

## **Experiencias y significados relacionados con la salud y el acceso y uso del sistema sanitario de la población inmigrante de Badalona y Santa Coloma de Gramanet**

Este estudio forma parte del proyecto de investigación “Evolución de los determinantes biológicos y estructurales en una cohorte de familias inmigradas”, incluido en el Proyecto de Estudios Longitudinales de Familias Inmigrantes (PELFI) del Subprograma Inmigración y Salud del CIBERESP. Este estudio ha sido financiado por el ISCIII, PI13/01962 y cofinanciado por los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER), subvención Nº PI13/01962.

## **Autores**

Cristina Hernando  
Dr. Percy Fernández-Dávila

Centre d’Estudis Epidemiològics de la Sida i les ITS a Catalunya (CEEISCAT)  
Subprograma Inmigración y Salud (SIS) - CIBERESP

Cita sugerida: Hernando C, Fernández-Dávila P. Experiencias y significados relacionados con la salud y el acceso y uso del sistema sanitario de la población inmigrante de Badalona y Santa Coloma de Gramanet. Badalona: Centre d’Estudis Epidemiològics sobre les ITS/SIDA/VIH de Catalunya; [2016].

## **Agradecimientos**

Al Ayuntamiento de Badalona (Xavier Crego, Sílvia Navarro, Sílvia Serés, Purificación Leal, Teresa Puig, Pere Toran, Josep Antón de la Fuente), al Institut Català de Salut (ICS), a Badalona Serveis Assistencials (BSA), a las Técnicas de Salud de Badalona (Marta Ribó, Ana Belén Ramos y Ana Sebastián), a la Fundació La Salut Alta, la Creu Roja de Badalona, la Fundació Carles Blanc, el Consorci Badalona Sud, l’Associació per a la multiculturalitat, la informació i la convivència social (AMICS), a la Asociación Cultural de la República Popular China, a la Escuela Miguel Hernández, la Escuela Josep Carner, la Escuela Pedro Botey, la Escuela Itaca, al centro de atención primaria CAP Montigalà, al Centre d’Atenció al Viatger de Santa Coloma de Gramanet y la Iglesia Evangélica de Badalona.

Esta obra està sujeta a una licencia de Atribución-NoComercial-SinaDerivar 4.0 Internacional de Creative Commons. La licencia se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## ÍNDICE

	pág.
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>2. METODOLOGÍA</b>	12
<b>2.1. PARTICIPANTES</b>	12
<b>2.2. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES</b>	12
<b>2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES</b>	13
<b>2.4. LA ENTREVISTA</b>	15
<b>2.5. PROCEDIMIENTO</b>	17
<b>2.6. ANÁLISIS</b>	18
<b>3. RESULTADOS</b>	20
<b>3.1. INMIGRACIÓN</b>	20
3.1.1. Motivos para emigrar y elección de España como destino	20
3.1.2. Intención de quedarse a vivir en España	21
3.1.3. Adaptación en la sociedad de acogida	23
a) Estado de satisfacción por vivir en España	
b) Aspectos que influyen positivamente en la capacidad de adaptación	
c) Elección o procedencia de las amistades	
d) Soporte social	
3.1.4. Viajes de visita a su país de origen	29
<b>3.2. SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA</b>	31
3.2.1. Situación laboral de la población inmigrante	31
3.2.2. El desempleo, la precariedad económica y sus consecuencias sobre la salud	34
<b>3.3. PREJUICIOS Y DISCRIMINACIÓN POR SER INMIGRANTE</b>	37
3.3.1. Experiencias de rechazo o discriminación	37
3.3.2. La “incomodidad” del velo	41
3.3.3. Sentimientos ante las experiencias de rechazo o discriminación	46
3.3.4. Recomendaciones para prevenir la discriminación	46
<b>3.4. LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE</b>	49
3.4.1. Concepto de salud	49
3.4.2. Percepción del cambio del estado de salud al emigrar	49
3.4.3. Hábitos y cuidado de la salud	51
3.4.4. Consumo de alcohol y drogas	54
3.4.5. Cambios en los hábitos alimentarios respecto al país de origen	55
3.4.6. Percepción del estado actual de salud física	62

3.4.7. Atribuciones sobre las causas de los problemas físicos de salud	65
3.4.8. Percepción del estado de salud mental	67
3.4.9. Atribuciones sobre las causas de los problemas de salud mental	68
<b>3.5. ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ANTE LOS PROBLEMAS DE SALUD</b>	<b>70</b>
3.5.1. Uso de medicina tradicional o alternativa	70
3.5.2. “La receta mágica”	73
3.5.3. Consumo de fármacos y automedicación	74
3.5.4. Tiempo que tarda en consultar al médico desde el inicio de los síntomas	77
<b>3.6. ACCESO Y USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS</b>	<b>79</b>
3.6.1. Características del sistema sanitario de los países de origen	79
3.6.2. Barreras de acceso y/o uso de los servicios sanitarios	83
a) La barrera idiomática	
b) Otras barreras	
3.6.3. Centro sanitario al que acude ante un problema de salud	93
3.6.4. Frecuencia y motivos de visitar al médico	94
3.6.5. Motivos para acudir a los servicios de urgencias	95
<b>3.7. RELACIÓN CON EL SISTEMA Y EL PERSONAL SANITARIO</b>	<b>98</b>
3.7.1. Opinión sobre el sistema sanitario público	98
3.7.2. Valoración de los servicios y la atención sanitaria	99
3.7.3. Valoración de la atención del personal sanitario	101
3.7.4. Algunos desencuentros	109
3.7.5. Recomendaciones para mejorar la atención sanitaria	111
a) Resolver la crisis económica	
b) Mejorar el trato ofrecido por el personal sanitario	
c) Escuchar las demandas de los pacientes	
d) Comprender al inmigrante y sus circunstancias	
e) Aumentar el número de especialistas	
f) Disponer de mediadoras culturales en la atención sanitaria	
g) Informar cómo funciona el sistema sanitario	
h) Realizar campañas de salud dirigidas a la comunidad inmigrante	
<b>4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b>	<b>117</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>119</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	<b>123</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>125</b>

1. Guía de entrevista individual
2. Guía de los grupos de discusión
3. Guía de entrevista a informantes clave
4. Hoja de Datos del Participante
5. Lista de familias y códigos

## RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta los resultados de un estudio cualitativo realizado con población inmigrante de Badalona en 2014 y que forma parte del proyecto de investigación longitudinal: *Evolución de los determinantes biológicos y estructurales en una cohorte de familias inmigradas en Badalona*. Los objetivos del estudio fueron conocer la experiencia migratoria, aspectos relacionados con el estado de salud de la población inmigrante e indagar sobre sus relaciones con el sistema sanitario. Las conclusiones que se extraigan serán de utilidad para la implementación de una cohorte de familias inmigrantes que se realizará posteriormente.

En este estudio, 76 personas inmigrantes de Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia, Marruecos, Pakistán y China participaron en 26 entrevistas individuales semi-estructuradas y en 8 grupos de discusión. La mayoría de participantes tenían más de 40 años, tenía un bajo nivel de estudios, vivía con su familia en Badalona, no trabajaba o era ama de casa (en el caso de las mujeres), con escasos o ningún ingreso económico y con más de 10 años de residencia en España. También se entrevistaron a 9 informantes clave de la comunidad.

La población inmigrante es un colectivo heterogéneo. El principal motivo de emigrar fue trabajar y mejorar su situación socioeconómica. La crisis económica actual ha afectado profundamente a este colectivo, y la situación de desempleo y las dificultades económicas para cubrir las necesidades básicas aparecen con frecuencia en sus narrativas. Algunos participantes refirieron viajar con menos frecuencia al país de origen debido a las dificultades económicas y también por la legislación actual que retira algunas ayudas en caso de transcurrir varios meses fuera del país. Otros participantes también refirieron que han agotado su prestación de desempleo y no tienen ingresos, incluso existen casos en que la familia de origen realiza aportaciones económicas para su sustento.

La situación de desempleo y la precariedad económica tiene consecuencias directas e indirectas sobre la salud física y mental de toda la familia, en ocasiones también afecta las relaciones intrafamiliares.

A pesar de que la mayoría estaban satisfechos de vivir en España, existen sentimientos de soledad, cierto nivel de estrés y cansancio debido al estilo de vida europeo, así como sentimientos de frustración por no lograr cumplir su proyecto de vida.

La mayoría de participantes refirieron haber vivido experiencias de rechazo o discriminación debido a su origen geográfico. En general, el uso del velo causa problemas de interacción e integración social y laboral, limitando el acceso a puestos de trabajo en algunos casos.

Para la población inmigrante la salud es un valor importante y la mayoría considera que tiene buen estado de salud. Con frecuencia siguen una dieta

inapropiada y no realizan suficiente actividad física. La mayoría mantienen los hábitos dietéticos habituales de su país de origen.

La barrera idiomática limita el círculo de amistades, la capacidad de adaptación en la sociedad de acogida, y las relaciones con el sistema y los profesionales sanitarios. Puede tener consecuencias sobre la actividad laboral y sobre la salud. También puede dificultar la búsqueda de atención en problemas de salud mental. Otras barreras frecuentes del sistema sanitario son el tiempo de espera y la solicitud de cita previa, elementos que no existen en los sistemas sanitarios de sus países de origen. Algunos inmigrantes viajan a sus países de origen para recibir atención o tratamientos médicos. El género de los ginecólogos puede ser una barrera para que algunas mujeres realicen las actividades preventivas.

Los problemas físicos referidos por los participantes con más frecuencia fueron los problemas respiratorios, alergias, problemas de la piel, problemas metabólicos como la hipercolesterolemia, también en niños, la anemia y el sobrepeso, y dolores músculo-esqueléticos. Las referencias a los síntomas psicósomáticos también fueron frecuentes. En cuanto a la salud mental, cabe mencionar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En este estudio no hemos observado ninguna tendencia clara de empeoramiento o mejoramiento de la salud auto percibida por los participantes antes y después de la migración.

La mayoría valora muy positivamente el sistema sanitario español, sobretodo su cobertura universal y gratuita, aunque consideran que la crisis económica ha disminuido la calidad del mismo. La valoración de los profesionales sanitarios en general es positiva, aunque refieren algunas experiencias negativas de variada índole y percepción de recibir un trato inadecuado por motivo de su origen.

En muchas ocasiones los síntomas de enfermedad se tratan inicialmente en casa con remedios caseros o tradicionales. Si los síntomas no se resuelven o se agravan, consultan a un profesional sanitario esperando recibir la prescripción de un fármaco. Existen casos de automedicación y de toma de fármacos adquiridos en el país de origen.

Tanto en el ámbito social como en el ámbito del sistema sanitario es de vital importancia fomentar el conocimiento mutuo entre la población autóctona y la migrada. Actualmente, sigue siendo necesario incluir mediadores/as culturales (autóctonos e inmigrantes) en los servicios sanitarios, y diseñar actividades y campañas de información sobre hábitos saludables y el cuidado de la salud.



## 1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente España había sido un país de emigrantes, pero en 1995 empezó a ser un país receptor de inmigración, hasta llegar a convertirse en una de las puertas de entrada de inmigración a Europa en la primera década del siglo XXI (1). El último censo disponible del 1 de noviembre de 2011 contabiliza 6.307.277 personas nacidas en el extranjero residentes en España, el 13,5% de la población total, casi el triple del censo previo de 2001 (2.172.201 personas, el 5,3% de la población total de 2001). En los últimos años, los efectos de la actual crisis económica han provocado el retorno de segmentos de la población inmigrante a sus países de origen debido, pero a pesar de ello el número de personas nacidas en el extranjero que viven en España ascendió hasta 5.023.487 personas, el 10,7% de la población general, según datos del padrón de enero de 2014 (2). Catalunya es la quinta Comunidad Autónoma española con mayor proporción de población extranjera (2). La mayor cifra se alcanzó en 2010 con 1.198.538 personas empadronadas (el 15,95% de la población), iniciándose posteriormente un leve descenso hasta situarse en 1.089.214 (14,5%) en 2014 (3). La migración es un proceso que habitualmente conlleva cierto grado de desestructuración del entorno de las personas. La movilidad de la población puede tener múltiples repercusiones sobre la salud de los propios inmigrantes, de la sociedad de origen y de la sociedad receptora, implicando finalmente la salud de las personas y de la salud pública global (1,4). Estudios realizados en países con mayor tradición receptora de población inmigrante (4,5,6), indican que el estado de salud y las conductas de salud de dicha población presentan diferencias con la población autóctona.

A finales de los años 90 el principal motivo para inmigrar e instalarse en España era incorporarse al mercado laboral y a una economía que se encontraba en plena expansión (7). Este hecho modificó la distribución de las nacionalidades inmigradas más frecuentes, siendo en 2002 el grupo más importante el marroquí, aunque con menor peso relativo, seguido del ecuatoriano, el colombiano, el británico, el alemán y el rumano. De acuerdo con esta nueva realidad social de España, el número de estudios realizados sobre la salud de la inmigración en España en los últimos años han aumentado considerablemente (4).

Como es sabido, en 2008 se inició una crisis económica a nivel internacional (8), y en enero de 2009 tras dos trimestres consecutivos con un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB), España entró en recesión (9). En general, las crisis económicas se asocian con un empeoramiento de la salud de la población (10). Diferentes estudios señalan una relación compleja y multifactorial entre crisis, determinantes sociales y salud (9,10,11,12). Actualmente aún son escasos los estudios publicados sobre la evolución de indicadores de salud en España en el contexto de la crisis (13), son muy pocos los estudios publicados centrados en grupos vulnerables y/o

población inmigrante, y la mayoría de estudios (14) se centran en el efecto de determinantes aislados. Los grupos sociales identificados con más vulnerabilidad a padecer las consecuencias negativas más importantes de la crisis económica actual son la población joven, los inmigrantes y los ubicados en el estrato social de menores recursos económicos, por encontrarse en condiciones precarias y estar ocupados en los sectores más afectados por la recesión (8,10,15,16).

En la mayor parte de ellos los datos analizados provienen de encuestas de salud y estudios transversales (14), se centran en el efecto de determinantes aislados e indican que la relación entre salud e inmigración es compleja y multifactorial (17). Algunas fuentes de información secundaria, como la Encuesta Nacional de Salud (ENS) (18,19,20,21,22,23), las encuestas de salud autonómicas (24,25,26) y de ciudad (27) han tenido un papel muy relevante para generar conocimiento sobre el estado de salud y el uso de servicios sanitarios de la población inmigrante.

Para mejorar el conocimiento de los determinantes de salud en la población inmigrante de España, en 2012 se constituyó el Subprograma Inmigración y Salud CIBERESP (SIS), que incluye 12 grupos de investigación de diferentes ámbitos, fomentando la investigación transversal y multidisciplinar. Recientemente se han desarrollado modelos teóricos para el estudio de la salud en la población inmigrante que aconsejan un enfoque amplio que incorpore una perspectiva del curso de vida (28,29). Los estudios longitudinales en población inmigrante realizados hasta el momento son escasos, y presentan dificultades y retos propios (30,31,32,33,34,35,36,37). El estudio de la población inmigrante con una aproximación longitudinal permitirá conocer mejor cuestiones como la influencia del tiempo de estancia o los efectos de la movilidad de la estructura familiar sobre la salud, preguntas de investigación que precisan de dicho enfoque para ser respondidas. Por sus características metodológicas, los estudios longitudinales entrañan mayores dificultades logísticas y económicas que otros diseños, hecho que ha contribuido a que hasta ahora se han realizado escasos estudios longitudinales exclusivamente en población inmigrante, también a nivel internacional. Por todo ello, el SIS ha decidido impulsar los estudios longitudinales en población inmigrante, mediante el *Proyecto de Estudios Longitudinales de Familias Inmigrantes* (PELFI). En PELFI se incluyen los estudios longitudinales llevados a cabo por grupos del SIS, de manera individual o coordinada, en población inmigrante de España. Actualmente se están implementando tres estudios de cohorte en tres ciudades españolas (Badalona, Alicante y Barcelona), que tienen a la familia nuclear como unidad de estudio. Los tres estudios también comparten metodología y parte de las herramientas de recogida de información, con el objetivo de construir una única cohorte.

Uno de los estudios incluidos en PELFI es el proyecto *Evolución de los determinantes biológicos y estructurales en una cohorte de familias inmigradas en Badalona*, que está desarrollando el Centre d'Estudis Epidemiològics de la Sida i les ITS de Catalunya (CEEISCAT), con el objetivo de identificar determinantes de salud de dicha población y analizar su evolución a lo largo del tiempo. El estudio se realiza en las localidades de Badalona y Santa Coloma de Gramanet. Ciudades con una elevada densidad de población inmigrante, el 13,5% en Badalona (29.437 habitantes de origen extranjero en una población total de 217.210) (3) y el 20,6% en Santa Coloma de Gramanet (24.434 habitantes de origen extranjero en una población total de 118.738) (38), según datos del padrón municipal de 2014. Las nacionalidades de la población inmigrante más frecuentes en Badalona son Pakistán (6.061 habitantes), Marruecos (5.233 habitantes), Ecuador (3.344 habitantes) y China (2.745 habitantes). El proyecto ha tenido una buena acogida institucional y cuenta con la implicación del Ayuntamiento de ambos municipios.

El proyecto fue concebido en dos fases:

- Fase I (2014): diagnóstico de situación que consistió en un estudio cualitativo con personas inmigrantes e informantes clave de la comunidad.
- Fase II (2015 y 2016): implementación de una cohorte prospectiva de familias inmigrantes que viven en Badalona, con la selección de familias procedentes de Pakistán, Marruecos, Colombia, Perú, Bolivia, Ecuador y China.

Los resultados de la investigación de la Fase I aportarán información de utilidad para la elaboración de intervenciones que contribuyan a mejorar el estado de salud de dicha población y a aumentar el coste-efectividad de los recursos sanitarios existentes. Finalmente, con la experiencia y el conocimiento adquiridos con la realización de este proyecto, se desarrollará una guía de buenas prácticas para la implementación de una cohorte de inmigrantes en España.

El estudio cualitativo que se realizó en la Fase I tuvo los siguientes objetivos:

**Objetivos generales:**

- A) Conocer los aspectos relacionados con el estado de salud y las relaciones con el sistema sanitario de la población inmigrante.
- B) Evaluar el interés y la aceptabilidad de la implementación de una cohorte de familias por parte de esta población en la localidad de Badalona.

**Objetivos secundarios:**

- C) Describir aspectos del proceso migratorio

D) Identificar estrategias que permitan facilitar y mejorar la aceptación y participación de las familias candidatas a participar en la cohorte.

Este informe presenta los resultados del Objetivo general (A) y del Objetivo secundario (C).

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. Participantes**

Un total de 76 personas inmigrantes participaron en el estudio: 26 realizaron entrevistas individuales (EI) y 50 tomaron parte en ocho grupos de discusión (GD). Los criterios de selección para participar en el estudio fueron:

- a) ser mayor de 18 años,
- b) personas inmigrantes nacidas en Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia, Marruecos, Pakistán y China,
- c) formar parte de una unidad familiar (entendemos por unidad familiar la familia nuclear y las personas con quien comparten un presupuesto y consumo común), con un mínimo de un hijo, y,
- d) vivir en Badalona o Santa Coloma de Gramanet.

Se excluyeron las personas inmigrantes con pareja autóctona. El tiempo de residencia no fue un criterio de selección.

También participaron 9 informantes clave (IC), que aportaron información mediante entrevistas individuales. La información recogida de los IC fue utilizada para triangular los datos. Consideramos IC a aquellas personas que tienen un real y profundo conocimiento de la situación de las personas inmigrantes residentes en Badalona. Los IC de la comunidad que participaron en el estudio provenían del ámbito de la educación, la sanidad y el trabajo comunitario: traductora/mediadora de Marruecos, traductora/mediadora de Pakistán, miembro de una asociación de vecinos de Pakistán, miembro de una asociación cultural china, directora de una organización no gubernamental (ONG), directora de una escuela, Pediatra de un centro de atención primaria (CAP), enfermera de la Unidad de Salud Internacional del Barcelonés Nord i Maresme y pastor de una iglesia evangélica de Badalona.

### **2.2. Selección de participantes**

La selección y la captación de participantes se realizaron entre mayo y noviembre de 2014 por los dos investigadores de este estudio. El Ayuntamiento de la Ciudad de Badalona facilitó una lista de las entidades y asociaciones de la ciudad que trabajan con población inmigrante, así como de los servicios sanitarios y las escuelas de la ciudad. Se realizaron llamadas telefónicas y visitas personales a los centros o asociaciones de diferentes ámbitos y de diferentes barrios, solicitando la identificación de usuario/as que cumplieran los criterios de selección y que estuvieran interesado/as a participar en el estudio. La captación de participantes fue realizada en diferentes

ámbitos de la comunidad, con el objetivo de captar la heterogeneidad de la población inmigrante de Badalona. La tabla 1 recoge la distribución de lo/as participantes según la fuente de captación, se observa que la primera fuente de captación fue el mediador/a (42%), seguida de las escuelas (22%).

**Tabla 1: Distribución de los participantes según tipo de entrevista y fuente de captación**

Fuente	Entrevistas individuales		Grupos de discusión		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Asociación/ONG	8	30,8	6	12	14	18,4
Escuela	12	46,2	5	10	17	22,4
Iglesia	1	3,8	7	14	8	10,5
Mediador(a)	5	19,2	27	54	32	42,1
Otro	-	-	5	10	5	6,6
TOTAL	26	100	50	100	76	100

### **2.3. Características socio-demográficas de los participantes**

Como se observa en la Tabla 2, el perfil socio-demográfico de los participantes que realizaron entrevistas individuales fue: tener bajo nivel de estudios (el 65% tenía estudios secundarios o menos), residir en Badalona (73%), no haber vivido en otros países antes de instalarse en España (77%) y no trabajar o ser ama de casa (54%). Los participantes latinoamericanos procedían de 3 países (Bolivia, Colombia y Ecuador), siendo los de mayor número los nacidos en Ecuador. La mayoría (85%) vivía en España desde hacía más de 5 años, con un tiempo de residencia promedio de 11 años. , Un buen número de participantes señaló percibir menos de 1.000€ (46%) o ningún ingreso económico (34,6%), y vivía con su esposo/a e hijos (73%).

Las principales características socio-demográficas de los participantes de los grupos de discusión fueron: tener más de 40 años (71%; edad promedio: 43 años)tener bajo nivel de estudios (el 90% tenía estudios secundarios o menos), no trabajar o ser ama de casa (65%), residir en Badalona (64%) y no haber vivido en otros países antes de instalarse en España (84%). . El mayor número de participantes provenía de China. La mayoría (91%) vivía en España desde hacía más de 5 años, con un tiempo de residencia promedio de 12 años. Un buen número de participantes señaló percibir ningún ingreso económico (53%) o menos de 1.000€ (37%), y vivía con su esposo/a e hijos (80%).

**Tabla 2: Características sociodemográficas de los participantes**

	Entrevistas individuales n=26		Grupos de discusión n=50	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	11	42,3	22	44
Mujer	15	57,7	28	56
<b>Lugar de residencia</b>				
Badalona	19	73,1	32	64
Santa Coloma	7	26,9	17	34
Otra zona	-	-	1	2
<b>País de origen</b>				
Bolivia	4	15,4	1	2
Colombia	2	7,7	1	2
Ecuador	5	19,2	9	18
Perú	-	-	1	2
Marruecos	5	19,2	10	20
Pakistán	5	19,2	10	20
China	5	19,2	18	36
<b>Tiempo de residencia en España</b>				
1 año o menos	1	3,8	1	2,1
2-3 años	2	7,7	2	4,3
4-5 años	1	3,8	1	2,1
6-10 años	10	38,5	12	25,5
Más de 10 años	12	46,2	31	66
Media (DE), mediana	10,9 (5,5), 10,5		11,9 (5), 12	
<b>Movilidad geográfica</b>				
Sí	6	23,1	8	16,3
No	20	76,9	41	83,7
<b>Edad</b>				
<25 años	1	3,8	1	2
25 – 39 años	11	42,3	13	26,5
40 o más años	14	53,8	35	71,4
Rango	24 - 60		23 - 65	
Media (DE), mediana	41,1 (9,6), 41		43,5 (10,2), 44	
<b>Nivel de estudios</b>				
Sin estudios	-	-	5	10
Primaria	6	23,1	13	26
Secundaria incompleta	2	7,7	4	8
Secundaria completa	9	34,6	23	46
Formación profesional	6	23,1	2	4
Diplomatura, Licenciatura	1	3,8	3	6
Master, doctorado	1	3,8	-	-
Universitaria incompleta	1	3,8	-	-
<b>Ocupación</b>				
No trabaja	7	26,9	13	26,5
Trabaja	11	42,3	14	28,6
Ama de casa	7	26,9	19	38,8
Jubilado, pensionista	1	3,8	3	6,1
<b>Ingresos económicos</b>				
Sin ingresos	9	34,6	26	53,1
Menos de 1000 euros	12	46,2	18	36,7
1000-1500 euros	5	19,2	2	4,1
1501-2000 euros	-	-	3	6,1
Media (DE), mediana	816 (359) 800		716 (434) 645	
<b>Convivencia</b>				
Esposa/o e hijos	19	73,1	39	79,6
Familia y padres	-	-	1	2
Familia y otra familia	1	3,8	-	-
Familia e inquilino/a	1	3,8	1	2
Familia y otros	2	7,7	2	4,1
Sólo hijos	3	11,5	1	2
Hijo(s) e inquilino(s)	-	-	1	2
Otros	-	-	4	8,2

#### **2.4. La entrevista**

Se utilizaron guías de entrevista semiestructurada para las entrevistas individuales y los grupos de discusión, que fueron diseñadas específicamente para este estudio. Ambas guías fueron validadas a través del criterio de jueces expertos y de pruebas piloto (2 entrevistas individuales y 1 grupo de discusión. El grupo de discusión piloto fue observado por un tercer investigador que tomó notas para luego comentar la dinámica grupal y hacer ajustes a la guía). El modelo de entrevista fue un modelo enfocado en la experiencia y el significado<sup>8</sup>. El grupo de discusión permite cambiar el énfasis de lo individual, se usa la dinámica de discusión grupal para obtener mayor claridad de los entendimientos culturales compartidos y la identidad colectiva<sup>9</sup>.

El objetivo de las entrevistas individuales fue recoger la vivencia de los participantes con respecto a la inmigración y su impacto en la salud. La entrevista individual fue pertinente para este estudio porque permitió abordar temas con significados subjetivos que son complejos de investigar a través de métodos cuantitativos.

El grupo de discusión permite cambiar el énfasis de lo individual, se usa la dinámica de discusión grupal para obtener mayor claridad de los entendimientos culturales compartidos y la identidad colectiva<sup>9</sup>. En el grupo de discusión se fomenta activamente la interacción del grupo y se asegura que los participantes hablen entre ellos en vez de interactuar sólo con el facilitador. La guía de temas del grupo de discusión proponía diversas situaciones para estimular la discusión (casos-tipo sobre historias cortas de personas con experiencias relacionadas a los temas estudiados). Esta técnica ofrece la ventaja de favorecer la emergencia de experiencias personales de manera menos amenazante al hacer preguntas sobre el caso planteado a diferencia de que si las preguntas se hicieran directamente. Todos los grupos fueron facilitados por ambos investigadores del estudio.

La guía de la entrevista individual incluía 9 áreas de interés: proceso de inmigración, vivencia de ser inmigrante, aculturación, valores culturales, prejuicios y discriminación, salud y estado de salud, conductas de cuidado de salud, uso y barreras de acceso a los servicios sanitarios y necesidades psico-sociales. La guía de los grupos de discusión recogía 6 temas: aspectos relacionados al proceso de inmigración, actitudes y representaciones de salud/enfermedad, conductas de cuidado de la salud, uso de los servicios sanitarios, barreras de acceso y uso de estos servicios y valoración de la participación en una cohorte de familias inmigrantes. A continuación se detallan los aspectos incluidos en cada área de interés:



1. Proceso de inmigración: Recogió información sobre los motivos que los llevaron a emigrar de sus países de origen, la elección de España como país de acogida, recursos familiares/sociales/legales disponibles para hacer posible el viaje, y el impacto en sus vidas y en las relaciones familiares.
2. Vivencia de ser inmigrante: Describió cómo se vive la condición de inmigrante, la vivencia de la condición administrativa irregular, aspectos socio-económicos y su impacto en la vida laboral o social.
3. Aculturación: Exploró sobre la incorporación de elementos culturales propios del país de acogida, búsqueda y creación de redes y soporte social, nuevos valores de la sociedad de acogida asumidos y valores que rechaza de su cultura de origen.
4. Valores culturales: Recogió la opinión sobre temas como el género, la religiosidad (creencias religiosas, vivencias espirituales o ritos que puedan estar relacionados con dinámicas familiares y/o con aspectos de salud), y la medicina occidental.
5. Prejuicios y discriminación: Indagó las experiencias de rechazo y/o discriminación por el hecho de ser inmigrante; y cómo éstas han sido vividas.
6. Salud y estado de salud: exploró la concepción de salud y enfermedad, conocimientos y creencias sobre la etiología de las enfermedades, percepción del estado de salud, problemas de salud.
7. Conductas de cuidado de salud: Indagó sobre las conductas, hábitos o estilos de vida habituales tales como: hábitos dietéticos, consumo de complementos o suplementos dietéticos, consumo de alcohol y drogas, práctica de ejercicios o deportes, conductas sexuales, etc.
8. Uso y barreras de acceso a los servicios sanitarios: Indagó sobre conductas frente a síntomas o problemas de salud, el acceso a servicios sanitarios, la realización de pruebas médicas y tratamiento. También se preguntó por la atención en las unidades hospitalarias y trato que perciben/reciben del personal sanitario, así como barreras de acceso a los servicios de salud.
9. Necesidades psicosociales: Recogió las demandas o sugerencias respecto a información, tipo de servicios, atención sanitaria, y mensajes de prevención que los participantes les gustaría recibir respecto a temas de salud.

Con los IC se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada (ver Anexo 3). Se trataba de una guía abierta, específica en algunas preguntas según cada perfil de informante clave. Esta guía cubrió de manera general los siguientes aspectos:

- Área de trabajo y servicios que ofrece el centro o la asociación
- Caracterización de la población inmigrante
- Motivos para acudir a la asociación o centro sanitario
- Percepción de las actitudes de la población y personal sanitario hacia los inmigrantes
- Explicaciones sobre la vulnerabilidad de los inmigrantes
- Barreras de acceso a los servicios socio-sanitarios
- Estrategias de acceso a la población inmigrante
- Necesidades psico-socio-sanitarias de la población inmigrante
- Actividades de las asociaciones dirigidas a la población inmigrante
- Recomendaciones para atraer a la población inmigrante a un estudio de cohorte

También se diseñó una *Hoja de Datos del Participante* (ver Anexo 4), en la que, al finalizar la entrevista, se recogía oralmente de cada participante información sobre: la edad, el país de nacimiento, el año de llegada a España, el tiempo de residencia en Badalona y en otras ciudades, personas con las que convive, nivel de estudios, ocupación laboral, ingresos económicos mensuales, tenencia de la tarjeta sanitaria y permiso de residencia. En esta hoja se incluyeron algunos espacios para recoger anotaciones de las observaciones e impresiones generales del entrevistador sobre la entrevista y el entrevistado, así como para anotar el tiempo empleado en cada entrevista.

## **2.5. Procedimiento**

Una vez identificados los potenciales participantes como elegibles, se contactó con ellos para darles información sobre los objetivos de la investigación, de los procedimientos que se llevarían a cabo y de la confidencialidad de toda la información. Con los que aceptaban participar, se fijaba un día y hora para realizar la entrevista.

Al inicio de cada entrevista o grupo de discusión se explicaba el procedimiento que se seguiría. Los 8 grupos de discusión tuvieron entre 5 y 10 participantes, se realizaron 2 grupos con cada nacionalidad, en los casos de Marruecos y Pakistán 1

grupo sólo de hombres y 1 grupo sólo de mujeres (se adoptó esta estrategia siguiendo las recomendaciones de los IC entrevistados, quienes indicaron que esto facilitaría la comunicación y mejoraría la fiabilidad de la recogida de información por cuestiones culturales). A excepción de los participantes latinoamericanos, con el resto de participantes se contó con la participación de un/a traductor/a, que había nacido en el mismo país que el/los participante/s para evitar las limitaciones causadas por las posibles dificultades idiomáticas.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los que accedieron a participar en el estudio. Los participantes recibieron un incentivo económico de 10 euros por su participación, para cubrir los gastos de desplazamiento y agradecer el tiempo invertido en hacer la entrevista. .

Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas literalmente por un asistente externo al equipo de investigación. Las grabaciones se entregaron al transcriptor con un código de identificación para mantener en todo momento el anonimato. Las transcripciones fueron revisadas, escuchando las grabaciones, lo cual garantizó la fiabilidad de los datos. Las entrevistas individuales tuvieron una duración promedio de 52 minutos (rango de duración: 30-100 minutos). Los grupos de discusión tuvieron una duración promedio de 88 minutos (rango de duración: 62-107 minutos).

## **2.6. Análisis**

El análisis de los datos combinó dos procedimientos: la Teoría Fundamentada<sup>10</sup> (como método), para el proceso de codificación inductiva e integración de los códigos, y un Análisis Temático<sup>11</sup> para identificar, analizar y reportar patrones (temas). Ello permitió desvelar en las narrativas de los participantes su experiencia sobre la inmigración, la evolución y el cuidado de su salud y el uso del sistema sanitario español.

Para el proceso de codificación se utilizó el programa Atlas-ti®. El libro de códigos fue construido a partir de los temas que fueron apareciendo en el proceso de lectura de cada una de las entrevistas (codificación abierta). Al final de la codificación, los códigos creados fueron revisados para verificar si no había repeticiones o para reformular códigos que aparecían con baja frecuencia. De este análisis surgieron 137 códigos (Anexo 5).

