a un servicio ambulatorio, no lo se si ahí tiene ese...

Soledad: No lo tiene tampoco.

Pere: No lo se, normalmente los acompañamos básicamente a lo que es a urgencias. El acompañamiento posterior, cuando hay, cuando se utilizan los servicios ambulatorios, como cualquier otra persona, es cuando se inicia otro tipo de proceso con las personas que se está haciendo un trabajo. Ahí, en ese nivel no hay una exclusión, no tienen una dificultad de entrada, para mi la primera dificultad es la vinculación al territorio, por eso se va directamente al servicio de urgencia.

A: ¿Alguna idea más?

Alex: Yo soy (...) y soy psicólogo de los servicios sociales de la zona de Ciutat Vella (...), y da la casualidad que en parte también estuve trabajando como educador y también estoy en el equipo de emergencias sociales y a veces me toca ir a las operaciones frío con la gente sin techo... Y otras operaciones, como las del Carmel y asíó... Entonces, pensando en las dificultades de acceso, me da la idea que a veces pensamos... Estoy de acuerdo con lo que dice ella que el acceso de entrada no hay ningún problema para acceder a la sanidad... Pero si que es verdad que las personas sin techo, son personas que están desarraigadas, que tienen todo el sistema de relacionarse social, familiar... A veces el acceso al sistema sanitario, sociales, es muy burocrático, entonces si no hay un acompañamiento seguido por unos educadores, se pierden. Porque no hay, se pierden, porque nada más llegar te piden que si la dirección, te has empadronado, a no estás aquí, pues si no estás aquí tráeme un recibo de la luz de no se qué... Entonces realmente si van ellos solos el acceso no es difícil pero si que es muy liado para personas que están fuera de ese sistema que nosotros tenemos más normalizado. Entonces claro, acaban yendo a urgencias. Hace poco tuvimos una actuación de estas de las olas de frío y me encontré a unas personas durmiendo en las zonas típicas que duermen, y había un personaje conocidísimo por los servicios de urgencias, porque bueno, era un señor con una enfermedad en la pierna, de aquello que continuamente va acudiendo a los servicios... Y entonces ellos también se quejaban de una cosa, que es el seguimiento posterior de estas personas. Porque esta persona entra en el servicio de urgencias y es tratado con analgésicos, con alguna cosa para que se le pase la agitación y claro, la forma en la que es tratada cualquier persona es "váyase usted a su casa". Pero este señor no tiene casa. O "váyase usted al ambulatorio y pida día y hora" pero este señor a veces no sabe dónde está el ambulatorio, a veces si a veces no. Entonces nos encontramos con esas situaciones de dificultad, que yo me he apuntado aquí que no es causa del mal funcionamiento de la sanidad, pero si es causa de no tener en cuenta a esos colectivos. No, a la situación en la que se encuentran. Yo una de las cosas que estoy intentando iniciar ahora, es el trabajo inter-xarxa, es decir el trabajo entre instituciones, es decir, tanto sanidad como servicios sociales... En el caso que me toca a mi, el tema de salud mental que es un tema que dejamos un poco de parte, pero que en el colectivo de la gent sense sostre es muy importante. Encontramos gente que su salud mental está muy deteriorada y entonces hacer entender cosas es bastante difícil. Y si hay un previo ingreso, una previa incapacitación... Entonces yo estoy intentando hacer este tipo de trabajo que ya se hace en algunos distritos de intentar hacer una atención, para según que casos hacer una atención en red. Hay que tener en cuenta el trabajo en red. El problema que nos encontramos es, que yo me he apuntado aquí, de cara a propuesta, el hecho de que no dependa solo de los profesionales o del buen hacer de los profesionales, sino que haya a veces un paraguas institucional para... cuesta mucho relacionar ayuntamiento, sanidad, Generalitat o salut mental, es bastante...

Taufik: Me llamo (...), soy mediador, trabajo en (...), trabajé con gente sin techo en Hospitalet, y también trabajé en Cáritas. Estoy de acuerdo con todo el mundo. Vale, pero la conclusión final es que el problema no es la sanidad, es el socio-sanitario. El problema es que una persona que está en la calle como puedes pedirle hacer un seguimiento médico o como pues pedirle hacer un tratamiento. Si su vida es buscarse la vida, posiblemente pensar dónde va ir a dormir, pensar dónde va ir a comer, al comedor de Navas, o al comedor de Paralelo, o a la calle León... Como puede cuidarse, es ilógico, nadie puede cuidarse estando en la calle, no sólo estas personas. Yo creo que el problema es que no hay coordinación, como dices tu, no hay un trabajo conjunto que complete todo. El problema no es ni enfermeros, ni doctores, ni trabajadores sociales, el problema es la coordinación.

A: Sobre la coordinación, a mediados de diciembre se hicieron unas jornadas sobre atención sanitaria a colectivos en riesgo o exclusión social. (...) Yo diría que en todas las jornadas el tema que dio vueltas fue el tema de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, y entre sanidad y servicios sociales. Fue el tema recurrente en las tres sesiones. ¿Seguimos...?

Lluís: Yo soy (...), asistente social, trabajador social del CAP (...), yo lo que si quería poner un poco claro, cuando me viene una persona sin techo, a ver en algunos casos si que tienen carnet de identidad y tal, y en algunos casos si que se les puede tramitar, de hecho, ya se les tramita la tarjeta sanitaria, ese no es el problema. No es el problema ese, más que un problema sanitario es un problema social, entonces por mucho que los trabajadores sociales nos coordinemos con los servicios sociales municipales, a ver, desde el centro de salud podemos hacer todo lo máximo posible por el tema de salud no por el tema social. Es un tema complicado, no tener recursos, etc... Pero efectivamente yo no creo haya una falta de coordinación. Es decir, nosotros podemos detectar desde trabajo social de salud situaciones de altísimo riesgo, en todos los ámbitos. Pero luego, una vez detectados podemos hacer un seguimiento y podemos hacer una derivación a los servicios sociales municipales que son los que tienen los recursos ¿no? Otra cosa es que no puedan intervenir por falta de dinero o por lo que sea. Pero a ver desde el ambulatorio desde el centro de salud, yo pienso que a nivel de salud se hace lo máximo que se puede. Más cosas, a ver, yo creo que por la falta de recursos que podamos tener unos y otros, pues yo supongo que es por lo que se pasa la pelota de un sitio a otro sin llegar a solucionar el problema, ¿no? No es cuestión de echarse la culpa que si de sanidad o salud a servicios sociales, y de servicios sociales nosotros. No, es un tema que nosotros desde el ámbito de salud se detecta una situación, se le intenta poner un tratamiento médico y farmacológico a aquella persona, y luego pues necesita un aseo, una pensión y etc... Entonces eso no se le puede proporcionar desde salud, sino que es un tema social. Una vez que hay un proceso social mínimo, entonces el médico ya se puede hablar. Pero si el tema social no existe, es imposible hacer nada ahí.

A: Eso de echarse la culpa a otros es un argumento muy común y muy socorrido... Generalmente sanidad dice que ellos no son el problema que el problema son los servicios sociales, porque en sanidad el acceso es universal, no dependes del presupuesto. Y eso no pasa en servicios sociales. En servicios sociales puedes tener derecho a una prestación pero si no hay presupuesto no hay prestación. Pero eso en sanidad no pasa, aunque no haya presupuesto... puedes hacer uso del servicio. Entonces en ese sentido si que puede que se tenga razón, sanidad está al nivel, pero servicios sociales, si se queda sin recursos no puedes atender.

Alex: Lo que pasa es que es diferente, ¿eh? No es tan fácil esa definición. Justamente uno de los problemas que nos encontramos servicios sociales es la falta de límites. Porque en salud mental hay unos límites clarísimos, en salud hay unos límites clarísimos, en servicios sociales no hay límites. Entra todo. Otra cosa es que el tipo de

demanda que realiza en los servicios sociales, que vienen de sanidad son irrealizables. Forman parte de la demanda o de la fantasía personal de cada profesional que hay en la sanidad: "Dadle un piso a este señor". Pues como no le hable usted al alcalde que le de pisos, la verdad yo no tengo la capacidad de darle un piso a este señor. La situación de recursos para que, que hay, es la acción que hay en todos los servicios, hay pensiones, hay ayudas para elevar las pensiones, hay una paga de renta mínima de inserción que exige una serie de condiciones. Y eso es lo que hay. Otra cosa es que creamos lo mejor que puede haber para estas personas. Pero lo que hay es eso. Entonces el problema que tenemos es que la atención también es universal en los servicios sociales, hay inmigración, sense sostre y gent gran. El problema que hay, es que no hay recursos para darle a estas personas y no depende de presupuestos, depende de políticas sociales que ya se nos va de nuestras manos. No tengo yo ni la opción de decirle al señor alcalde o al ministro de afers socials, como lo tiene que hacer para atender a todos estos colectivos de este tipo. Que creen más sistemas de salud mental, que creen una serie de pisos tutelados para estas personas... Miles de ideas, vale, entonces por eso digo que hay que afinar. No es que la sanidad, la sanidad es muy fácil, llegas tienes una enfermedad, hay un sistema sanitario, hay unos médicos, hay unas recetas y que siguen un circuito. Servicios sociales es más complicado, el circuito es más complejo.

Pere: De hecho la atención también es universal.

Alex: La atención es universal se atiende a todo el mundo.

Pere: Y en la sanidad o va a un servicio o a otro lo que es la primera atención, siempre se puede dar. Otra cosa es el traspaso, el pasar a otra fase, pues en la sanidad como en servicios sociales hay unos límites. Y los límites vienen dados en sanidad por las mismas características, y en servicios sociales también, tenemos unas limitaciones en cuanto a recursos. Una persona que viene con esta problemática, poderlo traspasar. Sanidad, supongo que pasará exactamente lo mismo. Llegará una persona con una problemática y estaría muy bien traspasarla a otro tipo de recursos, pero hay unos límites. Y están claros, tenemos que jugar con esto.

Alex: Sí, yo respecto a lo que él decía de la derivación, yo vuelvo a remarcar, no es una cuestión de derivación es una cuestión de red. Porque cuando hablamos de derivación hay un cierto matiz de dejar de pensar en el caso. Por eso yo estoy intentado de un trabajo de no se deriva el caso sino el caso se trata entre todo el sistema que trabaja en red, porque todos somos responsables de esta situación. Porque sino se producen estas de , no, no como yo aquí en sanidad... lo digo porque precisamente ayer hablaba con la asistente social de mi barrio y ... como yo no puedo más que dar un socio-sanitario, dar gafas, los dientes y no se qué más, lo otro es vuestro tema. No a ver, este señor y seguramente tendrá estas dificultades, estas, estas... Vamos intentar trabajar con una tipología de casos, y a partir de aquí la tipología de casos tendremos unos criterios generales para intentar responder a esa tipología de casos. Eso es lo que intento hacer, porque de esa manera el caso no es de uno o de otro, es del sistema donde se encuentra. Y luego a parte nos encontramos con los sin techo, que claro están sin vinculación territorial. Claro y qué dices bueno ahora está aquí en el Casc Antic, pero mañana puede estar en Maragall y pasado en Horta, ese señor. Entonces, claro es mucho más complicado el tema.

