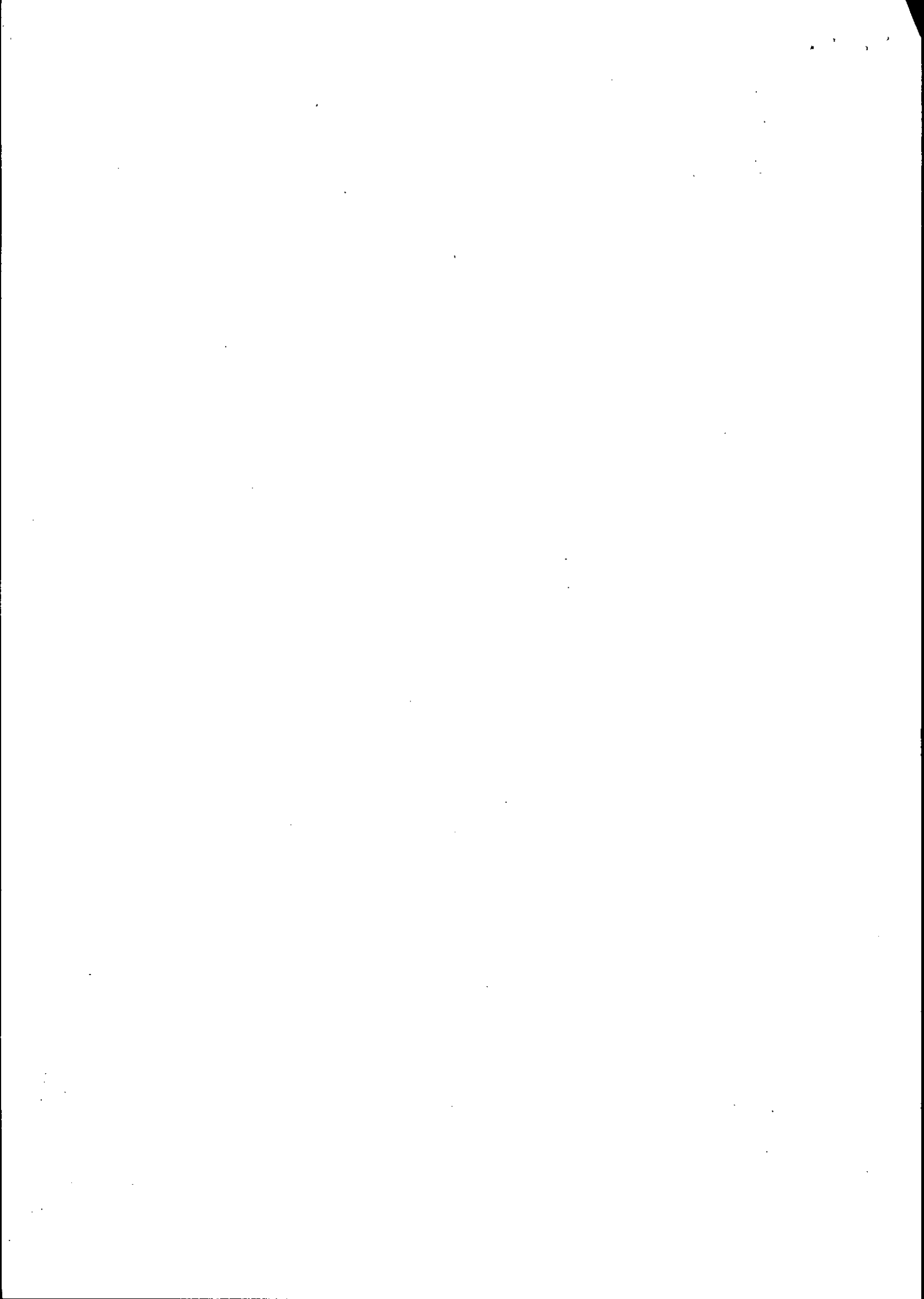




**LA IMMIGRACIÓ A DEBAT:
LA SALUT EN EL CONTEXT DE DIVERSITAT SOCIO-CULTURAL
OCTUBRE I NOVEMBRE 2004**

**RELATORIA A CÀRREC DE KÀTIA LURBE PUERTO
(MAIG 2005)**



SESSIÓ 1: L'ATENCIÓ SANITÀRIA DAVANT UNA POBLACIÓ D'USUARIS/ES AMB MAJOR HETEROGENEÏTAT. DIFICULTATS I REPTES.

Presentador de la sessió: Dr. Estanislao Alonso, *Director del Pla Director d'Immigració i Cooperació. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.*

Introducció

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

El debat sobre les dificultats i reptes de l'atenció sanitària davant una població d'usuaris amb major heterogeneïtat s'organitzà en funció dels quatre blocs temàtics següents:

- I. La identificació de les dificultats majors a les quals el sistema sanitari català ha de respondre, tenint present la major presència d'usuaris i usuàries d'origen immigrant

II. El discerniment de diferències en la utilització dels recursos sanitaris entre població autòctona i col·lectius d'immigrants.

III. La qüestió de si l'obertura de centres específics d'atenció a la salut per a immigrants genera una xarxa paral·lela d'assistència sanitària. Aquí, es tracta de plantejar, en referència a la gestió dels recursos sanitaris en una societat desigual, en quina mesura és possible implementar intervencions d'acció positiva, sense caure en l'estigmatització i la segregació.

IV. La identificació de les estratègies desenvolupades per adequar els recursos sanitaris a les necessitats d'una població més heterogènia, centrant el debat en discernir quin podria ser-hi el paper de les entitats i associacions que treballen amb els i les immigrants.

El sentit general de la discussió en aquesta primera sessió de debat pot resumir-se amb la constatació de què l'arribada de població d'origen extracomunitari i el seu assentament a Catalunya, efectivament, ha diversificat en major mesura les necessitats de salut. Però, l'essencial és adonar-se que la incorporació d'aquests nousvinguts s'ha de llegir en termes de canvi estructural, és a dir, que responen a fenòmens macrosocials (en particular, la globalització neoliberal de les telecomunicacions i del capital, i la polarització de les desigualtats entre Centre i Perifèria). En referència als recursos públics de salut, més que introduir problemes nous, la realitat actual posa més en evidència els problemes preexistents del nostre sistema sanitari.

a. Les dificultats majors a les quals el sistema sanitari català ha de respondre

La presència més nombrosa d'usuaris i usuàries d'origen immigrant ha posat de relleu una major visibilització de la diferència socio-cultural en el sí de la consulta mèdica. La relació metge – malalt es veu dificultada principalment per problemes de comunicació, els quals no es redueixen al fet de no compartir l'idioma, sinó també, i sobre tot, a les diferències en les concepcions de la salut i malaltia i en les formes de cura, així com a la variació de les expectatives mútues

sobre el rol del professional i el rol del usuari. Tanmateix, cal destacar-hi un matís: els bagatges culturals múltiples que porten els i les immigrants no poden continuar concebut-se en termes de restriccions i dèficit, sinó cal considerar-los *“como algo para empezar a trabajar”*. Fer aquest gir en la mirada sobre l'altre no és obvi. Ans al contrari, resulta transcendental: es tracta d'exercir una relació empàtica, punt de partida per donar peu a una acomodació en ambdós sentit.

Els professionals de la salut destaquen, igualment, el desconeixement per part dels i les immigrants sobre l'organització i el funcionament de la institució sanitària, la qual cosa explica en gran part l'incompliment de les visites programades i l'abús de les consultes en horari d'urgència. A més, afirmen trobar-se encara amb nombrosos casos d'ús compartit de la TIS (Targeta Individual Sanitària), que posa de manifest una desconexió del propis drets d'atenció sanitària per part dels immigrants en situació administrativa irregular. Així mateix, una de les participants mencionava haver-se trobat amb persones originàries de països en què el seu Estat no ha desenvolupat un servei sanitari públic, que no acudien als serveis sanitaris per pensar que calia pagar la visita mèdica (percepció de l'allò normal en el seu país d'origen).