El proceso de análisis fue completado usando un análisis temático. En los casos en que los códigos contenían diversos temas, cada una se trató de asignar a una sola categoría. La agrupación de los códigos se hizo con el fin de producir un relato analítico de cómo los temas, representados en los códigos, intervienen y se relacionan unos con otros.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. INMIGRACIÓN

En este capítulo se recogen los relatos de lo/as participantes referentes a hechos relevantes de su proceso de inmigrar, como los motivos para emprender dicho proceso, la intención de quedarse a vivir en España, cuestiones relacionadas con el proceso de adaptación en la sociedad de acogida, y finalmente, con los viajes a su país de origen

##### **3.1.1. Motivos para emigrar y elección de España como destino**

Los motivos para emigrar fueron básicamente dos. El mayor motivo mencionado fue para trabajar y mejorar su situación económica:

*La pobreza, para mejorar la vida, conseguir una vida mejor, para mejorar la situación familiar, para ayudar a mi familia en Marruecos. ENTREVISTA 07 – HOMBRE, MARRUECOS*

*Para mejorar el futuro, cambiar la vida.*

P: ¿El futuro en qué aspecto?

*Para quitar la pobreza y para mejorar la vida, para vivir bien, satisfecho, más seguro. ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.*

*Porque antes en China muy pobre. Aquí muy poquito, no muchos chinos, antes muchos venían para llevar restaurante, y para trabajar. Tú ya sabes que muchos chinos ahora aquí. ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.*

*Con el motivo de trabajar. Yo estaba en Buenos Aires trabajando desde muy joven, y cuando hubo crisis económica en Argentina hubo corralito, y entonces la gente se empezó a salir de allá, algunos fueron a Estados Unidos, otros a Europa, en mi caso me fui a Italia. En Italia no tenía muchos conocidos, y después me vine a Madrid, de Madrid me vine a Barcelona y me quedé aquí. ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.*

El segundo mayor motivo fue el de reagrupación familiar. La presencia de otros familiares o amigos en el país de acogida puede facilitar el proceso de inmigración. Esto fue así, sobre todo en las mujeres de origen musulmán:

*Fui primero a Italia, estuve en Italia. Primero vino mi hermano, luego un primo, una tía, y estaban en Italia. Mi hermano estuvo un año en Italia y luego se vino aquí a España y yo también. Yo llegué a Italia y no me acostumbraba. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.*

*Porque aquí tengo amigos tengo familia que ya estaba aquí. ENTREVISTA 4 – HOMBRE, CHINA.*

*Porque su marido estaba aquí, vino para reagrupar la familia.* ENTREVISTA 19 – MUJER, PAKISTÁN.

Acceder a un mejor tratamiento para un problema de salud de un hijo también fue un motivo para emigrar en el caso de un participante latinoamericano:

*Tengo un hijo con distrofia muscular de Duchene y vimos que era mejor tenerlo aquí que en Colombia y la verdad es que ha sido mejor.* ENTREVISTA 1 – HOMBRE, COLOMBIA.

Entre los motivos para elegir España como destino, lo/as participantes mencionaron la proximidad idiomática, la proximidad geográfica y las oportunidades laborales.

*Se me hizo más fácil escapar a España por el idioma. Y en aquel entonces todo el mundo se venía para aquí porque había trabajo y estaba bien, y casi son las mismas costumbres que había aquí.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.

También se indicó el mejor clima en comparación con otros países europeos. Lo/as participantes valoraron que el clima es importante para la salud:

*Porque es más cerca. Y además el clima es igual, mediterráneo, hay sol cuando tiene que hacer sol y lluvia cuando debe haber lluvia, es parecido a Marruecos.* ENTREVISTA 7- HOMBRE, MARRUECOS.

*Hemos ido una vez a Inglaterra, había frío, mucho llover, 15 días llevábamos ahí y dice que ese país no vale, no vale para nada, mejor España. Por el clima*

*P: ¿El clima es algo importante para decidir?*

*E: Sí, es importante, para la salud también es importante.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.

La mayor facilidad de regularizar su situación administrativa, en comparación con otros países europeos, también fue un motivo de elegir España como destino:

*Porque en España era rápido para preparar papeles, en Francia casi 10 años no hay papeles. Aquí como mucho 5 años para arreglar papeles. Ahora puedo ver la familia, vuelvo, bajo, vuelvo, bajo. En Francia no.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

### **3.1.2. Intención de quedarse a vivir en España**

La mayoría de lo/as participantes afirmaron que su intención es quedarse a vivir en España. Entre los motivos para ello, mencionaron las dificultades para adaptarse nuevamente a la sociedad y estilo de vida de sus países de origen cuando regresan a

ellos. Este hecho puede ser especialmente relevante para los hijos/as de los/las inmigrantes:

*Dijimos, venga nos vamos a vivir allá con el dinero de aquí, y compré algo allá y no... no me adapté. Aquí tengo como más independencia, y allá dependes de mucha gente, la gente no te ve como de allí, y vi muchos cambios en las niñas, y entonces, cuando no te sientes... soy de allá, amo mi tierra pero creo que me conviene estar aquí.* ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

*Mi hijo se ha adaptado a esta ciudad, como llegó pequeño, de dos años y 9 meses, entró al P3 al colegio. Está un poco triste porque se va a ir.*

P: ¿No quiere irse?

*No, no quiere irse. Allá también la vida es igual, pero claro está acostumbrado aquí.* ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.

En algunas ocasiones, lo/as participantes indicaron que permanecen en España para cumplir el proyecto de vida, como la mejora de sus ingresos económicos o del nivel de estudios de los hijos, que lo/as motivó a inmigrar:

*Ahora bien, ya no me quiero ir. El plan de vida era trabajar y sobrevivir y enviar para comprar un pequeño terreno. Pero no se puede porque ahora bajó el trabajo y estamos casi con un sueldo viviendo.* ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.

*No puedo decir lo que va a pasar el día de mañana, si nos iremos o nos quedaremos.*

P: ¿Pero de qué depende?

*Yo lucho para que mis hijos tengan un estudio mejor y en mi país no lo veo tan bien, y aquí mis hijos ellos lo tienen.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

Otro motivo para permanecer en España, fue la mayor seguridad y libertad que experimentan aquí en comparación con su país de origen:

*Ahora ya no me planteo irme pues me da miedo, la delincuencia me da miedo. Acá tú te acostumbras a lo bueno de Europa, andas con más tranquilidad, allí da miedo.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.

*Por económico también, y por seguro, seguro de la vida, hay cosas peligrosas. Porque llevo muchos años aquí y ya ha cambiado todo tipo de cosas, costumbres, más libertad aquí, y por eso no puedo vivir allí. El transporte, la vida normal, médico, seguro, todo es diferente. Me quedaré aquí hasta que me jubile y luego puedo ir a Francia con mi hermano, porque mi hermano lleva casi 30 años en Francia.* ENTREVISTA 8 – HOMBRE, PAKISTÁN.

Un pequeño grupo de participantes indicó su intención de no quedarse a vivir en España y de viajar a otro país por motivos laborales:

*Ella sí piensa cambiar de país. Irá a Francia por trabajo, su marido está como 5 años sin trabajar.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

En ocasiones, la decisión de regresar al país de origen se pospone hasta que mejore su situación económica aquí. Así lo indicó una participante con deseos de regresar a China, pero que ha decidido esperar un tiempo para regresar hasta mejorar la situación económica en que se encuentra ahora:

*Ella sí quiere marchar, pero para regresar también es difícil, por eso esperar cuando no está en crisis.* GRUPO DE DISCUSIÓN 2 – CHINA.

Los/as participantes chino/as también hicieron referencia a la dificultad de regresar a su país debido a la multa económica que deberían pagar por haber violado la ley del hijo único:

*Quería regresar a China, pero ahora ya tiene 3 hijos, si volvemos a China ella recibirá una multa de más de 20.000 euros para cada hijo. (...) Porque si regresamos a China primero es hacer los documentos de residencia, y eso primero tenemos que pagar una multa, y si no, no puedes regresar a China.* ENTREVISTA 2 – MUJER, CHINA.

### **3.1.3. Adaptación en la sociedad de acogida**

Este apartado describe el grado de satisfacción de lo/as participantes de vivir en España y profundiza en los aspectos relacionados con la adaptación de la población inmigrante en la sociedad de acogida

#### **a) Estado de satisfacción por vivir en España**

La mayoría de lo/as participantes refirieron sentirse satisfechos de vivir en España y sentirse bien acogidos:

*Aquí tengo amigos, muchos amigos están aquí, me gusta este país.* ENTREVISTA 4 – HOMBRE, CHINA.

*No se mete contigo nadie, te respetan. Convivencia, hay muchos extranjeros, viven y les dejan vivir, la convivencia más que nada, no se meten con nosotros nadie.* ENTREVISTA 7 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Como mi segunda casa, mi segundo país. Me siento acogido, me siento bien tratado.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

Un participante pakistaní señaló su satisfacción por la libertad personal y la igualdad con que vive en España, en comparación con el país al que había emigrado anteriormente:

*Yo he estado bien aquí en España, clima es muy bueno y mucha libertad también. En Arabia Saudí estaba no muy abierto, no hay mucha libertad, las calles no pueden andar con grupos, y piden papeles mucho los policías y no es abierto como tenemos libertad aquí. En Arabia Saudí en hora de rezar, tiene que apagar luces y cerrar negocio. Otra libertad es la igualdad, ahora estoy a punto de sacar la nacionalidad, tengo mismo derecho que la gente, allí nunca pude sacar nacionalidad, ellos siempre tienen mentalidad que ellos es superior, inmigrantes solo vienen para trabajar y ya está, y cuando acaba contrato tienes que ir a tu país y se acabó. ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.*

En referencia al desarrollo de su vida cotidiana diaria, los/as participantes también identificaron cansancio respecto al estilo de vida agitado de aquí, frustración por la falta de cumplimiento de su proyecto de vida, y dificultades económicas:

*Estoy cansada porque han pasado muchas cosas y durante este tiempo obviamente ha cambiado mucho mi vida. Estoy cansada, siento que llevo un estilo de vida en el corre corre, en el día a día tengo que planificarlo todo. Cansada. No hice lo que yo tenía planificado hacer. Muchas cosas... ENTREVISTA 11 – MUJER, ECUADOR.*

*Está bien pero con muchos con problemas. Está bien porque está su marido con ella, pero no tiene ahorro, el alquiler, y los gastos, las facturas, todo el salario entero. ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTÁN.*

#### **b) Aspectos que influyen positivamente en la capacidad de adaptación**

Entre los aspectos que facilitan la capacidad de adaptación se mencionaron el buen clima que influye en percibir un mejor estado de salud:

*Le gusta que hace buen tiempo. Dice que ella en China la salud no está muy bien, pero que como vive aquí y hace buen tiempo, el clima está muy bien y ella también está mejor. ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.*

La posibilidad de desplazarse y pasear por la ciudad, adquirir cierta autonomía personal, y reagrupar a la familia, son elementos que influyen en la satisfacción de vivir aquí. Lo/as participantes indicaron una progresión ascendente del nivel de satisfacción a medida que conseguían estos logros:

*Me siento mejor porque te sabes todos sitios donde puedes ir, me voy al centro de Barcelona, la Rambla, muchas cosas, ahora tengo libertad, puedo sola coger*



*el metro, irme hasta cualquier sitio, esto es la libertad. Pero antes no podía, es que no conocía el sitio, aunque puedo coger el metro no voy a saber dónde irme.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

*Ahora tengo la familia, ahora es otra cosa. Ahora tengo mis hijos, tengo 3 hijos, estoy casado, tengo mi mujer, tengo mi piso, tengo mi trabajo, ya es otra cosa, la cosa ha cambiado totalmente. Pero desde el día que llegué hasta ahora han pasado muchas cosas para llegar hasta ahora, para mejorar, ahora tengo un buen trabajo, ahora tengo todo. La cosa se ha tranquilizado un poco, además estoy trabajando de voluntario en la asociación, como presidente, es un trabajo voluntario. Estoy bien, la verdad que sí.* ENTREVISTA 7 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Toda mi familia está en Marruecos, aquí sólo yo. Él [su marido] tiene una hermana aquí. Ahora tengo amigas, en principio en un año o dos años casi no tengo, ahora tengo muchas, muchísimas. Casi es como una familia, ahora me encuentro como en casa.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

Un participante expuso la importancia del hecho de trabajar, ya que el estilo de vida y las relaciones sociales que se derivan de la actividad laboral aumentaban su satisfacción:

*Adaptado bien, bien, bien estaba cuando estaba trabajando, cuando estaba trabajando. Era una felicidad, ir donde quiera con un amigo a tomar un café, todo eso.* ENTREVISTA 21 – HOMBRE, ECUADOR.

Una IC confirmaba la influencia positiva de tener un trabajo en el proceso de adaptación y en el aprendizaje del idioma, según había observado entre los hombres marroquíes, en contraposición con sus mujeres que no solían realizar actividades laborales fuera de casa:

*Los hombres con el trabajo encontraron una forma de integrarse, aprendieron la lengua, pero las mujeres nos encontramos que ya llevan 15 años y no saben hablar castellano, y catalán no te digo.* INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.

Tener la capacidad de superar la barrera idiomática y estar bien informados sobre el funcionamiento de los servicios es un factor decisivo en el desarrollo de las actividades cotidianas y las relaciones interpersonales:

*Porque se informan muy bien. En verdad la gente los informa en seguida, y [el colectivo inmigrante de América Latina] no, no es más vulnerable.* INFORMANTE CLAVE 7 – PASTOR LATINOAMERICANO.

Algunas personas que se manejan bien en castellano, pueden hallar dificultades añadidas con el idioma catalán. La IC marroquí habló de choque cultural:

*Menos para las personas que vienen de Sudamérica que comparten el castellano, pero el tema del idioma para los países árabes, para los países musulmanes, les resulta bastante difícil aprender el castellano, sobre todo si son personas analfabetas y no están educadas en su propio idioma. Y después también está el tema del choque cultural. Ellos vienen con unos pensamientos, con una cultura del país de su origen y cuando llegan aquí se encuentran con una cultura totalmente diferente, con unos pensamientos totalmente diferentes y si a esto le añadimos el tema del idioma, pues es un tema realmente complicado.* INFORMANTE CLAVE 3 – MEDIADORA, MARRUECOS.

*Lo único que no le gusta es cuando hablan en catalán. Aún no domina el castellano, pero cuando le hablan en catalán ella se siente como confundida entre catalán y castellano.* ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.

### **c Elección o procedencia de las amistades**

La mayoría de participantes refirieron que la mayor parte de sus amistades eran de su misma procedencia o bien de otros países:

*Tengo amigos de Colombia, de Chile, pero no muchos tampoco. Son más latinoamericanos.* ENTREVISTA 1 – HOMBRE, COLOMBIA.

*De Pakistán, pero yo le conozco de aquí.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.

*Paisanos que son de nuestro país, que los he conocido en mi país desde pequeños. Han venido mucho más antes y solemos todavía juntarnos aquí, vamos donde ellos.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

*Cubanas. Y una familia ecuatoriana, también y ya está*

*P: ¿Y que sean del origen tiene que ver con algo en particular, de origen latinoamericano tiene que ver con algo en particular?*

*E: No, no, no, no, para nada. Porque yo he tenido amigas de aquí, he tenido muy buenas amigas he tenido mucho contacto, lo que pasa es que... a ver, nos juntamos más por la comida “vamos a hacer esta comida el domingo” y a lo mejor eh... una amiga de aquí se va a otro sitio a visitar a sus padres.* ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

Algunos/as participantes relataron tener amistades de orígenes geográficos diferentes y también autóctonos:

*De país latino, de Asia, español también. Porque yo siempre respeto a todo el mundo y ellos también me respetan mucho.* ENTREVISTA 8 – HOMBRE, PAKISTÁN.

*De todos lados. Tengo amistades que son de aquí, son catalanes, de otros países.* ENTREVISTA 12 – MUJER, BOLIVIA.

No conocer suficientemente el idioma local para comunicarse conduce a tener un círculo de amistades formado mayoritariamente por personas del mismo origen geográfico. Ser capaz de superar la barrera idiomática mostró ser un factor importante en la construcción de las redes sociales:

*Se relaciona poco, sus amistades son pocas, con la gente paisana suya. No se relaciona con gente de otros países por el tema del idioma, porque no domina el castellano.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

*Sobre todo se relaciona con personas de Pakistán, por el idioma.* ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTÁN.

Las relaciones de amistad surgen compartiendo vivencias y actividades, independientemente del origen geográfico. El lugar de trabajo, lugares de ocio como restaurantes, pistas deportivas de escuelas o municipales, y la Iglesia o la mezquita, fueron mencionadas como oportunidades para establecer relaciones de amistad:

*Casi todos son españoles, muy pocos son los inmigrantes o extranjeros que tenga amistades. Porque estoy rodeado de ellos, en las dos empresas en las que yo trabajo, sobre todo en la limpieza, estoy rodeado de españoles. Debido a esto, no porque tenga preferencia con ninguno.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

*Siempre vamos a bares bolivianos, a almorzar, a desayunar, a cenar. Cuando vas a un bar boliviano, consigues muchos amigos bolivianos. Así hemos conseguido todas nuestras amistades. Y de todos los países.* ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.

*Al principio no tenían relación casi con nadie, porque no había tanta gente. Ahora con el tiempo hay más familias, y casi todas vamos juntas a la mezquita. E1: Siempre estamos presentes y somos miembros de esta organización, y tenemos mucho contacto social, con las mujeres de Pakistán.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES, PAKISTÁN.

#### **d Soporte social**

Vario/as participantes hicieron referencia a la falta de vínculos y de soporte social. Un aspecto importante es la ausencia de la familia extensa y del apoyo que ésta puede brindar en diversas situaciones, y la falta de otras relaciones sociales que puedan ocupar este espacio:

*La vida aquí no es muy fácil tampoco, es un poco duro, además de dejar a nuestra familia. Estamos acá casi solos, no tenemos casi a nadie, no tenemos a donde ir ni con quién hablar. En Ecuador estaba mi hermana o mis padres, y nos ayudamos mutuamente. Pero aquí como tenemos a nuestros hijos no tenemos con quién dejarlos.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

*Charlamos entre nosotros los amigos, sufrimos, y nos molesta mucho esto mentalmente. Sólo entre amigos y nadie más te va a ayudar, ¿quién te va a ayudar? La sociedad no ayuda, o te ayuda un año y yo que sé, como está el tema de país pues estamos jodidos en general todos, y más los extranjeros.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.

Con frecuencia, lo/as participantes refirieron sentimientos de soledad. Para una participante, la presencia del marido e hijos no conseguía evitar sentirse sola:

*Estoy aquí sola y mis hijas sé que ellas ahora mismo dependen de mí. Una enfermedad crónica le tengo mucho miedo. Me refiero a sola a que no tengo a nadie más, porque es lo que me dice mi marido siempre, “estamos los dos y si tú faltas estoy solo, si tú faltas estoy sola”. Él se pasa horas y horas trabajando y si yo me pongo mala él tiene que dejar de trabajar, entonces... Cuando digo “sola” me refiero a mi familia, que me falta lo de allá.* ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

*No tener a nadie, sin apoyarse de que le echen una mano. Cuando uno más lo necesita, estar sola, así una se siente. El calor de la familia necesitas. No es igual como estar con una vieja amiga, la familia es la familia madre, mis hijos, mi marido es secundario, dependo del marido, pero es secundario.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

*Estuve cansada, me preocupo demasiado y me siento sola. Porque no tengo apoyo de mi pareja, de nadie, estoy sola con mis hijos.* ENTREVISTA 11 – MUJER – ECUADOR.

Algunos/as participantes relataron que la soledad proviene del estilo de vida individualista que predomina en España, en la que reciben un trato social más cerrado que en sus países de origen, a veces influenciado por ciertos prejuicios debido a su origen:

*E1: Yo me siento acompañada de lunes a viernes pero los fines de semana sí que me siento como más sola, aunque esté con mi marido y mis hijos.*

*E2: Es por eso que uno extraña más nuestros países, por el entorno, porque te conocen todo el barrio, todos se conocen*

*P: ¿La gente de aquí es diferente que allí?*

*E3: Sí, allá en Ecuador son costumbres...*

*E4: No, aquí también hay gente abierta a veces, pero también hay gente que se encierra en uno mismo, dicen “uy, es de Ecuador”, “uy es de tal sitio”. Por lo menos yo he tenido la suerte de encontrarme con gente buena, que cuando yo he necesitado algo me han ayudado, pero después ya van a lo suyo. No es como por ejemplo en nuestro país, sin ir muy lejos, las fechas navideñas uno añora porque sales al barrio y ya estás, “sí vecina, en la noche hacemos algo”. También es cierto que allá son casas bajas, aquí son edificios. En cambio aquí no, tú a lo tuyo y tú a lo tuyo. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.*

Una IC añade que la falta de soporte social conduce a este colectivo a utilizar los servicios de ONGs o escuelas para pedir ayuda para solucionar un problema de salud:

*Los inmigrantes no tienen red social, además de que vienen de culturas en las que el gran apoyo es la familia y aquí se encuentran sin familia. Y muchos si no consiguen tener una relación de confianza con vecinas, con amigas o con la gente que tiene alrededor, o con madres del cole, hay personas muy solas. Hay madres con 2, 3 hijos, algunos con alguna discapacidad, que no tienen a nadie a quien recurrir y si se pone un niño enfermo tiene que recurrir a nosotros o al cole. INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.*

#### **3.1.4. Viajes de visita a su país de origen**

Respecto a la frecuencia de viajar al país de origen, algunos/as participantes indicaron que viajan con mucha frecuencia mientras que otros/as no viajan desde hace varios años:

*Lleva 7 años sin ir a Marruecos. Falleció su madre sin tener la posibilidad de verla. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.*

Los motivos de viajar al país de origen fueron para pasar las vacaciones, por añoranza, para que los hijos conozcan el país de origen y/o para visitar a la familia, sobre todo si los padres son de edad avanzada o están enfermos:

*La primera vez que marcha porque hacía ya un año que estaba y echa de menos China. La segunda vez ha ido con su hija, su hija ha querido ir a China y la ha acompañado. Y la tercera vez por la enfermedad de su madre. ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.*

*Porque está mi madre, mi padre y tengo algunos hermanos que viven ahí. Y ese es el motivo.* ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.

*He ido dos veces de vacaciones y dos veces por mi madre, porque estaba mala. Ahora ya no tengo madre, se murió el año pasado y no he vuelto a Pakistán.* ENTREVISTA 8 – HOMBRE, PAKISTÁN.

Una participante de Pakistán, indicó que su marido ha viajado cada año al país de origen durante los últimos 11 años, mientras que ella no ha viajado en ninguna ocasión durante todo este período de tiempo:

*P: ¿Ha tenido oportunidad de volver a su país de visita?*

*No.*

*P: ¿Y su marido en estos 11 años ha vuelto a casa?*

*Cada año.* ENTREVISTA 19 – MUJER, PAKISTÁN.

Los motivos señalados de no viajar fueron la falta de medios económicos y la legislación actual, que retira las ayudas económicas a los extranjeros que se desplazan fuera de España:

*No puedo viajar porque todo es dinero allá, es dinero, y dólares y un viaje cuesta. Y claro, ahorita mi madre está bien mal, está por las últimas etapas, y en cualquier momento me pueden llamar y decir “mira, hasta aquí no más”. Tengo este miedo de no poder viajar allá.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

*No, ninguno de los tres, en mi familia no. Económicamente no tenemos para ir.* ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.

*Obligan, han puesto una ley que obliga al extranjero que cobra ayuda que se quede aquí durante 2 años. Si va a su país de origen pierde la ayuda. La gente tiene miedo de bajar. Yo conozco a gente que tiene al padre o madre que están enfermos, o algunos que se ha muerto su padre, o alguien, y le han quitado la ayuda.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

### 3.2. SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

Este capítulo recoge la situación laboral actual de lo/as participantes y el poder adquisitivo referido por ello/as. Debido a la elevada frecuencia de referencias a la situación de desempleo, recogemos información específica sobre esta cuestión, como el impacto de la situación de desempleo sobre la salud de lo/as participantes y de sus familias:

#### 3.2.1. Situación laboral de la población inmigrante

De acuerdo a sus narrativas observamos que la población inmigrante ha experimentado un cambio profundo en diversos aspectos respecto a su situación laboral antes y después de la crisis económica española.

Lo/as participantes de América Latina refieren que se encontraban trabajando en mayor proporción en comparación con los otros colectivos:

*Trabajo en una residencia de chicos especiales los fines de semana, los sábados y domingos y voy con lo que se puede.*

*P: ¿Y cómo se siente con el trabajo que hace?*

*Me gusta trabajar con chicos especiales, en mi país me ha gustado, y aquí lo voy haciendo. ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.*

*Soy asesora financiera, y me gusta. ENTREVISTA 11 – MUJER, ECUADOR.*

El IC de América Latina indicó que frecuentemente las mujeres de esta nacionalidad trabajan como cuidadoras de ancianos:

*Las mujeres son las que más trabajan aquí, hay muchísimo trabajo, cuidando ancianos, trabajan cama adentro, y trabajan en negro, pero los hombres ya están mal. Y eso que tienen sus papeles en orden la mayoría. INFORMANTE CLAVE 7 – PASTOR IGLESIA AMÉRICA LATINA.*

Algunos/as que trabajan en residencias de ancianos o en la construcción refirieron tratarse de empleos temporales y/o estar realizando más de un trabajo a la vez:

*Ahora he encontrado un trabajo, me han hecho contrato por 3 horas, estoy trabajando en una residencia. Es lo que hay. ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.*

*Ahora trabajo, hay veces no o hay veces sí. Pero ya contratado por las empresas casi ya poco.*

*P: ¿Qué tipo de trabajos suele hacer?*

*Yo soy peón de restauración de fachadas, para eso casi no hay mucho. A veces voy de fontanero, electricista. A lo que me voy pillando, a veces hago cursos.* ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.

*Tengo dos trabajos y con eso voy tirando y me voy manteniendo.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

También mencionaron realizar trabajos puntuales (p.e. pintura, albañilería) que son ofrecidos por su círculo de amistades:

*Hay veces me sale alguna cosa para hacerle a algún amigo, tiene algún piso para pintar, voy le ayudo, si necesita, si no, pues nada.* ENTREVISTA 1 – HOMBRE, COLOMBIA.

Lo/as participantes realizaron frecuentes menciones a la situación de desempleo. Algunos hombres no trabajaban desde hacía largo tiempo y ya no recibían la prestación por desempleo:

*Muy complicado, muy muy complicado. Más que nada la familia que tiene hijos, y el padre si tienen muchos años no es tan fácil encontrar trabajo. No es tan fácil. A partir de los 50 años, me parece aquí es muy difícil.* ENTREVISTA 7 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Estoy en paro.*

*P: ¿Estás recibiendo paro entonces?*

*No, hace 2 años que estaba cobrando subsidio, y desde el mes de mayo ya no cobro nada. Me han cortado el subsidio y recibo una ayuda de 399 euros durante 6 meses. Y ya llevo 2 meses y medio sin cobrar nada. No cobro nada.* ENTREVISTA 9 – HOMBRE, MARRUECOS.

*E1: Yo estoy en el paro, desde el 2007*

*E2: Yo aquí casi 10 años he estado trabajando, nunca está parado. Pero ahora está casi 4 años no trabajar, ¿qué come esta familia?* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

El discurso ofrecido por una participante comparando la disponibilidad de empleo existente antes del inicio de la crisis económica con la disponibilidad actual, refleja el impacto de la crisis económica sobre la actividad laboral:

*E1: Al principio cuando llegaron aquí estaba bien en España, pero ahora con el tiempo, poco a poco están pasando más crisis y casi todos los maridos trabajan, pero las familias en que su marido no trabaja ¿cómo pueden manejar la casa y la vivienda? Eso es muy difícil.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES, PAKISTÁN.



Alguno/as participantes afirmaron que disponen de ingresos económicos suficientes para cubrir las necesidades básicas del día a día, pero no pueden ahorrar ni añadir gastos extra:

*Para sobrevivir el mes sí, lo poco que yo gano y lo poco que gana mi marido.*  
ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.

*Sí, alcanza para vivir. Ahora tengo una tienda, ganar poco, para vivir, para vivir bien, para comer, para vivir, sí, suficiente, pero no sobra mucho.* ENTREVISTA 4 – HOMBRE, CHINA.

Una minoría refirió percibir ingresos económicos suficientes para mantener una situación más holgada:

*Sí, le alcanza. Su marido trabaja con una empresa española y gana bien.*  
ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.

Otros/as participantes indicaron que sus ingresos económicos son claramente insuficientes para cubrir sus necesidades básicas:

*Yo cobro una miseria, unos 800 y picos de euros, para alquiler son unos 500 euros y ¿qué hago yo con 300 y pico? Un mes que te llega la luz y el agua, y el otro mes no. Intentas, pero no llegas. Tenía algo ahorrado hace tiempo ya, pero estamos sacando del pozo y tirando en el mar.* ENTREVISTA 7 – HOMBRE, MARRUECOS.

Respecto a la capacidad de cubrir sus necesidades básicas, diversos IC relataron que algunas familias viven situaciones precarias. Existen dificultades para adquirir bienes básicos como medicinas, alimentos, mantener unas condiciones óptimas de habitabilidad de la vivienda y seguir hábitos dietéticos saludables:

*Casi un 20% de familias no tienen ningún ingreso, no pueden comer, no pueden pagar alquiler, la situación en cuanto a las necesidades básicas no está cubierta.*  
INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.

*Sí que hay algunos que te comentan que no tienen dinero para comprar la medicina que les recetas, en estos momentos de la crisis. Y por falta de comida hemos mandado alguno a la parroquia.* INFORMANTE CLAVE 2 – DOCTORA CAP.

*Personas que se les da una medicación y que no las pueden comprar, con lo cual no la van a tomar. Gente que come poco, que come siempre lo mismo. El medio en el que viven, no es lo mismo una casa con cuatro que con veinte.*  
INFORMANTE CLAVE 4 – ENFERMERA CAP SANTA COLOMA.

En referencia a esta situación, una IC indicó que habitualmente lo/as inmigrantes buscan soporte dentro de la red social que tienen, e incluso en algunos casos las familias del país de origen les envía dinero:

*Es un misterio, algunos no te lo cuentan. Imaginamos que algunos van encontrando trabajillos en negro, y con eso van haciendo, van pidiendo a la red que tienen, algunos de los extranjeros les mandan dinero desde su país, cuando siempre había sido al contrario, y algunos pues..., es que no lo sabemos. Porque los niños muchos comen muy poco o muy mal, pero con algo, aunque sea un euro, tienen que comprar lo que sea ¿no? Entonces imaginamos que van pidiendo, el día que hacen un trabajillo devuelven y así van tirando.*  
INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.

### **3.2.2. El desempleo, la precariedad económica y sus consecuencias sobre la salud**

Lo/las participantes relataron que el desempleo y sus consecuencias económicas derivan en problemas de salud tanto físicos como emocionales. Respecto a los problemas físicos, se mencionaron problemas metabólicos y carencias alimentarias:

*A los 4 meses que yo estaba sin trabajo ya estaba mal. (...) Madre mía, yo era gordo, bastante gordísimo, me vino el azúcar, la depresión emocional, el colesterol...* ENTREVISTA 21 – HOMBRE, ECUADOR.

*Como no vamos a trabajar, me ha subido el colesterol más de lo que había, el azúcar, que nunca he tenido, también este año me ha salido. Si no trabajas te mueves menos, comes más, duermes más, o a la mejor no duermes pensando en...* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Una IC también indicó que la causa de problemas de salud como la anemia, derivan de una dieta carente de nutrientes básicos debido a las limitaciones económicas y a la falta de soporte familiar y social de las familias inmigrantes:

*Es una población vulnerable, está más expuesta a tener enfermedades como la anemia. Porque el tema de la alimentación es muy importante. Porque si no tienen trabajo y no tienen a familias que les puedan echar una mano a nivel económico, cómo van a llevar a cabo una alimentación adecuada y equilibrada, por lo cual podemos encontrarnos con muchos casos de anemia. Con la crisis las familias españolas se ayudan. Si yo no tengo trabajo y soy española pues tengo mis padres, a mi abuela, etc., que me pueden echar una mano mientras que encuentro algo. Y también muchos problemas de la piel, según los médicos, tienen que ver con el tema del estrés y con el tema de la alimentación también.*  
INFORMANTE CLAVE 3 – MEDIADORA, MARRUECOS.

El desempleo apareció ser un factor etiológico clave en algunos problemas emocionales y de salud mental (preocupación, frustración, estrés), sobre todo entre los participantes masculinos.

*La persona que no trabaja se siente inútil.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – MARRUECOS, HOMBRES.

*E5: El trabajo es el factor que te da la tranquilidad familiar, la estabilidad. Sin trabajo todo mal. Ni tus relaciones familiares, todo mal.*

*E2: Cuando está trabajando estamos unidos, siempre la familia está bien.*

*E6: Cuando estás durmiendo pensamos que esta mañana qué haces, qué estás comiendo, dónde vas, qué haces?*

*E2: Como que se congestiona la memoria*

*E4: Sí, porque pierdes la paz interior. La paz interior que está dentro de cada persona la pierdes. Cuando la pierdes, pierdes todo, tu tranquilidad, tu estabilidad, tu equilibrio, todo. Tu pensamiento, tu libertad, también tu libertad la pierdes. Porque no estás libre de hacer, salir con tus hijos. O vas a la playa estás cargado de problemas, o si te espera una factura de luz, que van a venir a cortar la luz. Te quedas sin luz o te quedas sin agua, qué haces, compras agua. He hecho varias veces.*

*E4: Sí, imagínate, no hay luz ni agua en la casa ¿y cómo vas a comportar con tus hijos? O contigo mismo. Cuando pierdes la tranquilidad pierdes todo. El trabajo es la base de esta tranquilidad, es la base y sin base no puedes poner cosas. Como una obra, si no tienes la estructura no puedes poner techo.*

*P2: ¿Y cómo afecta esta situación a vuestras familias de aquí?*

*E4: Presión*

*E5: Tú estás cobrando 640 euros para pagar piso, el agua, luz y la matrícula. Presión, esto es lo que pasa.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

La preocupación por la situación de desempleo también puede afectar al estado emocional de la pareja:

*Y además le preocupa si algún día su marido le echan del trabajo, y aquí no, no hay... Con la crisis no encuentra la gente trabajo y esto preocupa.* ENTREVISTA 20 – MUJER – PAKISTÁN.