Pere: Claro, según a qué nivel estamos hablando de los servicios sociales en la medida que se coge la tipología de sin techo, tendrá un tipo de característica, sea pensión, ya sea... lo que sea. Claro la persona sin techo en principio es la persona que no tiene, que no está relacionado, que está en la calle, que no tiene relación más que puntual, aquí, allí... Y va picando a lo mejor de todos los lados, y esto supone más dificultad.

Taufik: Perdona, yo enlazo con el tema de sanidad el tema socio-sanitario. Un albergue o... sociosanitario. Porque cuando una persona, es imposible, que una persona que vive en la calle, imposible. Ni tu ni yo ni nadie. Yo hablo de socio-

sanitario, no hablo de albergues, no hablo de pensión... Esto es competencia una parte de sanidad y otra parte de servicios sociales.

Soledad: Todos tendrían que estar claro.

Taufik: No hablo de la gente que trabaja en el tema, hablo de instituciones. La culpa, es de las instituciones. Porque un trabajador social sino tiene recursos que hace... Hay mucha gente, que se va del trabajo quemado ¿porqué? Porque no puede hacer nada.

Soledad: Eso casi todos.

Alex: Un aspecto que se me olvidaba a mi antes es el aspecto legal. Que yo pensaba que es muy importante sobretudo en el colectivo de los sin techo, y supongo que los inmigrantes sin papeles también. En el colectivo sin techo por todo lo que hace, porque claro, yo he tenido recientemente un caso de un señor sin techo, con unas dificultades en salud mental en el cual tuvimos la opción de meterlo en una residencia. Este señor, pero, tuvo la libertad de decir que no quiere una residencia. Entonces ahí nos encontramos en esas situaciones en las que lo que uno desea personalmente como profesional, que sería lo bueno para esa persona, y realmente la libertad sobre como uno quiere vivir la vida. Pero hay una ley que te habla sobre cuando una persona no tiene la capacidad para elegir sobre si misma, habría que intentar trabajar con este tema. Qué pasa, que casi siempre eso recae sobre los servicios sociales, porque el sistema sanitario se suele informar pero nunca hace o pocas veces hace, en algunos casos, conectamos a resolver de forma conjunta. Pero en el caso de la gente sin techo, pocas veces hay un informe de un médico o de un sistema sanitario en el cual se diga que este señor no tiene sus capacidades mentales como para poder estar decidiendo en una residencia.

Pere: Eso es verdad.

Alex: Y luego el aspecto legal no cubre hasta ahora, con rapidez situaciones de riesgo para estas personas. Y que en ello creo con la necesidad de tratamiento psiquiátrico o farmacológico, a veces no se puede hacer nada con esa persona que no quiere seguir ese tratamiento. Entonces a veces ya puedes dar vuelta, te puedo mandar, pero ese señor sigue desaparecido. Tu también ten en cuenta, a veces el seguimiento de esas personas... A veces el acceso también es el seguimiento, entonces esas personas están muy desvinculadas. Es muy difícil es muy difícil hacer el seguimiento. Entonces yo creo que el aspecto legal se tendría que tener en cuenta también.

A: ¿Mercè....?

Mercè: Si, jo sóc la (...), educadora social i estic actualment treballant a un centre de dia de gent gran. Com a particularitat i volia anar a parar aquí, perquè clar, sense sostre, són gent que no tenim. Yo crec que si son gent que ha estado en la calle, se ha hecho una demanda desde servicios sociales porque se ha creído que ha ido bien, porque claro no puede estar en la calle. Y a través de Arrels, o a través de Càritas y se deriva un recurso, en este caso un centro de dia porque lo mejor es que tenga una pensión y que sea lo más normalizado, porque residencias institucionalizan a la persona. Dónde iba a parar, que a veces una falta de coordinación o... tendria que haber más coordinación, porque sino los centros, todo para mi, todo dentro y yo trabajo desde dentro. Es por ley, trabajamos desde dentro no tenemos porqué salir, pero esto no puede ser así, porque la enfermera del centro... Aquellas personas tienen que tener una educación sanitaria, desde gestionar la tarjeta, pero si ya se ha hecho, desde aquel hábito de la vacuna. Y luego el cómo, el acompañamiento, por no sentirse solo... Y eso si, una buena atención por parte del médico. Persona que llega, pues si no da, es porque están muy desestructurados. Y yo iba a parar un poco aquí, que una vez están en una institución o desde servicios sociales, si que nos hemos encontrado que ya están, o un matrimonio, ya está, pero si le hace falta algo... Hay un vacío, hay un vacío, sea porque sea que se amunteguen los expedientes, sea... es igual, hay un vacío, entonces es imposible trabajar. Desde el centro, o desde si se trabajar así desde los centros que son de día así abiertos, y se hace con, nosotros con el CAP, por el hecho de las relaciones con las enfermeras, hay mucho más contacto, pidiendo

visitas... Bueno, poco a poco la persona va cogiendo más el aire pues del hábito, de ir al médico. O sea quiero decir, que falta de coordinación pienso que... no es que falta, es como la voluntad de los que hay que creen en su proyecto, y saben por dónde tienen que tirar. Porque bueno, tienen mucho abandono emocional, o sea realmente.

Pere: Creo que hay si que hay que aclarar la categoría. Toda aquella persona que está sin techo, que está vinculada a algún recurso, que tiene un acompañamiento, normaliza ciertas historias de atención. La persona que no se vincula a ningún tipo de servicio, se mantiene en esa desestructuración. Siguen teniendo unas condiciones, o sea las dificultades que puedan tener de acceso al servicio la sigue manteniendo y no accede a recursos ya sea incluso, la dificultad al tema sanitario también entraría, la dificultad de acceder a una medicación, que altera un tratamiento. Antes, no lo había comentado porque me había desviado un poquito del tema, antes si que había algún recurso como médicos sin fronteras, donde podías dirigirte y obtener medicinas, en principio gratis. Ahora no hay un centro donde se pueda suministrar un tratamiento. O sea si la persona si no se quiere vincular a ningún centro, por si sola, yo me mantengo como sin techo en la calle, y voy al médico porque estoy constipado o lo que sea, y quiero seguir un tratamiento, ya tengo más dificultad porque sino tengo recursos para poder comprar...

Soledad: Si, porque ha miles de muestras que se tiran regularmente a la basura cada dos días.

Pere: Si, supongo que todo esto es cuestión de facilitar la medicación, o que se pueda facilitar. El cómo funciona cada CAP, y la atención que se pueda hacer.

A: Si, Paula dinos...

Paula: Me llamo (...), soy médico de familia, trabajo en el ambulatorio de la (...). Y bueno mi experiencia con gente sin techo es pequeña. No es habitual donde trabajo pero alguno ha habido. Un poco la impresión que me ha dado de la visión que ha comentado Soledad, ha sido totalmente ideal, me parece perfecto si en (...) funciona así ¿no? Nuestra experiencia no es esta, el hecho de que una persona sin techo asome la cabeza en el centro o en urgencias o tenga tarjeta sanitaria, no quiere decir que el acceso sea bueno. Yo creo que el acceso es pésimo. Si que si va a un hospital si que le atenderán y no habrá ningún problema, o que le darán tarjeta sanitaria. Pero eso no es el acceso. Una persona sin techo llega a nuestro centro, a veces ocurre, y primero se encuentra con la administrativa, que si está empadronado, que si no tiene asignado el médico, que sino tiene tarjeta. Además huele mal, entonces toda la cola se rebota... Entonces viene fuera de hora, no ha pedido hora, no sabe quien es su médico, el de guardia no está, todo el mundo tiene cuarenta visitas y nadie tiene espacio ni tiempo para visitarlo. Bueno, si esto es tan urgente, que se tiene que visitar, una llaga horrorosa o algo así, entonces por suerte se le pasa a alguien que le toca urgencias en ese momento. Entonces te encuentras a un señor que huele horrible sentado en la sala de esperas, en un momento que tienes cuarenta visitas y cinco minutos por visita. Que la gente que espera se va calentando, porque el señor este molesta... Y entonces al cabo del rato lo pasas, claro ¿no? Entonces te encuentras en la consulta con una persona que resulta difícil entenderse porque no es una relación normal a la que estamos acostumbrados, que no sabes nada de ella, es nueva, que tu tienes cinco minutos para visitarla. Entonces intentas someramente aclararte, que huele horrible, y cuando dices, desnúdese, a ver la sensación que tienes o que yo tengo es muy dura, porque tienes que hacer un esfuerzo muy grande de disciplina y profesionalidad para acercarte y no vomitar. Es que es así de verdad. Entonces se sube a la camilla, se desnuda, o se levanta la llaga, o se quita los zapatos, entonces si no te has muerto entonces abres la ventana. Entonces si es una ulcera y se tiene que curar porque no está la enfermera, si es una cosa simple, que a lo mejor hay que darle antibiótico. En nuestro centro hay muestras, pero hay muestras pero hay muestras de las inutilidades más grandes que traen los laboratorios. Entonces claro, lo tienes que curar tu, y cuando consigues acabar con todo esto y visitar a la persona y curar a la

úlceras, pongamos, y conseguir que le den hora para la asistente social para mañana o para la tarde, entonces claro la persona ya se ha ido a su casa, sin medicación, sin posibilidades aunque sea pequeñas de seguimiento. O sea que esto no es tan real, van a urgencias y porque... Pero es heroico que hayan conseguido llegar, han pasado por un montón de trabas. Entonces, no hay seguimiento, es realmente difícil. Yo pensaba, a ver, que esto depende mucho, en realidad de la buena voluntad de las personas que están en ese momento en el centro. Que los de la puerta en ese momento se apiadan y lo pasan, del profesional que... claro cuando sale ese señor, tu tienes cuarenta personas, pero en la consulta no puede entrar nadie. O sea abres la ventana, te vas a tomar el café para que se ventile todo, luego vuelves, realmente, y esto hace que sea difícil el acceso. Entonces un poco, yo creo que a parte de todos los problemas de los servicios sociales y de las dificultades para trabajar en red y todo esto, hay una parte que nosotros tendríamos que intentar facilitar. O sea el sistema sanitario es muy rígido en el acceso, para estas personas, y como para estas otras, por ejemplo los gitanos en general. Tienen dificultades para enterarse de todo este sistema tan burocratizado ¿no? Luego creo que hay que trabajar con la situación real que tenemos, o sea tomarle la presión a esa persona que no va a poder hacer un seguimiento si es hipertenso, no vale la pena. O sea mejor no tomarlo, o tomarlo apuntarlo, y pensar que a lo mejor otro día esto se podrá hacer. Intentar darles un tratamiento lo más completo posible, intentar poner el mínimo de trabas posibles, intentar acabar en esa visita todo lo que puedas, e intentar crear un vínculo. La experiencia que tengo es muy pequeña, pero las personas que hemos visitado sin techo, y hemos conseguido crear un vínculo, el vínculo no es tanto territorial como personal ¿no? El vínculo es con el profesional que le atiende, o sea si yo cojo un paciente que no tenía asignado profesional, y lo asignaron a mi lista de pacientes, un señor sin techo, que en ocasiones vivía en un sitio, luego no tenía domicilio fijo, y va apareciendo una vez al año, a lo mejor dos veces al año. Pero ya hace años que viene. Yo creo que el vínculo es más con la persona más que con el territorio. Es un poco intentar buscar ese vínculo en algún momento, y entonces sería lo que... Pero para eso haría falta un apoyo logístico, un poco más, para poderlo...