Tot i que es percep positivament l'extensió del dret a una atenció sanitària pública mitjançant l'obtenció de la TIS per la via de l'empadronament, els participants al debat insisteixen en què no ha resolt tots els obstacles a l'accessibilitat de les minories poblacionals més desfavorides, entre les quals s'inclouen els immigrants d'origen extracomunitari. Com a restriccions de tipus institucionals esmenten els filtres legals i els requeriments administratius: *“suposadament tots tenen accés; però a l'hora de la veritat hi ha usuaris regulats (els empadronats) i els no regulats. Aquests es senten il·legals i són els que en cas de problema greu de salut van directament als serveis d'urgència”*. Altres factors mencionats que hi intervenen en el no accés són l'autopercepció de la salut/malaltia (*“es donen més demandes per a assistència a malalties que per a pràctiques de prevenció”*), la manca d'informació sobre els recursos disponibles, l'ordre de prioritats vitals (*“el treball i l'habitatge passen abans que la pròpia salut”*), les experiències negatives amb els serveis, l'escàs domini del castellà o català, i el baix nivell educatiu (especialment, en casos d'analfabetisme, més prevalent entre les dones originades de zones rurals del Magreb).

Els problemes de comunicació són uns dels aspectes que més font d'inquietud i frustració originà entre les participants al debat. "*La barrera de lo lingüístico*", el fet de no compartir un mateix idioma per a vehicular un intercanvi d'impressions definit com a una dificultat major, a la qual cal dedicar-hi recursos per superar els problemes que genera. Tanmateix no és la més transcendental. Per als participants, els dèficits comunicatius van més allà del fet idiomàtic. "*Se dan problemas de comunicación con los latinoamericanos*". Es tracta, per tant, d'un desconeixement per part dels professionals sobre l'univers simbòlic de "l'altre": els seus codis sociolingüístics, la seva cosmovisió, els seus rituals d'interacció, les seves concepcions de salut i formes de cura de la malaltia, etc. Un major coneixement sobre l'alteritat redundaria en minvar "*la por o la incomoditat que senten els professionals front a la diferència*". Igualment, les dificultats de comunicació comporten de forma subjacent un problema de major envergadura: la diferència de posició social entre professional i usuari.

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

En reflexionar sobre les dificultats que comporta la major diversificació de la població usuària, els participants posen, però, major èmfasi en els aspectes de la quotidianitat que afecten l'accés a la salut. Tenint present que la població d'origen extracomunitari que s'instal·la a Catalunya es caracteritza per ser jove i sana, el problema major d'ordre sanitari vinculat a aquesta població rau, en definitiva, en combatre l'exclusió social de la qual és objecte. En conseqüència, tal com els professionals que participaren en la discussió mencionaren, entre els professionals d'atenció primària és freqüent la percepció de que a les visites mèdiques se'ls reclama un treball de contenció emocional, que malauradament per manca de temps i sobrecàrrega laboral no poden desenvolupar. Això genera entre els professionals una sensació de saturació per no sentir-se capaç de donar resposta a situacions en què conflueixen i s'acumulen necessitats de diferent

ordre, és a dir, de tipus somàtic, de contenció emocional i de mancances socio-econòmiques. Al respecte, s'esmenta que pot desencadenar casos *burn out* entre els professionals. A mode d'il·lustració de demandes considerades "extra-mèdiques", es cita que a les consultes moltes vegades es demana als professionals informació sobre la tramitació de documentació o sobre ajudes d'assistència social. L'interrogant es formulava així: "*Com treballar la salut sense tocar altres temes que influeixen en la salut?*".

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

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

Respecte a les diferències en la utilització dels recursos sanitaris que fan els col·lectius d'immigrants, la major part dels participants consideren que no comptem amb un "*sistema de registre d'informació vàlid*" que reculli dades sobre estats de salut i condicions socials i econòmiques de la població usuària. No obstant això, els participants amb un perfil d'investigadors remarquen l'existència d'estudis rigorosament fets, sobre temes molt variats, que aporten informació

vàlida però que malauradament o bé no aconsegueixen sortir a la llum pública a través de les publicacions, o bé un cop publicades no arriben a mans dels òrgans de decisió en matèria de gestió sanitària. Per tant, la discussió sobre el tema d'aquesta secció es nodreix principalment, de la percepció dels participants. Des d'aquesta òptica, els col·lectius d'immigrants semblen fer un major ús dels serveis d'urgències respecte als usuaris autòctons. D'altra banda, entre els diferents recursos sanitaris, els immigrants utilitzen en major mesura els serveis materno-infantil i de salut mental. En canvi, es constata una menor presència en activitats de prevenció de malalties i promoció a la salut.

La major utilització dels serveis d'urgència per banda d'usuaris d'origen extracomunitari s'atribueix fonamentalment a la seva situació jurídic-legal d'estrangeria que subjecta la seva permanència a l'Estat Espanyol a un permís de residència en vigència i un contracte laboral reglamentat; i a les condicions laborals d'aquests col·lectius. Respecte a aquest últim element, les llargues jornades laborals, l'elevada precarietat i eventualitat dels seus llocs del treball i l'alt grau d'informalitat dels seus "contractes" laborals desincentiven una absència per visita mèdica o una baixa per malaltia. El recel a apropar-se a la institució sanitària es vincula en gran part a la por de la població clandestina, els denominats "sense papers", a ser capturada per les forces de l'ordre i expulsada al seu país d'origen. Igualment, el desconeixement respecte a l'organització i funció del sistema sanitari i sobre els drets d'accedir a la TIS incideixen en un ús inadequat de l'atenció d'urgència. L'experiència prèvia d'utilització dels recursos per a la salut disponibles a la societat d'origen configura també les expectatives i les formes d'ús sobre el sistema sanitari de la societat d'instal·lació. En aquest punt, els participants remarcaven la necessitat d'implementar un protocol d'acollida a totes les àrees bàsiques a fi de proporcionar informació clara sobre els serveis proveïts pel sector sanitari públic i les seves formes d'ús. Aquesta acollida a les ABS permetria a més assabentar a la població no empadronada sobre els seus drets de salut.

D'altra banda, es remarca la mobilitat territorial dels immigrants extracomunitaris (població més transhumant a la nostra societat) com al factor que més dificulta l'establiment d'una relació continuada amb el metge o la metgessa de família, la qual cosa complica dur a terme el seguiment de l'eficàcia dels

tractaments mèdics (especialment, el control de les malalties cròniques per part dels professionals de la salut).

Considerant l'imaginari sobre els serveis més utilitzats per part dels usuaris d'origen extracomunitari, els participants esmenten les serveis materno-infantil, atribuint-ho al seu perfil sòcio-demogràfic: "es tracta d'una població jove, sana, en edats fèrtils, disposada a formar una família". Igualment, es menciona una demanda notable i creixent d'atenció als serveis de salut mental. Aquí, el motiu principal no rau a què es constati una major prevalència de patologia mental, sinó degut fonamentalment "*a les situacions d'estrès generades pel propi procés migratori*", així com a les condicions de vida en la societat d'instal·lació. Respecte a l'atenció a la salut mental, els participants constataren que la major demanda per part dels immigrants extracomunitaris fa més visible el dèficit ja preexistent d'assignació de recursos per a la salut mental des de les autoritats sanitàries.

Finalment, la menor aflluència de participants d'origen extracomunitari a les activitats de prevenció de malalties i promoció de la salut s'atribueix principalment a què la salut no figura en els primer trams de les seves escales de prioritats vitals. Sobre la configuració de l'ordre de prioritats, es creà un cert consens: està més vinculada a les desiguals oportunitats materials que a les diferències en les representacions culturals de la salut. Pel que fa als col·lectius d'usuaris que ens ocupa, el treball i l'enviament de remeses apareixen com les prioritats primeres.

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

L'obertura de centres específics d'atenció a la salut per a immigrants extracomunitaris s'origina a Catalunya per iniciativa d'un grup de professionals de la salut que tracten de donar assistència a les necessitats de salut no cobertes aleshores per la xarxa d'atenció primària ordinària (es cita l'exemple de la Unitat de Malalties Tropicals de Drassanes, Barcelona). Des de l'aprovació de la Llei d'Immigració 4/2000 que instaura l'accés a l'atenció sanitària pública via l'empadronament, la consolidació dels esmentats centres específics sembla

evidenciar el manteniment d'una xarxa d'assistència paral·lela adreçada a les minories poblacionals, la qual cosa fomenta l'estigmatització i la segregació al sí d'un sistema sanitari que es defineix com a universal. El repte rau doncs, en constituir *centres de referència* que actuïn en qualitat d'unitats d'atenció a les quals derivar puntualment determinats casos clínics i com a lloc punter de recerca i formació, així com consultoria. Actualment, l'establiment d'aquests *centres de referència* és un projecte embrionari del Pla Director d'Immigració i Cooperació del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. En aquest sentit, té més entitat al món de la deontologia. A hores d'ara, els participants declaraven amb certa indignació l'absència de definició del model de gestió de la diversitat en sanitat. Literalment, *"no s'ha pensat sobre els models de relació amb les cultures. Quin model volem per a aquí? Pluriculturalitat? Interculturalitat?"* i això és font de preocupació perquè *"sense model caiguem en el paternalisme, el racisme..."* (¿?).