A todo ello, se añade la frustración de no poder ayudar económicamente a la familia en el país de origen:

*E3: (...) Si una persona viene a otro país o viene aquí a España para ayudar a la familia, lo que está pasando con la crisis aquí en España, si aquí la cosa va muy mal ¿cómo va a comer?. GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES, PAKISTÁN.*

*Inútil, inútil, la verdad que uno se siente inútil. Y uno se siente impotente, de ver que a uno le piden, la familia le pide, mis hijos me piden “mami esto”, y mi madre que está allí y tiene que hacer su diálisis todos los días y ahí se paga, no es como aquí que todo es gratis, ahí se paga por todo. Madre, me pide y no tengo dinero. ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.*

Un grupo de discusión de mujeres también hizo referencia a la legislación actual que no permite pasar más de 6 meses fuera del país sin perder la residencia:

*E2: Por ejemplo, si una persona está cobrando la ayuda 426 euros y tiene el alquiler de 500 euros y 4 hijos, ¿de dónde saca para comer, para pagar las facturas, para pagar el alquiler, y además los padres que tienen que enviar dinero para sus padres, ¿de dónde lo sacan? Y aquí hay una ley que ha sacado en España, que más de 6 meses no puedes quedar en tu país, porque si te quedas, cuando vuelves, te echan, no te dan la residencia. Y eso ha pasado con muchas familias. GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES, PAKISTÁN.*

La falta de trabajo y las consecuencias que se han detallado terminan por tener repercusiones sobre toda la familia, que pueden conducir, por ejemplo, a situaciones de tensión en la pareja:

*Ahora en casas hay muchos problemas por la crisis, (...) vienen a recoger a tus hijos, viene corte de luz, de agua, viene la dueña para echarte de casa, ¿qué vas a hacer? Vas a hacer nada, estarás en la calle. Ahí viene pelea de la mujer con el hombre, porque después porque llegas a casa sin dinero, sin nada, mujer peleada, niños llorando. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.*

*Por el agobio de ella de no encontrar trabajo, de verse dependiendo totalmente de mí, y eso no lo puede soportar ella, porque ella estaba acostumbrada a trabajar, ahora se veía en esta situación en la que estaba y no lo podía asumir, no lo supo canalizar, empezaron los momentos difíciles y empezó a atacar y atacar verbalmente, siempre verbalmente. Yo, en un momento de histeria de ella me tocó llamar al mozo de escuadra porque no sabía qué hacer, no sabía cómo actuar. Y ya con rabia les dije “tiene que ser que yo le pegue una hostia a ella y ustedes vengan y le vean echando sangre para que me lleven esposado a la cárcel y entonces ahí ya se soluciona el problema ¿verdad? ¡Qué respuesta la que me dan ustedes! ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.*

### 3.3. PREJUICIOS Y DISCRIMINACIÓN POR SER INMIGRANTE

Este apartado recoge las experiencias de rechazo o discriminación que han vivido los/las participantes. Debido a la elevada frecuencia de situaciones de discriminación referidas alrededor del uso del velo, hemos destinado un apartado únicamente a conocer mejor este aspecto. También recogemos los sentimientos causados por dichas experiencias así como algunas recomendaciones para prevenirlas.

#### 3.3.1. Experiencias de rechazo o discriminación

Unas tres cuartas partes de los/as participantes refirieron haber experimentado en España alguna forma de rechazo o de discriminación por ser inmigrante. A raíz de esto, entre muchos de ello/as existe la percepción de que en este país los inmigrantes no son muy bien tratados:

E1: *A mí me ha pasado personalmente, yo he trabajado con españoles, con italianos, pero... trabajaba con italianos es mejor, es más fácil entendernos con ellos que con españoles.*

P: ¿Por qué?

E1: *Para mí son más humanos.*

P: ¿Los italianos?

E1: *Sí, para mí, no sé.*

P: Bueno, de tu experiencia...

E1: *Yo me sentí más protegido por ellos, y menos... Yo trabajé también con alemanes aquí mismo en Barcelona. Y más contento, van a pagar bien, van a fiestas, aquí trabajas como negro y vives como negro también. Trabajas como negro y vives como blanco aún vale (ríe), pero trabajar como negro y vivir como negro pues no, no cuenta eso. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTAN.*

Las experiencias de rechazo o discriminación principalmente se circunscriben a haber recibido insultos o comentarios xenófobos en la calle:

*Sí, le ha pasado alguna vez. Sí, decir una palabra mala.*

P: ¿En qué situación?

*Cuando pasamos calle. ENTREVISTA 02 – MUJER, CHINA.*

*Hay jóvenes entrando al Metro, jóvenes, pero son de quince, dieciséis.*

P: ¿Qué pasa con ellos?

*Que hay veces están de pasado, están apurados, quieren entrar al Metro y te insultan sin que les hayas hecho nada. ENTREVISTA 03 – MUJER, BOLIVIA.*

Los insultos o comentarios ofensivos provienen, por lo general, de jóvenes o personas ancianas. Muchos de los comentarios xenófobos son del tipo: “que se regresen a su país” o “haber venido a quitar el trabajo a los españoles”:

*Hace poco... fueron a comprar al... Día, y entonces en el camino se encontraron con dos personas mayores que eh... les dijeron... que se vayan de aquí, que se vayan a vuestro país, que les empezaron a... pero ella dice que no les hace caso porque son personas mayores.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

*He tenido mucho racismo aquí. A mí me ha tocado y yo he visto amigas que... justamente yo he discutido por ese motivo, el racismo hay aquí.*

P: ¿Un ejemplo?

*Ya bueno... de varias uff he tenido que... a veces una se sienta en el parque y comienzan ciertas personas, así no tan mayores empiezan a decir “regresa a tu país, que tú eres esto, que tú eres lo otro” y comienzan dando indirecta, insultando así. Y ya “son unos migrantes, que nos quitan el trabajo, qué vienen a migrar ustedes. Ustedes ¿a qué vienen?”. Bueno, de todo hay, hay mucho aquí.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

Las malas experiencias de rechazo o discriminación también se revelan en el trato poco cortés o cordial de la población local, como, por ejemplo, no devolver el saludo o no brindar ayuda ante la solicitud de alguna información:

*Cuando habla, yo me voy para paseo y con la gente “hola”. Muy poquito [me ha pasado], por eso. Ella mencionó no respuesta [no devolverle el saludo].* ENTREVISTA 06 – MUJER, PAKISTÁN.

*Así bruscamente, vulgar no, pero me hacían entender sí.*

P: ¿Qué le hacían entender?

*Un racismo psicológico sí. Que son muy... personas que en vez que te lo tiran de frente, decirte “no lo sé”, sabiendo, te dicen “no”. Conociendo un sitio, por ejemplo, un lugar, sabiendo, te dicen “no”, te vuelves a encontrar y te dicen que... no te quieren avisar porque eres inmigrante.* ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.

*Que me traten mal no, pero sí que no lo saluden a uno, porque la gente de pronto te ven el acento que es de fuera. Ahí en el piso donde vivo, en el bloque, uy. Pero bueno, me da igual, como no me dan de comer (ríe), allá ellos.* ENTREVISTA 01 – HOMBRE, COLOMBIA.

Incluso pueden llegar a ser evitados por los vecinos del edificio donde viven, tal como comentó una participante marroquí:

*Dice que la vecina española cuando la veía por ejemplo en el ascensor ni siquiera cogía el ascensor, o sea, para evitarla, para no encontrarse con ella.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 –MARRUECOS, MUJERES.

Otro/as refirieron experiencias de no haber sido bien tratados, o no de forma correcta, por funcionarios públicos. Han tenido que tolerar recibir comentarios despectivos:

*Eran personas que cuando vamos a pedir algo pues la misma persona que también nos atiende pues nos ven un poco a veces... como bichos raros, digamos, ¿no? Por ejemplo, como ahora, me tuve que ir a pedir una plaza para mi hijo en la guardería, y la chica que me atendió no me atendió como... como cuando un español va y lo atienden de una forma, y cuando ya ven a un inmigrante nos atiende un poco mal. Entonces, dijo “uy, se ve que todavía no me voy porque ésta ya viene, seguramente será para esto mismo”. Entonces la palabra “esta” me suena un poco... mal.*

P: ¿Estaba conversando con otra...?

*Con otra chica, porque yo supuestamente me fui para ver otra plaza para mi hijo en la guardería, entonces como vio afuera que había mucha gente y solo éramos latinos, entonces “uy, se ve que todo el día tendremos gente, porque “esta” ya viene y vendrá para esto”. Entonces... se refieren muy mal a nosotros.*  
ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

También alguno/as mencionaron que han sido echado/as de locales comerciales por haber sido percibidos como personas “sospechosas” (por ejemplo, ladrones):

*E4: Ha ido hace poco tiempo a una tienda, y le ha gustado su vestido, y ha entrado, tocado la ropa que ha mirado, y la que atiende ha pensado que ella ha venido por copiar ropa. Y la ha echado fuera... GRUPO DE DISCUSIÓN 1 - CHINA.*

*Me ha pasado en el mercadillo. Hasta una vieja ha dicho “cuidado con... he visto coger, robando la ropa así, pantalones...”, la mujer mayor ha dicho a la señora “ten cuidado que te van a robar”. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.*

Otros comentarios han tenido un tinte descalificativo o degradante, en los cuales se pone a los inmigrantes en situación inferior (menor nivel educativo, social y/o económico) frente a los españoles:

*Como cuando trabajaba en Arenys de Mar trabajaba en una finca, el señor era muy pudiente, muy rico. Y el tío nos decía “ustedes no pueden tomar Coca Cola porque a ustedes no se les permite eso”. Yo decía “cómo dice eso, cómo no voy a tomar Coca cola, si en mi país tomo Coca Cola”. Yo me lo enfrentaba porque este... y decían “como tú no debes...” era un tío super prepotente, “como tú no debes nada por eso, en cambio esta gente viene a trabajar, a ganarse el pan y no tiene que gastar su dinero en Coca Cola, tiene que tomar agua”. Y yo decía, “bueno, yo si tomo Coca Cola, y si yo quiero tomar algo más pues me lo voy a comprar, no le voy a pedir a usted”. Cosas así o... o el mismo ahora “los latinos que han estropeado el país, lo han fregado” pero “yo no lo digo por ti, son excepciones”, siempre están así, son despectivos, te quieren excluir a ti y uno no es tonto, cosas de eso. ENTREVISTA 24 – HOMBRE, BOLIVIA.*

*E3: Cuando hablan contigo hablan como si fuera un esclavito ¿sabes?, no tener educación, no saben ni hablar, son españoles. Te hablan de una manera como si*

*fueras una mierda, yo que sé. [...] si yo hablo con respeto a usted, usted tiene que hablar con respeto conmigo, no me mates así.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTAN.

A nivel laboral, algunos participantes se han encontrado con prejuicios relacionados a sus capacidades o habilidades. Por ejemplo, han observado que en el centro de trabajo algunos subalternos de origen español no puedan aceptar recibir órdenes de un inmigrante:

*Es que yo trabajaba muchas veces en la obra, y entonces cuando trabajaba como operador, la gente que viene españoles, la mayoría españoles, cuando ven que estás en una muy alta, te miran con mala ¿sabes?... tenían diciendo que un extranjero no puede estar en ese puesto. Así yo sentía muchas veces esto.*

P: ¿O sea tú estabas por un puesto por encima de los españoles?

*Sí, tú les decías, tú le mandas “oye, haz esa cosa”, ellos van a hacerlo y “¿cómo me manda un extranjero?”*

P: ¿Tú escuchabas eso?

*Sí, muchas veces en la obra. La verdad es que yo vi muchos problemas en los trabajadores españoles que tienen categoría menos que yo.* ENTREVISTA 09 – HOMBRE, MARRUECOS.

En casos más extremos, hay quienes han llegado a experimentar episodios de agresión física. Esto fue lo que le ocurrió a un participante pakistaní quién sufrió un ataque físico en el Metro de Barcelona y cuya consecuencia fue que alteró su rutina diaria de movilizarse por la ciudad:

*Como alguna palabra de racismo. Pero eso tiene que aguantar, porque hay gente de todo tipo, porque hay mucha libertad y te puede decir de todo.*

P: ¿Ha tenido malas experiencias de rechazo o discriminación por ser inmigrante?

*Sí, me ha pasado 2 o 3 veces. Una vez en Metro que me la pegaron una pareja de jovencitas...*

P: Le pegaron, ¿físicamente?

*Sí, sí, porque me pidió dinero y como no llevaba dinero me dicen “vete a tu puto país, ¿por qué no lleváis dinero?”. Me dieron patada y así. Era parada de Urquinaona y abandoné, fin de semana no cogí Metro, cojo autobús.*

P: ¿Ya no quiere viajar en Metro?

*No, a partir de las 2 o 3 de la noche no confiar en esa parada, porque esa parada para mí peligrosa, siempre pasaba algo ahí. Siempre hay algo ahí, por hippies, o clase de gente, droguista, hippies. En vez de coger Urquinaona siempre cogía autobús, en Monumental. Trabajaba en Villa Olímpica y primero cogía línea 4 y después línea 1, y me pasaba esto y he abandonado. Siempre bajando en calle Marina, ahí en Monumental, y luego autobús.* ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.



Debido a la percepción de potenciales ataques racistas o xenófobos, una participante marroquí mencionó que ya se siente predispuesta a que le pueda ocurrir una experiencia desagradable, por lo que en situaciones públicas busca pasar desapercibida:

*Ella dice que siempre intenta... eh... pasar por desapercibida. Pero es que dice aparte sí que me insulten o me digan algo, no lo entiendo, porque no, porque es por el tema del idioma. Aunque me insulten no lo entiendo.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

Entre lo/as que indicaron no haber tenido alguna experiencia de rechazo o discriminación por ser inmigrante, mencionaron que sí habían escuchado contar malas experiencias de otras personas:

*Para mí ninguna, pero la gente cuenta, cada una cuenta su cuento, no sé... Para decir... cada uno canta su canción a la versión que le cuesta.* ENTREVISTA 07 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Yo he escuchado hablar de personas de fuera “mira estos ladrones latinoamericanos...” pero como no me lo dicen a mí “tú eres”, yo no les hago caso, a mí no me lo han dicho directamente.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

### **3.3.2. La “incomodidad” del velo**

Entre las participantes musulmanas, muchas mujeres, sobre todo de Pakistán, mencionaron tener problemas de interacción e integración social debido al uso del velo. Por ejemplo, ellas comentaron que a las niñas o adolescentes no se les permite usar el velo en la escuela:

*Un ejemplo de su hija, dice que ella... está haciendo un curso no sé de qué, está en primaria, el último año... y dice que ella quiere ponerse el pañuelo pero luego las profesoras no... no le dejan. Dice que para ella se siente muy mal esto, porque aquí es un país donde cada uno tiene que... Dice que cuando sale de casa lo pone y cuando entra al colegio o en la clase, las profesoras dicen que no puede llevar el velo... y la niña está muy estresada, dice que por qué no la dejan, es su... es su derecho de llevar el velo. Esto no afecta... esto no afecta... en la educación, o en estudio de otros estudiantes, dice que le está afectando a ella misma porque está estresada porque su profesora no le deja llevar el velo.* ENTREVISTA 19 – MUJER, PAKISTAN.

E3: *En los colegios no dan permiso para llevar el velo.*

E1: *Porque yo también he estudiado aquí y no tenía ningún problema, pero ahora con el tiempo, están poniendo estas problemas.*

E3: *Por ejemplo su hija se va al colegio y está haciendo sus clases, de ciencia. Tiene 11 años o 12 años, y con esta edad empezamos el velo. Y dice que los... las*

*profesoras dicen que “no, en el colegio tú no puedes llevar, pero en la calle haz lo que quieras, pero en el colegio no puedes llevar”.*

P2: *¿Y qué provoca esto en las mujeres pakistanís? ¿Cómo lo viven esto?*

E1: *Lo ven muy mal, muy mal.*

E: *No les gusta para nada, ellas quieren llevar el velo pero no les dejan y ya sufre mucho por esto. GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.*

La prohibición de llevar el velo en el colegio puede conducir, según comentaron, a problemas emocionales o de rendimiento escolar entre las niñas o adolescentes:

E2: *Nosotros tenemos aquí más problemas por parte de religión, porque nosotros los pakistanís, la señora ha dicho que necesitamos libertad de poner el velo. Como la hija de esta señora lleva velo, pero allá le han obligado para no llevar el velo. Allá se siente muy insegura en la clase, ella siempre se está tapando. Podría trabajar o estudiar mejor si llevaba el velo.*

E1: *Los profesores y las profesoras sí dan permiso, porque dice siempre está en su mente a ver si ha quitado el velo y no puede estudiar bien, no puede concentrar bien con los estudios. En la calle, cuando sale lleva el velo, en el colegio cuando entra tiene que quitarse porque no... las profesoras, los profesores no permiten eso, “no pueden llevar”. Dicen que así, los estudiantes, los niños, los chicos y chicas de aquí también preguntan: “¿Por qué llevas el velo?” y la niña pobre no puede dar respuesta. Y les dicen “¿no tienes calor?”, “qué calor”, “qué calor”. GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.*

Otra queja sobre la no aceptación del uso del velo es que tampoco les ha permitido a algunas mujeres acceder a trabajos acordes a su interés o cualificación profesional. Ante el rechazo encontrado por el uso del velo, algunas mujeres musulmanas desisten de trabajar o de buscar empleo:

*Ella no ha tenido ningún problema, ni tampoco tendrá porque no va a trabajar, porque va a cuidar a su hija y no sé qué. Pero dice que conoce algunas familias pakistanís que quieren trabajar, por ejemplo en cuidadora de las personas mayores, pero no, no le dejan trabajar, porque llevan el velo, dice que hasta que no quiten el velo no pueden trabajar y eso es una dificultad para las mujeres. ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTAN.*

E1: *Es que es parte de nuestra religión. Y ahora está diciendo que la mayoría de las chicas quieren trabajar, pero tienen problemas con el velo.*

T: *Dicen que están trabajando y dentro del trabajo no pueden llevar el velo. Y si a ellas les dijeran que no pueden llevar el velo, pues van a dejar el trabajo también, tienen esta libertad, porque es nuestra religión. [...]. Pero en Pakistán nosotras llevamos siempre velo. Pero estamos hablando primero que todo, de religión.*

E1: *Tengo una amiga, ella muy buena. Ha vivido 13 años aquí, ha estudiado Farmacia, curso de farmacia, de enfermería y montón de estudios ha hecho aquí. Ella es muy inteligente y habla además muy bien catalán y castellano, y ha tenido siempre, siempre ha tenido el problema del velo. [...] Y cuando iba a dar*

*el currículum, y la entrevista, pues siempre rechazan por su velo. O por velo no ha encontrado un buen trabajo.*

*E2: Las familias vienen a trabajar. Y las chicas cuando salen de casa llevan velo y con velo no te dejan trabajar. Y tienen también una calificación buena, y no te dejan trabajar con velo, eso... y si no trabajas no tendrás dinero y luego tendrás problemas. No pagas el piso, ni facturas, ni luz, ni el otro, ¿de dónde vas a comer?. GRUPO DE DISCUSION 5 - MUJERES PAKISTAN.*

En el espacio público, algunas participantes relataron haber recibido burlas o comentarios irónicos por el uso del velo en la calle:

*E1: Cuando hay detrás, ahí solamente españolas o catalanas, vale, escuchamos muchas palabras.*

*P2: ¿Qué palabras?*

*E1: Por ejemplo, ahora en verano cuando pase "hoy mucho calor, no sé". Nosotros solamente pasamos delante y escuchamos "oh, qué calor, normalmente qué calor, qué tiempo, ¡Dios mío!". Y una vez una señora quería quitarme el pañuelo, "¿por qué te pones el pañuelo si no estás en tu país? Podrás ponerlo en tu país pero aquí no". GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.*

*En principio, cuando vinieron aquí lo miraban muy mal visto "¿qué es esto?", pero ahora dice que están acostumbradas y no tienen ningún problema. En las calles sólo dicen: "¿No tienes calor? ¿por qué no lo quitas? ¿no sabéis qué os estáis perdiendo?". Así, sobre todo las señoras mayores. GRUPO DE DISCUSION 5 - MUJERES, PAKISTAN.*

Debido a las dificultades descritas, algunas mujeres dejan de usar el velo o modifican su conducta para facilitar su aceptación por parte del entorno:

*E6: Existen mujeres que dejan de usar velo*

*P2: ¿Para que no las identifiquen?*

*E5: Sí*

*E2: Incluso usan tinte para que las identifiquen como españolas, para el cabello en el trabajo.*

*E3: En el trabajo, si trabajan se quitan el pañuelo, y cuando salen del trabajo se lo ponen.*

*E1: Yo conozco a una señora que vive en un sitio, siempre su vecina amable con ella, saludarla cada día, si se ponía el pañuelo no hablaba con ella.*

*P2: ¿Dejó de usarlo?*

*E1: Sí, dejó de usar el velo. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.*

Las participantes reconocen que en el primer contacto con los demás el uso del velo puede generar distancia y desconfianza, pero que si se mantiene el trato las relaciones mejoran:

*En principio sí, dice que en principio sí por el tema del pañuelo, la gente no tenía conocimiento, la gente que no te conoce te mira así de una manera un poco rara, pero si una vez empiezas a tratar con ellos, empiezas a hablar pues ya desaparece esa visión que a lo mejor tenían antes de ti y ya empieza el contacto. ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.*

Si bien, por lo general, el uso del velo suele ser una decisión personal, varias mujeres encuentran que algunas personas de origen español piensan que el velo está impuesto por el esposo o, en el caso de las niñas o adolescentes, por parte de los padres:

*E4: Yo soy un poco diferente porque he elegido yo misma sin velo. Pero hay otras que no tienen presión de ningún tipo. Su marido cuando ya llegó aquí a España le dijo que puede salir sola. Pero ella misma ha escogido llevar velo, y para ella piensa que está mejor llevar velo. Todo tiene llevar el velo para su tranquilidad.*

*E5: Ella dice que se sienten muy bien con llevar el velo*

*E3: Al contrario, mi marido quiere sin velo, pero ella no quiere (ríe). Dice que ella con su marido, ella ha trabajado con su marido en la tienda, y los autóctonos, otros paisanos no de aquí, cuando vinieron a su tienda a comprar le dijeron a su marido “tú estás forzando, obligando a tu mujer a llevar el velo”, pero no es así, ella ha escogido su derecho a poner el velo. Porque en Islam, en nuestra religión las mujeres musulmanes tenemos obligación de llevar el velo, porque otro hombre no puede llevar el velo. Eso es nuestra religión.*

*E4: Dicen que en la nueva generación, para llevar el velo, están manipulando y en el colegio, se cree, ellos están pensando. Como escuchan tantas cosas que los profesionales de colegio, maestros están hablando de que están forzando sus padres a llevar el velo, ellos ya están pensando que no está bien en llevar, que estamos obligando. Pero en realidad sus mamás o sus hermanas les llevan por su gusto, no es que alguien les ha obligado. GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.*

Al explorar la respuesta o reacción de las mujeres musulmanas cuando reciben comentarios negativos sobre el uso del velo, ésta suele ser casi nula. Ellas prefieren quedarse calladas y no contestar a los ataques:

*E3: Una falda o un pantalón corto, muy cortito y podemos decir “¿Tú no tienes frío?”, o “tú no vas a quemar con tanta calor?” También podemos decir, pero dicen que no decimos, sólo escuchamos.*

*E5: Sólo escuchamos, nosotros podemos criticar también, pero nosotros no criticamos. Por eso queremos la misma libertad para ellas, si ella lleva el velo pues ¿qué le importa?, si tú llevas bikini ¿qué me importa esto? Porque en España dicen que hay mucha libertad, que mis compañeros dicen que hay*

*mucha libertad. Pero nosotros creemos que a nuestra comunidad no nos han dado toda la libertad que tenemos derecho.* GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.

En general, el rechazo hacia el uso del velo está inserto a una escala más amplia en el sentido de que perciben que existe un rechazo social hacia la religión musulmana. No permitirles darles autorización para abrir mezquitas sería un claro ejemplo, según ellas, de este rechazo:

*E1: Hay problemas de religión... libertad de religión, que aquí no tienen tanta libertad como otros musulmanes u otros pakistanís tienen en otros países como Inglaterra. Que tienen mezquitas y pueden rezar en aire libre, no hay tantos problemas, aquí tienen problemas de religión porque no tienen libertad.*

*P: ¿Pero por qué no se permiten construir mezquitas o...?*

*E1: Sí, es que no dan permisos. Por ejemplo, ahora hace poco que aquí, bueno, en la vida de un musulmán es muy importante el viernes*

*E: El rezo del mediodía*

*E1: Sí, el rezo del mediodía. Antes daban un sitio para rezar, pero ahora han quitado porque dicen que no, que si no pagan no van a dar ningún permiso. Y...*

*E2: Además dice que donde vive más gente, donde hay más espacio para mezquita no acepta.*

*E1: Donde viven más españoles ahí no puedes construir, no puedes alquilar para rezar.*

*E: Ahí no dejan.*

*E1: No dejan para rezar.*

*E: Porque quieren que no haya una mezquita, donde viven ellos en su barrio no quieren mezquita.*

*E1: Es que tienen miedo (ríe)*

*E: Sí, miedo.* GRUPO DE DISCUSION 5 - MUJERES, PAKISTAN.

Una IC indicó que el uso del velo entre las mujeres musulmanas ha aumentado respecto a años anteriores. Refirió que existe presión social y de personas influyentes de esta comunidad para que las mujeres utilicen el velo:

*Vienen en septiembre ex alumnas que se fueron en junio y vienen tapadas. En el colegio conseguimos pararlo porque tienen 11 o 12 años, pero lo conseguimos parar temporalmente.*

*P: ¿A raíz de hablar con las niñas o con las familias de esto, qué le han explicado?*

*Que es su cultura, que es su forma de ser y que es su cultura. Pero hace 5 años o 3 años la cultura era la misma, pero las mujeres no iban tapadas así.*

*P: ¿Has visto un cambio?*

*Sí, un cambio muy importante. Muy importante. Era rara la persona que iba tapada.*

*P: ¿Y a qué crees que se debe este cambio?*

*Pues bueno, influencias de personas que han llegado al barrio, que marcan una forma de defender su cultura, que pasa por algunas cosas. Si una mujer no se tapa se la acusa de algunas cosas, por lo tanto aunque tú no lo quieras, acabas tapándote porque es la solución más fácil.* INFORMANTE CLAVE 6 – DIRECTORA ESCUELA.

### **3.3.3. Sentimientos ante las experiencias de rechazo/discriminación**

Entre los que tuvieron experiencias de rechazo o discriminación por ser inmigrantes mucho/as señalaron que sintieron enfado o rabia:

*Seguro enfadada.*

P: ¿Enfadada?

*Sí, pero pasa el tiempo y ya olvida.* ENTREVISTA 02 – MUJER, CHINA.

*Con un poquito con rabia, pero al fin de al cabo son personas igual.* ENTREVISTA 24 - HOMBRE, BOLIVIA.

La rabia pudo llevar en algún caso a reaccionar de forma también violenta cuando hubo ataques físicos:

*Tenía un compañero que me ha dicho “tranquilo, esa gente son así, no se discute con esta gente, olvídate [de esa agresión]”. Y así se ha pasado. No he pegado fuerte pero...*

P: ¿Y cuál fue su reacción?

*Mi reacción era fuerte...* ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.

Otros sentimientos experimentados ante vivencias de rechazo o discriminación fueron malestar o incomodidad:

*Yo me siento mal porque... yo voy a una cosa que digamos, voy a preguntar, pero no es forma que nos digan así, o sea no son las formas de tratarnos mal. [...] Hoy me he sentido muy mal que dijo “uy, ya viene ésta y será para esto”. Entonces, no creo que era la forma de decir. Yo creo que si yo llego, saludo, y “buenos días”, “buenas tardes”, pero la forma que nos dicen... Hay personas que son muy amables y son muy buenos también, pero hay personas que no. Entonces pasan muchas cosas, tanto en los hospitales a veces suele pasar esto, en todos los sitios pasa esto.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

### **3.3.4. Recomendaciones para prevenir la discriminación**

Con alguno/as IC, sobre todo con aquello/as que trabajan en organizaciones que tienen actividades o servicios dirigidos a población inmigrante, indagamos las maneras por las cuáles se podría luchar contra los prejuicios y la discriminación.

Una IC que trabaja en una ONG recomendó que la mejor manera de trabajar el prejuicio y la discriminación es fomentar el conocimiento mutuo entre la población local y la población inmigrante. De esta forma se propiciaría la cohesión social:

*Yo creo que es difícil cambiarlo porque realmente la convivencia es difícil. Cuando estás en una escalera de vecinos en las que tú además llevas toda la vida en esa escalera, y han ido cambiando los perfiles de familias que hay, y ahora hay unos sudamericanos que están todo el día entrando y saliendo y haciendo ruido. Los pakistaníes que cocinan y el olor y no sé qué; los otros que no pagan la escalera y no limpian. No son sólo cuestiones culturales ¿eh?, aunque también, porque vienen de países en los que yo qué sé, o no hay edificios, no hay escaleras, o se cocinan de tal manera, o la boda se hace en casa y no pasa nada, eso es lo bonito, y ya. Pero son problemas de convivencia que ya empiezan en el mismo edificio y luego se trasladan a la calle porque son diferentes formas de vivir la calle las de cada país. Y entonces, ahí es difícil.*  
INFORMANTE CLAVE 1 - TECNICO ONG.

El conocimiento mutuo puede partir de la generación de actividades de corte social que incluyan la participación de todos los colectivos que conviven en un mismo vecindario o barrio:

*Dinamizando un poco e ir creando sinergias y creando como esta red de conocimiento. Yo creo mucho en que con conocer a personas con nombres y apellidos se te van quitando los estereotipos. Pero si a todas las ves igual, al final es una marroquí y los marroquíes son así, así y así, entonces la barrera ya está. Pero cuando puedes estar con esta mujer marroquí pintando una pared, pues ya te das cuenta que no es una mujer marroquí que es así, así y así, sino que se llama Haflan, que tiene este problema y tiene dos hijos y uno tiene Síndrome de Down, y así, te acercas. Y lo que te podría pasar a ti le pasa a ella.*  
INFORMANTE CLAVE 1 – TECNICO ONG

Otra IC mencionó que una buena forma de desterrar prejuicios y discriminación es la inclusión de mediadores/as culturales (autóctonos e inmigrantes) en actividades o servicios sociales que permitan ser el puente entre la población inmigrante y la población local:

*Hay que buscar personas de los dos lados, de aquí y de inmigrantes, las personas que pueden mediar, que son personas más abiertas, más maduras, que tengan formación, no formación sólo de estudios [...]. Persona de buen perfil, que se puede trabajar con personas para mediar. Y personas que tiene ganas de mejorar en la sociedad, que piensa bien que dónde está viviendo es su obligación poner de su parte. Además de las personas que están trabajando aquí y también de gente española también.*  
INFORMANTE CLAVE 8 - TRADUCTORA PAKISTANÍ.

Lo/s IC coincidieron en que también se debe incidir a nivel educativo, trabajando sobre todo con las segundas generaciones de inmigrantes:

*Confiamos mucho en las segundas generaciones. Yo pienso que la primera generación actual de adultos es difícil. Porque cada uno viene con su tradición y su forma de hacer, con los niños que se habrán encontrado todos en la escuela, de sus culturas en casa pero también de una cultura común en la sociedad pues imaginamos que ya será otra cosa. Por eso también es el enfoque educativo a nivel de estas generaciones. No sólo a nivel escolar, sino a nivel de trabajar su identidad, la cohesión, el conocimiento, todas estas cosas. Entonces yo creo que ahí está la clave, que en tres generaciones hayamos podido desarrollar la cohesión social. Y esto no es... con los padres se puede trabajar, pero con lo que se tiene que incidir es con los... con las segundas generaciones.* INFORMANTE CLAVE 1 - TECNICO ONG.

*Ellos tienen que ver la necesidad de que esas personas que ya se han dejado su país, que ya están aquí ya tienen hijos nacidos aquí, son españoles que van a vivir, son generaciones y el futuro de España. Y si no hacen nada, futuro será peor. Hay que mejorar, hay que poner reglas, estudios, formación, buscar un acuerdo y crear personas para el futuro para que si surgen cosas pues para que ellos lo puedan arreglar. Sin esto yo no veo ninguna salida.* INFORMANTE CLAVE 8 - TRADUCTORA PAKISTANÍ.



### **3.4. LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

En este capítulo se describe la salud de la población inmigrante, para ello empezamos acercándonos al concepto de salud, conocemos mejor el estilo de vida de la población inmigrante y los cambios que han realizado a consecuencia del proceso migratorio, y seguidamente abordamos el estado de salud auto-percibida tanto física como mental y sus atribuciones.