Pere: ¿A qué te refieres con un apoyo logístico?

Paula: Pues que hace falta tiempo, hace falta posibilidad de ducha, por ejemplo, es diferente si se ofrece que ese señor se pueda duchar para que la doctora lo explore. Yo soy consciente del esfuerzo que hacía este paciente para venir lo más limpio posible a la consulta, y aún así era tremendo ¿eh?

Taufik: Voy a darle una pequeña respuesta. ¿Ha visto usted Pere Camps?

Paula: No

Taufik: Ven a Pere Camps e intenta hacer lo mismo que acabas de contar. En dos días acabarás más... que la administrativa que está en la puerta que... Viene gente con la policía, que viene gente con problema de alcohol, con problema de drogas, que viene gente que huele no es que huele, que nunca en mi vida hasta pasar un año sin ducharme no pienso que llegaría a eso. Hay ducha, intento yo, es un poco mi trabajo, no me obligan, lo hago, llamo a Arrels, llamo a Navas, intento mirar hacer, es trabajo social y no es mi trabajo. Intento buscar el recurso, uno, dos, tres personas... Yo, usted no vamos a solucionar los problemas del mundo, eso son cosas de la institución. Lo que dice todo el mundo aquí. Si podemos encontrar, mejorar el trato con las personas porque somos humanos, y lo entiendo perfectamente. Pero es imposible si no hay recursos, si no hay posibilidades, si yo como trabajador social, o como educador, o como mediador, se cuando llevo a una persona a un sitio que va a ir a dormir, va a ir a comer... Y yo como doctor no puedo dar un tratamiento, no se gana nada dando un tratamiento, créeme, créeme.

A: Si, yo quería comentar dos cosas más. (...) Nosotros estamos viendo que las dificultades de acceso para este colectivo en muchos casos son serias. A parte de las que dijo ella, y que depende en gran medida del profesional de turno, hay gente más

sensibilizada que otra (...) Ellos dicen, los sense sostre, si vas al médico oliendo a alcohol, estas perdiendo el tiempo. Los que hacen acompañamientos nos dicen: evitamos que salga la palabra sense sostre, sino ya sabemos con que diagnóstico nos vemos: enolismo y sociopatía. (...)

Pere: Es una intervención al mismo estilo que él hace del servicio. El hace un uso puntual del servicio y la atención posiblemente sea puntual, por las circunstancias, uno acaba haciendo, por mucha predisposición que se tenga. Lo que pasa que yo creo que son dificultades añadidas dentro del circuito en cuanto a sanidad. Porque claro esta persona no va al ambulatorio, entonces su forma de funcionar es urgencias, porque en urgencias se le atiende. Y parto de que todo el mundo actúa de la manera más profesional que puede y que hay una predisposición y se hace la atención en el momento que se puede, aquella que crees que deba ir mejor. Pero yo creo que la atención si que es puntual porque si una persona vuelve a hacer un uso del servicio, posiblemente empiece a cambiar su situación y vaya pasando a otro nivel. Con lo cual, la desestructuración empezaría a cambiar, y empezaría a ser de otra manera.

A: Si, luego ocurre, que Arrels por ejemplo presento una demanda legal, porque se negó el tratamiento a una persona basándose en la filosofía de que: era una pérdida de tiempo porque no se iba a seguir el tratamiento posterior, y que no estaban dispuestos a aplicarle ese tipo de intervención. Entonces hubo una demanda formal y

....

Pere: Pero eso son casos puntuales.

A: Pero entonces no os parece, por lo que estamos diciendo, que hay colectivos que si queremos que tengan un acceso aceptable al sistema, dada la especificidad del colectivo, no tendría que el sistema no sólo tener la puerta abierta cuando vienen, sino en algunos casos ir a buscarlos, dar un paso más allá...

Alex: Andrés, pero una pregunta, eso con personas mayores se hace y se sale, y me lo puede corroborar la gente, y hay ese acceso. Pero sigo diciendo una cosa, de todo este discurso, y él decía que el problema puede estar en los circuitos. Pero yo creo que nos olvidamos de una cosa, y sigo diciendo, hay tipologías de sense sostre. Y hay tipologías, y un sense sostre, con enfermedad mental, consumo de alcohol y para colmo inmigrante, tiene mayor dificultad que a lo mejor si te encuentras un sense sostre el cual ha quedado... Parece ser que ahora se bautiza a esta nueva pobreza de gente que se queda sin hogar, y que a partir de ahí puede empezar a desvincularse de las redes sociales, pero si que puede haber un rasgo de personalidad... y entonces pueden empezar a haber estas dificultades, y ves a gente joven que empiezan a ver con sus pertenencias. A ver, de hecho una situación... Yo creo que es muy importante tener en cuenta las tipologías, porque eso tiene implicaciones en el acceso. Porque una persona deteriorada de diez años en la calle, con el olor que decía ella, es muy diferente que si te viene una persona que ha podido tener pequeños accesos a educadores, a servicios sociales, y que no ha perdido del todo la vinculación y que puede entrar al sistema rígido de acceso. Yo creo que eso es primordial para el mundo de los sense sostre. Para mi es primordial.

Pere: Pero estamos hablando y se está enfocando de lo que es un panorama general. Porque todo el tema de salud mental, toxicomanía... Que a ver que dentro de la propuesta esta de salidas si que hay un tipo de atención que se está haciendo, y si que se está saliendo a la calle. Por lo menos que yo sepa, había un equipo que se dedicaba a hacer un seguimiento de todas aquellas personas que habían dado positivas, habían hecho un tratamiento y por lo que fuese se habían marchado, y entonces se les iba a ver, ya fuese a domicilio, ya fuese en algunos casos en la calle, y se les suministraba la medicación.

A: Pero se iba...

Pere: A ver, yo se que se hizo en su momento. A ver en el momento, que se tenía la información que me parece importante, el hecho que hay persona que pueda desplazarse por la calle...

Alex: Es lo que está clarísimo y es lo que yo venía a decir, salud mental se desplaza a domicilio, si hay domicilio, pero imaginemos que se trata de un *sense sostre*. Hay un programa de *homeless* que si que lo hacen. Es el típico programa que tienen que vincularlo a partir de un profesional que lo trae ¿vale? Y a partir de ahí, van a los albergues. Pero para mi salud mental es una de las cosas con muchas dificultades. Si el circuito de sanidad es difícil el de salud mental aún es más complicado. Supongo que porque también está que habiendo un incremento mayor en la atención a la salud mental, no se está respondiendo con lo que se está necesitando. Y a ver, a favor de la gente de salud mental, a veces te encuentras con una gente en salud mental, como por ejemplo en Ciutat Vella que son cuatro psiquiatras y cuatro psicólogos que están atendiendo a una población inmensa, en la cual los trastornos de salud mental cada vez son más graves. Y que esa así, y que la población es una población difícil.

Lluís: Respecto al tema de salud mental, hay que decir, que por ejemplo allí en La Mina que mientras en San Gervasio hay siete psiquiatras, allí hay un psiquiatra y tres psicólogos para una población que ya los médicos dicen que tendría que haber.... que hay los índices de salud mental más altos del mundo. Entonces, a ver, no se puede responder ante todo eso. Y luego yo también quería decir otra cosa, el tema de los albergues, hay un límite de días, no se pueden estar. Luego... Esto te quería preguntar, son tres días y luego adiós no se puede quedar allí. Es lo que yo...

Taufik: No hay recursos, después de tres días no tengo más que comer... Te hace un servicios de tres días y luego ya adiós.

Lluís: Dicen que la solución es ir cambiando de albergue, igual me como en los comedores sociales.

A: Son tres días y ya está, a no ser que valoren el caso y te hagan un carnet especial,

Lluís: Y luego el comedor social me hizo una gracia, bueno aun me estoy riendo porque a ver, los comedores sociales, se come el primer turno a la una y la una y media fuera. Y el segundo entra a la una y media ya las dos ya está, a las dos todo el mundo fuera. Y luego los jueves, los jueves cierran. Y sábados y domingos cierran no se come, hay que irse a buscar el bocadillo...

A: A ver, y luego un comedor social que está en un primer pisos in ascensor, con la sillas de ruedas no se puede. Y el otro está en Navas, en una estación de tren no adaptada, o sea que...

Taufik: Como el de Paral·lel, que no puede ir.

A: Ah, si que ya es curioso,

Alex: Si empezamos a mirar, encontraríamos dificultades en todos los sistemas, en el sanitario, en los servicios sociales, seguramente a veces nosotros mismos des de servicios sociales estamos como enfadados con los servicios que tienen que tratar con estos colectivos porque no nos dan acceso. A ver, dificultades las hay, pero yo creo que hay cosas que se nos escapan de las manos. No puedo decidir el presupuesto del ayuntamiento o que se haga un servicio... hay no decido yo... No, no, si va por ahí la cosa

Lluís: Si, si, si, si, estoy de acuerdo. Son las limitaciones...

Alex: Por eso te digo, claro...

Lluís: Pero es que estamos mezclando aquí cosas.

Pere: No, lo que pasa que a ver, si que es cierto, a nivel de los comedores y a nivel de alojamiento, es verdad. Está limitado, eso es cierto. Hay dos tipos de albergue.

Lluís: Y hay tres o cuatro albergues...

Pere: No, que nosotros tengamos acceso directo, hay dos tipos de albergue, a ver acceso directo... Hay dos tipos de albergue, uno que es en principio más de carácter residencial y el otro tiene un carácter más puntual, eventual. Y normalmente van las personas con más posibilidades a nivel de inserción laboral. Está San Juan de Dios, y el que es más residencial es el de Can Plans. Entonces al margen de eso, durante el periodo invernal, se abre lo que se llaman los servicios de acogida.

Taufik: Si te mueres de frío, se realmente hiela...