Per als participants al debat, l'objectiu d'assolir un tractament igual per a una mateixa necessitat requereix el desenvolupament de polítiques d'equitat dirigides a la consecució d'igualtat en els estats de salut. Aquí, la gestió sanitària s'enfronta per tant, amb un problema estructural: reduir les desigualtats materials que determinen les desigualtats en salut. L'òptica del nostre sistema sanitari sobre l'atenció a la salut és fonamentalment assistencialista: *"mentre es mantinguin barreres administratives, com per exemple, l'empadronament, estem aturant que la salut sigui un dret fonamental, un dret per a qualsevol ésser humà"*. Tenint per objectiu el desenvolupament de polítiques d'equitat, les mesures d'acció positiva tal com registrar informació sobre l'origen socio-cultural i territorial de la població (demanant pel país d'origen, la nacionalitat, l'adscripció a un grup ètnic, etc.) sembla tenir menys efectes estigmatitzadors. Pel que respecta als estudis epidemiològics, es tracta de donar-li la gravetat i la importància justa als problemes de salut més freqüents en certs entorns socials. Associar determinades malalties a grups poblacionals concrets no només contribueix a estigmatitzar, sinó que fomenta l'alarma social i la persecució. En palabras de Adriana Kaplan (Antropòloga) *"Mientras la epidemiología siga poniendo bajo su foco de atención a determinadas poblaciones, se estigmatiza. La clave reside en cómo se diferencia la población general. Parece que no hemos superado lo de la discriminación positiva, que en definitiva es una forma de asistencialismo"*.

En opinió d'Elvira Méndez (Associació Salut i Família), la clau radica en implementar en la intervenció pública *“un enfocament poblacional que combini estratègies mixtes d'emergència i/o específiques amb un tractament general de les necessitats de salut”*. Al respecte, s'insisteix en la conveniència de *“reduir la variabilitat perquè crea ineficiència en el sí del sistema”*. En aquest sentit, es fa necessari un canvi a nivell de l'organització de la institució sanitària: *“un canvi institucional que faciliti l'acomodació de doble via”*.

d. Les estratègies per adequar els recursos sanitaris a les necessitats d'una població més heterogènia, i el paper de les entitats i associacions que treballen amb immigrants

En el camp de la política sanitària a Catalunya podem distingir, fins ara, dues etapes de desenvolupament de mesures pensades per respondre a les necessitats d'una població més heterogènia socio-culturalment. La primera etapa comprèn la dècada dels anys noranta amb la posada en pràctica d'iniciatives aïllades i disperses, de gran valor pel seu enginy, però netament insuficient degut fonamentalment per no emmarcar-se en un pla d'acció de gestió sanitària. En aquesta etapa, el sistema sanitari s'ha mostrat escassament receptiu envers les conclusions i experiències dels professionals posades en comú en les diferents jornades, seminaris, grups de treballs de Drassanes, Mataró, Salt i Olot. El nou mil·lenni sembla haver encetat una segona etapa: amb la constatació de què l'actual diversitat socio-cultural de la població catalana per l'arribada i l'assentament de persones originades de països extracomunitaris no constitueix un fenomen de caire transitori, sinó estructural i irreversible, l'agenda de política sanitària pren com a una de les seves línies de prioritat l'atenció a la població immigrant, junt a la qüestió de la cooperació. En aquest sentit, es redacta l'any 2002 el “Pla de la Diversitat de ICS”, es crea l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional l'any 2003, fins arribar l'any 2004 al “Pla Director d'Immigració i Cooperació” el qual constitueix primerament, una Comissió Permanent i posteriorment, el seu Consell Assessor. Actualment, aquest Pla Director està en una fase d'elaboració de les línies estratègiques pel que fa la consecució dels cinc objectius que ha definit: 1) fer una anàlisi rigorosa i profunda

de la situació de l'estat de salut i de l'accés dels immigrants, 2) millorar els sistemes d'informació i la recerca, 3) millorar l'accés als recursos sanitaris mitjançant: a) la creació d'un pla d'acollida coordinat, b) la formació continuada dels professionals, c) la definició d'un model de mediació i d) la elaboració de materials culturalment sensibles; 4) millorar l'estat de salut de la població immigrant atorgant prioritat a la salut materno-infantil, la salut mental i les malalties infeccioses (TBC, ITS, SIDA) i parasitàries i 5) establir una xarxa d'unitats de salut internacional de referència, potenciant la recerca científica donat l'actual context de globalització i l'augment de "viatgers internacionals".

Adequar els recursos a les necessitats de la població passa necessàriament per conèixer les característiques d'aquesta població. Al respecte, els participants convergeixen en constatar que a la administració li manca precisament un coneixement de les condicions de vida i de salut de la seva població, i de forma més notable de la població d'origen immigrant, per la qual cosa consideren que no respon a les necessitats de salut de la població en general. Malgrat els estudis existents sobre la matèria, realitzats per una diversitat d'investigadors (antropòlegs, sociòlegs, epidemiòlegs socials, etc.), la percepció és que l'administració no els pren en consideració a l'hora de dissenyar les seves polítiques d'intervenció. Literalment, *"se ha llevado a cabo estudios serios. Las primera publicaciones sobre el tema en Cataluña datan de hace 10 años. Hay que retomarlos y observar dónde estamos 10 años después"* (Adriana Kaplan, antropòloga) Igualment, es troba a faltar una avaluació rigorosa de l'efectivitat d'aquestes polítiques.

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

Auquè (Metge de família) i Roser Pérez (sociòloga) “ assistencialista, farmacèutic i tècnic”

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

Quant al paper de les entitats i associacions ens trobem amb una divisió d'opinions. Des de la visió del director del Pla d'Immigració i Cooperació, si bé es considera fonamental, el treball de les entitats i associacions es defineix com a “subsidiari però de cap manera substitutori”. Al respecte, alguns dels presents confronten la consideració de les entitats i associacions com a agents subsidiari: *“les entitats han de participar igualment en l'assignació de recursos”*. Des dels participants s'adverteix que cal evitar que les associacions assumeixin *“un paper d'apaga-focs, que només es contacten per a casos extrems, quan l'administració ja no hi troba resposta”* No obstant, preval un cert consens en afirmar la necessitat de procedir amb un treball en conjunt i complementari, tenint present que *“les entitats i associacions poden aportar expertesa, professionalitat (mediadors) i agilitat en dur a terme certes intervencions”* (Estanislao Alonso, Dir. Pla d'Immigració i Cooperació).

En síntesis, l'estratègia per edificar un sistema sanitari sensible amb les diferències idiosincràtiques i sòcio-culturals i eficient en minvar les desigualtats socials en salut es bàsicament la de sumar forces. En referència a aquest reclam per a un treball multidisciplinari quant a gestió sanitària, es menciona la necessitat

de definir els canals de participació dels i les usuaris immigrants, deixant en l'aire la identificació dels interlocutors (associacions d'immigrants que no es dediquen específicament a temes de salut i/o associacions per a immigrants que són proveïdors de programes de salut?) i el pes assignat a cadascun d'aquests agents quant a la relació de poder en el procés de presa de decisions. Igualment, s'insisteix en la conveniència de col·laborar amb les universitats i investigadors varis en el camp de la salut. La gestió de la diversitat socio-cultural en sanitat no pot reduir-se en crear xarxes virtual, proporcionant informació i protocolitzant la pràctica mèdica, sinó que es imprescindible crear i mantenir "*xarxes de relacions humanes*" (paraules de Kiku Auquè, metge de família).