#### **3.4.1. Concepto de salud**

Para la mayoría de los/as participantes, la salud es concebida como la ausencia de enfermedad, lo consideran un bien escaso y de mucho valor:

*Para ella la salud es todo. Para ella una persona sana es una persona que está bien y que no tiene enfermedades ni nada. ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.*

*Creo que ya no hay nadie sano, por algún lado tendrá que dolerle algo de su cuerpo, tendrá que tener alguna enfermedad... Yo creo que la persona que diga "no tengo nada" es muy poca. ENTREVISTA 1 – HOMBRE, COLOMBIA.*

Una IC que trabaja en el sistema sanitario, refirió que la definición de problema de salud de la población inmigrante viene determinada por la incapacidad para trabajar:

*El concepto de salud y enfermedad no es lo mismo en los diferentes grupos. La salud no es lo mismo que para nosotros, están sanos cuando pueden trabajar, pero cuando no pueden trabajar ahí tienen un problema. INFORMANTE CLAVE 4 – ENFERMERA CAP SANTA COLOMA.*

#### **3.4.2. Percepción del cambio del estado de salud al emigrar**

En este estudio no identificamos un patrón claro sobre el efecto que pudo haber causado el proceso migratorio a España sobre el estado de salud. Casi no hubo diferencias en la proporción de participantes que señalaron que su estado de salud siguió igual, empeoró o mejoró después de llegar a España.

Entre los que tenían la percepción de estar más sano/a en su país de origen que en España, hubo quienes mencionaron que allá tenían mejor calidad de vida:

*Yo he sido una persona muy sana, yo en mi país, cuenta hasta los 36 años que estuve en mi país, el hospital... fui hospitalizado una vez. ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.*

*Yo en Ecuador he vivido más bien, le digo la verdad, que aquí. Pero, aquí ¿sabe por qué? Mire, hasta el 2009, desde el 2000 hasta el 2009 no he tenido ningún*

*problema conmigo de salud, ningún problema, ningún problema.* ENTREVISTA 21 – HOMBRE, ECUADOR.

Algunos/as participantes pusieron en relieve que en las visitas a sus países de origen, no acostumbran a ponerse enfermos, excepto los niños:

E1: *En Marruecos todo bien, vas al mes o dos meses pero aquí...*

P1: ¿Qué problemas tienes aquí?

E1: *Aquí tengo la migraña, el dolor en la espalda, ¿quieres ver?* (ríen)

T: Es que dice que en Marruecos, pasa un meso dos meses que está en Marruecos de vacaciones está bien, que no tiene nada, o sea, no...tiene ningún síntoma.

P1: ¿Y estas dos personas dónde os sentís peor de salud, aquí o allí?

E4: *En su caso por ejemplo ella dice que a nivel de salud está bien tanto aquí como cuando está en Marruecos, pero sus hijos sí que cuando van a Marruecos, que se enferman ahí.*

P1: ¿Y qué problemas tienen de salud?

E4: *De garganta, fiebre... A lo mejor es por el cambio del clima...*

GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

E1: *Como que delicados, aquí cuando venimos, porque de la nada como que te enfermas, y allá somos inmunes. Yo no sé.*

P: ¿Aquí te enfermas con más facilidad?

E1: *Sí, porque...*

P: ¿Qué problemas de salud, son...?

E1: *Aquí son más los dolores de garganta, el constipado son típicos de esta zona (...). Pero que tiene por ahí medio moco y esto y ahí, mira agarra y se toma cualquier pastillita que tengas por ahí y se acabó, no va casi a... a mí me ha pasado.* GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.

Entre los que señalaron que su salud no había cambiado después de emigrar, algunos casos lo atribuyeron a que el clima en España es similar al de sus países, tal como lo manifestó una participante de Marruecos:

*Dice que es lo mismo, dice que para ella no hay diferencia, que cuando se enferma se enferma, igual que cuando estaba en Marruecos. Pero para ella es igual y además dice que es porque tenemos el mismo clima, o sea, el clima de España es el mismo que tenemos en Marruecos.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

Entre los que valoraron que en sus países de origen tenían más problemas de salud, mencionaron que era debido mayormente a la diferencia de clima. En España, lo/as participantes chinos/as, por ejemplo, indicaron que se enferman menos porque el clima es mucho más benigno:

*En China hay más humedad que aquí porque mucha lluvia y a veces todo el día.*

P: ¿En China?

*Sí, y aquí el tiempo muy mejor que en China, el tiempo en invierno [sic] no mucho calor, pero en China en invierno llega hasta más de 45°, porque aquí no hay industria...* ENTREVISTA 02 – MUJER, CHINA.

*En China más.*

P: ¿Por qué? ¿qué problemas de salud tenía?

*Dice que ella tenía un problema de respiración, y que en China ha sido más fuerte. Pero aquí como hace un buen clima, y además los servicios sanitarios son gratuitos.* ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.

*Dice que antes cuando era joven no tenía muchos problemas de salud, pero como vive aquí ya tantos años y ahora siendo mayor, se nota que aquí es mejor.* ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.

También explicaron que si se enfermaban más en sus países de origen era porque, según alguno/as participantes pakistaníes, podría deberse a que allí provenían de zonas pobres donde existen malas condiciones de higiene y salubridad; siendo más proclives a enfermarse:

*En Pakistán más.*

P: ¿En Pakistán más?

*Porque hay problema de limpieza, en las calles está muy sucio, la gente no acostumbrada bien, entonces hay más enfermedades. Y hay más mosquitos ahora y hay enfermedades de... cómo se llama, de diarrea, también, agua no está...*

P: ¿Diarrea?

*Sí, de agua sucia, y toman y va muy mal, entonces cuando nosotros vamos a ir, siempre cocinamos agua y filtramos y luego bebemos. Porque nosotros no podemos aguantar ahí, ellos han aguantado, no sé cómo (ríe).* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTAN.

### **3.4.3. Hábitos y cuidado de la salud**

La mayoría de participantes consideró que el cuidado de la salud se basa en el mantenimiento de hábitos saludables:

*Come carne, pero poco, porque la gente come dos o tres piezas grandes, pero nosotros sólo comemos una pieza grande, verduras, arroz y bebe mucha agua. Y hay gente que bebe mucho alcohol. Duerme a las 12 y levanta a las 8 y ya está.* ENTREVISTA 2 – MUJER, CHINA.

Unos pocos participantes mencionaron haber realizado actividades preventivas de salud concretas, como la mamografía:

*Lo que sí me hice ver fue la mamografía. Eso sí lo hice, pero de ahí no me hice nada. Es que no visito al médico.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

Con elevada frecuencia en todos los colectivos, pero especialmente entre los procedentes de Pakistán, los participantes refirieron que siguen una dieta inapropiada y que no realizan suficiente actividad física:

*El ejercicio es más importante, y lo segundo, que tiene que utilizar menos grasa.*

*P: Vale, ¿Dieta y ejercicio?*

*E: Si, dieta también, mucho mejor*

*P: ¿Esto son las cosas principales?*

*E: Si, principales*

*P: ¿Y usted piensa que la gente en general lo sabe esto?*

*E: No sabe, tenemos que explicar pero... Yo he explicado a mucha gente pero dicen que no... que hay que comer para vivir (ríe), mucho comer.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTAN.

Respecto al hábito de realizar ejercicio físico, los participantes saben que hacer ejercicio es bueno para la salud. En ocasiones, estar desempleado aumenta el sedentarismo, pudiendo provocar un aumento de peso:

*La mayoría no sale fuera, tiene que hacer un poco de ejercicio. Nosotros siempre salimos, sale mi mujer cada día y casi 4 kilómetros anda, cada día, para salud va bien. Ahora que estoy en casa tengo un poco de barriga, antes cuando trabajaba en la construcción estaba mucho mejor. Ahora en casa hago yoga, bajando y subiendo así (flexiones), cojo peso, y también andando casi cada día 2- 3 kilómetros.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.

El ejercicio más frecuente que realizan los que quieren y pueden es caminar. Los antecedentes de práctica de deporte con la familia y el estilo de vida en el país de origen, facilitan que se siga practicando deporte en el país de acogida:

*Cada día salgo y camino una hora.* ENTREVISTA 19 – MUJER, PAKISTÁN.

*Hago gimnasia y a veces voy a correr por el río Besós. Practicaba deporte antes en Marruecos, con mi madre y mi tía.* ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.

Muchas personas de América Latina manifestaron que se reúnen con frecuencia en canchas deportivas para hacer deporte, disfrutar del tiempo libre y como punto de encuentro. Es una actividad que ya realizaban habitualmente en el país de origen. Indicaron que el coste económico es una dificultad importante para acceder a las instalaciones y seguir practicando deporte:

*El problema de aquí es la falta de escenarios para jugar. Fútbol, o vóley o lo que sea. Si se quiere jugar en condiciones pues hay que pagar. Y no siempre hay*

*dinero para pagar, y un día sí lo hace, dos días pues también, pero cada vez que vaya tiene que pagar 5 o 10 euros para juntarlo entre todos para pagar los 80 o 90 que vale el alquiler de una pista, pues es que no. (...) La vacancia deportiva es un tema muy importante. Mira, ¿preferible queréis que toda esta juventud esté fumando porros o haga botellón afuera o que nos veáis a nosotros sanamente jugando que no hacemos daño a nadie? ¿Por qué no dejáis que juguemos?, no hacemos nada malo. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 – AMÉRICA LATINA.*

Hay personas de la comunidad china que realizan ejercicios de gimnasia típica de su país de origen:

*Hago un poco de Tai-Chi por la mañana, en la terraza del bloque. Entre media hora y una hora, cada día, pero la hija y el nieto como va al colegio sólo van sábado y domingo. ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.*

Las dificultades económicas que no permiten costear un gimnasio o circunstancias relacionadas con el estado de salud, como haber perdido peso, pueden disminuir las posibilidades de hacer ejercicio:

*Las niñas, tienen muchas ganas de apuntarse en un gimnasio, sobre todo la grande tiene muchas ganas, pero no pueden por el tema de la situación económica. ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.*

*No le hace falta, ella tiene 57 de peso y su marido tiene 60 y no hace falta el deporte. Ha bajado peso aquí, 4 kilos. Ella piensa tiene alguna problema, pero no sabe qué problema. Está tomando hierro, pero dice que no le ha mejorado tanto. ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTÁN.*

En algunos casos, entre mujeres pakistaníes, debido a la persistencia de patrones y conductas habituales de su país de origen, provoca que no se atiendan algunas situaciones determinadas, como el embarazo, de la misma manera que lo hace la población autóctona:

*E1: Aquí y en mi país, entre musulmanes y Europa hay poquito de diferencia. En Pakistán una mujer si se queda embarazada, ellos hasta los 6 meses no visitan.*

*E5: El marido no sabe nada. Yo mismo escuché en urgencias a una mujer que tenía 4 meses y no sabía que estaba embarazada. Porque ahí cuando una mujer queda embarazada no se puede saber, les da vergüenza, no quieren saber.*

*P: ¿Estando casada incluso?*

*E5: Sí*

*P: ¿Y por qué?*

*E5: Porque es una cultura diferente*

*E1: Es pueblerina. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.*

#### **3.4.4. Consumo de alcohol y drogas**

El alcohol fue el consumo de tóxicos más referido en general. Observamos diferencias según el origen geográfico en el consumo de alcohol. Los participantes varones de América Latina hacen referencia al consumo de alcohol con más frecuencia que los otros colectivos:

*Drogas, de mis amistades nadie consume drogas. Alcohol, cada pareja se compra una caja de 24 y bueno, para toda esa noche. ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.*

En algunas ocasiones el consumo se produce en un contexto de ocio de fin de semana:

*El alcohol sí lo consumimos, sólo los sábados. Porque siempre vamos a la casa de mi marido, y compramos alguna cosa, compramos comida para comer y ahí ya compran cerveza, sólo se consume cerveza. ENTREVISTA 3 – MUJER, BOLIVIA.*

*El resto de la comunidad latina no es así, se sigue bebiendo cerveza, mucha cerveza, y borracheras los fines de semana. Yo lo hablo por la gente que conozco, mis compañeros de trabajo, amigos, y eso, que son así. Esa respuesta de que “no, no, no”, es sesgada a la Iglesia. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 – AMÉRICA LATINA.*

Una participante indica que quizás el distrés emocional causado por la separación con la familia de origen puede motivar el consumo de alcohol:

*Mi esposo suele beber, antes bebía cada semana y entre semana, solía beber demasiado, al punto en que yo le decía que él necesitaba ayuda. Tanto yo estar luchando para que deje de beber, pues ha ido dejando. Pero todos los días suele tomar dos latas de cerveza. No sé si es porque está lejos de su madre, o por la preocupación de que él tiene a su madre ahí que no está con nadie, estar en un lugar lejos de su familia y todo eso también. ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.*

En el colectivo musulmán el consumo de alcohol está limitado por la práctica de los valores tradicionales religiosos que prohíben su consumo:

*El alcohol está prohibido en nuestra religión, entonces yo no tomo. Pero antes sí, antes de casarse yo estaba libre con amigos y tomaba alcohol. Pero después casamiento cambió mentalidad, poco religioso. Mujer también me enseña mucho, dice que no le gusta. ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.*

En la comunidad china el consumo de alcohol y tabaco, se concentra mayormente entre los hombres:

*Toma alcohol sí, pero tema de drogas no escucha hablar.* ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.

*Siendo muy poco fumadores, hay bastantes fumadores. Nosotros no, pero los amigos de al lado beben alcohol y fuman cigarro. No todos, pero la mayoría de chinos fuman.* ENTREVISTA 2 – MUJER, CHINA.

*Sólo los hombres fuman y beben. Otras drogas no se consumen.* INFORMANTE CLAVE 5 – MEDIADORA, CHINA.

Respecto al tabaquismo, algunos participantes afirmaron que aquí fuman más que en su país de origen, y lo atribuyen a la influencia de los hábitos de la población autóctona:

*Aquí fuman mucho, mucho, mucho fuman, aquí han hecho el habitual como la gente de aquí, como que imitan... Tomar no porque allá siempre se toma, allá sí se toma.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

#### **3.4.5. Cambios en los hábitos alimentarios respecto al país de origen**

La mayoría de participantes, independientemente de su origen, señaló que no ha cambiado sus costumbres o hábitos alimentarios después de haber emigrado a España. En sus hogares se siguen preparando exclusivamente comidas típicas de sus países:

*Yo mantengo lo que se come en mi país.*

P: ¿Todo?

*Sí, todo, sopa, segundo, entrada...*

P: ¿Qué no suele comer?

*Como todas las verduras, menos... es como una piña pequeña, ¿cómo le dicen? Es una... alcachofa. Eso, alcachofa, no comemos eso. Porque creo que se come el corazón nada más.* ENTREVISTA 03 – MUJER, BOLIVIA.

T: *Igual que en Marruecos.*

P: ¿Es difícil encontrar los ingredientes o es fácil?

T: *Dice que no hay problemas, todo lo que había en Marruecos se encuentra aquí.*

P: ¿Qué suele comer?

T: *Tajín de pescado, tajín de carne, puede ser por ejemplo legumbres como lentejas, alubias, garbanzos, verduras.* ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.

Algunos/as indican que prefieren cocinar platos típicos de su país de origen porque tienen la percepción de que la comida española es poco saludable debido a la

presencia de muchas frituras. Esta percepción fue referida de manera más acentuada entre los/as participantes de origen chino:

*Como en China.*

P: ¿Encuentra todo lo que necesita aquí para cocinar?

T: *Sí, porque hay verdura igual español que en China, pepino, lechuga... todas las verduras las encuentra en la frutería y lo hace como cocina china. Los pimientos, pepinos y verduras son todos iguales...*

P: ¿Pero por qué motivo sigue cocinando como en China...?

T: *Dice que comida europea tiene muchas cosas de fritos [...] Dice que come como en China porque la comida es más sana.*

P: ¿Y por qué no quiere comer fritos?

T: *Dice que si come muchos fritos para la salud no está bien. Los fritos para la garganta y la nariz no van bien.* ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.

Otro/as prefieren hacer comidas típicas de su país porque piensan que muchos de los alimentos que se venden en España no son naturales o frescos:

*Entonces, pienso que es de las cosas que todo se guarda, todos son congelados.*

T: En Marruecos se come más natural, más fresco. *Hay muchos más colores y se come más mejor. Por eso creo yo eso. Las frutas también aquí es una cosa aunque es bueno también es rara. Las frutas aquí encuentras todo el tiempo las marcas de las frutas, en Marruecos no, si una fruta no sale [en su estación] entonces no hay ¿me entiendes?.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

Cuando se exploró los motivos de por qué no han incorporado a sus comidas algunos platos de la gastronomía española, algunos indicaron que no los suelen preparar porque no saben cómo hacerlos:

P: ¿Qué es lo que no suelen comer aquí?

*No como la comida de aquí, porque por un parte no la sé preparar. Es muy buena, sí, cuando he ido a restaurantes a comerla, es muy buena, pero no la sé preparar.* ENTREVISTA 01 – HOMBRE, COLOMBIA.

Mucho/as de lo/as participantes reconocieron que es difícil desprenderse de algunos de sus hábitos alimentarios como comer exceso de carbohidratos, grasas, salsas o condimentos:

*Allá se come mucho frito, acá no se come mucho frito. Como carbohidratos yo la verdad, ¿eh?, sí, la verdad, a mis hijas no tanto, pero yo como mucho arroz. Es un mal hábito que me lo quito por temporadas, porque a veces digo “no voy a comer arroz por la tarde” porque como no como pan siento que me falta ese poquito de arroz, etc. Pero sí, sí. Aquí se pueden comer muchas cosas que allá no se pueden comer, la verdad. El aceite de oliva lo uso muchísimo aquí, pero allá no porque es muy caro, hay que conseguirlo. En cambio, aquí vas al súper y tienes variedad. Es que una de las cosas que me gusta muchísimo es la*



*alimentación aquí, me encanta, los productos, los yogures, para mí es mucho más que allá incluso, hay muchas cosas aquí que allá no las podíamos comer.*  
ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

*E: Porque puede ser que comida de aquí es buena ¿no? Pero nosotros comemos comida picante... tenemos nuestra comida picante y muy diferente que aquí. Aquí comen a la plancha... Nosotros tenemos salsa con carne, verduras con legumbres...*

*E1: Con aceite...*

*E: Sí, mezcla de todo.*

*P2: ¿Tienen muchos fritos su comida?*

*E: Sí, fritos*

*P2: ¿Mucho aceite?*

*E1: Sí, mucho*

*E: Mucho, y mucho hidratos de carbono en nuestra comida.* GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.

Estando ya en España, alguno/as inmigrantes toman conciencia que la exclusiva preparación de comidas típicas de sus países de origen implica hábitos alimentarios poco saludables. Esto es reconocido por un IC, conocedor del colectivo pakistaní quien mencionó que la población inmigrante tiene los conocimientos pero es muy difícil cambiar los hábitos dietéticos en esta población:

*Hemos hablado de esto [con ellos] ¿no? lo importante, lo que comes es lo que te da energía o te empeora ¿no?, es lo que entra al estómago, lo que comes. Que sea alcohol, que sea fumar, que sea mal comer, que sea comida que esté a punto de caducar o caducado, cada uno lo sabe. Cada uno sabe que es veneno y que me puedo morir, y lejía es para fregar, no es para beber. Esto lo saben, de la comida igualmente lo saben, y los padres lo saben, que es muy importante.*  
INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

A pesar de la conciencia de incluir más variedad y conseguir una dieta más saludable, alguno/as participantes indicaron que encuentran resistencia en algunos miembros de la familia a adoptar nuevos hábitos alimentarios:

*Mi familia es muy difícil de que acepten la comida mediterránea, ¿me entiendes? O sea ellos son muy del arroz con pollo, ellos son muy de la patata sudada, de los frijoles con chicharrón con panceta, todavía son... inclusive mi hija, mucho... pero trato mucho de inculcarle a mi hija el tema de la comida de aquí porque está muy acostumbrada a la comida nuestra, a la comida que preparan en casa, entonces claro, no se pasa todavía a la comida de aquí.*  
ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

*E3: Bueno, yo la comida de aquí muy poca, porque los míos quieren más el arroz, el arroz y la sopa. Preparo más sopa, "no, yo no quiero más sopa yo*

*quiero más arroz”, y el padre dice “no, el niño tiene que combinar, mucho arroz y mucho arroz parecemos chinos” (ríe)*

*E5: Pero es costumbre, pues.*

*E4: En nuestro país es así, “pero no estamos en nuestro país, tienes que cambiar”, entonces ya. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.*

Entre los que han decidido cambiar sus hábitos alimentarios, la preparación de comida típica ha variado en cierta medida, retirando algunos platos, alimentos o ingredientes considerados poco saludables como, por ejemplo, las frituras, el picante o los condimentos:

*E6: En mi casa se intenta reducir, hemos intentado, por ejemplo las patatas en lugar de freírlas pues hervirlas.*

*E3: Sus hijos consumen mucha comida frita, que hace que ella por ejemplo utiliza comida al horno y tal, pero ellos prefieren todo frito. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 - MUJERES, MARRUECOS.*

*Ahora poco diferente porque utilizamos poco picante, poco aceite.*

*P: ¿Menos aceite y menos picante?*

*Sí, menos picante, y niños no comen picante.*

*P: ¿Por qué no comen picante los niños?*

*Porque le he acostumbrado yo.*

*P: ¿Por qué?*

*Porque yo no quiero que coman picante porque está muy mal para salud. Más picante, más...*

*P: ¿Qué problemas da el picante a la salud?*

*Porque dicen que... los médicos dicen que mucho picante tiene problema de una enfermedad de... no sé qué llaman, pero dicen que es una enfermedad muy grave, los médicos. Entonces yo no me gusta comer mucho picante. Y en mi país cuando yo me voy muchas veces... yo digo a mi madre que ponga poco picante, poco aceite. Y para niños no picante, y poco aceite en la comida. ENTREVISTA 15*

*– HOMBRE, PAKISTAN.*

*Sí que he cambiado. No como lo que comen mis paisanos. O sea ya me cuido, trato de comer ensaladas muy suaves, cocidas, a la plancha. En ese sentido sí.*

*P: ¿Y cómo comen sus paisanos?*

*Ellos comen comidas muy pesadas, mucho condimento, pero yo como ya no puedo por mi salud, no puedo comer ese tipo de comida, puedo probar sí, pero comer ya no.*

*P: ¿Pero son comidas típicas de su país o...?*

*Claro, son comidas típicas de mi país... lo puedes encontrar aquí, en algún bar, que hacen aquí, en un bar o en algunas fiestas siempre venden comidas típicas, yo normalmente lo pruebo pero no lo como. ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.*

Entre los cambios que han introducido desde que viven en España, indicaron que han aprendido a hacer comidas más balanceadas, en cantidad y en variedad. Por ejemplo, ahora simplifican los platos y sirven mucha menos cantidad de comida en las raciones de los platos, tal como se come en España:

*Ha cambiado.*

P: ¿En qué ha cambiado?

*Separamos más las cosas.*

P: ¿A qué se refiere con separar las cosas?

*Si comemos pollo, comemos pollo, ya no pollo, arroz, ensalada y patatas. Comemos más verduras, más ensaladas, más frutas. Ha cambiado, yo creo que... ha cambiado mucho. No dejamos de cocinar como en nuestro país, pero hemos cambiado, no sustancialmente, pero sí la forma de comer, hemos cambiado la forma de servirnos, de servir los platos en realidad. Comemos lo mismo pero... Por ejemplo, yo en Bolivia nunca comía lentejas ni judías, que es fréjol, en mi vida. Aquí me encantan las lentejas, el garbanzo, no comía, el garbanzo ni en pelea de perros. Aquí me encanta, me encanta, me encanta y cosas de esas hemos cambiado, comemos frutas. Ya antes de que tuviéramos al nene ya nos cuidábamos, comíamos ensaladas de noche, tratamos de sacar los arroces, las pastas un poco, tratamos de comer más sano. ENTREVISTA 24 – HOMBRE, BOLIVIA.*

*He cambiado.*

P: ¿Qué cambios ha hecho?

*Allá en cambio nosotros tomamos casi siempre la sopa. Con más... este... hay más... como se dice... frecuentemente hacemos más comida ¿me entiende? Aquí es todo más ración por ración, por ración y... y eso... Cuando uno va para allá eso sí, todo se come.*

P: ¿Ahí es más cantidad?

*Allá es cantidad, se come... no sé si es mejor o peor, pero se come bien. Que aquí es... aquí es por poco ya. Aquí es poquito, allá se come una buena sopa, de sopa de caldo de gallina, un buen plato de carne con arroz y menestra alrededor, un vaso de la jarra de zumo, con quaker, y su plátano y cosas así. ¡Uy! Y todo se come uno, pero aquí no, aquí la menudita, la esto... Y nuestro estómago como que se va reduciendo, como ya comemos poco...*

P: De acuerdo ¿Se ha adaptado ahora a las cantidades de aquí?

*Sí, me he adaptado, si me he adaptado, sí. Claro pero cuando voy allá, no. ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.*

*Mis hijas sí que cambiaron mucho en la forma de comer, muchísimo. Las cinco veces, que yo no comía allá, más que tres o dos, cuando se podía tres, pero bueno, en fin.*

P: Perdona, ¿aquí hacen cinco comidas?

*Sí, aquí cinco comidas. Bueno... la media mañana y la media merienda, la cena. Pero en mi país no. Me acuerdo que de pequeña no se comía así, se comía dos veces o tres cuando se podía y ya está. ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.*

Por el ritmo de vida adquirido en España a veces dejan de preparar sus comidas típicas porque, según explicaron, demandan mucho tiempo cocinarlas. Esto fue referido, principalmente, por lo/as participantes latinoamericanos:

E1: *Yo cuando estoy con ganas pues digo “hoy sí me como el mundo”, hago mi comida, así, comida laboriosa, pero si estoy con el tiempo o cansada pues hago algo rápido, unos espaguetis, una lenteja, una ensalada, rápido la comida hay que preparar*

E3: *Es que acá la comida es más rápida, coges las verduras, haces hervir y un huevo frito y ya está tu comida, ya rápido, la de nosotros demora (ríe)*

E3: *Recuerdo que mi madre cuando se levantaba a cocinar se levantaba a las 9, y a las 12 o 12 y media ya estaba la comida, en cambio aquí te pones a cocinar a las 11 y a las 12 ya está todo hecho, como digo todo.*

P: *¿Entonces en vuestro día a día qué suelen hacer: la de origen vuestro o la rapidita de aquí?*

E3: *Yo la de origen, por mi marido (ríe)*

E1: *Nosotros todos los días arroz, arroz y arroz y acompañado de... de pollo, estofado...*

E2: *Unos poquitos de pollo*

E1: *De pollo, de estofado, de chuleta, de puré con patatas, pero siempre el arroz.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

Poco/as mencionaron haber agregado a su dieta algunos ingredientes o productos locales que no se suelen utilizar o conseguir en sus países de origen, como el pan, derivados lácteos y productos frescos:

*No ha cambiado, pero la comida nueva es pan. Pero en China no es...*

P: *¿O sea han agregado en su dieta el pan?*

*Sí, hemos agregado en la dieta el pan y la comida española, bueno yogurt, y eso... Arroz seguimos comiendo. Sí, es arroz, verdura, pero todo junto.* ENTREVISTA 02 – MUJER, CHINA.

*Hay muchas cosas que yo como aquí, de frutas también, de verduras también. Nosotros... de mi país no, chirimoya no hay en mi país. Y una cosa también redondo, lechuga, eso sí hay en mi país, pero una cosa larga es... no sé cómo se llama.*

P: *Pero la comida que haces en casa por ejemplo, ¿qué tipo de comida haces en casa?*

*Verduras también, carne también, pescado también, garbanzo, y otro de... no sé cómo se llama... lentejas. Y de pasta también, me gusta, cocino pastas.* ENTREVISTA 06 – MUJER, PAKISTÁN.

En algunos casos, sólo a petición de sus hijos nacidos o criados en España suelen incluir comidas autóctonas a su dieta:

*Poco hago de latino, casi nada, casi nada porque el niño es casi poco de comer así comidas, yo si hago para mí pues tengo que comérmelo todo, pero el niño es poco. Y sí, poco a poco se hace y como comida también de aquí. No sé hacer mucho, pero lo que intento.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

E2: *Ella dice que a los niños les gusta la comida de aquí, a los niños les gusta comida europea.*

E8: *A sus nietos les gusta comida de aquí*

P2: *¿Y qué les parece que a los más pequeños...?*

E8: *Que les molesta mucho hacer dos tipos de cocina (ríe)*

P2: *¿Les molesta por qué?*

E8: *Dice que a los adultos les gusta comida china y a los niños les gusta cocina europea, entonces doble trabajo.* GRUPO DE DISCUSIÓN 1 - CHINA.

Muy poco/as señalaron preparar y comer indistintamente ambos tipos de comida, la de sus países de origen y la de España:

*Como igual. Tampoco si no quieres comer porque no quieres, es todo barato. A nivel de comida en España todo es barato, baratísimo. Puedes comer de todo.*

P: *¿Usted come de todo?*

*Yo como de todo. Mis hijos igual.*

P: *¿Y la comida que preparan en casa?*

*Lo mismo.* ENTREVISTA 07 – HOMBRE, MARRUECOS.

Viviendo en España, un participante explicó que su alimentación mejoró en el sentido de que al tener mayor poder adquisitivo pudo comprar más cantidad y diversidad de alimentos:

*Ha mejorado. Por ejemplo, en mi país una cosa que tú no llegas, por ejemplo, con el sueldo que tienes allí no puedo comprar cosas, aquí sí puedo comprar cualquier cosa con tu sueldo. Por préstamos o como sea la vida es más cómoda aquí que antes allí. Ahí solo para comer no llegaba, no se puede comprar cosas que te gustan, por ejemplo, coche, moto, los muebles de casa, ahí nunca puedes comprar, si quiere cambio. Aquí sí, si te gusta puedes ir a cualquier empresario a pedir préstamo con banco y comprar lo que te gusta y luego ir pagando poco a poco. En mi país no puedo porque nadie te avala. Aquí por nómina, es como aval, tú puedes conseguir cualquier cosa. Y alimentos mejoran, mejor, mejor.* ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.

Tal como comentó un participante marroquí, la alimentación de la población inmigrante en España está marcada grandemente por el poder adquisitivo de la familia:

*Hay que saber una cosa, nosotros somos del Mediterráneo. Marruecos es igual que España, comemos lo mismo, no hay mucha diferencia. Hay mucha diferencia en especies, pero la cocina es la misma. O sea la misma. La ensalada*

*es... lo que hay en España es lo mismo que Marruecos, el pescado es lo mismo, ¿dónde hay la diferencia?, para mí no hay ninguna diferencia. Comes igual. Comes carne a la plancha y lo comes lo mismo en Marruecos. La comida es la misma, casi la misma. A lo mejor ellos comen un poco más, nosotros estamos buscando lo barato y ellos lo caro.* ENTREVISTA 07 - HOMBRE, MARRUECOS.

Al indagar por la asimilación y adaptación a nuevos hábitos alimentarios en España, algunos trastornos no beneficiosos para la salud (como por ejemplo, aumento de peso) fueron comentados por una participante latinoamericana:

*En mi caso cuando vine era muy flaca, pero no sé qué pasó porque me he engordado. En mi país tuve a mi niño cuando ya vine era muy delgada, y no sé qué pasó porque me he engordado. Y yo creo que voy alimentándome, bueno no como en mi país, pero no sé a qué se debe, tal vez porque me excedo más, no lo sé, la verdad no lo sé.*

P: ¿Y qué tipo de alimentos suele comer?

*Bueno, normalmente en las mañanas suelo tomar el bocadillo, la leche...*

P: ¿Pero su dieta es la misma que...?

*Es la misma que en mi país, bueno, allá una parte que no había bocadillos, pero el pan sí. Pero no sé, hubo un cambio y no sé por qué he subido mucho de peso... y me cuesta bajar el peso, porque igual he estado en la dieta con la enfermera, pero... no lo sé.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

#### **3.4.6. Percepción del estado actual de salud física**

La mayoría de participantes de todas las comunidades consideraron tener buen estado de salud:

*Tiene salud perfecta.* ENTREVISTA 2 – MUJER, CHINA.

*Nunca tuve ninguna enfermedad fuerte o grave.* ENTREVISTA 8 – HOMBRE – PAKISTÁN.

*Desde que he llegado yo nunca he caído enferma, no soy de médico ni nada de esto, gracias a Dios por momento.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

Algunas personas atribuyeron su buen estado de salud al hecho de que no se permiten enfermar porque dejarían de trabajar:

*Mi marido es igual, no se enferma... en este tiempo que está en la obra dice que “no tiene tiempo de enfermarme, que enfermarse aquí es muy loco” siempre lo dice. Y no se enferma de momento.* ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

Algunos participantes sí refirieron problemas de salud de variada índole. La mayoría de problemas referidos por los participantes fueron problemas de salud leves. Por su frecuencia, destacaron los problemas respiratorios leves, como resfriados y

bronquitis; alergias y problemas de la piel; problemas metabólicos como anemia y sobrepeso; y dolores músculo-esqueléticos, sobretodo lumbago; y enfermedades crónicas como diabetes y problemas de tiroides:

*Somos los tres alérgicos, tenemos llena la nevera de las vacunas de los tres para cada mes. Nos vacunamos los tres cada mes, el papá, el mayor, mi niño mayor y yo. Y el pequeño ya va detrás también. Antes mi niño pequeño siempre con neumonía, siempre con neumonía. El pequeño también no hace mucho ha pasado ya dos bronquitis y ha estado en el hospital hospitalizado. El mío sufre de asma, y yo siempre he sufrido de anemia en mi país, pero aquí se me puso más fuerte porque tenía un mioma. En mi casa mi marido es alérgico al kiwi, en el trabajo tiene que ponerse el guante para que no se le hinche y se pongan los ojos rojos. Y mi hija a la naftalina.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.