Pere: Entonces allí se abren una serie de plazas que son unas 65 plazas, que son las de partida. Y si que es cierto, vuelve a ser lo mismo tiene temporalizada la estancia. A ver, evidentemente, no es por una cuestión de frío. A ver a algunas de estas 900 personas, 65 plazas, no tiene nada que ver con las 900 personas que puedan haber por ahí. La historia es que pasen la máxima cantidad de personas posibles. Vamos a darles a las personas una estancia no de tres días, en estos casos se hace aproximadamente entre dos semanas, y entonces, en función de el hecho de ir hablando con las personas responsables que están allí trabajando, se puede prologar la estancia en más tiempo. Tres días, las noticias que tengo yo, también se dan en albergues de otras comunidades. Que son personas que se dedican a hacer toda una serie de itinerarios, de movimientos... Porque es eso, tres días duermo aquí, tres allí, una semana, dos semanas... Es una manera de moverse, y tener una atención a las personas...

Taufik: Estando sin techo, y con problemas de alcohol... A veces veo una persona y digo, Dios mío, la desgracia en si misma. Tiene todo...

Alex: Si a veces piensas que es lo primero, o tratar sin papeles, o tratar sin techo, o tratar la droga, porque el problema muchas veces también está ahí. Una persona con salud mental, alcoholismo y sin papeles, por dónde empiezo. Porque es sin papeles o porque es sin techo, ¿me entiendes? Que a veces la situación comporta... Por eso las tipologías para mi son esenciales, a parte de las faltas que pueda haber en los diferentes sistemas. Que seguramente nosotros tendríamos muchas ganas de mejorar, pero que ya digo que se nos va de las manos, por cuestiones políticas que puedo votarlas a un partido o a otro. Ahora si que es verdad que, eso te lo puedo decir, porque he participado en un estudio sobre pobreza, yo y una compañera... Pero que hay como una sensibilidad para poder tratar, o sea el tema de la pobreza, porque bueno está empezando a ser un número importante de personas sin techo. Entonces, hay sensibilidades políticas, pues si, pero hasta dónde esas sensibilidades políticas van a poder trabajar en más recursos, en recursos diferentes, pues no se...

Taufik: Voy a comentarte algo más...

A: *Si, una última cosa y cambiamos de tema....*

Taufik: Yo pienso que si servicios social va bien, no tendrá sentido, cambiar de un partido a otro. Cuando hay elecciones todos hacen algo, o quieren hacer algo, o hablan de algo, porque sino no tendrán de que hablar.

Lluís: Y luego otra cosa por el tema, último ya. El tema de la derivación es importante que se sepa que desde el centro de salud se puede hacer todo y más pero a nivel de salud, solo salud. Si se deriva a servicios sociales es porque en principio se tiene recursos que no se tienen en sanidad. A ver yo como trabajador social yo me puedo implicar todo lo que pueda, pero es que a ver, hay que potenciar los recursos de servicios sociales. A ver, en el caso que decías que bueno hay que hablar, hay que compartir, bueno has dicho una palabra ¿no?

Alex: He dicho poner en la red que es una cosa diferente a compartir.

Lluís: Entonces, los servicios sociales no pueden porque tienen que compartir con el centro de salud, es como si el centro de servicios sociales no puede abarcar todos estos problemas, porque hay demasiados problemas sociales y entonces tira pelotas fuera, parece ser. Pelotas fuera, en el sentido de derivarlo y rebotar. A ver cuando uno ya no puede abarcar tantos casos, pues bueno hasta aquí llego y puedo abarcar. Vienen y se van, vienen y se van, y lo derivan otra vez a la persona que lo ha

derivado. A ver, es un tema que es importante antes de empezar a abordar el abordaje del tema, hablarlo antes con el centro de salud, y hablar que responsabilidad tiene el centro de salud, qué funciones va hacer el trabajador social de ahí, y qué funciones va a hacer el trabajador social de servicios sociales municipales. Es un tema de coordinación.

Alex: Sí, sí, sí estoy de acuerdo, si estoy diciendo que yo abogo por ese tipo de relación. De coger el problema en cada sistema. A ver yo lo he dicho en principio que los límites en salud están mucho más claros, mucho más definidos. Tu dices yo me encargo del tema de salud, pero en servicios sociales entran temas globales de las personas, entra salud, entran hábitos, entran situaciones psicosociales, entra de todo, entran situaciones de habitatge, políticas de barrio, entra de todo ahí. Entonces los límites son más difusos en servicios sociales, entonces por eso abogamos por eso porque no tenemos ni todas las respuestas y no todos los recursos. Y depende como muy bien has dicho de la... A nosotros nos llega esa gente y tenemos que aguantar el olor y la situación... No podemos decir que no. Y si no hay vinculación pues se utilizan los recursos necesarios. Yo abogo por lo que tu dices, yo abogo por la coordinación, por poner de acuerdo a los diferentes servicios que pueden estar tratando o intentar tratar a estas personas. Totalmente de acuerdo, y añadiría salud mental porque es muy importante salud mental. Porque muchas de las personas *sense sostre* tienen dificultades o han tenido dificultades en salud mental. No me atrevería a decir, que a veces es la causa que ha llevado a una situación de exclusión social, pero muchas veces, están como una de las causas, a parte de las económicas.

A: No, anirem més ràpids perquè moltes de les coses que hem comentat per serveis socials serveixen per tots tres col·lectius, sense cap... Doncs això, anirem una mica més ràpids. Ara per tancar el tema dels sense sostre... Bé, alguna proposta concreta pel col·lectiu dels sense sostre. Hem parlat de problemes de coordinació; després allò que has dit tu de facilitar l'accés a nivell burocràtic, a nivell administratiu... D'això ja hem pres nota. Alguna suggerència més?

Taufik: Servicios sociales de primer nivel, en cada hospital.

A: Sí, también lo habíamos comentado antes fuera, en San Pablo en urgencias no hay trabajadores sociales. Si ocurre algo, llaman a alguien de planta, pero según que día de la semana ocurra, puede no haber en planta tampoco. Una persona que se atiende en urgencias, o que se le pueda dar el alta, y no hay un servicio social al que se le pueda reorientar, ayudar, vincular en algún servicio.. ¿en que situación queda?. Continuado sólo tiene el Clínico 24 horas.

Taufik: Pere Camps se atiende a muchos, es el que más atiende a personas marginadas, y no tiene una trabajadora social, ni idea. No es que... ni a la mañana, ni a la tarde ni a la noche.

A: Bueno, pues pasamos a....

Alex: No una cosa, que se me ha olvidado como propuesta, que a veces nos olvidamos de un tema preventivo de la gente sin techo. Estamos hablando de la gente que ya está sin techo. Entonces yo creo que también es importante como política preventiva, cuando ya se prevé se ve indicadores que esta persona puede llegar a la exclusión social, sería bueno un sistema, lo digo porque eso prevendría las otras situaciones.

Soledad: Yo como colofón, y no quisiera caer en la ironía, a parte de que no estoy de acuerdo con Paula, si que hay casos así, no es inventado ni nada, pero no creo que sea la tónica general de todos los sin techo. Bueno, yo creo que no se si no estaría de más poner una ducha en todos los CAPs. No se si esto es una propuesta correcta o no correcta aquí, pero...

A: No en todos, los CAPs, pero si en aquellos en los que se prevé...

Soledad: Si, en aquellos sitios que hay afluencia de este tipo de personas. Bueno, pues esto se da, oye o se soluciona. Igual que en mi barrio, cada dos por tres, viene allí el toxicómano de turno y viene allí a pincharse, o hay gente que entra allí a lavarse los pies... que bueno...

Paula: Bueno, eso no garantiza nada tampoco...

2. GENT GRAN

A: Bueno, veamos que opináis de la problemática de la gente mayor. Nos centramos en el colectivo más necesitado. Personas mayores que viven solas y cobran pensiones no contributivas, 286 euros (...) Nos interesa la parte de las capacidades de las personas para hacer uso del sistema. Entonces, a veces se dice que utilizan mucho los servicios, que van mucho al médico. Para otras personas se dice que no van todo lo que tendrían que ir. Hemos hablado con voluntarios que hacen acompañamientos, nos han comentado casos (...) El tema de la gente mayor, parece que no hay mayor problema para acceder al profesional, hay problemas de movilidad: los que están más cerca del CAP van más al médico, los que están más lejos van menos. Esto se agrava con la reforma, a unificarse servicios en un mismo centro, es el caso de Maragall o Meridiana (...) Luego hemos encontrado diversas situaciones que causan cierto desasosiego a la gente mayor, cuando tienen que ir hacerse pruebas (...) Dado que hablamos de personas más o menos frágiles, sin entorno familiar, entendemos que produce cierta angustia. Esto para introducir un poco el tema. ¿Qué pensamos de la problemática de la gente mayor?

Elisabeth: Bueno, yo soy (...), que trabajo en el CAP Maragall y realmente estamos en una ABS, i la zona que abarca el CAP son unos 100.000 habitantes, más o menos. Yo estoy en la zona de (...), que queda a un lado. Cuando tenemos que hacer domicilios, en Guinardó, por ejemplo, entre que subes cuestras hasta que no llegas arriba de todo...

A: Yo me visito en el CAP vuestro, y realmente es lo que decimos, que esta reagrupación, esta reforma de la primaria, y esta unificación de áreas, ha suprimido centros, y para gente con problemas de movilidad han aumentado los problemas. El caso de San Andrés es como decimos... Es complicado...

Elisabeth: Creo que la reagrupación esta fue un error. Pienso que el hacer CAPs más pequeñitos, más accesibles, hubiese sido mejor. El monstruo de Maragall yo no lo acabo de entender y está. Respecto a la atención domiciliaria, pienso, no se, que para nosotros el médico de primaria supone los mayores de 65 años una cuarta población que yo tengo asignada. Y yo pienso que se está haciendo un esfuerzo muy grande en atención domiciliaria, sobretodo por parte de enfermería, que va a buscar a los pacientes al domicilio. Se detecta y se hace un seguimiento. Lo que pasa es que las carencias son brutales, llegar a todo es imposible. Después si, la alarmita de la Cruz Roja, si, peor y qué, se cae por la noche y se rompe el fémur y ya está, ya lo tenemos aquí. Y luego la persona que no puede salir, porque vive en un cuarto sin ascensor y no se atreve a ir a comprar la comida para aquél día. Que son muchísimas las limitaciones que existen, por mucho que el médico vaya al domicilio. Otra cosa que preocupa muchísimo son los trastornos mentales severos. Gente que hace quince o veinte años que no sale de su domicilio, y ya puede ir el médico de cabecera a darle cuatro gotitas de... para que esté un poco más tranquilo. Parece que los psiquiátricos no nos gustan o que los centros de psiquiátricos de reclusión ya no están de moda, y ahora la reinserción social, pero quien atiende a esta gente.

A: Y lo que decías tú, que viven en un cuarto sin ascensor... También nos comentaron que en general las ambulancias no tienen la obligación de subirlas a los domicilios, que depende un poco de la buena voluntad del profesional. (...) Pero si probablemente

la atención domiciliaria es lo que se entiende que soluciona un poco estos problemas, no es suficiente, ¿qué hacemos?, si la ambulancia no le sube y no tiene ayuda domiciliaria, le han de subir los vecinos.... ¿cómo lo veis?