**SESSIÓ 3. LA SEXUALITAT EN EL CONTEXT DE LA IMMIGRACIÓ: DELIMITAR QÜESTIONS CLAU,
TRENCAR ESTEREOTIPS**

Presentadores de la sessió: Carme Ollé (ginecòloga) i Àngels Martínez (sexòloga) SASSIR, EAP Raval Sud. IMAS Barcelona.

Introducció

Abordar la qüestió de la sexualitat al nostre país, siguin quins siguin els col·lectius objecte de mira, requereix com a punt de partida desenvolupar què entenem precisament per "sexualitat". D'acord amb la definició proposada per la sexòloga Àngels Martínez és una manera de comunicar-nos a través de la qual rebem i donem plaer i afecció. Com afirma la mateixa, se'ns representa com a inherentment universal. Si pel que fa la seva ocurrència no entén de fronteres, quant a la seva modalitat d'expressió, la sexualitat esdevé modelada per una diversitat de factors sòcio-culturals, entre els quals destaquen la configuració de les relacions de gènere, les condicions materials d'existència, els hàbits i costums sobre la constitució de la família, i els codis simbòlics d'interacció quotidiana. A més, cal tenir en consideració el fet que el camp de la sexualitat ve marcat per nombrosos estereotips i tabús, la qual cosa dificulta la verbalització dels comportaments sexuals propis. Així ho remarca la ginecòloga Carme Ollé: "*Es fa difícil abordar el tema de la sexualitat en un país on encara hi prevalen molts tabús*".

Circumscrit el tema a la població d'immigrants residents a Catalunya, les dues presentadores de la sessió, Carme Ollé i Àngels Martínez, insisteixen en què "*abordar la sexualitat demana adoptar una aproximació basada en l'exercici de l'empatia*". Segons l'experiència clínica d'ambdues professionals, l'empatia és la via per a assolir dos elements que consideren essencial a fi de dur a terme una bona pràctica: l'aprenentatge mutu i un llenguatge a compartir. Carme Ollé i Àngels Martínez posen l'accent en la necessitat d'estendre la mirada de l'expert en la pràctica mèdica més enllà de l'aplicació d'un coneixement estrictament tècnic, i en concomitància, introduir una dosi d'experiència vivencial a la situació d'encontre amb l'usuari/a immigrant. En aquest sentit, esdevé fonamental prendre cura de la manera de parlar sobre sexualitat a fi d'evitar que es produeixi un monòleg, el de la veu de l'expert. A més de ser receptiu/va a la narració de l'usuari/a sobre la seva

pròpia sexualitat, Carme Ollé assenyala que: *“Cal que els professionals defugim de tot intent de culpabilitzar i penalitzar qualsevol comportament”*. La pressió assistencial, sobretot la manca de temps per visita, fomenta que *“ens atabalem i vulguem anar més ràpid centrant-nos en qüestions més tècniques sobre problemes de salut, disfuncions o seguint els protocols de l'embaràs, per exemple, i per tant, no afavorim un espai perquè l'usuari ens parli de la seva pròpia sexualitat”*

En referència als temes tractats, l'agenda de la sessió es desenvolupà d'acord amb les quatre preguntes següents:

- I. Què sabem sobre les concepcions sobre la sexualitat i les pràctiques sexuals dels col·lectius heterogenis d'immigrants?
- II. Quines són les principals dificultats d'ordre sanitari, relacionats amb la sexualitat que comporta la immigració?
- III. Quines serien les línies per a la intervenció social i sanitària a adoptar a fi de promocionar una sexualitat en salut
- IV. Quina és la tasca desenvolupada per institucions públiques i entitats (ONGs, associacions) desenvolupades a Catalunya en la matèria?

I. Sobre les concepcions sobre la sexualitat i les pràctiques dels distints col·lectius

En tractar el tema de la sexualitat específica dels i les immigrants extracomunitaris, els i les participants de la sessió arribaren a la constatació de què *“no es donen moltes diferències”* en comparació amb les dinàmiques que conformen la sexualitat de la població autòctona. Les claus per desvetllar les formes de la sexualitat dels col·lectius immigrants es fan visible en la mesura en què discernim els contextos socials i econòmics d'instal·lació. Aquí l'accent recau tant en les condicions materials d'existència, com en els canvis que l'emigració ha generat en la comunicació entre sexes i les dinàmiques intrafamiliars.

Si més no, val afegir-hi una advertència que des de l'inici de la sessió es posa sobre la taula: si bé resulta útil establir alguns patrons de comportaments a fi

d'orientar l'atenció sanitària, no es pot perdre de vista que tota generalització implica alhora una economia del coneixement, és a dir, una pèrdua d'informació sobre els matisos i les singularitats que trobem en tot agrupament humà. Adil Qureshi (Psicòleg) assenyala que *"cuando hablamos de los inmigrantes parece que hablamos como si se tratase de un organismo muy diferente y pensamos que nosotros somos los normales, los de la verdad"*.

Per a Flavia Limone (psicòloga, Fundació Morin), el tema de la sexualitat s'ha de plantejar en interacció amb la reproducció i les relacions de gènere. Segons la seva experiència professional a la Fundació Morin, percep patrons de comportaments similars entre les dones d'origen llatinoamericà i les de nacionalitat espanyola, que vincula sobretot a la desigualtat de gènere. En referència a la configuració de les experiències i percepcions sobre la sexualitat, Cristina Prieto (Associació Salut i Família) hi recalca la influència de la posició de classe. Finalment, Àngels Martínez (sexòloga) fa notar a la resta de participants que els i les professionals de la salut *"visitem a la gent que té problemes, i per tant, es dona un biaix en les nostres observacions"*, la qual cosa cal tenir en compte a l'hora de generalitzar sobre els hàbits sexuals dels i les usuàries dels nostres serveis sanitaris.

II. La sexualitat en el context de la immigració

En relació a la sexualitat en el context de la immigració, es varen delimitar quatre qüestions claus: 1) la dimensió de l'afecte, 2) el comportament de les dones quant a la seva reproducció sexual, 3) les disfuncions sexuals en els homes pakistanesos i 4) el tema dels maltractaments a les dones immigrants per les seves parelles.

a) La dimensió de l'afecte

En societats en què preval una estricta delimitació del món masculí i el món femení, el formalisme i el desapassionament que caracteritzen les mostres públiques d'afecció entre homes i dones es compensen amb uns vincles afectius estrets entre els éssers propers del mateix sexe. En la distància, la xarxa social de recolzament de la societat d'origen perd gran part de la seva efectivitat pel que fa a la seva triple funció de contenció emocional, orientació i ajuda material. Igualment, constituir una segona xarxa a la societat d'instal·lació és qüestió de temps i

d'inversió emocional per a generar encontres comunicatius i avinentesa. El sentiment d'aïllament, de tristesa i de descompensació afectiva s'expliquen en gran part per la reorganització de la vida quotidiana que suposa la immigració.

El treball en la comunitat, facilitant per exemple, iniciatives tan simples com muntar una sèrie de tertúlies es percep com una via possible a fi de propiciar i dinamitzar espais d'encontres que afavoreixin la constitució de xarxes socials de recolzament. Tanmateix, cal tenir present un fet que es constata a aquest tipus d'activitats: les condicions laborals de la major part de les poblacions immigrants d'origen extracomunitari resulten poc propícies per establir relacions socials fructuoses.

b) El comportament de les dones quant a la seva reproducció sexual

La discussió sobre el comportament de les dones quant a la seva reproducció social va girar entorn a quatre temes clarament delimitats: 1) la percepció d'un major ús de les tècniques d'interrupció voluntària dels embarassos entre les dones immigrants, 2) les diferències en les representacions socials de la salut de les dones; 3) el major ús dels serveis d'urgències hospitalàries per donar a llum i l'escassa presència i assiduïtat de les dones immigrants a les sessions de preparació per al part i d'educació maternal i 4) la confrontació entre ginecòlegs i marits marroquins pel que fa a la realització del part per professionals barons.