*Están acostumbrados a comer siempre más, todo el tiempo, colesterol aquí mucho.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

*De salud me encuentro mal por el dolor de la espalda. Llevo años y no hay solución. Y no sólo yo, en este barrio hay mucha gente con el mismo problema de lumbago y no han podido llegar a una solución.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Con frecuencia, refieren problemas de salud relacionados con la actividad laboral, tales como dolores musculares o problemas de articulaciones:

*En los 11 años que estoy aquí el único accidente grave que he tenido fue cuando me volé el dedo, por trabajo. Pero enfermedades fuertes no he tenido, gracias a Dios.* ENTREVISTA 24 – HOMBRE, BOLIVIA.

*Tengo... a veces dolor de cabeza, dolor de cuerpo, músculos, tengo problemas de rodillas porque yo mucho tiempo de pie.* ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.

*Ahora casualmente ahorita será porque estoy trabajando me duele solamente la rodilla, pero... en sí, no tengo nada.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

*E6: En mi caso el lumbago lo he tenido aquí. Yo no tenía antes, lo he tenido aquí en el trabajo. Y llevo ahora años así y no hay solución. Yo conozco más gente aquí, también mismo problema, no tiene solución, no tiene... no se arregla el problema. Eso fue aquí, hacer esfuerzos en el trabajo.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Ello/as determinaron que los problemas de salud relacionados con la actividad laboral derivan del tiempo que llevan trabajando:

*Estoy trabajando tiempo también, ya la edad también. Y me siento como que me duele mucho ya el cuerpo, tengo que duchar a los ancianos y cuando estoy en ducha me duele mucho la rodilla.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

*Bueno aquí me enfermaba así, eso sí, porque cuando trabajas de empleada del hogar pasas la aspiradora, pero uno no se da cuenta pero con los años, te hace mal a la... a la columna y al planchar, y terminas de planchar, agarras agua para lavar los servicios, los cubiertos, pues eso te agarra reumatismo. Me imagino que tengo algo de eso, porque el hueso me duele.* ENTREVISTA 03 – MUJER, BOLIVIA.

Y también a hábitos o estilos de vida adquiridos producto de su actividad laboral. Por ejemplo, no disponer de tiempo libre por dedicarse a trabajar no les permite hacer ejercicio o no alimentarse apropiadamente:

*Cuando llegué aquí a España, la forma de trabajar no era correcta. Te digo, por los últimos años que trabajé yo empecé de 7 de la mañana a 7 de la tarde, son 12 horas, no tenía tiempo para nada, para hacer gimnasio ni nada. Llegué a casa muerto, sólo ducharse y a la cama, ni para salir con tus hijos al parque ni nada. La forma de trabajar en España muy mal, aunque dice que hay la ley pero en realidad no hay la ley. No es como Francia que trabajan 35 horas semanales. Entonces esa gente sabe que las personas tienen familia, tienen que salir, tienen que ir al gimnasio... A mí, trabajar esas horas así, a los 3, 4 años me hicieron análisis y me salió colesterol porque no haces gimnasio. Entonces la forma de trabajar no te permite vivir como una persona sana. Aquí en España la forma de trabajar aún no está bien todavía.* ENTREVISTA 09 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Yo pienso que cuando he inmigrado.*

P: ¿Por qué, qué piensa que ha pasado?

*Bueno, a mi parecer pienso de... porque si es un chaval de 18 años y es una edad muy adecuado para que tenga apoyo, tanto psicológico como económico, en la familia, y cuando no lo encuentra, él se esfuerza para salir entonces qué pasa. A ver, un chaval a los 18 años tampoco no está formado ni como profesional ni nada, entonces tiene que empezar como cualquier trabajador. Entonces las personas no duermen bien, no se alimentan bien, no sienten bien, frío, es joven, es resistente y aguanta, y pasando eso pues ya vienen las consecuencias.* ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.

En cuanto a los problemas de salud de los hijos de los inmigrantes, destacaron el sobrepeso e incluso niveles elevados de colesterol derivados de los malos hábitos dietéticos, anemia y déficit de vitamina D por escasa exposición solar, juntamente con problemas de caries:

*Encontramos sobretodo mucha obesidad en niños. La necesidad de salud básica es la alimentación, en niños que son vegetarianos, los niños de Pakistán sobre*



*todo, a veces están anémicos. Y esto sería lo principal, las anemias producidas por las carencias de alguna cosa. Nos estamos encontrando también a los niños de piel oscura, falta de vitamina D, por culpa de falta de pigmentación, porque van muy tapados, esto sería los dos problemas serios que encontramos. Algunos también vienen por picaduras de insectos, por falta de higiene.* INFORMANTE CLAVE 2 – DOCTORA CAP.

*Problemas de alimentación, como por ejemplo, a los niños sudamericanos les he encontrado que muchos para desayunar comen huevo, mucho huevos revueltos, y puede llevar al colesterol.* INFORMANTE CLAVE 2 – DOCTORA CAP.

*El principal problema de salud que tienen en casa, y lo tienen las tres niñas, es el tema de las caries, y no tienen medios para arreglarles los dientes porque les piden una barbaridad de dinero. Pensaron en mandarla a Marruecos, porque allí es más barato, pero tampoco tienen para hacer el viaje. Y su hija, la mayor, aparte de las caries, tiene un problema de la piel, picores, y también se pone incluso rojo, tirando a negro, le empezó aquí.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

#### **3.4.7. Atribuciones sobre las causas de los problemas físicos de salud**

Con frecuencia la/os participantes atribuían a su estilo de vida actual el origen de sus problemas físicos de salud:

*En un porcentaje muy alto nosotros mismos, nuestros hábitos, nuestras costumbres, nuestras cosas, nosotros mismos. Un alto porcentaje, un porcentaje muy poco ya es el ambiente donde uno vive.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE – COLOMBIA.

Especialmente, los malos hábitos alimentarios aparecieron repetidamente como causa de pérdida de salud:

*A veces no nos alimentamos bien, a veces tomamos algo que no debes y a veces no revolvemos la comida bien, y a veces el estómago no está en el momento para soportarlo, y a veces el agua también puede ser, y el cambio de clima, mucha contaminación...* ENTREVISTA 18 – MUJER, MARRUECOS.

*Tenemos problemas con las comidas, comemos muchas grasas, eso muy malo para nuestro corazón, y cocinamos mucho rato con aceite, y está deliciosa la comida, pero eso hace más grasa y luego salen muchas enfermedades del corazón. En mi país mucha gente mueren, la mayoría mueren, por ataque al corazón. Y mi madre tiene 3 veces ya un ataque.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE – PAKISTÁN.

Así como también las causas emocionales y/o psicológicas que provocan la aparición de múltiples síntomas físicos:

*Cuando se pone nerviosa, a ella por ejemplo le duele mucho la cabeza cuando se pone nerviosa.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

Dicha atribución fue realizada con más frecuencia por personas de América Latina que otros colectivos:

*Me duele aquí y me duele aquí, y es porque estás nerviosa, tengo problemas de estrés.* ENTREVISTA 3 – MUJER – BOLIVIA.

*Hay veces que tú vas al médico porque piensas que tienes algo, pero en realidad y después piensas tú mismo que es el estrés.* ENTREVISTA 3 – MUJER – BOLIVIA.

*La causa es, que ya me han dicho y yo también siento, me han dicho los doctores que es de la angustia porque no tengo trabajo, es la angustia, la desesperación, la depresión. Yo tengo una depresión que es demasiado, demasiado. (...) Me desespero, estoy malo... Me pongo nervioso... Ahora que también mi mujer está lejos, digo "¿qué pasará con mi mujer, se enfermará, cualquier cosa pasará?"* ENTREVISTA 21 – HOMBRE – ECUADOR.

Un IC mencionó las condiciones de salubridad de las viviendas de su barrio:

*Es preocupante lo que hay aquí en los bloques, una plaga de chinches y de otros bichos, que son yo creo de las pozas sépticas.* INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

Participantes de la comunidad china relataron conductas terapéuticas diferentes de las realizadas habitualmente por la población autóctona, como la realización de pinchazos para extraer gotas de sangre. Dichas conductas se basan en el racionamiento que realiza su tradición cultural sobre las causas de los problemas de salud y su terapéutica. Lo/as participantes chinos afirmaron que su comunidad sigue realizando este tipo de prácticas aquí:

*Hay dos cosas chinas que los médicos aquí no pueden entender como nosotros. Porque en China si come muchos fritos la gente no puede hablar, la gente duele garganta o la nariz tapada, los labios... Aquí, los médicos siempre dicen esto es a causa de un resfriado que te salen estas cosas. Pero en China no se dice esto, si ha comido demasiado frito, entonces se sube a la sangre y te sale todo este problema. Y otro problema es el mareo por el sol. Cuando se mareo por el sol, ¿aquí qué hace? Se estira, se bebe agua. Pues ahí no. Ahí te pinchan, te sacan una gotita de sangre. Y la gente de China hace estas cosas aquí.* ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.

### **3.4.8. Percepción del estado de salud mental**

Lo/as participantes mencionaron la existencia de síntomas como ansiedad, depresión, síntomas psicósomáticos e insomnio:

*La mayoría de los marroquíes que están aquí sufren de ansiedad y depresión.* ENTREVISTA 22 – MUJER, MARRUECOS.

*Sí, toman para dormir, toman pastillas para dormir, pero piden receta al médico de cabecera. Conozco un montón de casos que no dormían.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.

*Ella toma un analgésico o algo para calmar el dolor porque dice que cada vez que va al médico de cabecera le dice que no tiene nada, o sea, lo único es que ella se pone nerviosa y que por eso se pone enferma.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

Lo/as IC refirieron que la población inmigrante presenta una elevada prevalencia de sintomatología psico-somática que atribuyeron al duelo migratorio, la soledad y las circunstancias difíciles que deben afrontar sin disponer de recursos personales suficientes:

*Muchos dolores psicósomáticos, es lo que más se ve en hombres y mujeres, pero es más por una cuestión de estrés, de la pena del duelo migratorio que no procesan bien, de sentirse solos. Muchos dolores de espalda, depresiones, dolores varios en todo el cuerpo que no se pueden mover, o no tienen fuerza en el cuerpo. Tenemos madres que no han podido levantarse de la cama durante dos o tres semanas, porque no tenían fuerza, pero en realidad es porque viven situaciones muy duras y no saben cómo hacerles frente. Y esto les genera ansiedad y depresión.* INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.

*Hay muchos problemas del aparato digestivo, problemas de estrés o lo que llamamos el Síndrome de Ulises. Porque las personas vienen a otro país que no es suyo y todo es diferente, y están como que divididos entre el país de origen, la nostalgia y el país de acogida. Se sienten rechazados aquí, pero no pueden volver al país de origen porque para ellos sería como una... como una derrota... como un fracaso. Y como no aceptan el fracaso pues hacen un esfuerzo fuera de su capacidad, pues les pasa esto, tienen unos síntomas, como son dolores de cabeza, tristeza, depresiones, ganas de llorar. Todos estos síntomas son síntomas del Síndrome de Ulises. El síndrome de Ulises, el colectivo de las personas inmigradas no lo reconocen. Tienen estos síntomas pero no lo relacionan con el tema de la inmigración, no lo relacionan con que echan de*

*menos los suyos. Para ellos son unos síntomas más que no tienen nada que ver con la situación.* INFORMANTE CLAVE 3 – MEDIADORA, MARRUECOS.

### **3.4.9. Atribuciones sobre las causas de los problemas de salud mental**

Los/as participantes mencionaron la pérdida del soporte familiar y del entorno y el estilo de vida habitual, como elementos que pueden facilitar la aparición de problemas emocionales o psicológicos:

*Allá en ese aspecto yo pienso que si uno se sentía más que tomar una pastillita y ya con el calor de tu familia, y de todo esto... al momento, por lo menos yo, lo digo personalmente, yo estaba muriéndome todo el día, llegaba mi madre, me daba un beso, me compro una pastilla y pum, ya está. Pero acá, uno tiene que... no sé.* GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.

P: Dónde tienen más problemas de salud, aquí o en Pakistán?

E1: Aquí

E3: Aquí

E4: *Dice que en Pakistán no se encuentra mal porque tenemos más casas y familias, que viven con tu familiar y trabajan más que acá.*

E1: *O sea que trabajan más, se agrupan más*

E3: *Dice que cuando estamos en Pakistán, yo hablo de todas, de mí también. Cuando estamos en Pakistán, estamos tan entretenidas en casa, con su familia, con los hijos, con su novela, puede ser o abuelas que tenemos en casa, puede ser vecinos. Que no tenemos tiempo de pensar “me duele la cabeza” porque no estamos solas. Pero aquí, aparte de que estamos solas, no son casas, son pisos pequeños, tenemos que abrir la ventana, respirar a veces. A mí me pasa a veces.*

E2: *Ahí están compartir en casa grande, hablando con tu familia, la señora dice que aquí tenemos más para enfermar, tenemos tiempo de pensar, “que estoy enferma, me duele la cabeza”, ahí no tenemos tiempo...* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 - MUJERES, PAKISTAN.

Las preocupaciones sobre los hijos/as son un importante foco de distrés emocional. Lo/as participantes relataron su preocupación por el futuro de los hijos, la frustración por la incapacidad de mantenerlos en el país de acogida y las escasas posibilidades de integración que tendrán en su país de origen:

*Los traes de Pakistán, estudian aquí y justo estás obligado a mandarlo a Pakistán porque ya no puedes mantenerlo. Encima son tus hijos, es tu sangre, no puedes estar sin ellos, esto es un problema.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.

*Depresión, qué futuro tendrá mi hijo en nuestro país. Porque ahora está estudiando catalán, castellano. Tenemos que empezar de cero, si nos vamos a*

*nuestro país, porque ellos no saben inglés, no saben de nuestro idioma, pueden hablar, pero no pueden escribir, ellos no cogen en la misma clase, tienen que empezar desde cero. Éste es el problema, no podemos seguir allí.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE – PAKISTÁN.

Las mujeres participantes hacen referencia a los síntomas de depresión y preocupación por sus hijos con mayor frecuencia que los hombres:

*Depresión sobre todo en las mujeres, piensan más para sus hijos, más que el padre. Preocupaciones. Nosotros estamos aquí para trabajar, para mejorar nuestro nivel de vida. No estamos aquí para pasear por Barcelona, para vivir la vida. Porque nosotros sufrimos más aquí, porque aquí no tenemos casas grandes, no tenemos amigos... por ejemplo, yo no tengo muchos amigos pakistaní, nadie, mi familia ya sabe. Por eso la mujer pakistani sufre más aquí que el hombre, porque el hombre está trabajando fuera de casa, tiene sus amigos o conocidos y las mujeres siempre están preocupadas por sus hijos, por su futuro. Porque les preocupa más de aquí, los estudios, que en Pakistán, porque aquí todo es en castellano y no urdu. Además los estudios de allá tampoco valen aquí. Hay muchas preocupaciones y no pueden hacer nada, sufrimos más y cogen más depresión.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES – PAKISTÁN.

*Tiene un hijo que está enfermo y ella no puede hacer nada, ni puede llevar al privado, no puede pagar. Si ella estuviera en su país puede llevarlo al médico pagando no mucho, no como aquí. Aquí una visita no sé cuándo pagan 50 o 60 euros..., y allá en Pakistán con ese dinero puedes hacer 2 o 3 pruebas. Y por esto es que coger más depresión.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – PAKISTÁN – MUJERES.

El desempleo y la pérdida de recursos económicos también se erigen como una causa muy frecuente de problemas emocionales:

*E5: Claro, todos los amigos están hablando, “estás trabajando? no, no trabajo, mucho tiempo que no trabaja”, le pregunto al otro “mucho tiempo no trabaja”, le pregunto al otro, “mucho tiempo no trabaja” ¿qué sentir bien, tú?, no se puede sentir bien.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

### 3.5. ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ANTE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Este capítulo profundiza en las actitudes y conductas que realiza la población inmigrante cuando aparecen los primeros síntomas de un problema de salud. Indagamos sobre las primeras conductas terapéuticas que se llevan a cabo, sobre el uso de medicina tradicional y de fármacos, incluyendo la auto-medicación. Seguidamente, abordamos cuestiones sobre los motivos para consultar, el tiempo demoran y la frecuencia de realizar dichas consultas.

#### 3.5.1. *Uso de medicina tradicional o alternativa*

Mucho/as de lo/as participantes afirmaron conocer o utilizar remedios caseros o tradicionales para curar algunos problemas de salud, y utilizarlos antes de visitar al médico:

*E1: Hay mucho uso de remedios caseros, ¿por qué? porque nos hemos acostumbrado a eso, no vamos al médico. Una gripe; yo por ejemplo tuve la semana pasada una gripe y nos apañamos con lo que había en casa y no con pastillas. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

*E4: Él ha intentado no ir, dice que si duele muela pues tomar agua con sal, es receta especial. GRUPO DE DISCUSIÓN 2 - CHINA.*

El uso de remedios tradicionales, sobretodo plantas de sus países de origen, fue referido con mayor frecuencia por personas procedentes de América Latina:

*Cuando no se me quita con algo, ya me voy al médico, pero de ahí yo hago mis cosas naturales. Cuando un familiar va a Ecuador, nosotros le pedimos que nos manden lo que en Ecuador hay. Por ejemplo tenemos las hierbas, el matico es cicatrizante, también cuando tienes niño ayuda un poco para que se los lave por adentro, el cedrón, la manzanilla, la linaza, si al niño le duele la barriga recurrimos al comino... Si por A o B no le pasa pues ya le llevamos al médico. ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR*

Entre lo/as que suelen utilizar medicina casera, refirieron que lo hacen porque no están acostumbrado/as a resolver todos los problemas de salud con medicamentos. A lo/as participantes latinoamericanos les llama la atención el uso y abuso de medicamentos que se hace en España:

*E1: Yo tengo familia aquí que son de aquí porque soy casada con un catalán y tienen un dolorcito y ¡pum! van al médico. En cambio yo le digo “no, yo me hago la hierbita de no sé qué, el té de no sé cuánto, el manjurge de no sé qué y ya me curo”. Y nunca voy al médico.*

*E2: Los remedios caseros*

E5: *Claro, entonces porque nosotros nos han acostumbrado a que con eso nos curábamos, nunca hemos tomado una pastilla, jamás. Y entonces una gran cantidad de personas no va al médico en realidad, pero no quiere decir que no nos enfermemos, pero es eso, que no va al médico.*

E1: *Cuando yo vine aquí me sorprendió, porque cuando nosotros estamos allá compramos una pastillita, una, una pastillita y esa pastillita es como milagrosa, porque se te baja la fiebre, el todo, te curas con esa pastilla, no compras otra más. Una porque no tienes, otra porque no, ya te curaste con esa, por eso digo que es la pastillita milagrosa. Y cuando uno viene acá en estos países hemos visto cajones enteros de medicación. Y tú dices “¿dónde van con tanta pastilla?” y claro te mandan el Paracetamol la caja que vienen 25 vamos a suponer. Y tú te quedas tan admirada y tú dices ¡no! yo todas esas pastillas no me tomo. Y se van acumulando y van acumulando, eso se llama derroche. Entonces yo veía eso y decía “¿o sea, cómo puede ser posible que tenga tanta medicación en casa?”. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

Lo que suelen utilizar como remedios caseros se trata de preparados hechos con diferentes productos tales como: agua con sal, miel de abeja, leche, ajo, limón, especias (por ejemplo, canela) e infusiones de plantas medicinales (por ejemplo, hierba Luisa, manzanilla, menta, tomillo):

E4: *Es que para constipados este... no me acuerdo el nombre, el limón, ahí insertas el té, té con limón o cola pues con limón hervido, o también leche con miel que es bueno para la garganta.*

E1: Otro también es tilo con canela.

P: ¿Y plantas usáis?

E2: *El tomillo*

E4: *En mi país, el Espíritu Santo, no sé si ha escuchado, el Espíritu Santo, pero ya acá nada, nada, nada.*

E3: *A veces a mi marido cuando le duele la espalda le digo que se tome un agua de linaza. La linaza, entonces le digo “yo lo hago” y como ya tengo comprado pues yo voy así por el Monumental donde hay cosas latinas y ahí me compro la linaza. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.*

E1: *Té con menta, pero hay menta que está seca y hacen té con esta menta seca. Más especies...*

E4: *Anís*

E1: *La canela y algo de 2 o 3 cosas más, lo hacemos en casa y podemos dar.*

E: *Y agua con limón y un poco azúcar y un poco de sal, que lo hacen y ahora estar dando al paciente que tiene diarreas y vómitos.*

E1: *Y da mejoría, la menta te mejoras con esto.*

E4: *Hay un refresco, Sprite o Seven Up que con un poco de sal, porque cuando se cree que tiene la tensión baja, no saben, quizá alta puede ser (ríen) todo hacen en base con sal. Y para bajar la tensión.*

E1: *Si es una bajada de tensión puedes tomar esto, un vaso de... Sprite con un poquito de sal. Y va muy bien, o para una bajada de tensión puedes comer huevo hervido con sal.* GRUPO DE DISCUSION 5 - MUJERES, PAKISTAN.

E1: *A mí cuando me duele la barriga lo primero que hago es tomar orégano. Tomo y pasa enseguida.*

P1: *¿Y qué más plantas utilizáis?*

E2: *La planta de granada, para el estómago o la diarrea.*

E4: *En árabe se llama Raz El Hanout pero es una mezcla de 44 especies.*

E3: *El Raz El Hanout, si tú quieres hacer la traducción al inglés es "la cabeza de la tienda", pero no es así, por eso se ríen de esto [...]. Pero ¿para qué se utiliza?... si tienes, por ejemplo, sobre todo para mujeres, si una mujer tiene problemas de matriz, de... de los ovarios, se utiliza esta mezcla de especies, que se llama Raz El Hanout.*

P1: *Y aparte de infusiones ¿hacéis más cosas tradicionales, cuando tenéis...?*

E2: *Dice que el romero también... para la tos dice que se utiliza (ríen) el ajo y la... el ajo y la... una mezcla de huevos, aceite y ajo. Pero dice que tienes que estar una semana sin salir a la calle (ríen) y se calma la tos.*

E3: *El limón con miel... y lo de la farmacia.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

En general, lo/as participantes que mencionaron utilizar remedios caseros los usan para tratar problemas de salud relacionados con: trastornos digestivos (diarrea), bajar la fiebre, constipados, resfríos o aliviar síntomas de la gripe (por ejemplo, dolor de garganta):

*Por lo menos la gripe, para el resfrío, hacemos tecito con naranja, la hervimos la naranja con el... le ponemos canela... zumo... ¿cómo le dicen? zumo casero, medicamento casero. Así de esta manera también lo hacemos con leche... con ajo, también eso, también eso para el resfrío. Son medicamentos caseros que nos han acostumbrado y nos van bien.*

P: *¿Leche con ajo?*

*Sí, con canela, con un poquito de miel de abeja. Y la miel de abeja también se utiliza para la infección, para una persona que está con mal de riñón, también la infección le quita esto. Bueno... la miel de abeja*

P: *¿Utiliza plantas también? ¿infusiones de plantas?*

*Sí, la manzanilla, la manzanilla y el eucalipto, eso también, a vapor.* ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

E1: *Sí, sí, yo siempre uso remedios caseros.*

E2: *Sí, las hierbas aromáticas también.*

P: *¿Y de qué los hacéis?*

E1: *Eh... por lo general siempre, un ejemplo, un dolor de garganta coges tomillo esto te haces gárgaras, haces gárgaras con bicarbonato, con limón te haces un té. Tienes un fuerte constipado, te pones a hervir canelita, eso no falta en tu*



*casa, canela, pones a hervir o con fruta y esto.* GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.

*E5: Yo le pongo un trozo de patata, o una... cuando tiene fiebre, cortas las papas en rodajas así y con un lazo lo atas acá y con todo cuando despiertas encuentras las patatas negras. Y se hace con todo lo que tiene fiebre.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

También mencionaron que pueden hacer vaporizaciones con ciertas hierbas (por ejemplo, hojas de eucalipto) para aliviar la congestión, la tos o los resfriados:

*T: Ella utiliza menta, cuando está con catarro o... lo primero que hace es hacer infusiones de menta. Dice que lo primero que hace es esto, infusiones de menta, incluso el vapor para abrir las fosas nasales. Porque siempre que va al médico de cabecera le da Ibuprofeno, ya lo tiene en casa. La menta, el orégano...* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

*Aquí es muy propenso en Barcelona el tema del asma, o del pecho, de los pulmones, por ejemplo. Algunos les recomiendan que se pongan, no recuerdo cómo se dice, se ponen una olla con hojas de eucalipto.* INFORMANTE CLAVE 7 – PASTOR LATINOAMERICANO.

Entre lo/as participantes chino/as, poco/as mencionaron hacer uso de medicina alternativa china, como la acupuntura. A veces los efectos colaterales generados por el uso de este tipo de medicina pueden llevar a mal interpretaciones clínicas por parte del facultativo cuando encuentra moretones, hinchazones, etc., tal como lo comentó una participante.

*E1: Ella duele bien ¿no? ha ido a pedir la cita, iba a tardar mucho y entonces se ha ido a poner un parche chino.*

*P: ¿Un parche chino?*

*E7: Sí, para que saque lo que tiene dentro, y dice que se ha hinchado todo y se puso de color, y ha visitado al médico y se cabreó mucho... Dice que aquí es lo que hace especialista de acupuntura y el médico pensaba que esto tenía algo malo dentro, enfermedad.* GRUPO DE DISCUSIÓN 2 – CHINA.

### **3.5.2. “La receta mágica”**

Los/as participantes mencionaron que cuando van a visitar al médico, por lo general, esperan recibir una receta con prescripción de medicamentos en respuesta a su demanda, y si no se las dan se sienten frustrados:

*Tiene que dar buen medicamento, que el paciente tenga satisfacción.* ENTREVISTA 15 - HOMBRE, PAKISTAN.

T: *Dice que cuando ha ido ha esperado tanto tiempo y ha ido al mostrador y nada más le dicen que esperar, y al final se larga a casa.*

P: *¿Y esto lo tiene muy enfadado?*

T: *Sí, sí, estaba muy enfadado. Dice que por eso ha hablado con el médico, de que si no hay medicina mejor me voy a casa.* GRUPO DE DISCUSIÓN 2 - CHINA.

E5: *El otro día me fui al ambulatorio con mi hija que tiene anginas y no podía respirar bien. Y me dice la doctora “por la noche córtale una cebolla así, y déjala a un lado de la cama aquí y la otra parte para allá, entonces respira bien porque es por la humedad” y digo: “bueno, gracias” cojo a mi hija y me voy.*

P2: *¿Crees que es eso un buen método?*

E5: *Yo creo que eso era fatal, para una niña de 3 años o 4 años, es fatal.*

P2: *¿Por qué crees que es fatal?*

E5: *Porque una cebolla para una niña pequeña... ¿Y por qué yo voy a ir al médico? Para pedir medicina, un jarabe, unas pastillas, una inyección o algo.*

P2: *¿Tú esperabas un medicamento?*

E5: *Eso, como tiene anginas por lo menos tiene que darme un jarabe, para mezclar... ¿cómo se llama?, Amoxicilina, antibiótico. Me espero para que me dé una receta para comprar esto. Si yo me voy a la farmacia y compro esa medicina, no te dan. Tiene que ser con receta, sin receta no te dan.*

P2: *¿Y por qué cree que la doctora no le dio receta?*

E5: *Decir nomás “abre la boca” y que no tiene pus, entonces es normal, y cuando tiene pus entonces ya sí.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Al parecer, saber que recibirán una solución a su demanda médica, con la prescripción de medicamentos, los hace sentir seguros y tener el control de su salud:

*Dice que a veces con la medicina va muy bien, se cura enseguida.* ENTREVISTA 05 –MUJER, CHINA.

### **3.5.3. Consumo de fármacos y automedicación**

Lo/as participantes refirieron cumplir los días de tratamiento indicados en casos concretos, como los antibióticos, pero no así en enfermedades crónicas, como hipertensión o diabetes:

*Si es antibiótico sí, si es antibiótico sí. Pero si es Paracetamol o Ibuprofeno, y estás mejor, dejarán los medicamentos. No está bien mucho medicamento para la salud. Dice que si se encuentra bien se dejará. Cuando el médico le da una pauta de medicamento ellos la cumplen, sólo el antibiótico. Si estás bien con 2 o 3 pastillas, ¿para qué vas a tomar más? No hace falta tomar más. Por ejemplo,*

*personas con tensión alta o diabetes ¿toman las pastillas todos los días, en general? No.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – PAKISTÁN – MUJERES

Este estudio exploró el uso de medicamentos sin prescripción médica. Alguno/as participantes refirieron tomar medicaciones que compraron en su país de origen. Conseguir medicinas sin receta se hace más fácil entre aquellos que suelen viajar de visita a su país de origen para traerlas desde allí:

*Si no es grave toma medicina china en casa, pastillas que ella se ha traído de viaje, cuando compra medicina, siempre mira fecha, y comprar el tiempo más largo posible.* ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.

*Yo prefiero comprar de aquí, pero muchos paisanos yo lo he visto que ellos traen de Pakistán. Dicen que no, dolor de cabeza no puede salir con pastillas de Ibuprofeno de aquí, yo traigo de mi país morfina.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE – PAKISTÁN.

P: ¿Y la gente que viaja trae medicinas de Pakistán?

E1: *Sí, algunos, sobre todo el de homeopatía. Ellos lo tratan ellos mismos, son los médicos (ríen)*

E: *Sí, son los médicos. De Hepatitis C, la mayoría de ellos toma medicamentos de homeopatía que dicen que está bien. ¿Anticonceptivos? Hay mujeres que traen medicamentos de Pakistán, como medicamentos anticonceptivos, las inyecciones. Y después como somos médicos, la mayoría somos mitad de médico. Cada familia tiene un médico, cada grupo de amigos tiene un médico, les dicen “está muy bien, he tomado y el otro día he estado fantástica”. Yo conozco unos pacientes que si le han dicho “esto estoy tomando”, después viene con el médico diciendo que está fatal tomando el mismo medicamento. Por eso, se dice una y otra lo trae de Pakistán, o también alguien viene y le dice “vale, me traes esto”. Porque ahí compramos medicamentos, compramos y pagamos no hay necesario de receta...*

E1: *Ahí no hace falta receta, ni permiso del médico. Tú pagas y compras lo que quieres comprar.*

P: ¿Antibióticos también?

E: *Todo, todo*

P: ¿Sin receta?

E: *Sí, sin receta. Cualquier medicamento puedes ir y comprar, pagas y pagas.*

E5: *Dice que depende de los medicamentos, que hay algunos medicamentos que están prohibidos porque son muy fuertes y los de la farmacia no suelen venderlos. Pero si yo conozco al farmacéutico y le digo que me dé pues me da.*

E2: *Por ejemplo, relajante muscular no te dan. Mi madre dice que no le dan.*

E: *Pero no dan porque les da miedo que está comprando para suicidarse, no es para dormir.* GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.

Entre lo/as participantes chino/as, alguno/as mencionaron que algunas medicinas las traen de China, así ya no tendrían que esperar la visita con el médico para que les den

la receta. Tienen las medicinas a mano y evitan emplear el tiempo para ir y esperar ser atendido/a en el ambulatorio:

E2: *Traído de China.*

P: *¿Traen de China, pero cómo las consiguen? ¿dónde las compra?*

E1: *China*

P: *Ella dice que toma pastillas Chinas aquí.*

E1: *Si, pero pastillas Chinas traídas de ahí cuando viaje.*

E2: *Si, para enfermar, para cabeza...*

P: *¿Por qué compra allá?*

E1: *Es más cómodo*

P: *¿Más barato?*

E1: *No, más cómodo*

P: *¿Cómodo en qué sentido?*

E1: *No tiene que ir al médico. Si se encuentra mal pues toma una pastilla y ya se ha solucionado*

P: *Por la receta dice, ¿no?, ¿es por eso?*

E1: *No es por la receta porque y si tiene que pedir cita en la ambulatorio hay que esperar un tiempo. Por ejemplo una persona que trabaja tiene que pedir un día para ir al ambulatorio, pedir la cita y luego, el día de la cita tiene que ir o mejor tiene que ir varias veces.*

P: *Vale, ¿y el resto?*

E: *Y también pasa a mucha gente que pierden la cita y así se olvidan, eso se pasa mucho.*

GRUPO DE DISCUSIÓN 2 - CHINA.

En el caso de lo/as participantes marroquíes, ello/as señalaron que a veces traen medicamentos de Marruecos porque perciben que la medicación que les prescribe el médico es insuficiente para sanarse. Por eso quieren tener provisiones de medicamentos por adelantado. Además indicaron que en Marruecos se expiden medicamentos producidos en Francia, percibidos como productos de mejor calidad que los que se venden en España:

E: *Hay una cosa, ahora hay marroquíes que cogen las farmacias de Marruecos y las medicaciones suben con ellas porque digamos que... que éstas vienen de Francia, entonces piensan que es mejor. También, digamos, dicen que cuando los doctores, que están aquí, no nos dan lo suficiente de medicación y se tarda para recuperar. Entonces, digamos que en Marruecos fácilmente, "te tomas esto ¿sabes? Te tomas esto está como si nada".*

E2: *Esto es un pensamiento que realmente últimamente mucha gente que, por ejemplo, los marroquíes cuando van de vacaciones a Marruecos compran ahí medicación de laboratorios franceses, porque la medicación de Marruecos la mayoría son laboratorios franceses. Y piensan que son más eficaces, ¿vale?.*

E: *Aquí también hay personas que mandan a Francia por medicación, que la familia está ahí, a Bélgica también. Ahora están saliendo digamos a viajar a*

*Bélgica para no sé... para muchas cosas de estas, para comprar y para también encontrar algo de un profesional. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

En cambio, lo/as participantes de América Latina mencionaron que mucho/as no se atreven a traer medicinas de sus países por miedo a que sean intervenidos en la aduana por pensar que se trate de tráfico de drogas:

E4: *Yo no traigo nada*

E5: *Yo no porque nada más por seguridad*

E2: *Yo nada más traigo poco*

E4: *Yo no porque pueden confundir lo que viene dentro, al menos de Colombia. “Es pastilla”, “sí, pero... yo esos riesgos no los corro”*

E6: *Yo sí, porque yo me llevo a casa la mayoría. Había una como una pastilla efervescente que era muy buena, Sal de Andrews.*

E5: *Si en Colombia ni el agua te dejan pasar, me quitaron una botella de agua (ríen y hablan a la vez)*

E4: *Sí, es para cuando tienes fiebre*

E2: *Es granulado, es la aspirina, la aspirina efervescente.*

E3: *Yo no pido nada, ni la efervescente ni nada*

E4: *Yo he traído eso pero, ahora ya no traigo nada.*

GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.