Alex: Respecto a esto, yo diría que en aquellos casos que habría una detección del asistente sociales del área básica, o alguna detección nuestra por algún vecino o algo así, desde dentro del sistema. Yo creo, que por ejemplo el servicio de atención a domicilio, por trabajadores familiares... Creo que ayuda bastante o facilita bastante que la persona tenga acceso pues a eso a llamar a la ambulancia, en buscar la visita, los números, el día... O sea esos problemas burocráticos, que decíamos antes con la gente *sense sastre*, a veces es facilitado por los trabajadores familiares que están trabajando con estas personas mayores. Buscarle la hora o (...) Y respecto a lo de las ambulancias si está detrás la trabajadora social se le hace subir, depende si llama un hombre mayor solo, pues igual no sube.

A: *¡Que yo no te quería convencer....!*

Alex: No, no...

A: *Es que entonces..., si vamos a que para que le atiendan depende de la buena voluntad del profesional... parece que no vamos muy bien, ¿o creéis que sí? Es decir, cuando a nosotros los trabajadores sociales nos dicen: es que cuando tenemos algún problema pues llamamos al ambulatorio, y si es un tema de urgencias lo llevamos, y según quien haya esperamos al día siguiente o llamamos al otro. Entonces algo falla. Si el que tenga una asistencia estandarizada, depende de la discrecionalidad y la buena voluntad del profesional de turno, ¿pues parece que vamos mal? ¿Parece que algo falla, no?*

Alex: Los ingresos psiquiátricos funcionan así, depende de quien haya.

A: *Si depende de la buena voluntad de las personas algo falla en el sistema porque algo que inicialmente es un derecho, lo acabamos convirtiendo en algo discrecional, ¿no?*

Paula: Yo creo que en general la atención primaria, está haciendo un esfuerzo tremendo por atender a las personas mayores tanto a domicilio como en el centro. Nosotros tenemos también un porcentaje muy alto de personas mayores, a parte de la atención a domicilio, hay un gran esfuerzo, en la enfermería por el tema de búsqueda de casos, de cuidado más continuada. Aunque la atención médica, también es importante, porque hay gente que está muy enferma. Pero yo creo, varias cosas: Por una parte hay la búsqueda activa de las personas que necesitan una atención domiciliaria, pasa por tener los ojos abiertos y a la que hay cualquier persona, vecino que te comenta, pues se va a hacer... Por otra parte, se revisa sistemáticamente la lista de pacientes mayores y se esto que decís vosotros de buscar los que no han venido, esto se hace sistemáticamente entre las personas mayores, mayores estamos hablando de 75 para arriba. Se llama por teléfono, se visita a domicilio y se busca finalmente a los que no han venido. Esto forma parte del esfuerzo. Yo creo que otro esfuerzo muy grande que se está haciendo actualmente también, es el utilizar, el poner en conocimiento a servicios sociales de atención primaria de salud, la gente mayor frágil. O sea el programa de gente mayor frágil que está haciendo la enfermería, revisar a la gente mayor de 75, 75 o 65?

Soledad: Sesenta y cinco

Paula: 65, de revisar las características tanto médicas, como sensoriales, si están deprimidos o no, también la valoración social de los pacientes que presentan riesgo social. Yo creo que poner en marcha los recursos sociales antes de que esa persona, de manera que en el momento que se caiga, ya tenemos el problema... Entonces poner en marcha esto con carácter preventivo, se puede hacer para que esto no pase. Ahora a mi juicio el principal problema, es de recursos sociales. O sea no hay ni

suficientes trabajadoras familiares, ni suficientes personas de acompañamiento, ni suficientes nada. O sea es ínfimo lo que hay para la cantidad de personas.

A: Hay trabajadores familiares, a hora y media... Luego sobre el acceso Elisabeth, aun hay otra cosa más, además de la dificultad de la distancia al centro, es que el acceso telefónico en muchos CAPs es imposible. Entonces eso te obliga a desplazarte. Hay ciertos CAPs, que es imposible concertar cita por teléfono, y esto obliga a que te vaya a coger visita alguna persona, o que si no se puede desplazar... Luego nos dicen en Sanitat que pretenden incentivar el acceso por Internet. Bueno, pues para estos colectivos de los que estamos hablando, en ningún sentido va a poder ser. Las personas que tienen más dificultades, no se les está facilitando. Otro problema que nos plantean con este colectivo, son las altas. (...) Ahí abría que señalar la falta de coordinación entre los diferentes sistemas asistenciales.

Alex: Yo añadiría, que el circuito está muy burocratizado para un tipo de personas que requieren una mayor facilidad. Yo ahí si que lo añadiría a parte de la coordinación. Y yo no una de las cosas que quería añadirte como propuesta sobretudo en Casc Antic, que no funcionó todo lo bien que tenía que funcionar, es el tema de *siguem bon veí* o algo así, que volvían al trabajo comunitario, social, de la vecindad como persona que se puede encargar de ir a pedir día... Es un inicio interesante pero que ya te digo que no cuajó. Yo creo que fue una buena... Vuelvo a insistir en la red, que es importante tanto en servicios sociales, sanitarios, como para poder incentivar a la comunidad, de que estas poblaciones... En Sarrià-Sant Gervasi, que vive arriba gente, que para llegar al CAP pues no llega nunca, están enfermos y nadie sabe nada. Y montar un circuito, por ejemplo, con los vecinos, para cuando una persona faltara más de tres días a unas pequeñas reuniones que hacían en el *casal d'avis*, era como una sensación de alerta sobretudo para mayores de 75 años. Bueno, son circuitos vecinales, comunitarios, para poder... que podrían ser como buena propuesta. Pero ya digo que se intentó hacer y no siempre cuaja. Porque bueno, se ha perdido una cierta... Cuando hablamos de soledades, estamos en una ciudad, donde gente que vive sola, mayores de 65 años o no, está aumentando. Claro, tenemos que tener en cuenta eso, hacia donde vamos.

Pere: A ver, esto también tiene un carácter de... la idea puede ser muy buena pero, tiene un carácter de intimidad, hasta donde dejas entrar y hasta donde no dejas entrar. Entra en el punto de mantener tu burbuja. Está muy bien que notes a faltar a una persona tres días, pero igual la persona está por otros temas...

Taufik: Otra propuesta tener en cada CAP un educador y una enfermera.

Soledad: Eso más o menos está. ...

A: Más o menos, se hace algo.....

Soledad: Eso ya existe

Taufik: ¿En cada CAP?

Soledad: Si, yo creo que es genial esto.

Alex: Si, yo estaría contigo que la atención domiciliaria...

Soledad: Yo creo que es de lo que mejor funciona, sobretudo está establecido en unos protocolos muy eso y tal... Por eso según que cosas has dicho tu, ahí se prevé muy bien en la atención domiciliaria. Esta ambulancias que están previstas para la visita en el Hospital del Mar para el día tal, ya se dejan hechos esos volantes en un porcentaje muy alto. La ambulancia puntual que puede encontrar un médico... Bueno, yo porque visito con el médico a domicilio, pero bueno... es igual o la enfermera, a no ser que sea un caso muy puntual que tengas que llamar tu a la ambulancia, porque crees que ese enfermo... Y normalmente se espera el médico a que llegue la ambulancia. Pero normalmente, estas que están ya previstas, les dejas el papel, dejas el teléfono, le dices al enfermo que llame dos o tres días antes para que la empresa ambulanciera se organice sus horarios, entonces... Otra cosa que también es muy curiosa, que estuve hace dos años, me ofrecí a la Asociación de Vecinos del barrio, allí en la plaza Padró,

con el Josep García, me oferté para hacer un estudio sobre quejas que la población tenía a nuestro CAP. Estuve todo un año lectivo, cuatro horas semanales, dos horas diferentes. Vinieron tres personas, tres quejas, y las tres eran por la lista de espera de diferentes especialistas o de diferentes operaciones en hospitales. Incluidos gente mayor en casa, entonces es muy curioso que estas demandas se hacen a través de no se quién. Pero si tu montas un cierto organismo que figura, no era como una gran cosa, pero que la gente ya tenía que hacer un papelito, ya tenía que firmar su queja. No hubo... es curioso.

Pere: Yo no se con las ambulancias, pero no se si los traslados son más o menos efectivos, si aquellos servicios asociados con CAPs saben que tienen que subir a buscar a la persona, bajarla, llevarla... No se como se hará si hay una hoja...

Soledad: Ya por eso digo, que normalmente... pero es así, más o menos, lo previsto. ¿Verdad? Se hace previsto.

Paula: Si, esto es así...

Alex: Yo hay dos cosas, una que también lo hacen en el ABS (Àrea Bàsica de Salut) y es interesante, una iniciativa de la asistente social del ABS. Que es el tema de trabajo grupal con poblaciones determinadas, el trabajo de cara a la prevención de la salud. Sobre todo para gente, por ejemplo, al grupo de personas mayores que han perdido a su pareja. ¿Vale? Que son personas mayores que han perdido a su pareja y que hoy entran en un inicio ya sea por la depresión o por una situación de dependencia, en un inicio de aislamiento ¿no? Y también respecto al acceso de salud. Vuelvo al tema de la prevención, cuando se detecta esto, este tipo de grupo puede ayudar a continuar manteniendo ese vínculo. Lo hace la asistente social del ABS, pero lo podría hacer cualquier otro servicio. Yo se que había también de cuidadores, guiados por un psicólogo social, pero no se pienso que es un tema interesante también de cara al tema de la salud de la gente mayor. Y un gran problema que hay que habéis comentado antes es el tema de las altas hospitalarias, de la gente mayor que requiere el cuidado después de las altas hospitalarias.

Paula: Siempre en viernes por definición.

Alex: Exactamente, es siempre en viernes y te puedo decir que mis compañeros de servicios sociales ponen el grito en el cielo porque el viernes a las dos del mediodía que te llama un asistente social del Hospital que te dice, no puedo mantenerlo. Esto es habitual.

Lluís: Si esto es habitual

Alex: Es realmente patético, te lo puedo asegurar.

Lluís: Sí, sí, no hay derecho, esto es indignante.

A: En el programa Prealt, que está el Hospital del Mar y unidades del clínico, nos decían que ellos en ese programa estaba totalmente prohibido las altas en viernes.

Soledad: ¿Això per la gent gran?.

A: No, en toda la población frágil, prohibido dar un alta en fin de semana. Pero es un programa piloto, que están en ello, dicen...