D'acord amb la memòria d'activitats del programa d'assessorament a dones immigrants embarassades de l'Associació Salut i Família, Cristina Prieto (Associació Salut i Família) assenyala que la major part de les dones joves (entre 22 i 20 anys) que hi acudeix demanen interrompre el seu embaràs. Una de les inquietuds de l'associació rau en entendre per què dones joves, que en la seva majoria saben de l'existència dels mètodes anticonceptius, s'acaben quedant embarassades de manera no planificada. Entre les possibles respostes, Cristina Prieto cita el fet que "*están separadas de sus parejas y al establecer relaciones sexuales aquí, no controlan las consecuencias de éstas*". De fet, la major part de les usuàries del programa de l'Associació Salut i Família afirmen no seguir de forma regular els controls ginecològics i, entre altres raons, reconeixen no fer-ho perquè estan en situació administrativa irregular, la qual cosa els ha desincentivat a sol·licitar la TIS. A més a més, Cristina Prieto menciona "*las prohibiciones que hay*

en sus cabezas”, referint-se als tabús d’ordre religiós que penalitzen l’ús de mètodes anticonceptius. Respecte a la constatació d’una manca de control sobre les seves relacions sexuals, Soledad Bermann (psicòloga) planteja la següent reflexió *“Puede darse que estas mujeres inmigrantes se aboquen a la sexualidad sin que quepa en sus cabezas el que vayan a tener una sexualidad”*. D’altra banda, Mawa N’Dayé (treballador social) afegeix la possibilitat que moltes d’aquestes dones visquin la interrupció de l’embaràs com una mesura més de contracepció i, per tant, no la percebin com un avortament. Aquí Àngels Martínez (sexòloga) fa un apunt: seguint les dades de la OMS, la ratio de fertilitat per països depèn fonamentalment de tres factors: l’economia, el desenvolupament tecnològic i, sobre tot, del nivell de formació de les dones. Per a ella, cal tenir en compte aquests tres factors per entendre els comportaments de control de la fertilitat pròpia.

En referència al discurs que atribueix a la dona immigrant una manca de cura d’ella mateixa, Carme Ollé (ginecòloga) exposa una de les experiències claus que li van fer obrir els ulls. En el transcurs d’un dels tallers d’educació per a la salut amb dones marroquines que conduïa junt amb Àngels Martínez (sexòloga) de manera quinzenal al barri del Raval a Barcelona, aquestes dones varen representar gràficament el fet de “cuidar-se” dibuixant les figures d’una dona estudiant i d’una dona prenent cura dels seus fills. Arrel d’aquesta activitat, tant ella com Àngels Martínez es varen adonar del que anomenen “mirades que no conflueixen”; és a dir, de les diferents representacions sobre la salut i les formes de cura que conviuen sense donar-se punts de coincidència. Per a ambdues, el fet de posar-les en diàleg és l’única manera de no caure en interpretacions reduccionistes, esbiaixades i etnocèntriques sobre els hàbits i imaginaris de l’altre. Des del punt de vista d’Adil Qureshi (Psicòleg), el que ocorre amb la població autòctona aquí és que precisament *“no tenemos instrumentos para interpretar. Contamos con estadísticas formuladas desde nuestros prejuicios sobre el otro, lo cual las convierte poco informativas sobre las prioridades vitales del otro”*.

D’acord amb la seva experiència professional, Carme Ollé (ginecòloga) esmenta que la major inquietud respecte al control de l’embaràs per banda de les dones immigrants no és que arribin tard a la consulta prenatal en comparació amb la temporalització dictaminada pel protocol de control de l’embaràs. De fet, no és la tendència que observa ella mateixa en la seva consulta ginecològica. El

problema rau en una proporció petita però significativa de dones embarassades que acudeixen directament a les urgències hospitalàries a donar a llum i en el fet que són les grans absentes a les sessions d'educació maternal. Esbrinant les principals causes que expliquen aquest comportament diferencial, Carme Ollé cita la qüestió dels papers (estar o no en situació de regularitat administrativa) i les condicions laborals dels immigrants (llargues jornades de treball, amb situació contractual sempre precària i eventual, i freqüentment informal). Per la seva banda, Flàvia Limone (psicòloga) explica que al grup de dones immigrants que condueix a la Fundación Morin, hi prevalen dones amb un nivell de vida alt. Aquesta característica aporta un element esclaridor pel que fa el perfil d'usuàries que participen a activitats en matèria de promoció a la salut: la qüestió del nivell de necessitats. És a dir, aquelles que ja tenen un treball que els permet assolir un nivell de vida digne i que han desenvolupat vincles socials. A la llum de la seva pràctica clínica, Flàvia Limone (psicòloga) destaca la idoneïtat dels grups terapèutics amb les dones immigrants pel fet que facilita una connexió entre les dones que componen el grup, al temps que els brinda l'oportunitat d'inventar-se de nou entre persones que han passat per experiències similars.

Per últim, Carme Ollé (ginecòloga) esmenta com a una de les preocupacions més important entre els ginecòlegs barons, la qüestió del part amb dones marroquines a Catalunya. Molts dels seus companys de professió han sofert l'enfuriment dels marits marroquins per procedir al part de les seves dones. Molts marits marroquins es neguen que sigui un home que atengui la seva dona, la qual cosa implica desplegar *in situ* unes estratègies de negociació per fer entendre al marit que es tracta d'un acte mèdic i com a tal no involucra una "agressió a la intimitat, integritat o pulcritud" de la seva dona. El malestar continua palès en les dues bandes, és a dir, entre ginecòlegs i els marits i es fa menester arribar a una entesa amb la comunitat marroquina, no només pel fet que farà més còmoda la tasca dels professionals i alleugerarà tensions, sinó perquè pot neutralitzar les dificultats afegides que reben les dones marroquines tant durant el part com després, doncs s'han donat casos de repudis per haver sigut considerades impures pels seus marits haver estat 'tocades' per un altre home.

c) La disfunció sexual: el tema de l'ejaculació precoç entre el col·lectiu pakistanès

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

En línies generals, Àngels Martínez (sexòloga) percep a través de la seva consulta que els homes d'origen extracomunitaris solters manquen de relacions afectives amb les dones. D'aquí que acudeixin més a la indústria del sexe per a rebre i donar plaer i afecció.

d) Maltractaments a la dona, la violència de gènere en el context de l'immigració

De forma unànime, els i les participants consideren la qüestió del maltractament a la dona immigrant com el tema que major controvèrsia desperta i el més complicats a tractar, especialment des de la pràctica mèdica. La percepció de la major part dels participants és que en el context de la immigració es produeix una major expressió de la violència de gènere respecte a la societat d'origen i que a les dones els falta informació sobre com fer valer els seus drets aquí. Per a Anna Cabot (pediatra), aquest fet respon a les majors oportunitats que brinda el mercat laboral d'aquí a les dones immigrants. Literalment, "*En més facilitat per aconseguir una feina en comparació amb les seves parelles homes, es dona un canvi de rol que es mal viscut per part dels homes, i més particularment en el cas de les parelles d'origen marroquí.*" En la mateixa línia, Àngels Martínez (sexòloga) afegeix que el canvi de rol que es produeix es viscut des de l'home com a una pèrdua del seu poder en relació a la seva companya. A més a més, afirma tenir la sensació que

“en el context de la immigració les dones han de fer un major esforç per aguantar, sobretot perquè algunes són menys submises del que han d'aparentar.”

En aquest sentit, Mawa N'Dayé (treballador social) posa de rellevància la necessitat d'entendre les dinàmiques entre els rols de gènere que es produeixen entre les diferents comunitats d'immigrants. Atenent a la seva experiència professional, Mawa N'Dayé afirma que la muller marroquí sol comportar-se anteposant la prioritat del seu marit a la seva pròpia a fi d'evitar enfrontaments amb la seva parella. Paral·lelament, l'espòs sent que qualsevol intent de negociar es una prova de la seva debilitat en el desenvolupament del seu rol de marit, *“és com si l'home pensés: ‘no puc controlar quins efectes tindrà negociar amb la meua dona pel que fa al meu status social’”*. Per tant, suggereix que el primer pas per treballar el tema de la violència domèstica en les comunitats immigrants és entendre què conforma “lo prohibit” en les seves cultures a fi d'esbrinar com hi operen les relacions de gènere.