#### **3.5.4. Tiempo que tarda en consultar al médico desde el inicio de los síntomas**

Participantes de todos los orígenes geográficos indicaron que, ante un problema leve de salud, que son también los más habituales; la primera conducta terapéutica que realizan con más frecuencia es tratarlo en casa por sí mismos, utilizando medidas generales físicas y dietéticas, o bien auto-medicándose con analgésicos y antipiréticos (Paracetamol o Ibuprofeno):

*Cuando tiene alguna fiebre, todo lo que se siente mal, primero toma pastilla para ver que baja la temperatura, sino al hospital. Si mejora pues ya no vamos al hospital, si no mejora vamos al hospital. ENTREVISTA 2 – MUJER, CHINA.*

*Si es dolor pequeño aguanto, y siempre tengo medicamento en casa. Primero es Paracetamol, Ibuprofeno, Espidifen siempre en casa. Para niño Dalsy. Cuando mi niña era pequeña era Aipretal hasta los 10 años, luego Dalsy. Sino recupera con este medicamento que tengo en casa, entonces al ambulatorio o a la urgencia del hospital Can Ruti. ENTREVISTA 8 – HOMBRE, PAKISTÁN.*

Cuando los síntomas son más intensos, la primera conducta es solicitar visita en un centro sanitario para solicitar atención médica:

*Hay veces que sí puedes aguantarte, pero hay veces que no, directamente te vas cuando te pasa algo un poco más difícil que este dolor.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

*Yo cuando voy al médico, es porque realmente, ya no puedo con mi alma.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

*Cuando te encuentras mal, muy mal, vas a las urgencias. Como lo normal como fiebre, como tos, eso al ambulatorio.* GRUPO DE DISCUSIÓN 2 – CHINA.

También si las medidas que se han iniciado en casa por cuenta propia fracasan, lo/las participantes acuden a un centro sanitario:

*Primero dormir, tomar pastillas, Paracetamol, Aspirina, pero cuando no estoy bien, después si ya estás más mal, ya vas.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.

El IC de Pakistán indica que debido a las dificultades y resistencias para solicitar visita, sólo consultan cuando los síntomas son importantes o severos:

*Vienen cuando ya no pueden más, vienen a urgencias, no aceptan pedir, antes de pedir cita por Internet, con antelación, no saben el idioma, pues normalmente no respetan, los médicos no respetan a ellos. Pero ellos no, el comportamiento de los pakistaníes no es malo, siempre por vergüenza o por barrera idiomática no hay conflictos como estos.* INFORMANTE CLAVE 8 – TRADUCTORA PAKISTANÍ

### 3.6. ACCESO Y USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Para comprender cómo se relaciona la población inmigrante con el sistema sanitario español, indagamos sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios en sus países de origen, sobre las barreras para el acceso y/o uso, así como las preferencias, motivos y frecuencia en que los/las participantes solicitan visitan médica, y finalmente, sobre el uso de los servicios de urgencias.

#### 3.6.1. Características del sistema sanitario de los países de origen

Los participantes chinos describieron su sistema sanitario como uno que no tiene cobertura universal. Los que no cotizan tienen que pagar los costes de la atención:

*Y los departamentos chino, como hospital, ayuntamiento... para hacer cualquiera cosa, o el médico, primero tienes que pagar y luego ver médico. Allá no tenemos... Seguro sí que hay pero... cubre muy poco. ENTREVISTA 02 – MUJER, CHINA.*

*Dice que hay que pagar mucho.*

P: ¿Y para un ingreso también hay que pagar?

*Sí.*

P: ¿Y para las medicinas también hay que pagar?

*Sí, pero si estás con Seguro donde estás trabajando, hay una normativa, me parece que... sólo ha tenido que pagar 20%.*

P: ¿Hay un descuento?

*Sí, pero como la familia trabaja en el campo no hay este... ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.*

En China, según describieron, existe mucha demanda de atención médica, y las necesidades de la población no llegan a estar cubiertas. El sistema sanitario español recibe mejor valoración:

*En China en el hospital hay mucha gente, las camillas ocupan el pasillo, no es un sitio adecuado para los enfermos que están allí. En China mucha gente, hay mucha gente, hay poquito médico para mucha gente. Y también depende de si tiene relación con los médicos o no.*

P: ¿Si tiene relación? ¿qué quiere decir?

*Si conoce gente entonces es más fácil (ríe)... si conoces a alguien entonces se trata mucho mejor y con más tiempo. ENTREVISTA 14 – HOMBRE, CHINA.*

E6: *Si en España pasa mira... por ejemplo, la Can Ruti hospital, poquito gente. En China no, en China en hospital haber mucha pero mucha gente, aquí poco. [...] Sí, mucha gente, mucha gente. A veces no puedes pasar.*

E5: *Y aquí mejor...*

P1: ¿Aquí mejor?

E5: *Porque en España mejor que China, en China no al hospital, en España mejor la atención que en China.* GRUPO DE DISCUSIÓN 1 - CHINA.

En Pakistán, según los participantes de este país, una diferencia con el sistema sanitario español es que no es preciso solicitar cita previa para ser atendido en los centros médicos:

*Una cosa, aquí nosotras cuando tenemos enfermo debes pedir cita, en mi país no. En mi país cuando una persona tiene enfermo o... o hay dolor, rápidamente... O por ejemplo hoy yo tengo fiebre, me voy con el doctor, y él, no ha pedido la cita. Vengo y todo eso.*

P: ¿En Pakistán?

*Sí, en Pakistán, pero aquí pedir la cita. Pero cuando emergencia, en mi país por decir tiene 39,8°, aquí también muy rápido, aquí también cuidarlo. Sí, es la diferencia, en Pakistán no pedir cita pero aquí sí.* ENTREVISTA 06 – MUJER, PAKISTÁN.

*En Pakistán estamos acostumbrados a que el médico allí te atiende al momento, si es de pago o lo que sea, y no te dan día y hora, haces una cola y tú pagas 10 o 20 euros para coger un número y ellos te atienden. Te atienden al momento, y a lo mejor el médico ya sabe en esta zona qué problema hay, pues receta rápido. Aquí tú primero tienes que pedir hora, además por la situación de crisis que hay te dan al tiempo, después lo miran, y si es dolor de cabeza, dolor de muela, pues son 3 o 4 días para que venga al médico.* INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

Para ser atendidos de manera rápida y recibir un buen trato, comentaron que en Pakistán es necesario tener dinero y buscar la asistencia privada:

*Allá en Pakistán si una persona tiene dinero puede ir a cualquier médico y pueden hacer lo que... ese es un problema ahí de dinero. Pero aquí dice que ella, sí que... entiende que es gratis pero es muy lento.* ENTREVISTA 19 – MUJER, PAKISTAN.

*En Pakistán yo he hablado antes también que si una persona está enferma y tienes dinero puedes ir a un médico pagando, y si no estás bien puedes ir a otro médico, o sino al tercero o cuarto. Y aquí solo tienes uno público.* GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.

E5: *En mi país por ejemplo, si tú eres de una familia grande, de una grande familia, y tienes pasta, tendrás otros respetos y a cualquier oficina te vas.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 -HOMBRES, PAKISTAN.

En este sentido, algunos/as participantes pakistaníes relataron que los que tienen dinero, se pueden permitir viajar a su país para buscar y recibir una atención rápida:



E5: *Depende de la situación económica, si alguien tiene dinero y puede ir a Pakistán... Vale, porque el billete es muy caro para ir a Pakistán. Es 700 el billete ida y vuelta. Y aparte de si vas al médico tienes que pagar aparte, es mucho.*

E1: *Aparte de 200 o 300 euros tienes que llevar*

E: *Porque medicina en Pakistán no es barata, es muy cara. Por eso el día que tú vas, y pagas 100 euros, 200 euros puedes visitar al médico. Por eso, la gente que sí tiene dinero y tiene su problema, puede ir a Pakistán a ver al médico, sino, tiene que esperar aquí hasta que le llegue el día de [de su cita]... GRUPO DE DISCUSION 5 – MUJERES, PAKISTAN.*

En Marruecos, los/as participantes comentaron que la atención sanitaria de calidad es privada. Cuando recurren a la pública, los pacientes tienen que comprar los insumos (por ejemplo, jeringas) y los medicamentos:

*Sí que hay hospitales, pero no es igual que aquí, no te atienden rápido. Tienen que tener una cola ahí, no sé, de... de 10 horas más. Estamos hablando de Marruecos... Y aquí te tocará igual, pero depende de cómo estás. Si vienes a urgencias o lo que sea, depende de la situación en la que estás. A lo mejor si es grave es rápido, pero si estoy tosiendo, aju, aju, ahí te quedas. Es lo normal, yo lo veo normal, es lo más normal. O vete al ambulatorio, si quieres ir. Pero en Marruecos no, todo hay que pagarlo y en ese momento, no es como aquí que hay seguro social, una asistencia, mutua, y ahí no. Igualmente ahí hay seguro social y mutua, pero es privado. El sistema de Marruecos no es lo mismo que España, no tiene nada que ver. Ahí casi casi todo es privado ahora y tienes que pagar. Y hay pobreza en Marruecos que no todo el mundo puede pagar, tiene que ir al público y si vas al público pues ahí te quedas. Hay mucha diferencia, mucha diferencia. A mí me pasó un caso con mi hijo, me bajé allí, no sé qué año era y se ha cortado y le llevamos al público y me parece que las 10 de la noche y nos hemos quedado hasta las 3 de la mañana, para hacerle 3 puntos. Y tienes que comprar con dinero para coser, tienes que comprar todo tú, tienes que salir a la farmacia y vas ahí para que lo hagan. ENTREVISTA 07 – HOMBRE, MARRUECOS.*

También refirieron que en Marruecos hay pocas especialidades médicas en los centros de salud:

E2: *Vale, el sistema sanitario de aquí es mejor que en Marruecos para ella ¿qué más?, las leyes, las normas de aquí son mejores que las de ahí.*

P1: *¿A qué se refiere, que son mejores, qué quiere decir?*

E2: *Vale, la sanitaria en Marruecos no tienen especialistas y todas esas cosas. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 - MUJERES, MARRUECOS.*

En algunos países de América Latina, según describieron lo/as participantes de este continente, existen dos tipos de sistemas sanitarios: la seguridad social y la sanidad pública. El sistema público fue descrito de menor calidad que la seguridad social:

*En Ecuador también hay hospitales públicos y Seguridad Social. La seguridad social es de la gente que trabaja, la Seguridad Social de campesinos ¿no?, que aportan a la mejor un dólar y tienes acceso a la seguridad social, no al Hospital Público, Seguridad Social que también pero es diferente. Para operaciones así, muy importantes en hospitales públicos no lo hacen. En los hospitales públicos están los médicos más jovencitos. Siempre han habido casos de que son jovencitos salidos de la universidad, les ponen y hay casos de urgencias que pasan cosas. Entonces en la Seguridad Social no, ahí están los médicos ya con más experiencia, más experimentados en esa parte. Pero en... para cosas pequeñas, la Seguridad Social allí, un constipado y eso no sirve para nada. Mejor para eso me voy al médico de paga y pago y ya va. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

También señalaron que, en general, el sistema sanitario no es de buena calidad. Se quejaron que no hay una atención completa y cuidadosa:

*Yo la verdad estoy agradecidamente con España, con este país, el cual la atención para mí ha sido muy bien. Yo fui al Espíritu Santo inmediatamente un dolor así fue detectado, esto es de urgencias, hay que llevar, hay que operar. Eso hablo de 14 años ¿no?, pero en mi país, si me pasa eso en mi país, esta situación me quedo... como decimos en mi país, en Ecuador, "en nada". Me quedo, primeramente sin bienes, porque tienes que tener dinero y llevar inmediatamente a las clínicas particulares, y pagar y gastarte mucho dinero, y no se garantiza. [...], sobre medicamentos en nuestro país como decía él les dan la receta te atienden públicamente, a la mejor a mano de obra en Ecuador, relativamente, sobre los médicos... la mano de obra sí, tome la receta váyase y cómprese. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 AMÉRICA LATINA 2.*

En algunos casos, el sistema de salud se ha privatizado, como en Colombia, lo que ha provocado que, desde la percepción de un participante, el sistema haya disminuido su calidad:

*En Colombia ya se ha ido, han ido recortando, ya se ha deteriorado, o sea han privatizado, pero al privatizar también se ha, se ha, bueno la calidad y la atención a la gente. La gente se muere en los pasillos, aquí casos, muy pocos casos se ven de eso. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

Una de las características del sistema de salud español que llamó mucho la atención a todos los participantes latinoamericanos fue la financiación de los medicamentos:

*Y ahí lo atienden pero sin embargo, ahí lo básico que le dan, los medicamentos se puede decir lo más económico, después lo otro uno tiene que buscar o comprar o buscar a alguien que le ayude. Y en las operaciones igualmente. Sí, en caso las operaciones tendrán que buscar el dinero para el costo que valen. Entonces la diferencia de aquí, que España, en sí claro mundialmente se le veía... hasta antes de que hagan los recortes y eso que estaba en primer lugar*

*sobre la salud, [...]. Como ella decía que los tratamientos y todo eso era como un regalo dársele los medicamentos, a mí en Sudamérica la gente que viene de ahí pues se alegra y se asombra de ver tanto medicamento. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 -AMÉRICA LATINA 2.*

Otra diferencia de los sistemas sanitarios de algunos países latinoamericanos respecto al español es que, por ejemplo, las pastillas se pueden vender por unidad y no por la caja completa:

*E5: Pero la gran diferencia de esto es que en toda Sudamérica, parece que de todo, ahí te venden por unidades. Bueno, por A o por B le dices “dame unas 4” y ya está, pero en cambio aquí tienes que llevar 30 tabletas. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

### **3.6.2. Barreras de acceso y/o uso de los servicios sanitarios**

#### **a) La barrera idiomática**

A excepción de los/as participantes procedentes de América Latina, la barrera para el acceso y/o uso de los servicios sanitarios indicada por lo/as entrevistado/as con mayor frecuencia es la barrera idiomática, que impide la comunicación y el entendimiento con los profesionales del sistema sanitario:

*Cuando ha llevado al médico a visitarlo si puede entender es mejor. Pero a veces no puede entender y no es mejor. ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.*

*El tema de la comunicación, cuando ella va al médico nota que ella no les entiende y ellos tampoco, por lo cual intentan hacerlo rápido y mandarla a casa.*

*P: ¿Y ella va sola o busca a alguien que la ayude con el idioma?*

*La acompaña la niña. ENTREVISTA 16 – MUJER, MARUECOS.*

Las aportaciones sobre la barrera idiomática abordaron una amplitud de cuestiones, que recogemos a continuación por su amplia repercusión sobre la población inmigrante.

Lo/as participantes señalaron que en los últimos años se han eliminado servicios de traducción y/o mediación en algunos ambulatorios. Indicaron que aunque la población inmigrante cada vez tiene mayor conocimiento del sistema sanitario, el servicio de mediación y traducción sigue siendo necesario:

*E1: Tiene que buscar a alguien que la acompañe por el idioma. Antes había información, traductora, pero ahora no.*

*P1: ¿En el hospital estaban estas personas?*

*E1: En el ambulatorio.*

*P1: ¿Y era positivo, era bueno, era útil?*

*E1: Para la gente que no sabemos español estaba bien, pero ahora lo han quitado. GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.*

*Teníamos mediadoras culturales, de chino y de árabe y ya está creó. Pero no hay dinero ahora. INFORMANTE CLAVE 2 – DOCTORA CAP.*

*Al principio no conoce mucho [el sistema sanitario] porque tiene el problema del idioma, pero los ambulatorios tienen servicio de traductor muy bien. Y el otro día el ambulatorio de Lloreda ellos no tienen ese servicio y tiene un paciente que necesita traductora y entonces me llamaron, medio de favor. INFORMANTE CLAVE 5 – MEDIADORA, CHINA.*

Una participante indicó que a pesar de las dificultades para entenderse, algunas visitas médicas las realiza sin la ayuda de ningún traductor, y algunas cosas, como la posología indicada son incomprendidas:

*Antes los hijos trabajar, no tienen tiempo para acompañar. Ella ha ido sola, le explicó un poquito “aquí duele”. El médico también puede entender y dar pastilla, receta. Ha ido a la farmacia a comprar, una chica trabaja allí y habla chino y le explica cada día cuántas tomas debe hacer. ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.*

Una participante explicó que en su primer embarazo no realizó las visitas de seguimiento indicadas, debido a la barrera idiomática y al desconocimiento del sistema sanitario:

*E1: Cuando tenía primer niño, aquel momento no idioma y no conoce las cosas cómo funcionan, y fue difícil en aquel momento...*

*P2: ¿Cómo lo solucionaste, cómo conseguiste...?*

*E1: No citas como normal, muy poco, al médico no fui.*

*P2: ¿Entonces en el primer embarazo hiciste menos visitas, de las que tocaban, por tus problemas de idioma?*

*E1: Sí, menos visitas, idioma y tampoco las cosas no sabía cómo funcionan. Pero para el segundo niño ya normal. GRUPO DE DISCUSIÓN 2 – CHINA.*

La barrera idiomática también tiene un efecto disuasorio ante la posibilidad de consultar al médico por problemas de salud que se perciben leves, favoreciendo quedarse en casa y tomar remedios tradicionales:

*Cuando uno se encuentra mal, si puede él prefiere quedarse en casa, él sabe unas recetas para las enfermedades. Cuando muy mal va al médico, pero si las cosas no muy fuertes, en casa con unas recetas que sabe. Porque hay problemas de idioma y es difícil. GRUPO DE DISCUSIÓN 2 – CHINA.*

Alguno/as participantes describieron que las dificultades generadas por la barrera idiomática influyen en el trato que los médicos dispensan a los inmigrantes:

*A veces hay marroquíes que me dan un, (ríe) me dan un no sé. El doctor cómo va a hablar con ellos...*

*P: ¿Tú ves otros pacientes?*

*Sí, el doctor tiene pacientes que la verdad es difícil de tratar. No hay cómo comunicarse. Y por eso yo digo “pobre doctor, por eso nos tratan a todos como a iguales”. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

*No saben pedir cita por Internet, con antelación, pues no saben el idioma..., normalmente no les respetan, los médicos no les respetan a ellos. Pero el comportamiento de pakistání no es malo, siempre por vergüenza o por problema idioma. INFORMANTE CLAVE 8 – TRADUCTORA PAKISTANÍ.*

En muchas ocasiones la ayuda de familiares o amigos que acompañan a la consulta es necesaria para superar la barrera idiomática:

*Ha ido al ambulatorio pero por la dificultad del idioma tiene que llevar a sus hijos para traducir.*

*E5: Si en el hospital los médicos hablar chino es mejor (ríen)*

*P2: ¿Los hay aquí?*

*E5: En el ambulatorio del Fondo hay una doctora*

*P2: ¿Una doctora que habla chino?*

*E5: Sí, y habla muy bien*

*P2: Y cuando tiene que ir a Can Ruti, ¿cómo se maneja, como es la relación con la gente de ahí?*

*E5: Lleva a uno que habla*

*E1: Pero si es el médico para mí mejor, no tiene problema, porque es así. GRUPO DE DISCUSIÓN 1 – CHINA.*

*Buscas a alguien que sea tu paisano, que te entienda un poquito. Llevan siempre a alguien, por ejemplo, a él o a mí, uno que entienda algo, que pueda expresar y explicar su problema. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.*

También señalaron que el uso de recursos familiares para superar la barrera idiomática puede obligar al familiar acompañante a solicitar permisos o el día libre en el trabajo, afectando negativamente la actividad laboral familiar:

*Si tiene que ir a otro sitio, a otro hospital, a otro ambulatorio, su marido tiene que coger fiesta un día para llevarla al médico.*

*P: ¿Siempre va al médico con su marido?*

*Sí. ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTÁN.*

Alguno/as explicaron que no conseguir la colaboración de un familiar o un amigo para superar las dificultades idiomáticas, puede suponer dejar de acudir a una visita médica a pesar de encontrarse mal:

*Cuando tiene cosillas pequeñas tiene que aguantar aquí. Porque si va al médico tiene que pedir tiempo libre a sus hijos.*

*P: ¿Cómo es eso?*

*Es que ella no sabe hablar. ENTREVISTA 5 – MUJER, CHINA.*

*El tema del idioma, dice que si ella no entiende ¿cómo puede ir al hospital? Necesita traducción, y si no hay nadie... Un día llevaron a la niña, la pequeña tenía fiebre y la llevaron y se quedaron bastante tiempo en Can Ruti y al final no les atendieron porque no se entendían entre ellos... El día que su hija [mayor] no va al cole y tiene alguna cita con el médico, la acompaña y no tiene problemas, pero es que si la hija está en el cole, aunque tenga cita, con el pediatra para la niña pequeña o para ella, no va porque no entiende y no puede hablar. ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.*

Alguno/as participantes utilizan otras estrategias para comunicarse con el médico, como llamar por teléfono móvil a un familiar en plena consulta para que haga de traductor/a. Sin embargo, al parecer muchos médicos se resisten a emplearla:

*E9: Dice que en el Hospital del Mar sí tratan muy bien, cuando visita ahí como no entender pues ella con el móvil llamando a su familiar y... traducido por teléfono, pero por esta zona dice que no es posible. El médico no quiere coger el teléfono. GRUPO DE DISCUSIÓN 1 - CHINA.*

Recogimos varias referencias sobre las dificultades específicas de algunas mujeres para aprender el idioma de acogida. Muchas mujeres pakistaníes tienen un nivel de estudios bajo, ya que debido a su origen frecuentemente rural y a las diferencias de género presentes en el país de origen, su acceso a los estudios ha sido limitado. El tiempo de residencia aquí contribuye a diluir dichas diferencias de género, y, actualmente, la mayoría de hombres pakistaníes promueven que sus mujeres aprendan la lengua del país de acogida, también debido a las necesidades de relación de las mujeres con la sociedad de acogida:

*Muchos problemas las mujeres porque no saben castellano. Yo ayudaba a muchas mujeres también, porque no saben castellano y médico pregunta muchas cosas entonces tengo que ir para traducir.*

*P: ¿Y por qué las mujeres no saben castellano?*

*Porque no van al colegio, mayoría han venido sin educación aquí.*

*P: ¿Ellas saben escribir su idioma? En general ¿saben leer y escribir?*

*Sí, en general ellas saben leer y escribir, sí. Y la mayoría aquí saben inglés perfectamente pero... Pero no saben, no quieren aprender castellano, porque no dan tiempo, quedan en casa.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.

*Yo digo a muchas mujeres paisanas que tienen que aprender castellano. Los maridos dicen “eso no, no tener que trabajar”, no quieren. “No, tener que aprender para irse al médico, tú estás libre, ella puede llevar niños, ella puede comprar”. Algunos machistas no quieren.*

*P: ¿Algún hombre no quiere?*

*Muy poca gente, ellos quieren que mujeres tener que quedarse en casa. Son pocos, porque ahora están también llevando mucho tiempo aquí y cambiando mentalidad también.*

*P: ¿Por qué piensan así?*

*Porque en nuestro país la costumbre es diferente que aquí, cuando mujer sale, no es ciudad grande, en pueblos, porque mayoría de nuestros paisanos viene de pueblos, y ahí cosas son cerradas, mujer no puede salir sola. Si tiene que salir fuera, tiene que llevar alguno de los hermanos para comprar algo. Entonces, ellos quieren también aquí lo mismo, tiene que llevar a su marido, para proteger.* ENTREVISTA 15 – HOMBRE, PAKISTÁN.

### **b) Otras barreras**

Lo/as participantes también identificaron otras barreras de acceso y/o uso de los servicios sanitarios. A continuación las detallamos:

Una barrera de uso señalada es el **tiempo de espera** que transcurre desde que se solicita la cita hasta que se realiza la visita médica, a diferencia de la inmediatez del sistema sanitario de los países de origen:

*Antes no entienden por qué tienen que esperar tanto tiempo para una visita. En China normalmente vas y te dan cita en seguida, haces la cola y te toca, y ya está. Pero aquí no, aquí tienes que pedir visita con tiempo, y a veces por ejemplo, si tiene un poco de tos o un poco de fiebre pues la gente prefiere tomar en casa. Porque cuando toca el médico pues ya está curado.* INFORMANTE CLAVE 5 – MEDIADORA, CHINA.

Alguna/os pueden emplear algunas estrategias para solventar el problema del tiempo de espera. Por ejemplo, alguno/as marroquíes se plantean viajar a sus países de origen para ser atendidos rápidamente en un médico o clínica privada:

*No quiero esperar tanto... esperar tanto. Hay muchas veces que pienso que voy a bajar a Marruecos, a pagar dinero ¿me entiendes?... ¿cómo digamos? para*

ver lo privado. [...] En Marruecos los médicos especialistas son privados, es mejor porque directamente te coges una hora de solucionar las cosas. Es una cosa, una manera fácil, aunque te cuesta, te cuesta con el dinero pero... al final te encuentras “oye, estoy bien”. Bueno “estoy ahora mejor, me encuentro que esta cosa, este problema lo soluciono”. Pero si sigo aquí un año, dos meses para una, para sólo... irte a la cabecera, dos meses a otra parte para el profesional, dos meses para el tratamiento, dos meses para las análisis, no conseguimos en un año tratar ¿me entiendes?. En Marruecos la misma hora coge la doctora, okay es privado, también aquí hay privado pero es más caro, la verdad. Te haces los mismos análisis te vuelves en cinco días o no sé, un mes, no es un año.  
ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

En Marruecos puedo ir al médico privado y sacan los resultados y todo y sale. Aquí... (ríe) son muchas citas y al final sales normal, siempre tienes normal y normal.  
GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MARRUECOS, MUJERES.

Los problemas de salud crónicos que precisan seguimientos repetidos, generan cansancio y la percepción de que no se halla ninguna solución, por lo que se dejan de realizar los seguimientos:

La gente se aburre, como me pasa conmigo con mi hija de ganglios, llevo casi 3 años o más y no da receta y al final no voy, no cojo cita porque en cada cita, cada vez una prueba y al final sigue con lo mismo...  
GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Las discrepancias con el diagnóstico y/o tratamiento indicado por el/la facultativo/a, pueden condicionar un mal uso de los recursos sanitarios, especialmente automedicación y uso inadecuado de los fármacos:

Digo “abre la boca” y yo veo pus en este lado, y ella dice que no, “eso no es pus, eso como carne y un poco blanca”. Para no llevar la contraria y no pelearnos le digo “gracias”, cojo a mi hija y me voy.

P2: ¿Y cómo arreglaste el problema de la niña?

E5: Me fui a Barcelona a mi cuñada y como siempre tiene medicina, le pido ¿me prestas el frasco aquel?”

P2: ¿La amoxicilina?

E5: Eso, entonces dentro de 2 días, la niña ya está bien

P2: ¿Y le dejaste de dar el antibiótico?

E5: Sí

P2: ¿Y cuántos días lo tomó la niña?

E5: Dos días o tres, más no. Entonces la niña ya puede comer, ya puede respirar bien, ya está. Si fuera que estoy en África, si estoy en cuarto mundo, si tú me



*dices “corta una cebolla por el medio, deja la medicación...”, bueno, a mí me da rabia, me da ganas de llorar. GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.*

Algunas mujeres de Pakistán, Marruecos y América Latina indicaron la importancia de que **las mujeres sean atendidas por una facultativa mujer**, sobre todo en las visitas ginecológicas. En las mujeres latinoamericanas los motivos de dicha preferencia se pueden relacionar con el pudor. Si no disponen de esta posibilidad, en ocasiones no realizan la visita médica:

*E3: Yo sí hago revisiones, pero que sea chica, si es chico no. Una vez me tocó uno y yo le dije “pero es que yo pedí chica”, “bueno, usted puede pedir lo que quiera, pero la tengo yo”. Pero yo no quería y me dijo “¿para esto me hace perder la cita cuando hay otra persona que la quiere?”. Igualmente me da vergüenza que me vea una chica pero no sé, que sea chica, será una manía.*

*P: ¿Y qué hiciste?*

*E3: No, yo no fui. Y dijo el doctor “a esta señora, a esta mujer, nunca más en mi agenda”, y le digo “no, ni hace falta, porque yo en su agenda tampoco iré, no se preocupe porque no nos veremos más las caras”. Y a las demás revisiones si he ido, pero que sea chica, ¿no? GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.*

Los hombres de Pakistán confirmaron la necesidad y la preferencia de las mujeres de ser atendidas por facultativas mujeres:

*E5: Siempre necesitan, si es una mujer, que el médico sea una mujer, no un hombre.*

*P: ¿Por qué?*

*E1: Porque son así*

*P: ¿Y en el caso de los hombres qué prefieren: un hombre o una mujer?*

*E1: En el caso nuestro a mí me da igual, pero en el caso de las mujeres prefieren las mujeres.*

*E5: Pero la diferencia ¿sabe por qué? Es porque la mayoría que vinieron son de pueblos. Ellos no salen, no salen de casa. Y allí ni mi amigo me puede decir que mi mujer está embarazada, esto también es algo raro, hay que decir. No visitan. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTÁN.*

Algunas mujeres musulmanas que no quieren ser atendidas por hombres optan por irse a sus países y ser visitadas allí por una médico mujer:

*P: ¿Si el médico les dice “no hay otra profesional de sexo femenino”?*

*E1: Bueno, por eso ellas están diciendo que si no es urgente no quieren visitar.*

*T: Voy a dar otro ejemplo de mi trabajo. Cuando yo trabajo sólo había un médico hombre, para todas las mujeres, de todos los tipos. Las mujeres*

*pakistanís, en los últimos 6 años, yo he visto, no han visitado con él. Se han ido a Pakistán para hacer el tratamiento. Eso yo he visto. Ni se han puesto DIU, no han... exploración por parte del doctor, ninguna. Ya tenemos ginecóloga y ya vienen muchas. Han ido a Pakistán y se han visto con otras. Sí, se van a Pakistán.* GRUPO DE DISCUSION 5 – PAKISTAN, MUJERES.

Finalmente, respecto a la preferencia de las mujeres de ser atendidas por facultativas mujeres, una IC indicó que se trata de una necesidad de muchas mujeres musulmanas y también de algunas autóctonas:

*No es sólo cuestión de la población inmigrada, o en este caso de las mujeres musulmanas. Me he encontrado con mujeres españolas que prefieren en lugar de un ginecólogo, una mujer, porque una mujer te puede entender, te puede escuchar mejor y tú te puedes sentir más cómoda hablando de cosas íntimas.* INFORMANTE CLAVE 3 – MEDIADORA, MARRUECOS.

Participantes del colectivo marroquí mencionaron que en algunos casos en que se programan varias visitas con médicos especialistas y/o exploraciones complementarias, el **coste económico** que suponen los desplazamientos es una barrera de acceso. Es una barrera derivada del desempleo y las dificultades económicas:

*El trabajo afecta la salud, sin trabajo, afecta a la salud ¿cómo? Por ejemplo, si tienes una cita muy larga, tienes que desplazar, buscar un medio de transporte, cada vez tienes que desplazar al hospital, no te dan una solución muy rápida, una cita y desplazar. Sin trabajo puede afectar, cada vez tienes que coger un medio de transporte. Esto me ha pasado a mí, cuando mi hija cada vez tiene que ir a Can Ruti porque tiene unos ganglios, y cada vez le daban una cita muy larga, y cada vez tengo que desplazar con mi hija hasta allí, a veces sin trabajo tengo que buscar un medio. Un poco, sin coche un poco... En esta parte afecta la salud con el trabajo.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Para seguir profundizando en la comprensión de las barreras existentes que limitan el acceso y/o uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante, también exploramos la opinión de los/as IC respecto a este tema:

Una IC que trabaja en el sistema sanitario destacó la falta de conocimiento del sistema de salud autóctono y la comprensión de los problemas de salud desde la óptica de su país de origen:

*El conocimiento de los circuitos del sistema de salud, la gente autóctona sabe dónde dirigirse y dónde no, ellos a veces si no vienen... por ejemplo, una persona de Chagas, que puede tener un posible Chagas, o un africano con la*

*criptosomiasis, ellos en su país eso lo tienen mucho, entonces para ellos es como una enfermedad muy habitual, pero para nosotros es muy específica y que hay que tratarla. La imagen que ellos tienen de la enfermedad esa no es la misma que podemos tener nosotros.* INFORMANTE CLAVE 4 – ENFERMERA CAP SANTA COLOMA

También puso en relieve las dificultades para comprender el funcionamiento del sistema sanitario español, y las dificultades de acceso de las personas que no tienen la residencia o la tarjeta sanitaria individual:

*No le puedes pedir a un africano o a un pakistaní, que no tiene ningún sistema sanitario donde acceder donde está, que llegue aquí y que sepa que tiene que tener la tarjeta sanitaria y pedir la hora, esperar a que se la den, que luego le llamarán por teléfono... todo esto para ellos era muy difícil y me imagino que esto ya lo van conociendo y el boca a boca entre ellos funciona. Porque eso es cada vez más fácil. Pero que sí, que a veces “es que no acuden”, no, no es que no acuden porque pasan, no acuden porque no tienen la noción de que “tengo que ir tal día”, y bueno, nos equivocamos un poco en eso.*

*P: Entonces... ¿el acceso en general es un problema, una dificultad que pueden tener los colectivos o no, o piensa que no lo es?*

*Yo creo que no lo es. No lo es, aparte de las personas que no tengan la tarjeta sanitaria, que la tienen. Pero si no tienen acceso a la residencia, eso sí crea dificultades claro.* INFORMANTE CLAVE 4 – ENFERMERA CAP SANTA COLOMA.