Lluís: Lo que yo al principio, cuando me llamaban del Hospital, mira se le da el alta el viernes a la mañana, a ver, situación social de riesgo por todas y tal. A ver con la trabajadora familiar, a ver yo no tengo recursos, yo tengo que llamar a servicios sociales, y haces de intermediario, de gestor... Es eso, hablas con servicios sociales municipales, entonces, a ver, a correr, a correr. A ver, entonces yo también me evito el quemarme, porque intermediar, gestionar, porqué? Si la asistente social del hospital no puede parar ese alta. Es decir, es el médico del hospital quien le da el alta, entonces se va para casa y entonces pues bueno los servicios sociales tienen que correr, moverse un viernes por la tarde, a las cinco de la tarde la última vez. Y bueno, pues entonces, pero desmotivados, quemados, un desgaste increíble por parte del

profesional. Y eso no es ético, ni... Se deberían hacer otras cosas, de otra manera. Un lunes, por ejemplo...

Alex: A veces se llega a hacer otro ingreso para que se quede el fin de semana. Y ha habido situaciones sobretodo en *gent gran*, me recordaba situaciones de personas que les daban el alta hospitalaria, yo creo siempre en la buena fe de los profesionales y la buena ética. Y me intento mantener ahí, pero a veces he tenido esa suspicacia, casos que pueden ver ellos a nivel de salud, como que no va a haber un pronóstico muy favorable, y puede ser negativo... Nos encontramos a veces casos que vuelven, gente mayor que a veces hay un deterioro muy rápido en dos días. Gente que vuelve y lo hace en dos días por lo mismo, y a veces... Nos ha pasado una vez, volvió a hacer ingreso, volvió a casa y se murió. Entonces piensas ¿porqué le dan el alta? Porque esos cinco días han tenido a la persona esta mareada, para arriba, para abajo, un servicio de urgencias para tal... la han tenido mareada. Pues ¿qué costaba tenerlo cinco días si ya preveían...?

A: *Eso mismo nos comentaba tu colega. En el SAIER nos comentaban que habían llegado a enviarles personas del hospital en ambulancia al SAIER... Me lo envían aquí con un alta en ambulancia (...)*

Taufik: Yo acompañé a gente en ambulancia a Arrels, la acompañé de Pere Camps a Arrels.

A: *Entonces dices, ¿pero a ver...?*

Alex: No, ahí si que hay un tema en las altas hospitalarias, la relación quema mucho a los profesionales intermedios, quema mucho ¿eh? Realmente...

Lluís: Yo he decidido ya ir a servicios sociales directamente que son quienes tienen la facultad, la competencia exclusiva de... Yo, funcionar mal... Se hacen las cosas, servicios sociales que se implique y bueno a correr todo el mundo. No son maneras, de dar el alta.

Alex: Lo que pasa que a veces las trabajadoras familiares no tienen la facultad de poder cuidar sanitariamente a esa persona. A veces pueden venir personas con unas pautas médicas, de curación. Y si vienen un viernes no se pueden poner en marcha hasta un lunes o martes, un circuito sanitario de visita a domicilio con enfermera que haga cura y tal... Tenemos a una persona, trabajadora familiar con muy buena fe, pero que no que yo muchas veces les digo que se nieguen a administrar una serie de tramos, porque no quiero esa responsabilidad.

Lluís: Trabajadora familiar hasta el viernes por la tarde?

Alex: Sí, si y a veces hasta sábado y domingo están. Y luego el caso que vuelve a atención primaria y volvemos a empezar.

A: *Eso nos lo decían el otro día, para que la trabajadora familiar pueda hacer esas ciertas tareas sanitarias en el domicilio, tendría que acompañarla al médico siempre, acompañar a la persona al médico siempre.*

Alex: Y luego hay curaciones de yagas que a veces requieren un... y que a veces hay trabajadores familiares que lo hacen, y yo la verdad...

A: *¿Alguna propuesta más con los abuelos?*

Lluís: Decir una cosa, de que la reforma de atención primaria está muy bien, y que la atención domiciliaria a gente mayor estaba muy bien... Pero que ha habido un deterioro durante estos últimos años que está mucho mejor la atención domiciliaria en Galicia, en Andalucía, Aragón, Castilla, Madrid... O sea, se ha perdido muchísimos puestos en ese ránking, por decirlo de alguna manera. El tema de la atención domiciliaria...

Taufik: Una propuesta.

A: *Sí...*

Taufik: Más residencias, es una... porque es lo que tiene que ser. Basta ya, no se una enfermera tiene... Más residencias estatales, porque eso de pagar 240.000 pelas en un mes... Trabajo como un burro, o como dice... trabajo como un negro para vivir como un blanco, y no lo tengo al mes. Trabajo once horas al día, y no lo tengo. Es que hay poco, una persona mayor no puedes pedirle 240.000 pelas para vivir en un sitio, es que es ilógico.

A: Claro, luego cuando les dices qué hagan propuestas para mejorar el acceso y uso de las personas mayores a las prestaciones del sistema sanitario público, te dicen: que me suban la pensión. Pero yo te diría una cosa soledad, el tema que dices tu de las quejas, yo creo que en esa situación, estoy de acuerdo con ella, pero que eso no te tiene que servir como un indicador de calidad del centro, créeme, pues hay otros muchos elementos... si tu no facilitas las quejas o no les das respuesta o siempre la das insatisfactoria... la gente no se queja. Es mi opinión, porque ahí tenemos que diferenciar entre la calidad ofrecida y la percibida, y la materializada, yo creo que si el tema os interesa, tenéis que intentar ir un poco más allá.. (...) Se quejan de que cuando un mayor va acompañado, se quejan de que el médico da las explicaciones al familiar o al acompañante (...) Se quejan de que a veces el médico no se dirige a él directamente (...) Se quejan de que a veces que le tratan con demasiada familiaridad, dicen es que me tratan como si fuese un niño o fuese idiota (...) ¿Cómo lo veis?

Soledad: No, pero la propuesta era como igual que tenemos los papeles de escucha activa allí para el profesional pueda anotar lo que se ha oído en los pasillos, o los comentarios que a veces hacen... ui a ver cuanto tarda esta, no se qué no se cuanto, y luego entra y doctora qué tal hay que bien... Y no le dicen nunca al médico... Pero claro tu lo oyes.

A: Muchos de ellos tienen la idea de que: si entres al metge rondinant ja has begut oli.

Soledad: A ver la idea no era que se cargaran al médico ni mucho menos...

A: millor que vagis amb bona cara.

Pere: Supongo que aquí tiene que ver, vamos a ver, me parece, es la forma de funcionar que tenemos, nos quejamos muy bien en la queja informal, diferente es cuando la tienes que formalizar en un espacio... Ahí, no hay queja, desaparece. Informalmente...

Soledad: A parte no era ningún papel oficial ni era nada, era una cosa para nosotros intentar darle vía. No queríamos ni...

Pere: Informalmente te quejas absolutamente de todo, no hay nada en el sistema que no produzca una queja. Y además con argumentos y razones.

Soledad: Sí, sí, sí, era para darle solución...

Pere: Ahora, al trasladarlo a un espacio informal, desaparece, o no se queda...

Alex: Esto son las relaciones... Este es un trabajo interesante a hacer con todos los profesionales, el como poder relacionarse. Ya no depende de la capacidad de la persona, de que uno tenga mayor capacidad de escucha, de atención de respeto, con la otra persona, sea gente mayor, sea *sense sostre*, sea lo que sea. Pero si que a veces, lo que tu dices, el prestigio lleva a veces a una situación de una mirada por encima ¿no? Y por eso no se tiende a la queja, y yo te digo lo que me dicen, es que si te quejas mucho te acusan de trastorno depresivo, de alzheimer, o que tienes comienzos de demencia. Y están reclamando un mínimo respeto personal. Pero yo creo que a ningún profesional es a lo mejor interesante formarle en estos aspectos, pero no se si sería necesario, sobre las relaciones personales.

A: Sí, por ejemplo, en ese caso nos estamos encontrando de un modo bastante general, que las mujeres, las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, - según estos usuarios- tienen más desarrollado el aspecto psicosocial que los

hombres (...) Nos dicen que los doctores van más a prisa, menos palabras... Pero bueno yo no quería entrar en otro tema...

Alex: Es un tema eh..., es un tema difícil de entrar.

A: Porque estábamos más centrados en el tema de acceso. Luego hay el tema de las listas de espera, me parece un problema realmente grande y que afecta de manera muy especial a este colectivo, porque son los que más intervenciones requieren, porque son los que tienen que esperar con las pruebas diagnósticas, con las prótesis de cadera y de rodilla... ¿En cuánto están ahora las listas de espera?

Elisabeth: Dos años... Una prótesis de rodilla dos años.

A: ¿Y para una prueba diagnóstica?

Elisabeth: Una mamografía 6 meses, las endoscopias un mes, lo que pasa que tienes la vía de la preferencia y eso se respeta bastante, la verdad es que no tenemos muchos problemas con eso. Es más las demoras en las intervenciones clínicas, lo flagrante, esto es realmente...

Alex: Y una pregunta que quería hacer, esas demoras quirúrgicas... Es que es un mal pensamiento que tengo. ¿Porque sean gente mayor, que el pronóstico de recuperación, puede alargar ese...? Esa es una pregunta con mala leche, pero es verdad, es un poco, no se a veces tengo la suspicacia de... Tenía un señor con cataratas y estuvo un montón de tiempo esperando, y claro el señor iba tirando. O sea la operación no le iba a solucionar mucho el problema de visión...

A: Con hernias y así nos encontramos casos de dos o tres años....

Alex: Yo, mi pregunta es, desde la mala intención pero no de ofender a nadie, sino que a veces, si la espera es gente mayor, se piensa bueno por mucho que le operemos no...

Pere: Ahí estás entrando...

A: Bueno, eso es una pregunta clave que lo comentaba hoy con Laura antes de venir, (Laura es ella..., mi compañera en este estudio) ¿Si realmente el profesional, ofrece a todos los usuarios, los mismos recursos ante las mismas necesidades, indistintamente de su condición social (...)?

Elisabeth: Yo pienso que sí, no sé, yo pienso que sí. Francamente, sí, la actividad es la misma para una persona de 65 años que para una de 45.

A: Porque por ejemplo, nos encontramos con algún estudio que..., cuando cogemos el uso de la sanidad por niveles de necesidad (...) A la primaria se accede igual, pero cuando pasas al siguiente nivel, especializada, entonces accede mucho más el rico que el pobre en función de los niveles de necesidad (...) Entonces piensas, que en algún momento...

Pere: No sé si tanto el rico, a ver,

A: Las cifras..., a ver, a mí me gusta más lo cualitativo, pero bueno..., es un dato (...)

Pere: A ver, por las características del grupo, mayores, cobran PNCs es muy delimitado, precisamente por este tipo de características, posiblemente sean personas, desde servicios sociales se tiene una cierta sensibilización porque tienen más carencias, y llegarán a servicios sociales. Y yo me imagino que de esa manera entrará la atención domiciliaria, entran la trabajadora social, la trabajadora familiar, que conocen, que se saben mover dentro del sistema y hacen llamadas, y pueden agilizar trámites. Es diferente de las personas mayores de 65 años, que tienen una pensión de 600 euros, que no se sabe mover en el sistema y que dependen exclusivamente de la lista de espera. Tres meses, otras, y como no te sabes mover dentro del sistema que la trabajadora familiar o la asistente social si que se sabe mover dentro del sistema, conoce, tiene contactos, facilidad. Yo depende del médico que está lo llevo o no, eso

no es una dificultad en el acceso, porque yo soy el que está privando el acceso, porque a mi me caiga mejor una persona, eso son otros criterios.