A mode de contrapunt, Flavia Limone (psicòloga, Fundación Morin) opina que amb el tema dels maltractes no podem cenyir-nos a cercar les explicacions del mateix en raons d'ordre cultural, doncs fent-ho així, a més de desviar-nos de la nostra fita, caiem en l'etnocentrisme. Literalment, *“si el objetivo es mejorar nuestros servicios debemos de interrogarnos sobre lo cultural, lo social y lo político al abordar el tema de los maltratos. Cabe no olvidar que este hecho incumbe tanto a las mujeres inmigrantes, como a las de aquí.”* En un línia similar, Soledad Bermann (psicòloga) apunta a una autoreflexió sobre el nostre imaginari sobre la dona immigrant: *“Ens hem d'interrogar sobre el fet de que es percebi entre les dones immigrants un major maltractament per banda de les seves parelles. Es tracta de un prejudici envers una altra cultural? Es una fantasia nostra? En la seva opinió té més a veure amb el nostre propi desconeixement envers l'altre.”* Soledad Bermann explica que el fet de relacionar-nos front a persones la diferència cultural dels quals és tan palesa, contribueix a què jutgem amb més virulència certes pràctiques que no són compartides per nosaltres i apreciem major violència de gènere. Aquí cal no perdre de vista el fet que tota cultura és dinàmica i històricament canviant i que tot individu desenvolupa una adhesió singular a la seva cultura d'origen. Pel que fa a l'expressió de la violència de gènere en el context de la immigració, Soledad Bermann considera que és en *“l'adaptació a determinades condicions de vida”* on trobarem explicacions més convincents.

III. Les línies estratègiques d'intervenció social i acció sanitària a adoptar a fi de promocionar una sexualitat en salut

Al llarg de la sessió es plantejaren una sèrie de recomanacions per a millorar l'atenció a la salut sexual de les minories poblacionals. Els i les participants coincidiren en considerar l'empatia com a principal proposta metodològica. Igualment, es recomanà adoptar una perspectiva intercultural per a interpretar les pràctiques i representacions dels altres, doncs possibilita desactivar l'elaboració d'explicacions sòcio-culturalment esbiaixades i etnocèntriques. A la llum de la seva pràctica mèdica, Anna Cabot (pediatria) esmenta la risa com a una manera de connectar amb la gent. Per la seva banda, Mawa N'Dayé (treballador social) posa l'accent en la necessitat de desviar-nos de la rigidesa dels protocols, adoptar una actitud de negociació i procedir amb una atenció més individualitzada. Al respecte, Flavia Limone (psicòloga, Fundación Morin) remarca els efectes en l'atenció sanitària que comporta concebre la figura de l'immigrant com a l'estranger, és a dir, l'encarnació de l'alteritat. En delimitar "l'altre" i "el nosaltres" s'introdueix un biaix essencial: "l'altre" representa els que venen a la consulta i són membres d'un grup delimitat i diferenciat (visió genèrica i homogènia dels usuaris/es extracomunitaris/es), mentre que "el nosaltres" són els que encarnen els subjectes de la vivència quotidiana (visió més individualitzada, singular sobre els/les usuàries autòctones). En paraules de Flavia Limone (psicòloga, Fundación Morin),

"Venir al médico aquí, siempre me resultó más duro; percibía una sensación de mayor frialdad o menor calidez por parte del profesional. Entonces, me interrogué sobre por qué me ocurría esto sistemáticamente. Caí en la cuenta de que probablemente aquí, siendo venezolana, se me consideraba como un miembro más de un grupo. Al no ser tratada desde mi singularidad, sentía una menor fuerza empática en la relación con mi médico."

Des del punt de vista dels i les participants, el fet que el nostre sistema sanitari segueixi un model d'organització sanitària assistencial i força medicalitzat obstaculitza desenvolupar intervencions sòcio-sanitàries que aportin respostes

eficients i sòcio-culturalment sensibles a les necessitats de la població. Literalment, *“Com parlar de sexualitat en els cinc minuts que disposem per consulta?”* Per tant, a més d'un canvi d'ordre metodològic (ús de l'empatia i aplicació de la perspectiva intercultural), es demana invertir més recursos, tant econòmics com humans.

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

Per a Àngels Martínez (sexòloga) es fonamental treballar el tema de la immigració des d'una perspectiva general, dirigint-nos a tota la població, tot i tenir una mirada transversal que capti les singularitats a fi i efecte d'enriquir les nostres intervencions. El que cal evitar és, literalment, *“la compartimentalitat, doncs al cap i a la fi, hem de tractar el mateix i hem d'aplicar l'empatia amb tothom que vingui a*

la consulta". Cristina Prieto (Associació Salut i Família) matisa el dit anteriorment afegint que s'ha de tenir compte de les dificultats afegides de la immigració. En concret, cita la manca de la xarxa de suport ("*els falta la comunitat*") i l'exigència de tenir els "papers" en vigència a fi de garantir la seva permanència a la societat d'instal·lació. A més a més atrau l'atenció envers "la situació de trànsit" que suposa els primers temps d'assentament per ser un dels períodes de major fragilitat. D'aquesta última observació en desprèn la següent: "*nosaltres també estem en trànsit respecte a ells, per tant, també necessitem adaptar-nos*". Aquí, Cristina Prieto suggereix que "*hem de posar el fil a l'agulla*". Des del seu punt de vista, ens cal treballar els nostres prejudicis respecte als nouvinguts/des, autoanalitzar les ulleres a través de les quals ens els mirem i aprendre a descodificar els seus significants. En la línia dels comentaris anteriorment esmentats de Mawa N'Dayé (treballador social), Kiku Auquè (metge de família) insisteix en què adoptar una perspectiva poblacional està lluny de consistir en protocolitzar l'atenció sanitària. Cita l'exemple de la utilització de programes informàtics que van pautant la intervenció mèdica a les consultes, esmentant les preguntes que el professional de la salut ha de formular per a cada cas. En la seva opinió, es necessari humanitzar l'atenció mèdica. Cal començar millorant les condicions de treball dels professionals i tractant bé als i les usuàries del sistema i implementar un model de sanitat pública més comunitària que tinguin en compte les necessitats de la seva població.

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

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

Segons Cristina Prieto (Associació Salut i Família), les ONGs i les associacions són agents socials claus per tal d'identificar els paràmetres que ens ajuden a esclarir situacions de maltractament en cas de sospita i de prevenir la violència domèstica. Per a Mawa N'Dayé (treballador social), la col·laboració de les

ONGs i associacions és essencial pel que fa a evitar embarassos no planificats, especialment en el període d'assentament, i la prevenció de malalties de transmissió sexual. El mateix Mawa N'Dayé considera escaient corresponsabilitzar a les comunitats sobre la salut sexual dels seus membres. Al respecte, esmenta que l'agent de salut comunitària pot fer la tasca de donar coneixements a la comunitat.

El treball comunitari es considera imprescindible pel que fa a l'acció socio-sanitària en el camp de la sexualitat. El missatge és clar: *"És des de la comunitat des d'on hem de treballar per ajudar-los a entendre els canvis que origina el procés de la immigració"*. Aquí, no es tracta únicament d'una qüestió d'acollir als i les nouvinguts/desa –element primordial per a fomentar la convivència social. El treball comunitari és la manera d'enfrontar el problema de la solitud i l'aïllament, alhora que afavoreix fer sortir a la llum el potencial actiu dels i les immigrants.

SESSIÓ 4. L'ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA IMMIGRACIÓ: DIFICULTATS I REPTES.

Presentadora: Soledad Bermann Jachevasky. *Psicòloga. Hospital de Manresa.*

Introducció

Soledad Bermann (psicòloga) inicia la seva presentació formulant una petició als i les participants: si bé considera important aturar-nos a avaluar les dificultats que implica atendre la salut mental d'una població amb una major heterogeneïtat sòcio-cultural, cal posar l'èmfasi en esbrinar propostes de treball per a avançar en el terreny de l'atenció a la salut mental. *"Fent una mica d'autocrítica, ens costa molt concretar. Ens resulta més fàcil generalitzar : parlem de cultura a un nivell més teòric i ens és difícil discernir les conseqüències per a la nostra pràctica professional, i plantejar-la en sí de les nostres activitats i intervencions. Una sessió de debat no és suficient per resoldre les qüestions que ens preocupen. Del que es tracta és de crear més espais de convivència, no només d'immigrants, sinó entre professionals"*. Dit això, Soledad Bermann tracta de donar una resposta a les preguntes 2, 3 i 4 que componen l'agenda d'aquesta quarta sessió. Les reproduïm a continuació:

1. Quin és l'actual panorama de l'atenció a la salut mental dirigida als distints col·lectius d'immigrants a Catalunya
2. Existeix una psicopatologia específica de l'immigrant?
3. Quina és la raó de ser de la creació de centres especialitzats en l'atenció a la salut mental per a immigrants en el marc d'un sistema sanitari universal? Estem tendint cap a xarxes paral·leles d'assistència sanitària? Es tracta d'una atenció privilegiada en comparació a l'atenció a la salut mental proveïda a la xarxa ordinària dels serveis sanitaris públics?
4. Cal tenir coneixements etnològics per interpretar i tractar l'aflicció dels i les immigrants extracomunitaris/es? Què vol dir aplicar una perspectiva transcultural? Es necessària?