La población inmigrante puede experimentar mayores barreras de acceso a la atención mental, debido a los conceptos que mantienen acerca de los síntomas y problemas psicológicos, así como de la figura del psicólogo. Además, se añaden las connotaciones especiales de la barrera idiomática en esta área, como la pérdida de la confidencialidad que supone pedir ayuda a un/a familiar o amigo/a para superar dicha barrera:

*A nivel de la población general inmigrante, cualquier cosa relacionada con la salud mental, sea psicólogo, psiquiatra o tal, es muy negativo. Ir al psicólogo es como estar loco. Y esto les impide mucho. Por desconocimiento de lo que es el papel de un psicólogo, y por el tema de la lengua. Tú no puedes ir a un psicólogo a explicarle problemas muy profundos tuyos con una persona... si no tienes a alguien que sea de mucha mucha confianza y que te pueda traducir. Porque sí que puedes ir con tu amiga o con tu amigo al médico a decirle que tienes un dolor de cabeza, pero no explicarle que te sientes solo, que estás deprimido, que tienes problemas con tu marido, y así, si la amiga no es una persona de mucha mucha confianza, y estos casos son pocos.* INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG

Además, otra IC detalló el peso de la barrera idiomática en la limitación para expresar emociones y sentimientos mediante una lengua que no se domina:

*Es muy importante el tema de la lengua, siempre es muy importante. Una cosa es que tú sepas decir las palabras y la otra es que tú puedas transmitir lo que sientes tú. Tú puedes decir “me duele la barriga” porque sabes la palabra “barriga” o otra palabra, pero cómo te sientes tú no es tan fácil de transmitir.*

INFORMANTE CLAVE 6 – DIRECTORA ESCUELA.

Respecto a las consecuencias de las barreras existentes sobre el uso de los servicios sanitarios, la IC de China indicó que las dificultades idiomáticas, la incompatibilidad de horarios y el tiempo de espera son motivos para no realizar actividades preventivas que sí se realizaban en el país de origen, como la revisión ginecológica:

*E: Normalmente los chinos no tienen costumbre de hacer revisión cada año*

*P: ¿Y las mujeres, en general, van al ginecólogo a hacerse la revisión?*

*E: En China sí, pero aquí la mayoría no*

*P: ¿Y por qué crees que se debe esto?*

*E: La primera es por el idioma, y también por el horario, a lo mejor te dan un horario que no te interesa. Como no se hace el mismo día, queda pendiente, y aunque te dan el papel conforme pero... INFORMANTE CLAVE 5 – MEDIADORA, CHINA.*

Los valores tradicionales de algunas culturas también pueden ser una barrera. Una IC mencionó la resistencia de niñas adolescentes de Marruecos y Pakistán a desnudarse lo que dificulta la atención sanitaria::

*Las niñas, sobre todo las niñas adolescentes, las árabes, las pakistaníes, las chinas no, a la hora de explorarlas algunas no quieren desnudarse. Acaban desnudándose la mayoría, pero a veces es una barrera que no se quitan nada. (...) Solamente me ha pasado una vez. INFORMANTE CLAVE 2 – DOCTORA CAP.*

La falta de información sobre el cuidado de la salud (hábitos saludables y medidas preventivas) puede ser causa de un mal uso de los recursos y limitar la participación en los programas de prevención:

*Pues por información. Si no tengo información de cómo tengo que tomar medicamentos, cuándo tengo que ir al médico, pues no voy a hacerlo, y dentro de unos años... Por ejemplo, las mujeres en Pakistán, si tú ves una mujer de 80 años de aquí, y de 40 o 50 años de allí son iguales, porque no cuidan para nada. ¿Por qué no? No se saben cuidar. INFORMANTE CLAVE 8 – TRADUCTORA PAKISTANÍ.*

Finalmente, una IC indicó que a pesar de la existencia de las barreras que se han descrito, dichas barreras no evitan que la población inmigrante utilice los servicios sanitarios en busca de seguridad y tranquilidad, sobre todo cuando se sienten enfermos:

*Muchas veces aunque se encuentren, aunque haya barreras de idioma o haya barreras de rechazo de estas cosas, o de no saber cómo funciona el sistema, o de... aunque le encuentre barreras de cualquier tipo que las pudieran hacer que no fueran al médico, pues van porque priorizan la seguridad que les da.* INFORMANTE CLAVE 1 -TECNICO ONG.

### **3.6.3. Centro sanitario al que se acude ante un problema de salud**

En las situaciones en que deciden consultar a un servicio sanitario, el centro sanitario más frecuente al que se dirigen en primer lugar es el ambulatorio o Centro de Atención Primaria (CAP) del barrio. Con menos frecuencia, algunas personas se desplazan al hospital en primera instancia:

*Aquí en el barrio hay un centro (el ambulatorio), primero va a ahí. Primero no emergencia.* ENTREVISTA 4 – HOMBRE, CHINA.

*Cojo el teléfono para pedir una cita con mi médico de cabecera.* ENTREVISTA 9 – HOMBRE, MARRUECOS.

Alguno/as participantes relatan que deciden consultar al ambulatorio o al servicio de urgencias en función de la hora en que necesitan realizar la consulta:

*E6: Depende de la situación, depende de si es durante el día o la noche, si es por la noche debe ir a urgencias. Dice que han ido al médico de cabecera y de ahí los derivan al hospital.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

*Si pasa algo de día, yo llamo al ambulatorio primero, si hay hora paso con médico de urgencia que me dan. Algunas veces dicen que no hay médico en el ambulatorio, a las 6 o 7 de la tarde, y entonces cojo el coche y me voy directamente a urgencias de Can Ruti y ellos me atienden directamente.* ENTREVISTA 9 – HOMBRE, MARRUECOS.

Entre los motivos que lo/as entrevistado/as mencionaron para acudir al ambulatorio se encontraban el valorar que el médico de cabecera conoce la historia clínica y sus antecedentes patológicos, la proximidad física y recibir el tratamiento inicial ante un problema agudo:

*Primero al ambulatorio. Su médico sabe su historia [clínica].* ENTREVISTA 15 – HOMBRE – PAKISTÁN.

*Cuando tengo un problema de asma primero voy al ambulatorio, y cuando en el ambulatorio me hacen todas las pruebas y ven que no me va bien, que ya me han hecho todo, entonces ya me mandan al Espíritu Santo.* ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

#### **3.6.4. Frecuencia y motivos de visitar al médico**

La mayoría de participantes indicaron que, excepto ante determinadas situaciones como procesos crónicos o embarazo, habitualmente acuden poco al médico:

*E1: ¿Con qué frecuencia? Muy poca.*

*E2: Ella ha dicho que en 10 años solo dos veces.”* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – PAKISTÁN – MUJERES.

*E2: De vez en cuando*

*E3: Yo en este año he ido más porque más de lo mismo, anemia, y ahora también azúcar, porque de parte de mi familia también es diabético y me ha salido.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 – AMÉRICA LATINA.

*Estando embarazada cada mes, por los demás problemas no ha ido.* ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTÁN.

Entre los problemas y motivos de salud que justifican visitar al médico, se mencionaron actividades preventivas, como recibir las vacunas para sus hijos, hacer seguimiento de problemas crónicos o realizar revisiones con análisis de sangre; y problemas de salud, ya sean frecuentes como migrañas o alergias, o más graves, como un aborto:

*Para que me revisen, para que me hagan alguna analítica o algo.* ENTREVISTA 1 – HOMBRE, COLOMBIA.

*E1: Ella va a menudo porque tiene problemas de tensión alta.*

*E2: Ella se visita sólo por migrañas desde que está aquí en España.*

*E2: Ella tiene alergia, es una problema muy muy grave, problema de artritis, alergia...*

*E4: Ella porque ha tenido un aborto, y por esto ha tenido que ir.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5 – MUJERES, PAKISTÁN

Una IC indicó que un motivo para visitar al médico es la de necesitar compartir un problema de salud y la búsqueda de un sentimiento de tranquilidad para hacer frente a dicho problema:

*Es la necesidad de poder hablarlo con alguien, poder tener a otra persona que vea el caso, te diga algo y te dé la seguridad de que te diga algo y te den unas*

*pastillas. El hecho de ir al médico ya te da una seguridad, si no, como no puedes compartir con nadie la enfermedad tuya o la de tu hijo te crea una ansiedad que cuesta de vivir.* INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.

Otros IC indicaron que habitualmente acuden a los servicios médicos únicamente cuando sienten algún síntoma, y que estando asintomáticos habitualmente no consultan, tampoco para realizar actividades preventivas:

*No, no, cuando nos encontramos mal al médico, pero si no, no.* INFORMANTE CLAVE 7 – PASTOR LATINOAMERICANO.

*Si están bien no se preocupan, si están bien la mayoría no van.* INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

### **3.6.5. Motivos para acudir a los servicios de urgencias**

Los motivos de consulta más frecuentes que realizaron en los servicios de urgencias fueron los dolores músculo-esqueléticos:

*Muchas veces, por un dolor de rodilla, o un dolor de... una molestia, no sé qué había, yo pensaba que del corazón, pero no, era músculo, porque trabajaba con mi mano mucho.* ENTREVISTA 8 – HOMBRE – PAKISTÁN.

*Lo más fuerte que tengo yo es el de la espalda. Aguanto el primer día, el siguiente día, el tercer día, pero al cuarto día me aplican una inyección y me calma, me pasa el dolor. Pero los demás, la cabeza, muela o estómago voy a la farmacia.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – HOMBRES, MARRUECOS.

Alguna/os participantes señalaron que prefieren consultar directamente a los servicios de urgencias porque piensan que la/os atenderán más rápido y resolverán sus demandas médicas:

*Sí que va al médico de cabecera, eh... incluso va a urgencias, porque el otro día, por ejemplo, se bloqueó de la espalda... dice que ha ido a urgencias pero le dijeron que tenía que coger hora para el día siguiente, y entonces ella se enfadó y volvió a casa y no volvió al médico.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARRUECOS.

*Cuando tú te vas al médico de cabecera tienes que poner una fecha ¿no? Y en esa fecha, día tal, médico de cabecera decir "no, no, no, usted hoy es día dos, vienes el día 18, pero hasta el día 18 ¿qué vas a hacer? ¿nada, no?. No te va a tratar inmediatamente el médico de cabecera, tienes que ir a urgencias.* GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – HOMBRES, PAKISTAN.

Especialmente entre el colectivo chino destacó el deseo de ser atendidos más rápidamente como motivo para acudir a los servicios de urgencias, independientemente de la noción de gravedad del motivo de consulta:

*E8: Sí, dice que si va a visitar normal al médico de cabecera tardará mucho, pero va a urgencias y todo se trata... GRUPO DE DISCUSIÓN 1 – CHINA.*

*Los chinos no quieren esperar, siempre quieren más rápido. No ven si una cosa es urgencia o no es urgencia. ENTREVISTA 14 –HOMBRE, CHINA.*

Relataron que cuando consultan por un problema de salud habitualmente ya llevan varios días de evolución en casa antes de visitarse, por lo que cuando deciden consultar acuden a urgencias para no demorar más tiempo. Piensan que los autóctonos tienen una percepción totalmente contraria de su conducta, creyendo que habitualmente consultan inmediatamente después de los primeros síntomas:

*Pienso que los españoles piensan que los marroquí, cuando es la cosa pequeña vamos a urgencias. No, es lo contrario, estamos en la casa 3 días, aguantamos haciendo las cosas normales, las naturales, el té y todo eso, con las alternativas, con hierbas. Empezamos con esto con los niños, después si no da resultado, después a la cabecera o a la emergencia. Salen a emergencias directamente porque no van a esperar tanto, porque antes estaba esperando 3 días o una semana para que su bebé se recuperase. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

Una IC indicó que el desconocimiento en cuestiones básicas de salud y/o sobre el uso de los medicamentos puede alargar la evolución de algunos procesos patológicos y conducir a consultas repetidas saturando el sistema y los profesionales:

*El desconocimiento de cuestiones básicas de salud no es una barrera para acceder al médico y al hospital, pero sí que es una cuestión que hace que hayan enfermedades que sean recurrentes. Como no saber emplear bien los medicamentos, los antibióticos, que ya pasa con la población de aquí y con los inmigrantes más todavía porque no entienden las instrucciones. Y hay cosas que no se curan bien, que tienen que volver, encuentran médicos que están hartos de que les vengán siempre con los mismos problemas. INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICO ONG.*

Según dicha IC, el desconocimiento o incompreensión de los circuitos del sistema sanitario puede conducir a sobreutilizar los servicios de urgencias:

*Y luego el tema de que no conocen el sistema, no conocen los especialistas, para qué sirve cada cosa, cuándo se tiene que ir al hospital a urgencias, cuando se tiene que coger una visita programada, el sistema de vacunas y todas estas*



*cosas. Entonces, terminan usando mucho los servicios de urgencias, por visitas que con una prevención o con visitas periódicas o con un seguimiento podrían ahorrarse. INFORMANTE CLAVE 1 -TECNICO ONG.*

El IC pakistaní explicó que, para evitarse los problemas que perciben en atención primaria (pedir cita, barrera idiomática, trato recibido por parte de los facultativos) y después de unos días de sentirse mal, ellos prefieren ir directamente a urgencias. También hizo referencia a la falta de hábito de solicitar visita previa por las diferencias con el sistema sanitario del país de origen:

*Vienen cuando ya no pueden más, vienen a urgencias, no aceptan pedir, antes de pedir cita por Internet, con antelación, no saben el idioma, pues normalmente no respetan, los médicos no respetan a ellos. Pero ellos no, el comportamiento de los pakistaníes no es malo, siempre por vergüenza o por barrera idiomática no hay conflictos como estos. Pero aquí en el Centro yo no estoy de acuerdo con todos, porque hay centros que trabajan de maravilla, pero hay insultos... como que... que no respetan, como un rechazo ¿no? No hacen analítica como tiene que hacer ¿no?, una vez al año, si tienen diabetes no se cuidan.*

P: ¿Por qué crees que no aceptan esto de pedir hora con anticipación?

*No están acostumbrados. En Pakistán el sistema sanitario es privado, van cuando ya están enfermos, es por cultura, no es porque... No hacemos ahí analíticas nunca, no hacemos... a lo mejor tienes diabetes desde pequeño y no lo sabes. Ya cuando ya estás en cama y te han hecho el test, "ah, pues tienes diabetes", y ya estás... INFORMANTE CLAVE 8 – TRADUCTORA PAKISTANÍ.*

### 3.7. RELACIÓN CON EL SISTEMA Y EL PERSONAL SANITARIO

En el estudio indagamos acerca de la opinión de la población inmigrante sobre la sanidad pública española. Los/as participantes identificaron elementos que consideran negativos de la atención sanitaria, valoraron las actitudes del personal sanitario, identificaron los principales escollos y las soluciones en la relación entre personal sanitario y población inmigrante, y, finalmente, aportaron recomendaciones para mejorar la atención sanitaria.

#### 3.7.1. Opinión sobre el sistema sanitario público

La opinión de lo/as participantes sobre el sistema sanitario español fue muy positiva. El elemento mejor valorado fue su cobertura universal y gratuita, circunstancias que no ocurren en los sistemas sanitarios de sus países de origen:

*Dice que aquí la sanitaria es mejor y es gratuita.* ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.

*Por mi experiencia es uno de los mejores de los que he conocido, porque no conozco muchos sitios, tengo lo que se ve por estadísticas, por sistemas. Siempre voy curioseando cómo van llevando el sistema en Estados Unidos, cómo lo llevan otros países. Y la verdad lo calificaría como un 99% casi 100%, por mi parte. Es muy bueno, hasta el momento en que yo estuve internado en España, siempre digo yo, gracias a ellos.* ENTREVISTA 23 –HOMBRE, BOLIVIA.

*Para lo que yo he vivido, excelente, de donde yo vengo, excelente.*

P: ¿En qué se diferencia?

*En la noche y el día (riendo). Nosotros allá no tenemos seguro sanitario, para comenzar. Si te enfermas o te constipas ahí vas a un médico y tienes que pagar, de entrada. O sea allá si te enfermas tienes que ir con la billetera gorda, aquí no. Aquí aunque te pegues toda la noche esperando en Can Ruti no te sacan un duro, te dan una receta que con dos o tres euros la compras. Ahora es un poquito más caro, pero antes con 50 céntimos y dos o tres euros te llevabas un fajo de remedios. Allá en Bolivia es imposible eso.* ENTREVISTA 24 – HOMBRE, BOLIVIA.

Así mismo, mucha/os se sienten muy agradecida/os con la sanidad española reconociendo el valor humanitario del sistema:

*E3: Y yo me asombro y doy gracias a Dios, siempre doy gracias a Dios por la seguridad social, de aquí de la institución, de todos los medios de aquí que avanza. Yo siempre digo, “no puedes llegar a esa persona, al presidente de la Generalitat, lo que sea no, pero...”, a ver te hablo desde el punto de vista*

*cristiano, en oración siempre digo “gracias a Dios por estas personas” no los conozco. Yo estoy muy agradecido con España, la verdad.*

*E5: Yo siempre he escuchado en noticias que la medicina y todo eso en España está muy bien, son más ¿cómo es la palabra que dicen? Son más caritativos, que no se dejan... a uno que está en la calle no se deja morir, como en otros países. Eso es muy bueno. [...] Todo eso se agradece, a pesar de que uno no tiene documentos, de lo que sea, lo ves por televisión viene a ser la Cruz Roja o lo que sea, unos negritos, vienen estos que ya están y corren los médicos, están corriendo para arriba y para abajo. Eso es ser humano, esa es la palabra correcta. Humanos. En España son muy humanitarios. GRUPO DE DISCUSIÓN 8 - AMÉRICA LATINA 2.*

Una participante indicó que en España existen y se ofrecen una serie de recursos socio-sanitarios que pueden ayudar a la población en, por ejemplo, problemas de salud mental:

*Aquí cualquier cosa te ayudan, en el sentido de que si tú tuviste algo, la psicóloga ya me escucha, cualquier cosa, ya están pendientes, entonces me han ayudado mucho en eso. Entonces ya no tengo el temor que tenía antes, el miedo, y ha salido un poco más de la chica tímida que era, he madurado. ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.*

### **3.7.2. Valoración de los servicios y la atención sanitaria**

Lo/as participantes valoraron que con la crisis económica ha disminuido la calidad del servicio sanitario: más lentitud, menos profesionales, no se expiden recetas para medicamentos subvencionados:

*A una señora que tiene la radiografía, que tiene una cita para hacer una operación de piedras, para sacar piedras, cuando fue el día y la hora que le han dado para hacer la operación... el médico dice que no la recibió bien, la trató mal a esa mujer, y al final le ha dicho... ¿cómo le habrá dicho? Significa, que ahora estamos en crisis si quieres hacer la operación vete a Suiza ¿entiendes? Así se ve tal como está la situación, la economía en crisis, ha afectado también al servicio de la sanidad.*

P1: Perdona, ¿Y esta mujer de dónde era?

*Extranjera. Tiene cita y tiene la radiografía, pero la ha mandado a otro su médico, a otro centro para hacer la operación. La persona que la ha recibido ahí la trató mal y al final le ha dicho que no se puede hacer la operación así, que si la queréis hacerla “vete a Suiza”, porque “ahora no tenemos dinero para hacerte la operación... para sacarte la piedra”. [...] Los cortes que han hecho al servicio de sanidad, menos médicos, menos calidad, menos servicios, se notan*

*también en pediatría donde yo llevo mi hijo. Tenía un médico, una pediatra y se ha marchado, al final casi no hay pediatras, por la falta. Esto afecta también al servicio de la sanidad... las citas muy importantes se alargan hasta un año.*

*E4: Si vas ahora al ambulatorio y está casi vacío, por falta de personal de hospital, no como antes.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – MARRUECOS, HOMBRES.

*E6: Pedí una cita, por ejemplo, una receta de Dalsy, “eso no te da el seguro, el Dalsy ya no existe porque es muy dulce” “¿me das otra crema para picor de?” “eso no entra en el seguro, vete a comprarte”. La doctora ahora si es muy cariñosa y muy guapa. Pero el tema de comprar, hay que comprar de todo. Hay muchos cortes de medicina.*

*E2: Sí, claro, hay muchas medicinas que no entran ya por el Seguro.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – MARRUECOS, HOMBRES.

Una de las quejas más frecuentes fue la lentitud en el sistema sanitario con respecto a la gestión de las citas y al tiempo de espera para ser atendido:

*Le mandaron para hacer resonancia magnética, pero todavía no ha... el médico le ha derivado, pero no ha llegado el día de cuándo tiene que hacerlo. Y el chico está en casa, y no puede ir a trabajar y está esperando que los médicos le hagan tratamiento para que se vaya a trabajar. Quiere decir que se tarda mucho el tratamiento del hospital.* GRUPO DE DISCUSIÓN 5, MUJERES - PAKISTAN.

*E6: Ahora menos calidad, citas muy largas, largas para... por ejemplo, para hacer una radiografía al lumbago, o para hacer un escáner... puede llegar una cita hasta un año...* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 – MARRUECOS, HOMBRES.

*R4: Yo, en mi caso he tenido suerte, lo único que cuando yo he ido con mi niño pequeño a Can Ruti en lo que es Pediatría sabes a la hora que llegas, pero a la hora que sales es horrible. Y si es que a veces no hay gente afuera, uno se da cuenta afuera. Y ahí puedes estar... para que te llamen...*

*R2: Una vez cuando fui con un dolor horrible, se me había inflamado todo lo de las vías urinarias y todo, no sé debido a qué y me tenían ahí sentada, estuve como 4 horas ahí muriéndome de dolor y me decían “no, es que el médico está arriba en urgencias”, “pero un médico para un hospital, pero señorita...”, por eso no quiero saber nada del Espíritu Santo.*

*R5: Depende del ambulatorio creo yo. Porque yo por ejemplo, pido cita o quiero cita con el ambulatorio. Yo pido cita cuando estoy resfriada “no, no, no hay citas hasta fin de mes” y ¿cómo puede ser esto que no hay citas hasta fin de mes?. Y luego tú vas abajo y las consultas están vacías.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

Las quejas descritas sobre el tiempo de espera fueron compartidas de la misma manera por un IC pakistaní:

*Están muy contentos con los médicos, el trato con los médicos es super bien. Si alguna vez han estado ingresados, el trato es... dice que en Pakistán ni de lejos. Solamente el malestar es esto del atraso, de que hay que esperar y bueno, después claro, tienes que hacer prueba y prueba y darle exactamente lo que necesita.*

P: ¿Crees que si vosotros les explicáis que hay que pedir cita y esperar, como funciona aquí, en general se entiende?

*Sí, sí, eso lo entienden perfectamente. Pero ¿sabes? Entienden, pero el problema es que cuando uno tiene un problema, un dolor de muela o de la cabeza, lo que estoy diciendo, yo pienso que lo que más hay, en aquel momento la gente no entiende nada, lo que quiere es que alguien lo cure. Entonces lo que realmente se habla sí, generalmente se entiende, sí.* INFORMANTE CLAVE 9 - MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

### **3.7.3. Valoración de la atención del personal sanitario**

En general, la evaluación de la mayoría de lo/as participantes sobre la atención y el trato en los servicios sanitarios fue positiva (de buena a muy buena):

*Muy bien, nunca ha habido problema con nadie. El trato a mi mujer, dos veces ha hecho aborto, y me ha ayudado la asistente social.* ENTREVISTA 08 – HOMBRE, PAKISTÁN.

*Dice que los servicios sanitarios están muy bien aquí. Dice que ella otra vez ha caído y vino la ambulancia y en el hospital no sabe hablar y ha traído una traductora para que ella pueda ayudarlo a mejorar.* ENTREVISTA 13 – MUJER, CHINA.

*Yo de mi parte siempre me han atendido bien. Mucha gente me han dicho que se han quejado, pero por mi parte siempre me han atendido bien, nunca me han mostrado la mala cara para atenderme ni nada, empezando por mi médico de cabecera y la enfermera, nunca me han tratado mal.* ENTREVISTA 23 – HOMBRE, BOLIVIA.

Ella/os refirieron que el trato por parte del personal sanitario, y específicamente del médico de cabecera, suele ser amable y respetuoso:

*En trato sí muy bien, a excepción de uno que otro médico por ahí, el trato en general es muy, muy bien, o sea es muy amable, muy respetuoso, y todo el cuento, yo en el trato no tengo nada de qué quejarme.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

*La atención está bien, si la gente trata bien (...), adecuada, ningunas veces no hay eso de rechazo de uno, me hablan bien y para la familia también.* ENTREVISTA 09 – HOMBRE, MARRUECOS.

*[El médico] del niño pues va bien, me lo controla bien, me lo examina. Las cosas que le pregunto me lo explica bien.* ENTREVISTA 12 – MUJER, BOLIVIA.

Sin embargo, la evaluación no es tan positiva cuando se describe la atención de los especialistas:

*E3: Dice que la mayoría son amables, pero como han explicado antes, los especialistas en todos los casos, en todos los ambulatorios son muy estrictos. Y son muy... lo siento, pero son muy mala leches.*

*E1: No tratan bien a los pacientes, no sé si con los españoles, no sé cómo los españoles cómo les tratan. Pero con mi padre que he estado en las consultas o en los casos que trabajo no tratan bien.* GRUPO DE DISCUSION 5 – PAKISTAN, MUJERES.

En ciertos casos, alguna/os describieron que se han encontrado con médicos bastante distantes: poco cálida/os y acogedora/es. Perciben poco interés por parte de los médicos para conocer mejor su estado de salud real y reclaman mejor y mayor comunicación por parte del médico/a:

*Le digo a la doctora que me duele aquí y la doctora está así (golpeando los dedos con la mesa) “¿Ah, sí?, ¿te duele?, ¿y por qué te duele?”, “no lo sé” (ríen), y ella está así, y es que ni te mira la cara.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

*Aunque en Can Ruti, no sé... hay personas que son tan cariñosas... Este es el doctor que no me gusta, digo “Dios mío que no me toque éste” (ríe) ¿sabes?, y te pasa, la verdad... Claro, aquí estás malísima cuando un doctor te diga “tranquila, todo va a pasar bien, vamos a hacer otros análisis, ¿de acuerdo?” te escucha, pero un doctor que está como si tú no existes, él va hacer su trabajo, pero la verdad que éste no es tu trabajo, tu trabajo es ayudarme.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

*E5: La pediatra ésta, pues es como que la comunicación con ella es... es muy distante contigo. O sea tú entras a hablar con ella y ella está con... todo tecleando, no te mira, es como si no te atiende, es como si te dice “vale, ponte en la cama”, pues esto, es como que no te da tu tiempo ni nada ¿sabes? Es eso.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MARRUECOS, MUJERES.

Por estos motivos alguno/as explicaron su sensación de que ir al médico de cabecera es una visita inútil, improductiva, porque sus necesidades no serán atendidas:

*E incluso no le gusta a ella ir al médico porque cada vez que va le dicen lo mismo, cada vez que va al médico de cabecera le dicen que esto es normal y que no tienes nada. Por lo cual no tiene ganas de ir al médico.* ENTREVISTA 16 – MUJER, MARUECOS.

*Es que en algunas cosas yo no soy tontita para decirme que no tengo nada ¿me entiendes? ¿O porque el que esté con este velo significa algo menos nivel de estudio? Yo puedo entrar, coger cualquier libro y ver y leer estos síntomas y puedo saber qué tengo ¿entiendes? Entonces tú como una doctora, como una profesional, digamos que tú seguiste todo eso para cogerte este sitio y tienes que hacer más, esforzarte más. Vinimos a Can Ruti porque escuchamos que tiene profesionales, entonces vinimos, buscamos estos profesionales ¿dónde están? Entonces es una pérdida de tiempo, es una pérdida...* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

Puede ocurrir también que la visita médica sea percibida como inútil porque en algunos casos desconfían del diagnóstico y/o recomendaciones que les dan los médicos:

*Se limita mucho a... por ejemplo, ¿cómo le puedo decir? El chico que me dijo que tenía la hernia, recién, que era muy pequeña, me dijo: “no te preocupes por eso que igual puedes vivir con eso, lo único que tienes que hacer para que no te siga brotando es hundirlo, ¿vale?”. Y yo digo entre mí: ¿pero por qué no me mandas una ecografía?, pero no.* ENTREVISTA 11 – MUJER, ECUADOR.

Varia/os opinaron que algunos médicos subestiman sus síntomas considerando sus problemas de salud poco graves o nada urgentes, y consideran que no les hacen caso. Según indicaron, algunos profesionales ni siquiera se toman la molestia de auscultarla/os:

*Te digo que antes españoles están mejor, ahora un poco menos, porque todo para ellos ahora es normal, normal y normal. No te hacen darte una...*

*T: No te hacen diagnóstico porque tal como dice ella, también yo lo he escuchado que cada vez que van con el niño enfermo o la niña enferma, el pediatra le dice que es algo normal. Y eso a los marroquíes no les sienta bien y por eso intentan buscar alternativas.* ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.

*E3: Porque siempre iba a Can Ruti y me decían: no tiene nada, no tiene nada. Y yo decía que esto no es normal, el niño convulsionó de fiebre también. Eso es horrible, no se lo deseo a nadie, una madre que tenga un niño que convulsione, es como un ataque epiléptico también, eso es horrible. Entonces dije: ¿será que no me lo atienden aquí?* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

*Una vez estuve mal, me fui a un ambulatorio, creo que me doblé, lo tenía bien inflamado el dedo, algo así... Casi nunca había ido, pero mi marido me dice "anda al médico, anda al médico", me tenía esto un dolor, y me dice sí y... o sea, no me atiende, ¿me entiende? Ella, me dice, y me pregunta "¿qué es lo que tiene?", "mira, tengo esto, esto, me duele esto" porque tenía bien inflamado los dedos, y bueno no me lo revisó, sólo me dio la receta, nomás así. Y yo le dije "si yo vengo aquí es para que me miren, para que vean qué es lo que tengo o algo, no solamente es tirarme la receta, darme la receta sino que tiene que mirarme lo que tiene, porque tú me vas a dar una receta sin saber qué motivo, qué es lo que yo tengo". Ahí salimos discutiendo, "el que te diré, es que tú no me vas a decir...", "es que tú primeramente si un paciente viene es para que tú lo atiendas, no solamente de mirar", porque ni siquiera me revisó, no me revisó absolutamente nada.*

P: ¿Usted cree que esta persona actúa así con todo el mundo en general o que se debe a que usted es de Ecuador?

*No lo sé, yo no lo sé, porque como yo no soy este... bueno, aparte de eso, tengo amigas también que en otro hospital también, recetan... sin mirar qué es lo que tienen [...] Aquí hay mucho... como que lo tienen más apartado a la gente de uno. [...] Por lo menos a mí me han hecho eso. O sea nos marginan en esa parte, nos marginan, no todos los médicos, no todos, unos que otros. ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.*

Una mujer marroquí relató una experiencia personal en la que su demanda concreta no fue atendida. También atribuyó el trato recibido de parte de la facultativa a los prejuicios de lo/as profesionales hacia las mujeres que utilizan el velo:

*Fui al médico de cabecera y le digo que tengo una tos, va a darme un papel para la medicina, y digo a la doctora: "yo no quiero medicina, hágame análisis" porque fui a Vall Hebron y me han dicho que no tiene nada que ver con esta tos. Esta tos es algo, no sé qué es ese algo, puede ser una infección o algo, entonces no es una tos seca o una tos... no. Me da un shock cuando la doctora me ha dicho "toma estas pastillas" como si soy una... ¿cómo se llama? como un mouse, una ratón que va a darte unas pastillas para "a ver prueba esto, a ver prueba el otro, no a ver...". Es que me da, como que la doctora piensa, lo digo otra vez, que el que tiene el velo es que esta mujer es tonta ¿entiendes? No somos así. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

En ocasiones la desconfianza proviene de explicaciones que les dan los médicos que ellos perciben como absurdas:

*Y voy y le decía "es que me duele el pecho y no sé qué", o voy y le decía a la doctora: "Doctora, me siento mareada, necesito este..." y la doctora me dijo:*



*“no, no, no”. Tú vas a quejarte y la doctora me dice que no, que yo no necesito eso, cambia nada más de dieta. Pero no, le estoy diciendo que me duele algo y usted me manda otra cosa. “No, eso no es eso, puede ser el desodorante, puede ser...”*. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 -AMERICA LATINA 1.

*E4: Mi marido hace tiempo, hace dos años tenía la muela, se le partió comiendo y no sé qué. Fue al ambulatorio para sacarse y el médico del ambulatorio le dice: “es que no, es que usted no precisa sacarle la muela” y le salía ya sangre, le olía feo la boca. Como estaba partida, como estaba eso ahí, y le dice el doctor: “no, no, no, váyase porque en su cara no se refleja el dolor, cuando esté con dolor viene”. Y le dice al doctor: “¿cómo me dice usted? ¿usted está dentro de mí para que me diga que no me duele? A mí me está doliendo la boca, me huele la boca. Y le dijo: será porque no se cepilla los dientes.* GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.