A: *Yo creo que sí, que es problema de acceso, porque si sabes que el que está no te va a atender o va a atenderte mal. ¿yas no vas, no, ...o vas a pelearte?*

Pere: Pero lo limitas tu, lo privas tu. Otra cosa son valoraciones a otro nivel, pero en principio, el que te caiga mejor o te caiga peor, eso no tiene nada que ver. Otra cosa es con quien te sientas más cómodo, pero quien soy yo para no llevarle al médico, tengo que llevarle a situación de urgencia, o no pues me espero a mañana. Pero entonces soy yo quien establece el tope. De todas maneras, yo creo, que por las características del grupo, en comparación a lo mejor, evidentemente tampoco deberían ser datos cuantitativos ¿no? Pero creo que estas personas, a ver, no es que diga que tengan mejor atención o más facilidad de acceso, pero si que hay personas que están detrás, que incentivan, que intenta agilizar las cosas, en comparación de otras.

A: *Bueno, que nos estamos yendo del tiempo previsto. El que se tenga que ir que se vaya y los que nos quedamos comentamos como vemos el tema del acceso y uso que hacen los inmigrantes de las prestaciones del sistema sanitario publico en barcelona ciudad. L'accés dels immigrants, com el veieu ? Nosaltres, com deiem abans, partim de que l'accés no és el que hauria de ser (...) I el tema dels immigrants, aquí tenim un problema jurídic, a diferència dels altres, que es el tema de la documentació. Com veieu aquest tema de l'accés?*

Taufik: Yo creo que hay dos tipos de inmigrantes sin papeles: unos que tienen pasaporte y otros que no tienen nada. Los que tienen pasaporte, más o menos tienen un acceso a servicios sanitarios, porque pueden tener la tarjeta sanitaria. Sino tienen donde empadronarse, hay SAIER, hay SOS-Racismo, hay muchos sitios, hablo aquí en Barcelona. Y otro tipo de gente, por ejemplo los hindúes, de India, si tu pierdes tu pasaporte, olvídate, nunca vas a tener, nunca más, como el Prestige.

Soledad: ¿Y atención médica?

Taufik: Si que le atienden en urgencias. Trabajo en urgencias, le atendemos en urgencias, y si vienes a Pere Camps...

Soledad: Pero no se le asigna un médico quieres decir.

Taufik: No vas a asignarle un médico de cabecera. Lo que se está viendo de otra parte, el sistema sanitario es poco, es que no está bien coordinado, yo pienso, bajo mi punto de vista mía, hay muchos circuitos. No está bien coordinado y hay muchos circuitos, por ejemplo una persona sin papeles puede acceder a sanidad, puede tener un médico de cabecera, si tiene niños puede tener un pediatra, la mujer puede tener un ginecólogo tanto si tiene papeles como si no tiene papeles. Una persona si no tiene ni pasaporte, ni nada que hace, hay que mirar que hacer con esa gente. Bajo mi punto de vista dar una tarjeta sanitaria a todo el mundo, en primera acogida, en servicios sociales. Lo importante, no es como se llama la persona, eso para papeles, para trabajar. En asistencia sanitaria, cada persona necesita una asistencia sanitaria, papel, una tarjeta sanitaria. Tu piensas que esta persona es un número, y tiene que ser para todo el mundo. Una persona que está enferma...

Alex: A efectos prácticos, yo quiero preguntar, la asistencia a cualquier persona es universal. Yo es que... yo me quedo muy parado, porque se que en el CAP de allí, la asistencia con tal de que estén empadronados aunque sea en el SAIER, la asistencia...

Taufik: No, hablo de personas que no están empadronadas y no tienen ni un papel.

Alex: Y dónde le atienden?

A: *¿En urgencias.., en el CAP...?*

Elisabeth: Si, pero no se asigna el médico de cabecera, esa es la pregunta.

Taufik: No.

Alex: La asistencia se da, otra cosa es el seguimiento de esa asistencia.

Taufik: Un segundo por favor, si va al CAP y no es urgente, urgente no le atenderán.

A: *Y otro matiz a lo que ha dicho él, yo hablaría de otro grupo más....*

Soledad: Si, yo atiendo.

Taufik: No, lo haces personalmente como persona sensible al tema. Si no viene con un papel, por ejemplo de salud y familia, porque paga el tema de la asistencia médica...

Soledad: Asignación de médico si que es verdad que no se hace, pero la atención en el centro, las urgencias ambulatorias no son nunca en los hospitales. Entonces todo lo que va allí.

Taufik: En primer nivel, yo trabajo en un sitio de primer nivel...

Soledad: Si, por eso digo que se le atiende, aunque no sea una urgencia vital

Taufik: En Pere Camps, es igual, es un primer nivel, y la gente se va a Drassanes y le mandan a Pere Camps. Si, si, yo eso lo veo cada día. No es algo que...

Soledad: Seremos unos bichos raros en Raval Nord.

A: *Yo haría otro matiz a lo que dices tú, yo pondría otro grupo más. Uno es el grupo que no se puede empadronar, entonces los que no se pueden empadronar, sólo les queda la vía de urgencias, con lo cual, generalmente no tienen cobertura farmacéutica, tienen que pagarse las medicinas.... Muchas veces tienen dificultades económicas, con lo cual no se pagan las medicinas acuden a servicios sociales, fundaciones... No van a tener historial médico, no van a tener médico de cabecera, entonces les queda siempre la vía de urgencias. Y hay un buen número de personas así, que son inempadronables. No se van a poder empadronar nunca. Ese es un grupo. Después está el grupo que tiene padrón pero con un domicilio genérico. (...) A esa persona se le da una tarjeta provisional, pero tampoco tiene médico de cabecera (...) Cuando se tiene esa tarjeta solo hay dificultades idiomáticas y culturales, pero en lo anterior hay dificultades legales y problemas serios. Eso lleva a una serie de prácticas extrañas y picarescas. (...)*

Alex: Pero Andrés, esta es una de las cosas básicas del problema de la inmigración. Pero eso no depende de los profesionales que están trabajando en la sanidad, depende de una política de inmigración.

A: (...) estamos hablando de una política sanitaria.

Alex: Claro, entonces una de las cosas que te quería decir. Una de las cosas importantes como propuesta y que creo que funcionan, es poner mediadores culturales y que traduzcan. A veces personas que acaban de llegar de sus países, sin papeles, y es muy difícil entender que es lo que quiere. Eso dificulta muchísimo el acceso, porque tienes una persona administrativa delante que no sabes que te está pidiendo esa persona. Qué le pasa, y el médico de urgencias tampoco se entera que le pasa a esa persona, entonces eso crea frustración, crea, rabia, crea que no me han atendido. Y a veces la atención podría ser... Podría ser una propuesta que puede salir, yo pienso que es factible con políticas económicas que puedan colocar a un mediador cultural o a un traductor, eso si. Pero, pero otras cosas que nos estas diciendo sale fuera de mis posibilidades...

Pere: De todas formas aquí hay una limitación más, que es que el sin papeles no tiene acceso a los servicios sociales

Alex: El sin papeles no tiene acceso a los recursos de servicios sociales. A los recursos económicos, a atenderlo y sentarse si, pero a pedir un PIRMI,

Pere: Pero lo que se hace, a ver, en todo caso ir a SAIER. Entonces la escucha es, oye me llamo tal, no se qué, ¿tienes papeles? No. Ves al SAIER, allí te van a atender. O les das tres direcciones de diferentes recursos, alternativas donde pueden recibir un mínimo de atención u orientación. Pero en principio, la atención desde servicios sociales, lo vamos a enviar al SAIER, porque es el servicio de atención al inmigrante. Es decir, es lo que se puede. Y para este tipo de población las limitaciones son mucho

más amplias, estamos mucho más restringidos. Hay un problema importante que es el tema del empadronamiento, a ver, que normalmente no pueden acceder, que si tienen el pasaporte vale, pero sino ahí se quedan y ya está, no hay mucho más. Ahí, tienes absolutamente toda la razón, se hizo un corte, políticas de inmigración, políticas del ayuntamiento...

Alex: A ver, el tema está hasta dónde puedes atender y hasta dónde no.

Pere: Determinado por la política de inmigración, pero el ayuntamiento lo que no puede hacer, no puede entrar en contradicción con la política general, es decir, a estas personas, por más que hagamos no las vamos a poder atender. Con lo cual no los vamos a poder reconocer, porque no están reconocidos a nivel gubernamental, con lo cual un mayor problema.

Alex: Y una cosa que tu has dicho, que yo pienso que sería una cosa interesante, escuchar las redes alternativas, que son geniales. El tipo de acceso a esas redes y el tipo de circuito de información, que a veces. A veces lo que si que hacemos desde servicios sociales, porque si que creo que es lo único que nos queda por hacer, es informar, de esas redes alternativas que funcionan correctamente, que pueden dar una buena información. Porque claro, el problema que muchas veces tienen las personas sin papeles para el acceso a cualquier servicio, en este caso a la sanidad, es que los rumores, la rumorología, es realmente destructiva, y te llegan con miedo, a veces como si lo fueran a deportar. Entonces hay redes alternativas, entidades que están en estos circuitos que son buenas informadoras, que podrán entrar dentro de lo posible, incluso... Es lo que servicios sociales puede hacer, colocar a las personas en esa red, y a veces esa red les facilita una serie de cosas, y eso funciona muy bien. Es lo que buenamente, te disminuye la angustia a nivel profesional, porque realmente estás ofreciendo algo, y esas redes funcionan. Pero, claro las entidades que son ellos mismos lo saben más que nosotros.

A: Pero si..., ...al final por un medio o por otro al inmigrante se le acaba atendiendo siempre. Se le acaba atendiendo mal, y con un coste excesivo, porque acaba utilizando mal los recursos. Y además lo acaba pagando la administración (...) Y porqué aquí estamos hablando de acceso universal, si hay personas que sólo pueden ser atendidas a través de urgencia. Y el tema de las tarjetas sanitarias, tu lo sabrás, las tarjetas provisionales... que me has dicho que tardó la tuya cinco o seis años.

Taufik: en el CAP Maragall, lo recibí allí. Esta es mi tarjeta de sanidad, ahora me la voy poner aquí. Ayer la recibí, después de cinco años. Ayer esta pensando, mañana voy a hablar de este tema y mira que bien, la recibo. Mira, esta es mi tarjeta sanitaria provisional, esta mi nombre, no está de la última vez que pedí que para que me la dieran, me han escrito un número de Sanidad respon.