Des del punt de vista de la presentadora, el major repte que se'ns presenta és la dificultat de determinar el pes de la cultura en els comportaments humans,

“especialment perquè aquests comportaments tenen a veure amb una multiplicitat de factors, entre els quals destacarien les condicions de vida”. En referència a la segona pregunta de l'agenda de la sessió, Soledad Bermann (psicòloga) afirma constatar un cert consens quant a dos elements vinculats específicament a la salut mental dels i les usuaris/es immigrants: 1) *“la migració com a factor un factor de risc”* i 2) *“l'aplicació de l'enfocament transcultural a la atenció a la salut mental”*.

Per a Soledad Bermann (psicòloga), la principal raó d'ésser dels centres especialitzats en l'atenció a la salut mental d'immigrants – i el que consisteix la diferència respecte als centres de salut mental de la xarxa d'atenció ordinària- rau en què s'hi aborda el problema psicològic amb l'univers simbòlic del malalt i s'individualitza més l'atenció. Això pot donar-se perquè els i les professionals que hi treballen han rebut una formació especialitzada i han assolit les competències adients per a atendre a immigrants de variada procedència, així com pel fet de que es disposa de més temps per consulta. En opinió de Soledad Bermann, els centres especialitzats pot *“contribuir a crear dependència o un ghetto en la mesura en què no té una limitació en el temps. Un exemple seria el Centre Minkowska en Paris, on els professionals mantenen als seus pacients per a justificar el seu treball i perpetuar el contracte amb les institucions públiques que financen el centre”*. Al respecte, afegeix que en comparació amb l'atenció que reben els i les usuaris/es de la xarxa ordinària de salut mental, *“rebre tractament psicològic de manera regular és un privilegi”*. Afirmar, doncs, ser més partidària d'informar als i les professionals de salut sobre els universos simbòlics en què s'expressa la malaltia mental –particularment, rellevant a fi de detectar les somatitzacions- i que els i les professionals s'autoanalitzen a fi de *“treballar els seus propis prejudicis de manera objectiva, neutral i sense culpabilitat”*. En la seva opinió, tot coneixement etnològic és bo, *“el problema és si es tanca al malalt en una cultura, si se l'obliga a afiliar-se a un grup social en concret”* i, per tant, es cau en l'error de reificar la cultura. Per a Soledad Bermann, l'atenció especialitzada resulta més adient en el tractament de *“problemàtiques específiques”*. En el cas de fer una clínica exclusivament per als i les immigrants, expressa el seu temor de que s'arribi a encasellar als i les immigrants en un grup de risc.

Com a propostes d'acció futura en el terreny de la salut mental, considera una prioritat, introduir una sèrie de canvis en l'organització de l'assistència. Al respecte, hi ressalta tres aspectes a tenir en compte ja que modifiquen els

elements estructurals del quadre clínic tradicionalment aplicat aquí: 1) les diferències en la concepció del temps, 2) el fet que la major part dels i les immigrants provenen de societats més col·lectives que la nostra i per tant, requereix habilitar espai, temps i recursos formatius per a conduir psicoteràpies on s'integrin els/les acompanyants i 3) el repte que suposa superposar l'enfocament de la psiquiatria transcultural en el divers i fragmentat panorama de l'atenció a la salut mental.

I. La salut mental, assignatura pendent en atenció primària

Com la major part dels i les participants manifestaren, la salut mental és l'assignatura pendent dels nostres serveis d'atenció primària. Kiku Auquè és contundent: *"El model català en salut mental és bàsicament assistencial i molt medicalitzada, sobre tot en tot l'àmbit psicosocial"*. Els serveis de salut mental de la xarxa d'atenció primària es qualificada com a "una deficiència absoluta, no només per a la població pobre sinó per a tota la població d'atenció generalitzada". La qüestió pren una envergadura més preocupant: *"Com arreglar el problema dels immigrants si la salut mental al nostre país és deficient per tothom? I si ho fem com fer-ho? perquè tots ho necessitem."* Al respecte, Rulfo (psicoanalista) inclús posa en qüestió la divisió dintre del sistema sanitari entre la salut mental i la salut de tipus més somàtica.

Com a propostes de millora de la xarxa ordinària dels serveis de salut mental s'esmenta: 1) aportar més recursos tècnics, en particular contractar més psicòlegs/psicòlogues, per a satisfer la demanda existent i 2) recursos psicosocials a la comunitat. A la manca general de recursos tècnics i socials per a la salut mental, Àngels Martínez (sexòloga) considera oportú afegir que *"es compta escassament amb la comunitat, la qual al cap i a la fi pot ser una bona aliada per a generar els recursos tant de recolzament social com emocionals"*. A Ousseynou Niang (agent de salut) també li sembla rellevant donar recursos a la comunitat ja que les dificultats per a dur a terme un treball comunitari responen als problemes econòmics, laborals i socials que té la gent. Igualment, considera que al sí dels centres de salut mental es requereix un canvi en l'estil de treball i proporcionar a la

comunitat, educació sanitària per tal de que s'estengui una visió de la salut més enllà de l'absència de malaltia i més propera al concepte de benestar global de la persona.

En opinió de Soledad Bermann (psicòloga) i Àngels Martínez (sexòloga), és necessari formar grups terapèutics i realitzar un treball en xarxa a diferents nivells: sanitari, social i comunitari. Per a Yolanda Osorio (psiquiatra), certament són adients dur a terme canvis en l'organització sanitària (tal com, els temps per consulta, les ratios d'usuaris/es per professional mèdic i els horaris). Si més no, reivindica no només més recursos sinó també un canvi social i polític, especialment per a evitar medicalitzar les necessitats d'ordre més social i econòmic. Literalment, *“los que trabajamos en el sistema sanitario, tengo la impresión de que pretendemos encontrar la solución a todo. Entramos en el tema de que necesitamos más recursos, más recursos. Yo no digo que no sea verdad que no necesitemos más recursos, pues es cierto que no contamos con los suficientes profesionales para cubrir la demanda en salud mental. Pero considero peligroso que nos limitemos a los recursos sanitarios y no nos planteamos si no habría que ir un poco más allá, demandar un cambio sociopolítico porque si no lo que hacemos es psiquiatrizar, psicologizar y medicalizar, en definitiva, todas las carencias que hay a otros niveles.”*

D'altra banda, Isabel Riveiro (psicòloga) manifesta que dir el que està passant des dels diferents punts de vista dels i les professionals i mantenir el debat obert, lluny de ser una font de frustració, se'ns presenta com la manera d'evitar caure en *“el riesgo de las conclusiones porque definir los problemas y las soluciones desde cada uno de los profesionales que estamos aquí nos hace cautivos de la definición y de la solución que damos, además de quedar presos de las soluciones que han sido dadas a nivel político”*. Per a Isabel Riveiro (psicòloga) La immigració planteja problemes dins de molts problemes, que són a la seva vegada múltiples. Els centres sanitaris no estan pensats per a atendre els problemes de naturalesa múltiple que planteja l'usuari/a immigrant. En canvi, els serveis que estan oferint diverses ONGs o entitats semblen donar millor resposta a la problemàtica de caire multifactorial de la immigració extracomunitària. Isabel Riveiro (psicòloga) remarca el fet que els serveis es generen per una demanda existent, que els serveis d'atenció general no satisfan. En referència a aquest punt, Sonia Lahoz (psicòloga) llança el següent suggeriment en forma de pregunta:

“Tendir a establir xarxes paral·leles, no respon a la tranquil·litat dels professionals en atenció primària?” Al llarg de la seva experiència professional, Eva Marxen (arteterapeuta), ha tingut també la sensació de que el/la professional d'atenció primària tendeix a derivar usuaris/es d'origen immigrant a centres d'atenció especialitzada com el SAPPiR, en el qual treballa, com a forma de “descàrrega”. Aquest fet ho atribueix sobre tot a una saturació dels serveis i a una manca de recursos en els Centres de Salut Mental.

Al respecte, tal com apunta Rulfo (psicoanalista), el dispositiu de la “Roda del Mate” del Casal Argentí on treballa es creà precisament per donar resposta a un problema existent al servei sanitari públic: la necessitat de passar pel metge de família i les llargues llistes d'espera per a accedir a un/a psiquiatra i un/a psicòleg, així com la subordinació del treball terapèutic del/la psicòleg al vist i plau del/la psiquiatra. En la seva opinió, la visita al metge no pot tractar-se com si fos un tràmit burocràtic i s'ha de respectar com a autònoms les dues funcions, la del/la psiquiatra i la del/la psicòleg/loga.

Pel que fa a la creació del SATMI, Yolanda Osorio (psiquiatra) el defineix com a un espai provisional fins que la resta dels Centres de Salut Mental pugui satisfer la demanda d'atenció psicopatològica dels i les immigrants. Els i les professionals que treballen al SATMI ni són partidaris de psicologitzar la immigració, ni es mostren favorables a la creació de ghettos. Ans al contrari, consideren la seva intervenció com a una acció positiva perquè consideren que la igualtat passa, de vegades, per l'equitat.

Pel que fa al servei d'atenció psicològica als i les immigrants que ofereix des de fa sis anys l'Associació Oassis, Inés Zubeldia (psicòloga) exposa que en un primer moment els/les professionals del centre van iniciar estudiant sobre les diferències en salut mental. Des de fa quatre anys duen a terme un grup terapèutic que té com a objectiu proporcionar un espai d'encontre i de paraula a fi d'enfortir les potencialitats dels i les participants. La iniciativa es duu a terme amb gran entusiasme per banda dels i les professionals, en particular perquè suposa un aprenentatge mutu. A partir d'aquests grups, Inés Zubeldia (psicòloga) ha constatat els problemes que els i les immigrants tenen en relacionar-se amb les nostres institucions, en particular pel que fa als diferents codis culturals d'interacció social (to de veu, mirada). Igualment, esmenta que treballen basant-se

amb el model dels dols migratoris del psiquiatra Joseba Atxotegui, al qual li afegixen la qüestió de la imatge de la societat d'origen idealitzada, el rol social de la família i el tema de la religió. També destaca la conveniència de tenir "*una formació en diferencia cultural y la escucha empática*". Assenyala però les dificultats que l'associació té a fi de desenvolupar millor la seva tasca per manca de finançament.

II. Sobre la qüestió de com concebre la salut mental en el context de la immigració i tractar-la

En opinió d'Adil Qureshi (psicòleg), el primer que cal fer és tenir clara el model de societat que esperem. Per al mateix, els problemes que tenen els i les immigrants són molt variats. D'acord amb la seva experiència professional, considera més adient procedir un tractament que tingui com a fita la transculturalitat, incloent aquest tipus d'abordatge en el sí de la psicoteràpia i capacitant als i les professionals en competència cultural.

Blanca Martínez (psicòloga) distingeix una psicopatologia específica dels i les usuàries immigrants que es manifesta en símptomes de depressió i ansietat i, en trastorns de caire adaptatius i dissociatius entre les víctimes de violència i tortura. Des de la seva experiència els pilars bàsics per a una atenció a la salut mental són una acollida calorosa, una relació directa amb la persona ("como algo tan sencillo de que no haya una mesa entre el terapeuta y la persona") i el respecte absolut sobre la història narrada per la persona, evitant emetre qualsevol judici de valor.

En opinió de Yolanda Osorio (psiquiatra), els i les immigrants presenten patologies similars a les de la població autòctona. En tot cas, el que es percep és una expressió de la patologia diferent, en funció de la seva cultura d'origen, i una major dificultat pel que fa a l'adherència dels/les usuàries/es als tractaments. Aquesta psiquiatra afirma que, en la seva opinió, els problemes que implica la migració es vinculen fonamentalment amb l'exclusió social i les condicions de vida a la societat d'instal·lació. Tot i concordant amb Yolanda Osorio (psiquiatra), Adil Qureshi (psicòleg) afegix a la situació de pobresa, els problemes de racisme, de

manca d'acceptació dels i les immigrants extracomunitaris que preval a la nostra societat.

A la llum de la seva experiència professional a la Creu Roja, Inmaculada Hernández (psicòloga) constata que en els últims anys s'han incrementat els símptomes i els quadres psicopatològics molt complicats. Aquest increment es atribuït a l'empitjorament de les condicions socials de vida dels i les immigrants. En conseqüència, considera imprescindible el paper de la salut comunitària en particular pel que fa al treball de prevenció. Per a Inmaculada Hernández (psicòloga) la prevenció de la manifestació dels problemes, trastorns i símptomes hauria de ser la prioritat del treball en salut mental.

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

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

D’altra banda, Isabel Riveiro (psicòloga) expressa la seva preocupació envers la catalogació mateixa del i la usuària immigrant, és a dir, planteja la qüestió de com estem contribuint a construir les identitats de qui considerem immigrant, *“sobre todo porque aquí la asignación de la categoría de inmigrante parece no caducar nunca”*. En referència a l’atenció de la salut mental en el context d’immigració, assenyala la rellevància de saber tractar els elements culturals. Per a Isabel Riveiro no es pot eludir el fet que la immigració implica distanciar-se respecte a la xarxa de recolzament social de la societat d’origen, així com una alteració de l’univers simbòlic i de la percepció de la identitat pròpia. En conseqüència, comporta una exigència d’adaptació social i psicològica, que els i les professionals de la salut han de saber treballar. Alineant-se amb els plantejaments exposats per Isabel Riveiro, Eva Marxen (art-terapeuta) hi afegeix que tot treball psicoterapèutic ha de dur-se de manera ètica, on l’escolta empàtica és clau. La mateixa destaca la necessitat d’evitar fetixitzar la cultura dels i les usuàries d’origen immigrant.

En opinió de Roser Pérez (sociòloga), cal defugir dels models d’interpretació dels problemes de salut tal com *“el síndrome d’Ulises”* perquè no són sinó un exemple d’etiquetar a les minories poblacionals i psicologitzant els seus problemes. Igualment, afegeix que són models que posen sobre la taula només les diferències, silenciament la similitud entre els grups socials. D’acord amb els resultats de la seva tesis doctoral sobre les desigualtats de classe en salut a Catalunya, si comparem les dades de l’Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l’any 1994 amb les de l’any 2002 s’observa un elevat increment del consum de tranquil·lizants i somnífers. Aquest increment sembla simptomàtic de la medicació dels problemes

de naturalesa de caire més social, així com de la tendència de tractar els mateixos problemes de forma individual i psicologitzar-los. D'aquí que consideri necessari un treball realitzar des de la comunitat i amb la comunitat.

En la seva intervenció, Lola Aparicio (psicòloga) manifesta que la prevenció i la rehabilitació són aspectes de la salut totalment desatesos per part del nostre sistema sanitari. La mateixa sort té tot el que s'associa a problemes socials, és a dir, el que s'escapa dels interessos estrictament biomèdics i farmacològics. Des de la seva visió, no es tracta solament d'evitar una psicopatologització dels problemes socials, sinó de denunciar els abusos del sistema i efectuar canvis d'ordre social, econòmic i polític. Per últim afegeix la necessitat de tenir en compte les conseqüències que pot comportar un diagnòstic en termes de salut mental. No és només una qüestió d'estigma social, apunta Lola Aparicio (psicòloga), sinó també pot comportar la pèrdua del lloc de treball, la qual cosa és particularment preocupant per a un/a usuària d'origen extracomunitari doncs, la seva permanència a la nostra societat ve subjecta a la tinença d'un contracte laboral en vigència.

Per últim, Jesús Edison (Associació Emetis) conclou suggerint un canvi d'òptica per a tractar el tema de la immigració: "*Debemos pasar de hablar de la inmigración como problema a considerarlo como un tema*". En aquest sentit, pot plantejar-se no sols la qüestió de la psicopatologia dels i les al·lòctons/es sinó també la dels i les autòctons/es front a la instal·lació de nous/noves.