Elisabeth: De Sanidad Respon...

Lluís: No se, yo tramito tarjetas sanitarias, y yo al momento doy la tarjeta provisional esta, y bueno ya está. Ese es el documento provisional que yo doy. A veces, en el Hospital del Mar, por ejemplo cuando van de urgencia les dicen "no esto no vale". La tarjeta provisional que yo doy con sello con teléfono... En el Hospital del Mar no tienen información y ese documento de cartón provisional que ha enseñado pues no sirve, entonces claro, vienen otra vez para acá, a la consulta del trabajador social: que no sirve, que no sirve... Coges el teléfono, llamas a asesoría jurídica del hospital, mira pasa esto tal y cual, entonces se le explica y no hay ningún problema. Entonces... Es que el tema de la tarjeta sanitaria es para un capítulo, volumen 1, capítulo primero, sección primera, como yo digo. Pero a ver, en un caso así, yo lo que hago es llamar a central, y en una semana la tengo. Hay una posibilidad del trabajador social que es pedirla y te la envían allí al centro. Tu entonces le citas para dentro de quince días un mes, y ya se verá. Entonces en el Prat de Llobregat, también cuatro años, aquí cinco años, dos años...

Alex: A mi me tardaron dos años en enviarme la mía ¿eh? E hice otra demanda, y luego me enviaron dos, tengo dos.

Lluís: Si, yo también tengo dos, la perdí y luego la encontré. Tardaron un mes en enviarme otra. Pero eso hay que protestar, hay que reclamar... En el año 2003, hubo cada tres meses modificación de la normativa, entonces hay muy poca información entre los propios profesionales que llevan el trámite. Hospital, sanidad, el médico, el médico no sabe si aquella persona que tiene delante está provista o no, o farmacia gratuita. Y a ver hace lo que puede el médico, pero es que no tiene las herramientas efectivas. Porque es que yo para poder saber si esa persona tiene farmacia gratuita, yo tengo que mirar tres programas informáticos, o sea no es nada sencillo. Se hace lo que se puede y más. De todas maneras, otro grupo que yo tendría es el de menores inmigrantes con papeles o sin papeles ¿no? Los menores, a ver yo me tengo que poner como trabajador social, conforme, si no hay responsables, es otra solicitud y tu te pones como tutor responsable, o sea que ya, me lo llevo para casa. Entonces, va, es otra vía.

Pere: Eso, ¿en menores?

Lluís: En menores inmigrantes solos.

Pere: Irían al *aragai*? , menores inmigrantes no pueden estar, tienen que estar con un adulto responsable, sino directamente a ARAGAI?

Lluís: A ver, yo hago una solicitud para menores inmigrantes, hay una solicitud, entonces se tramita la tarjeta sanitaria, un resguardo, se le da a él, y luego ya le envías a asistentes sociales para que le atiendan, con *aragai* por medio y tal. Pero bueno la tarjeta sanitaria también la tramito yo, con papeles, sin papeles... eso va a parte. Y que más, en el tema de la TIS hemos detectado también que personas inmigrantes que por la facilidades que da el sistema sanitario español, único en el mundo, pues personas que se tienen que operar del corazón en Estados Unidos, que les cuesta 50 millones de pesetas, se pagan una estancia aquí en España, como la TIS es universal: médico de cabecera, especialista cardiólogo, al hospital, lista de espera y tal. Entonces pues se ahorran 48 millones de pesetas, se le carga al sistema sanitario y suma y sigue. Y hay más 50 millones de euros en gastos farmacéuticos sin responder, sin tarjetas sanitarias... En fin, el sistema sanitario se va cargando pero no solamente por el tema médico, el tema de los programas... no se ¿eh? Pero a parte hay otras, que son gastos farmacéuticos de peso, que no se, es universal pero no hay límite. Es decir, todo el mundo, entonces eso es casi inabordable, el poder trabajar.

A: La cuestión es que a veces se hace un sobreuso y otras, por parte de personas muy necesitadas, se les restringe el acceso (...). Luego con la tarjeta provisional tu puedes ir funcionando, pero hay farmacias que te ponen dificultades, porque en vez de leer el CIP, tienen que leer el código de barras, y eso es más complicado. Si te cambias de domicilio tienes dificultades que te asignen un nuevo médico, cuando vas a los Hospitales te pueden poner pegas (...) Es decir, todo tipo de situaciones. Cuando además es una tarjeta sin recursos... Si tardan tiempo estás en una situación en un poco provisional durante tiempo. Luego, cada profesional, hemos visto la gran variabilidad en la práctica profesional. (...) Gente que va mucho más allá, y gente que se queda mucho más aquí. (...) Depende de quien te toque. ¿Pero os parece razonable que sea así, estáis de acuerdo con ese margen de discrecionalidad?

Alex: Yo lo digo los que tienen la suerte de pasar por Cáritas antes que por servicios sociales, les ha tocado cierta lotería. Porque Cáritas tiene unos accesos diferenciados y un tipo de recursos muy a veces asistenciales, puramente asistenciales, y que rozan la parte legal de esa situación: una persona sin papeles... Lo que pasa que si pasas por servicios sociales delante de la misma situación tenemos una ley que te obliga a hacer... y eso desde el principio. A veces por entidades, y tu dices por variación de profesional. Bien, la persona que atiende a la persona por la primera acogida, tenga una idea muchas más abierta sobre lo que es la inmigración o tenga una idea más cerrada. O sea, probablemente cambia la entrada de ese profesional y de esa persona. Y el tema lingüístico es esencial.

A: Eso nos decían los de Arrels, la gente que tenemos aquí con PIRMI, si van a otra institución no tienen PIRMI (...) Entonces te encuentras con una gran variabilidad. Pero una pregunta puntual sobre la tarjeta sanitaria. (...) Alguien nos dijo que el programa informático de emisión de tarjetas exige asignar un médico de cabecera. Entonces ¿Porqué todos los que están con domicilios genéricos no tienen médico de cabecera? ¿Qué pasa con esa gente? Por ejemplo en el SAIER debe haber miles de empadronados.

Lluís: Pero si se permiten esas situaciones, es que no es un tema de sanidad, es un tema de política social, es un tema de estructurarlo, poner unos límites.

A: Pero como decía la enfermera y también él, el que no tiene un domicilio fijo no se le asigna médico de cabecera. ¿Entonces como se hace esa tarjeta sino tiene asignado médico?

Lluís: Hoy he recibido un aviso, una solicitud, diciendo, que no se asigna tarjeta sanitaria con el domicilio genérico. Hoy, pero sin recibir una información previa, que no se podía, para enredar un poco más. Entonces hasta hoy, siempre, bueno un domicilio, sin domicilio fijo, poníamos, eso se tramitaba y en principio no había ningún problema. Sin domicilio fijo, presentaba el pasaporte, le introducías desde el mismo CAP los datos en el programa informático y tal. Entonces se le asignaba un médico y entonces ya le salía automáticamente un CIP, para poder hacer las recetas, y si que entra el tema de prótesis y farmacias y todo esto ¿eh? Bueno, hoy sin previo aviso de nadie, empezamos con esto. Entonces otro tema que para mañana pues a plantear. Pero, quiero decir, que yo debería recibir la información previa, entonces es un tema de información. Una falta, de esa circulación de información precisa, valiosa es la que falta.

Pere: Y aún hay más, que las personas sin domicilio empadronadas así... Toda persona con padrón genérico y puesto que la asistencia médica está considerada universal, que no se asigne médico de cabecera, es como dejar a la persona destraslado. A ver, tu estas viviendo en Sabadell, y te vienes aquí, y tienes que ir al médico, pues estás como desplazado. Tienes tu médico de cabecera allí pero, aquí te pueden atender como desplazado. Aquella persona, a ver eso sería cambiar... Pero dentro de las exigencias, para poder tramitar, para la burocracia, aquella persona sin domicilio fijo, tendría que poderse por lo mínimo, como desplazado...

Lluís: Por eso mismo, eso es bueno que hay trabajadores sociales dentro de los ambulatorios. Porque hay muchas injusticias sociales, burocráticas y hay que moverse dentro de todo eso. Entonces hay que mirar de llamar a central aquí, a centra allá, porque yo dependo de Badalona y de Barcelona, y según para qué ¿eh? Y eso el médico no lo sabe, y la enfermera tampoco ¿no? Y tan enorme es la complejidad, que una cosa tan sencilla que debería de hacerse, pues tan complejo es que es necesario un trabajador social dentro de un ambulatorio. Para poder, no solamente eso, sino para que se pueda un seguimiento. Todos los trabajadores sociales no hace el tema del trámite de la tarjeta sanitaria. Yo lo hago ahí, porque he visto un poco como estaba la situación y porque siempre lo hecho yo allí, y me va muy bien porque me informo de muchísimas cosas, y entonces pues tengo que luchar y pelear, y es un día a día, no es nada...

A: ¿Y luego los CAPs que no tienen trabajador social?

Lluís: O que, Maragalla tenía cuatro, cuatro CAPs para un trabajador social.

A: Ahora tienen dos.

Elisabeth: Sí, ahora tienen dos.

Lluís: Ahora tienen dos, pero antes había una asistente social para cuatro, cien mil personas. Ahora ya dos....

A: Y los centros que no son ICS, no tienen obligación de tener trabajador social. Y la mayoría se lo ahorran.

*Lluís: Luego hay problemas sociales. Y el Estado de Bienestar es precisamente, haber más educadores sociales, más psicólogos, más trabajadores sociales. O sea, eso es la calidad del Estado, es decir cuanto más se tira a nivel social mejor calidad de vida y mejor promoción de la salud, y mejor comunidad y mejor todo. Si se va cortando, no hay manera de poder atender ni a gente mayor, ni a gente sin techo. Es importantísimo, yo lo estoy viendo cada día, que donde hay trabajadores sociales es donde más se mueven, más recursos, entre nosotros ya estamos conectados... Ya están conectados los CAPs informáticamente, y yo veo la actividad de la información y un inmigrante que necesitaba insulina, que no se le daba... Sale del Hospital y ahora está suelto sin insulina, y a correr todos, pero eso al momento ¿no? Y eso es un beneficio en el tema de sanidad. A ver, entre nosotros nos apoyamos y vemos que si hay una necesidad se va a por ella, se va, cuando alguien tiene un problema y que pueda compartir, pues rápidamente, se... Y eso es lo bueno, que haya trabajadores sociales, y educadores sociales de calle, para el tema de atención domiciliaria, el tema de *gent gran* sobretodo. Yo pienso que está muy bien que haya...*

Alex: Os tengo que dejar que me van a cerrar.

Pere: Si yo...

A: Bien, es tarde... hemos hablado de los temas propuestos..., y aunque esto daría para muchas charlas como esta..., lo vamos a dejar aquí. Os haré llegar las conclusiones de este estudio y os agradezco mucho que hayáis venido, os lo agradezco de verdad.