En casos más extremos, ella/os piensan que al no atender sus demandas se pueden encontrar con acciones negligentes por parte de los médicos:

*Cuando el niño tenía como 6 u 8 años, 7 años así, a Can Ruti le llevamos por un dolor de barriga, y dijeron que no era nada, y a los dos días tuvimos que ingresarlo de urgencia porque era la apendicitis.* ENTREVISTA 01 – HOMBRE, COLOMBIA.

*Con ella lo pasé muy, muy mal, porque estuvo malita. Fui al ambulatorio porque mi hija tenía diarrea, no sé, le sentó algo mal, no sé, pero parece ser que estaba de urgencia y habían muchos niños delante... entonces la doctora fue y la niña seguía con fiebre y seguía con fiebre, diarreas y vómitos, me mandó dieta líquida y me dijo que era gastroenteritis pero no le hicieron prueba de nada. Y mi hija seguía con 40 de fiebre y nos fuimos al Hospital de Mataró y entonces lo primerito que le hicieron, lo primero fue prueba de orina, y entonces tenía una infección de orina, y esa infección de orina como había estado por días de gastroenteritis, pues la mandaron al hospital, y se le infectó un poquito, casi, pero no le llegó a los riñones ni nada porque le hicieron toditas las pruebas... Entonces... ella era eso lo que tenía, una infección de orina, y se le viene un poco la sangre. Entonces la ingresaron, cinco días estuvo en el hospital, y era eso, porque la doctora nunca le hizo la prueba de la orina, que era lo primerito le habían hecho. Entonces el doctor me dio un informe para que la llevara y la denunciara, y yo no lo hice.* ENTREVISTA 25 – MUJER, ECUADOR.

Algunos/as participantes indicaron que observan un cambio de actitud y/o trato del médico cuando éste atiende a pacientes de origen extranjero. Incluso el tiempo de la atención es percibido como más corto si se lo compara con el tiempo de la atención a

la/os pacientes españoles. Esta percepción fue encontrada en participantes de todos los colectivos representados en este estudio:

E2: *Dice que lleva al niño a urgencia y cuando entra la médico, ella no le da buena cara.*

P: ¿Y ella qué piensa, por qué cree qué se debe eso?

E2: *Dice que ella piensa los médicos cuando ven a extranjero piensan de otra manera.* GRUPO DE DISCUSIÓN 2 - CHINA.

*Hay personas que nos atienden tal vez, yo digo que se levantaron de buen humor, que nos atienden, nos preguntan, nos hacen preguntas de todo. Pero hay personas que cogen y ya dicen “esto, esto, a ver esto, bueno, siguiente”, o sea, que no nos atienden a veces, digamos, como... yo pago también la Seguridad Social, por eso con mi esposo pagamos la Seguridad Social, por eso creo que tenemos derecho también de que nos atiendan un poquito más mejor, como también a los españoles. Es mi idea ¿no?, porque digo... no es que tal vez van a pagar de su dinero de ellos, también estamos pagando nosotros. Entonces yo creo que deberían atendernos un poco mejor. O qué se yo, o preguntarnos un poco mejor. Hay médicos que nos preguntan un poquito, hasta se tardan un poquito, pero hay veces que cuando uno entra, uno de esos mal días digamos, yo entro y no se demora ni 5 minutos, pero si entra un español, se demora más de 5 minutos. [...] Hace un año y medio, por ejemplo, mi hijo el pequeño estuvo mal... no paraba de vomitar, tenía vómito y tenía diarrea, y me fui a Can Ruti... y no había muchos niños de urgencia. Entonces yo entré primero con mi niño y atrás mío entró una española, que el niño sólo se había caído y sólo tenía el brazo. Porque si vamos respetando los turnos, pues yo creo que tenía que entrar mi niño, pero no, pasó primero el otro niño y a mí me dejaron esperando un buen tiempo.* ENTREVISTA 10 –MUJER, ECUADOR.

E3: *Ella, por ejemplo, comenta que cuando está en la sala de espera ve esa diferencia, cuando entra una persona española se queda más tiempo, pero cuando te toca a ti enseguida te atiende, dice que ni siquiera te explora, o sea nada. Ni siquiera hace el esfuerzo de averiguar qué es lo que te está pasando, no hace una exploración de lo que...* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MARRUECOS, MUJERES.

Esta percepción es comprobada por alguna/os cuando la contrastan con el trato que reciben cuando les atiende un médico de origen latinoamericano:

E5: *Bueno, la mayoría te digo una cosa, la mayoría si te toca un español intentan... bueno, intentan rápido pasar de ti.*

P: ¿Atenderte rápido?

E1: *Y si te pillas un médico de Sudamérica, hay montón. Hay un montón, médicos sudamericanos aquí, y son más buenos que ellos.*

P: *¿Qué los españoles?*

E1: *Sí, además más simpáticos, te cuidan muy bien.*

E5: *Te digo una cosa, aquí la mayoría de los médicos son extranjeros y cuando nosotros como extranjeros vamos ahí, ellos entienden a nosotros perfectamente que este es como yo, sienten por nosotros que son extranjeros como nosotros, y tenemos que ayudar a ellos y siempre entienden mejor. Y siempre nos pasa esto. GRUPO DE DISCUSIÓN 6 – PAKISTAN, HOMBRES.*

Ante estas situaciones, algunos/as participantes interpretaron que se trata de personal sanitario que tiene actitudes y comportamientos racistas o xenófobos:

*Me encontré con una [doctora] que yo digo a mi marido directamente: “esta no tiene ganas de trabajar”, aunque lo siento, de verdad, aunque es racista, aunque no le gusto, aunque hay algo, es que me trata mal, malísima, está hablando de una manera tal que... yo digo que está preguntándome: “¿por qué viniste?, primera vez, lo digo porqué... Segunda “¿por qué viniste?”, de una manera así: ¿por qué viniste? Lo digo. Me subo a la cama: “¿por qué viniste?”, “¿por qué me hace eso?, ¿qué quiere saber? Vengo a emergencias porque tengo un dolor fuerte que no puedo dormir con él. No voy a venir a las doce y media de la noche para jugar ¿me entiendes? Si el dolor es menos fuerte voy a aguantarme. Pero para coger, fíjate, vamos a coger el coche, salimos del parque [parking], a este parque, fíjate si vas a encontrarlo otra vez para poner el coche o no cerca de tu casa. Cogemos el coche, un rato estamos a las doce y media, mi marido el pobre que va a trabajar. Entonces salimos, esperamos la urgencia, todo eso, entro, para decirme “¿qué quieres?”, cuatro veces, “¿por qué me haces esto? ¿puedo cambiarte o no?, ¿tengo la... el derecho de cambiar a la doctora o no? No lo sé”. Aunque está en urgencias, entendiendo que es tarde y todo eso, pero... “tú estás aquí. Tú estudiaste esto para ayudar a personas, entonces trabaja más”. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

*Una vez yo estaba mal quería ir al médico, el viernes por la tarde no hay citas, y aquí en el ambulatorio hay emergencias los sábados. Y me olvidé que hay urgencias. Y entonces a la una y media me fui a comprar aquí al Carrefour, y urgencias estaba abierto. Y entonces entré, ¿vas a urgencias? Me ha dicho una chica que estaba en el mostrador, sí que hay. Y cuando entré estaba esperando el médico a la una y media, y me ha dicho el médico: “¿por qué vienes a esta hora?”, y no me ha gustado, me atiende y me ha hecho la receta, me salí fuera, me rompí esa receta porque no me ha tratado bien y no va a darme medicamento que va a ponerme bien, rompí ese papel y me fui.*

P: No entendí. ¿Qué le pasó cuando fue a la una y media?

*El médico se fue a cambiar para salir a las 2, porque la Urgencia empieza en la mañana hasta las 2. Entonces como he venido a la última hora y no le ha gustado eso... Es que yo digo, es que un médico racista o algo así...*

P: Pero podría haberle dicho que no hay hora para enfermarse.

*Yo no he dicho nada pero cuando al médico me va a decir esto, tiene... está abierto a otras culturas, un médico que dice esto a otras personas que no conoce de nada, ¿cómo va a decir esto? Entonces médico racista dije así, por dentro, yo he dicho esto, médico racista y ya está.*

P: ¿Tú piensas que más fue porque tú eras marroquí?

*Sí, porque a un español no le va a decir: “¿por qué vienes a última hora?”.*

ENTREVISTA 09 – HOMBRE, MARRUECOS.

*Yo le digo a mi cuñada: “¿Y no has ido a reclamar eso a San Juan de Dios?, porque esto es una negligencia, porque ¿qué hubieras hecho?, ahorita está tu hija en lista de espera y a la niña se le puede estar haciendo algo. ¿No es que se preocupaban por el niño? Yo no lo veo normal eso. Ponle una denuncia por negligencia al médico, porque es una negligencia lo que ha hecho”. O sea que si no le llevan al Can Ruti mi sobrina estaría todavía ahí, del gancho estaría hundiéndose y hundiéndose más al hueso y hubiese sido una gangrena y hubiera sido peor”. Yo le llamo y le digo: “búscate los papeles y yo te acompaño y lo peleamos, porque eso no es normal, falta que no sólo te hayan hecho a ti sino que le hayan hecho a otras personas. ¿O sólo porque ella es...?”. Ella es morenilla, es morenita, y hay que ser realistas, hay gente que son racistas, no son todas, pero la mayoría de la gente es racista. GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.*

Sólo en muy pocos casos hubo la referencia a la percepción de un trato igualitario en la atención sanitaria, independiente del origen:

*Si la persona está con su carné y está al día aquí, no tiene ningún problema.*

*Pobre de ellos que no tienen documentación, pero el que tenga documentación veo que lo atienden igual como el de aquí. No he visto que digan: “ah, es que no eres español y lo atendemos de esta forma”. Antes, muchas veces hasta lo atienden mejor a uno que a los españoles. ENTREVISTA 01 – HOMBRE, COLOMBIA.*

*Bueno hay igualdad, por ejemplo tú eres española o eres pakistani te tratan igual que una española, una musulmán, o pakistani o un americano. Esto le gusta más. ENTREVISTA 20 – MUJER, PAKISTAN.*

### 3.7.4. Algunos desencuentros

A continuación recogemos las explicaciones de varios IC para comprender mejor el origen de las percepciones (distorsionadas o no) de lo/as participantes sobre la atención y el trato del personal sanitario respecto a la población inmigrante.

Para una IC, puede ocurrir que mucha/os pacientes inmigrantes no entienden que la lentitud o colapso del sistema sanitario tiene que ver con la actual crisis económica que sufre España:

*Si tienen que mandarte a un experto estamos hablando de colapso y todo, y yo lo entiendo perfectamente, pero mucha gente no entiende lo que tarda. Entonces, lo que tarda, la imagen, madre mía “¡qué lento va!”. Yo sí que escucho las noticias, yo sé el problema que hay, pero no todo el mundo sabe de esto, lo escuchan de nuestra boca, pero ellos creen ver la crisis porque no hay trabajo, pero la crisis afecta a todo, incluso a la sanidad y a la educación y todo. Tardan, ya cuando debo ir al médico pues ya no me duele. Voy a farmacia, compro algo.* INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ

Además de las actitudes negativas hacia la población inmigrante, puede ocurrir también, como lo explican dos IC, que el personal sanitario al percibir que no son comprendidos en sus indicaciones o explicaciones (por temas lingüísticos y/o nivel educativo) hacen una atención más rápida:

*No conozco de ningún caso [de mala atención], pero sí a veces que hemos hecho por ejemplo, teatro con las mujeres, han tenido que hacer el role playing de la visita al médico, y el médico queda fatal, siempre es muy seco (ríe) “¿qué quieres”, “tal” ni te mira.*

*P: ¿En la representación que hacen ellas mismas?*

*Sí, de sus médicos de aquí. Y desde ya médicos y enfermeras pues ya... o médicas y enfermeros, pues si hay rechazo atenderás a esta población de otra forma. O si piensas que no te van a entender pues haces las cosas rápidas y que se vaya, entonces esto sí que se encuentran. Y en muchos casos no es una barrera, porque es tan grande la necesidad de ir y poder explicarle y que alguien te diga “tienes tal” y te den un medicamento, y la necesidad de tener la seguridad de que vas al médico y te dice qué es lo que tiene. Por ejemplo, la madre, el hecho de ir al médico le da una seguridad, que yo... pues a mis hijos no les llevo al médico porque tengan fiebre, pero en cambio las mujeres de aquí todas. O no voy si veo que están resfriados, en cambio aquí todas. Por el hecho de ir y explicarles, además de que es gratis.*

*P: ¿Esta necesidad de...?*

*Hay personas que parece que realmente no han estudiado, es difícil contactar y conectar con ellos. Y además son más reacios, es casi como aquí ¿eh?, cuanto el nivel socio-cultural más bajo es, es más difícil que te entiendan y crean en lo que estás diciendo. Entonces, cuando te encuentras con una persona que tiene unos estudios determinados, es más fácil que cumpla el tratamiento, es más fácil que te entienda, es más fácil todo.* INFORMANTE CLAVE 1 – TÉCNICA ONG.

En el caso del colectivo de América Latina, y especialmente entre los que profesan la fe evangelista, a pesar de las críticas que lo/as participantes hacen sobre el trato y atención de algunos médicos y sentirse frustrados, no se atreven a reclamar porque los médicos son percibidos, como lo refiere un IC (Pastor evangelista), como una autoridad casi incuestionable:

*Bajo el principio de que nosotros nos sometemos a las autoridades, nosotros entendemos que los médicos son una autoridad y establecida por Dios, nosotros obedecemos lo que dicen los médicos y animamos a obedecer.* INFORMANTE CLAVE 7 - PASTOR LATINOAMERICANO.

También algunos IC describen ciertas características y demandas de los pacientes según de dónde sea su origen. Esto puede conducir a la toma de diferentes actitudes:

*De trato es totalmente diferente según de dónde son. Por ejemplo, los niños chinos, las familias chinas tienen como un carácter más brusco, en la forma de hablar son más cortantes. Pero es su cultura, eh... por ejemplo... los niños árabes, otra cosa es que casi siempre vienen acompañados por el padre.*

P: ¿Y los latinoamericanos?

*Pues la verdad no sé, yo diría que la mayoría vienen acompañados de la madre, consulta mucho por gripe. Llamen gripe a... a cualquier proceso respiratorio, sea resfriado común así, lo generalizan de esta manera y demandan mucho por esto. Pero vaya... no sé, a nivel de acompañamiento de los niños, yo diría que la mayoría son las madres las que los traen. Un padre a veces, pero la mayoría madres.* INFORMANTE CLAVE 2 - DOCTORA CAP.

*Los sudamericanos posiblemente tengan como más eh... sean más habituales del sistema sanitario, se miren más, vayan más, eh... La población china, pero esto es absolutamente opinión personal, no trabajado... Por ejemplo, los pacientes de China son pacientes que vienen "rápido, quiero esto y lo quiero solucionarlo ya". Posiblemente la gente de Pakistán utilizan menos el sistema de salud, o aguantan más hasta que van al médico, o no son capaces de pensar que llevan mucho tiempo con tos, tienen tos y ya está, y por eso aparecen mucho más tarde que otra población. Eso es un poco así, muy subjetivo eso.* INFORMANTE CLAVE 4 - ENFERMERA CAP SANTA COLOMA.

### **3.7.5. Recomendaciones para mejorar la atención sanitaria**

Seguidamente se describen una serie de recomendaciones recogidas entre lo/as participantes y lo/as IC sobre cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria en España:

#### **a. Resolver la crisis económica**

Vario/as participantes entienden que los problemas en la sanidad pública española (lentitud, lista de espera, poco personal) son debidos a la actual crisis económica y que afecta a todos los ámbitos. Por lo tanto, la solución es resolver la crisis económica:

*¡Hombre!, la gente se está quejando por quejar. La gente se está quejando que ha bajado mucho, les han quitado enfermeras, les han quitado médicos, les han quitado... y están mal. Pero no es solamente para los médicos, sino para todos.* ENTREVISTA 07 – HOMBRE, MARRUECOS.

*En parte mejorar no, volver a lo que era antes el servicio sanitario de hace unos 5 años atrás. Yo creo que hace unos 5 o 6 años atrás, era muy bueno el servicio sanitario aquí, tanto pediatría o lo que quieras, especialidades, de operarte, operaciones o lo que sea. Eso ahora ha bajado, ellos dicen que le han quitado personal, si le quitan menos enfermeras o el doctor tiene que trabajar más horas pues... como cualquiera en su trabajo ¿no? Si te dicen “en vez de trabajar 8 horas pues vas a trabajar 10 y vas a cobrar lo mismo” (ríe).* ENTREVISTA 24 – HOMBRE, BOLIVIA.

*Dinero (ríe), dinero, porque personal capacitado hay, ¿me entiendes? o sea... seres humanos hay, pero claro, si no hay dinero pues por lo mucho que los médicos quieran hacer pues no lo van a poder hacer.* ENTREVISTA 26 – HOMBRE, COLOMBIA.

La crisis económica ha generado desempleo y para un participante estar desempleado es lo que genera sus problemas de salud:

*Como yo le digo teniendo un trabajo... porque yo, más que sufro porque no tengo trabajo, porque en el trabajo se distrae, se conversa. Yo tengo que llegar a tal hora... ENTREVISTA 21 – HOMBRE, ECUADOR.*

#### **b. Mejorar el trato ofrecido por el personal sanitario**

Ofrecer una buena acogida y recibir un trato igualitario independiente del origen puede mejorar la atención sanitaria.

*Yo lo que en esa parte diría es de que nos traten iguales como a los de aquí también, que nos trataran iguales, tanto a los adultos como... y más sería*

*también los niños, porque los niños tampoco tienen la culpa de nada.*  
ENTREVISTA 10 – MUJER, ECUADOR.

*Una buena acogida. En el momento en el que tú los acoges y ven que tú participas con ellos de las cosas yo creo que eso mejora muchísimo la atención.*  
INFORMANTE CLAVE 4 - ENFERMERA CAP SANTA COLOMA.

*Yo escucho mucho el problema del pago.*

P: ¿Los recortes?

*Sí, lo afectan muchísimo, lo afectan y piensan de que nosotros lo cogemos este dinero ¿me entiendes? Yo creo esto, que los españoles, vosotros todos piensan que los inmigrantes es el problema de la crisis. Sí, que es una causa. Entonces que... me tratan así porque piensan que voy a... a no sé, perder el tiempo, perder... todo... Pero ahora estoy yo, un humano, “déjate de todo eso, soy un humano que tengo un dolor...”. ENTREVISTA 17 – MUJER, MARRUECOS.*

### **c. Escuchar las demandas de los pacientes:**

“La escucha” incluye que el médico dedique tiempo para indagar sus quejas de salud, hacerles una revisión física y darles una receta con medicina apropiada a sus males.

*Escuchar más al paciente. Porque claro, si tú vas con un dolor y la doctora te dice “¿te duele?, Ibuprofeno”, es lo que siempre mandan, Ibuprofeno. Entonces, yo creo que hay que escuchar más al paciente.* ENTREVISTA 11 – MUJER, ECUADOR.

*Yo digo que lo que cambiarían es más comunicación con las personas. La comunicación con las personas, la atención a las personas. Yo hablo por los inmigrantes, porque hay veces como son inmigrantes los dejan como que los marginan a un lado. Yo he visto esto así, que más atención, que lo atienden, pregunten ¿qué es lo que tiene en realidad? No solamente que les den una receta y ya. Que pregunten y lo revisen, qué es lo que tiene en realidad.*  
ENTREVISTA 18 – MUJER, ECUADOR.

E4: *Que cuando dices que te duele, que esté más pendiente de lo que se solicita, de lo que se está quejando, que no diga “no es un dolor de... no es nada”. O sea hay que atenderlo, porque si te dice que te duele ya te dan mareos o que te dan vértigos o esa cosa, el médico debe de tomarlo en cuenta y decir “hacemos prueba de tal para descartarlo, o hacemos prueba de tal” eso es lo que uno espera. Y a veces los médicos dicen “no, no es nada” puede ser que te contesten así de cansancio, o hace mucho calor... GRUPO DE DISCUSIÓN 7 - AMERICA LATINA 1.*



**d. Comprender al inmigrante y sus circunstancias:**

Para una IC, los inmigrantes merecen una atención especial porque pueden tener problemas idiomáticos y en comparación a la población general tienen un menor nivel de estudios, dificultando la comprensión de ciertos aspectos de la consulta médica (proceso, indicaciones):

*Si yo sería un médico, una doctora, pues lo haría de muchas maneras. Por ejemplo, son las personas que no tienen ningún nivel de estudio, no tienen el idioma y no tienen tiempo para... no sé. Por temas, información básica: cómo tienen que comer, cómo tiene que pasar la vida. Y luego, a hacer analíticas cada vez al año, ¿por qué? darle las razones, cómo tienen que venir.* INFORMANTE CLAVE 8 - TRADUCTORA PAKISTANÍ.

**e. Aumentar el número de especialistas**

Mucho/as mencionaron la necesidad de contar con más personal médico, sobre todo en las consultas de especialidades:

*E1: Más personal, más personal porque poca persona... con los cortes hay menos personal. Desde mi punto de vista...*

*E2: También, el recorte no está bien. Para el médico usted sabe que trabajando mucho...*

*E1: Estamos hablando, yo estoy hablando de médico de especialidad, especialistas. Estos las citas de cada uno es muy larga, tienes que esperar casi un año. En ese caso hay que poner más, más gente en estas especialidades.* GRUPO DE DISCUSIÓN 3 - HOMBRES, MARRUECOS.

**f. Disponer de mediadoras culturales en la atención sanitaria**

Tanto participantes como IC indicaron la necesidad de incluir en los servicios socio-sanitarios mediadoras culturales para que hagan las veces de traductora en la consulta y que sea el puente cultural entre los inmigrantes y el personal médico:

*E2: Ella por ejemplo dice que en el tema del sistema sanitario sería muy importante que hubiera un traductor o traductora, porque no todo el mundo entiende todos los términos o el vocabulario científico que tiene que ver con la medicina, muchas veces por ejemplo hay gente que entiende bastante el español, pero hay unos términos o vocabulario que no entiende, lo cual sería mejor si hubiera traducción.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

*Cuando vienen y no los entendemos les decimos que vuelvan con una persona que hable el idioma.*

*P: ¿Y regresan?*

*Sí, habitualmente sí, vienen con alguien que hable el idioma. O si no les escribimos algunas cosas importantes en papel y entonces se tienen que espabilar, de entender por una persona de fuera, un familiar o un vecino que lo entienda y le pueda traducir lo que le hemos dicho. Esto son los métodos que utilizamos. INFORMANTE CLAVE 2 - DOCTORA CAP.*

*La más importante, siempre lo digo, es el tema de los mediadores. No hay dinero, no hay mediadores. No hay dinero y no hay prioridad, no se prioriza esto. Pero yo pienso que ayudaría mucho que... tanto a hospitales como CAPs y ambulatorios eh... fueran sitios, en los que tanto, la población inmigrante, como el personal sanitario pudieran encontrar una forma de entenderse. Unos podrían explicar bien a los inmigrantes qué es lo que les pasa, cómo tienen que tratarlo y además entender el por qué de algunas enfermedades que tienen, que pueden estar relacionadas con el hecho de sentirse solo, de no conocer, de sentirse extraños, le sale por el dolor en el pie o el dolor de la espalda u otra cosa. Y ahí los médicos, hay una barrera que no ven que esto pueda pasar, y los inmigrantes se sentirían mucho mejor atendidos. Además que ellos entenderían qué es lo que pasa, que es lo que les dicen y seguramente, a nivel sanitario mejoraría mucho. Lo que vemos es que... hay desconocimiento por ambas partes, entonces es la gran barrera. Y para solventar esto a lo mejor mediadores. INFORMANTE CLAVE 1 -TECNICO ONG.*

La necesidad de mediadora/es culturales se justifica porque el no entendimiento entre los inmigrantes y el personal médico puede llevar a errores que pueden ser muy graves, como no seguir las instrucciones de los médicos o que el médico no haga un buen diagnóstico:

*De cada colectivo que se explique, y tener más herramientas a la hora de atender a personas que vienen de otras culturas y con otros problemas, y a veces es que no se sabe. Porque hemos atendido casos que se han atendido a nivel psiquiátrico a niños, que lo que tenían era una cuestión cultural, o no le gustaba la comida, por eso no comía, y no es porque fueran anoréxicos ¿no?, porque no están acostumbrados a los sabores. O sea, tonterías de estas. INFORMANTE CLAVE 1 -TECNICO ONG.*

*E4: Dice que es lo mismo el tema de la traducción, es muy importante porque ella estaba a punto de perder a su hija porque no entendió lo que le decía el médico, el pediatra le decía que su hija tenía neumonía y que la tenía que llevar al hospital para ingresarla. Y ella como no lo entendió, se fue a casa, y por la noche la niña no podía respirar ni nada y estuvieron a punto de perderla. Y cuando la llevaron al hospital y cuando vieron el informe del médico o sea, del pediatra y le dijeron que esa niña tenía que estar aquí a las 4 de la tarde, por lo*

*cual ella dice que el tema del idioma, la comunicación y las relaciones es necesario, muy importante.* GRUPO DE DISCUSIÓN 4 – MUJERES, MARRUECOS.

**g. Informar cómo funciona el sistema sanitario**

Entre los IC se mencionó que se debe de informar a los inmigrantes sobre cómo funciona el sistema sanitario en España y también formar al personal sanitario sobre cómo es la población inmigrante (características sociodemográficas, cultura, valores, necesidades):

*Formación, tanto a un colectivo como a otro. Entonces yo pienso que tiene que haber formación a las personas de origen extranjero para explicarles cómo funciona el sistema médico, cuándo tienen que ir a urgencias, cuándo tienen que ir al CAP, cuándo tienen que ir a no sé qué, y formación, mucha formación a los equipos médicos y del ámbito sanitario para que sepan cuáles son los problemas de cada colectivo, para que puedan hablar con personas referentes.* INFORMANTE CLAVE 1 -TECNICO ONG.

*Es el sistema, claro, no podemos hacer nada más. Dar información a pacientes, personas que aceptan que el sistema tiene que funcionar así, que cuando te toca pues tienes que aceptarlo y poner de tu parte y pedirlo así, no hay otra manera. Si hay lista de espera pues no hay más remedio que esperar. Única cosa es que tienen que aceptarlo, normalmente no lo aceptan.*

P: ¿Y cómo se puede ayudar o potenciar que lo acepten?

*En sentirlo, dando educación, dando ejemplos diferentes, que en nuestro país pasa esto... hay países que no tienen este sistema sanitario, hay que aprovechar y hay darle esa importancia y hay que colaborar.* INFORMANTE CLAVE 8 - TRADUCTORA PAKISTANÍ.

**h. Realizar campañas de salud dirigidas a la comunidad inmigrante**

Para una IC, hacer campañas de salud en barrios donde predominantemente vive población inmigrante sería muy positivo. Abordar así a los colectivos de inmigrantes puede ayudar en informar sobre el sistema sanitario español y en tomar conciencia de la importancia de consultar por problemas de salud que pueden ser poco valorados o percibidos:

*Alguna campaña aunque sea de algunos días por los barrios. Que vengan a hacer alguna campaña para ver si estás bien de salud o no, a lo mejor te falta algo. Y entonces verlo y “oye, estás bien”, o “te falta esto, eso es preocupante porque puede producir esto” y esta información a lo mejor ya no sería tan*

*costosa, pero sería buena, una buena idea.* INFORMANTE CLAVE 9 – MIEMBRO DE ASOCIACIÓN PAKISTANÍ.

Una IC que trabaja en el sistema sanitario apunta a la posibilidad de que el sistema de salud ignore las demandas reales de la población inmigrante, y apunta a la necesidad de llevar a cabo actividades comunitarias para conocerlas:

*Hacer trabajo comunitario, que creo que es en este momento en que el sistema de salud está un poco cojo.*

*P: ¿Qué implica el trabajo comunitario?*

*El trabajo comunitario para mí es un trabajo de calle, el trabajo con colectivos, con asociaciones, dar sesiones de vez en cuando sobre diferentes enfermedades. Con el tema de Chagas (...) hicimos un taller, a lo mejor, nosotros pensamos “hay que ponerle el tratamiento porque les preocupa el corazón”, y a lo mejor la respuesta de ellos es “que lo que me preocupa de la enfermedad es que si a mí me pasa algo qué hago con mi hijo que lo tengo aquí”. A lo mejor esto también nos puede dar pautas para trabajar cosas que no trabajamos. La comunitaria para mí se hace en contacto. En la consulta trabajas con el paciente, pero en la comunidad es donde puedes conocer las ideas de ellos, las sensaciones de ellos, lo que ellos te piden que necesitan, que a lo mejor no es lo que les estamos ofreciendo.* INFORMANTE CLAVE 4 – ENFERMERA CAP SANTA COLOMA

#### 4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ⤴ Dificultad para captar participantes con un tiempo de inmigración reciente, lo cual no pudo hacer posible identificar las necesidades de salud inmediatas de un recién llegado a un país de acogida.
- ⤴ Considerar la familia como unidad de estudio, dificultó la captación de participantes en situación irregular, lo cual no pudo hacer posible saber las necesidades de salud de este colectivo, ni tampoco saber el impacto que pudo haber tenido el Real Decreto 16/2012 que restringía el acceso sanitario a los inmigrantes indocumentados.
- ⤴ La edad de los participantes fue bastante mayor. Participantes más jóvenes podrían haber relatado otro tipo de experiencias.
- ⤴ Participantes que no forman parte de una unidad familiar también podrían haber expresado otras narrativas.
- ⤴ Un aspecto con el que hay que tener precaución es que los discursos que se han descrito pueden ser específicos a la población de inmigrantes de Badalona o Santa Coloma y no similares a los de otros grupos de inmigrantes de otras ciudades.
- ⤴ Durante el estudio aparecieron cuestiones que no habían sido incluidas en el diseño inicial, por lo que no se exploraron en profundidad; como el impacto de la crisis económica en la percepción del estado de salud y la existencia de casos de violencia de género.
- ⤴ Las diferencias del perfil socio-demográfico de los participantes de las entrevistas individuales y los grupos de discusión se pudo deber a que se priorizó la captación de participantes para entrevistas individuales. Por ejemplo, para las entrevistas individuales se buscó participantes que tengan menos tiempo de residencia en España.
- ⤴ La mayor presencia de participantes chinos en los grupos de discusión en comparación con otros orígenes geográficos, se debe a la efectividad de la IC China para reclutar participantes. El mayor porcentaje de participantes sin ingresos o con ingresos <1000 euros puede deberse a la disponibilidad de mayor tiempo en el colectivo que no trabaja y a un posible reclamo del incentivo económico.
- ⤴ En este estudio la Teoría Fundamentada (como generadora de teoría) no pudo ser utilizada de manera completa para el análisis de todos los datos obtenidos, dada la gran magnitud de temas explorados. Utilizar la Teoría Fundamentada

para todos los temas y subtemas generados hubiera implicado una exorbitante demanda de tiempo y la aparición de tópicos principales que hubieran demandado una atención principal y que hubieran escapado al focus central y general de este estudio. Por esta razón el análisis se alternó con un análisis temático, lo cual no resta de ninguna manera valor a los resultados.

## 5. CONCLUSIONES

### ***Vulnerabilidad de la población inmigrante***

- ⤴ Una de las mayores barreras estructurales que potencian la vulnerabilidad de la población inmigrante en Badalona es el bajo nivel de estudios alcanzado de mucho/as de ello/as. Un bajo nivel de estudios hace complicado el entendimiento y asimilación del sistema de funcionamiento de la sociedad de acogida y dificulta el proceso adaptativo. Las dificultades idiomáticas de los no-castellano parlantes son difíciles de cambiar debido a esta barrera (por ejemplo, no hay costumbre de estudiar, de ahí el rechazo por aprender el idioma del país de acogida).
- ⤴ Los componentes cultural e idiomático pueden estar vinculados al mayor desempleo entre la población inmigrante. Por ejemplo, en el caso del aspecto cultural, el uso del velo entre las mujeres musulmanas puede limitar el acceso a oportunidades de acceder a un trabajo.

### ***Impacto de la actividad laboral sobre la salud***

- ⤴ Dado su nivel educativo o cualificación laboral con la que vienen al país de acogida, los inmigrantes pueden sólo acceder a determinados tipos de trabajo que provocan a mediano o largo plazo problemas de salud específicos (por ejemplo, dolores musculares).

### ***Hábitos de salud***

- ⤴ Mucho/as participantes siguen manteniendo las costumbres alimentarias propias de sus países de origen, y les resulta difícil desprenderse de estos hábitos a pesar de reconocer que pueden ser no muy saludables. En muchos casos, en la actualidad, la calidad de alimentación está marcada por el poder adquisitivo de las familias.
- ⤴ La limitación de sus conocimientos sobre hábitos saludables puede facilitar el desarrollo de enfermedades crónicas. Los hábitos alimentarios inadecuados y el sedentarismo conducen a problemas metabólicos, como hipercolesterolemia, también en niños. La precariedad económica, derivada del desempleo, conduce a seguir hábitos alimentarios inadecuados.

### ***Estado de salud percibido***

- ⤴ El empeoramiento, mantenimiento o mejoramiento del estado de salud después de la inmigración no presenta un tendencia clara en la muestra de participantes de este estudio. Sin embargo, la diferencia del estado de salud entre el país de origen y el país de acogida es atribuida, principalmente, a agentes externos como el clima. El clima es percibido como un agente

regulador de la salud. Por eso es común la presencia de enfermedades respiratorias o dermatológicas, listada por los participantes entre las más comunes. Sin embargo podemos decir que existen problemas de salud generados por la propia inmigración. Es decir, las principales ocupaciones a las que puede acceder la población inmigrante (por ejemplo, obrero, albañil, asistente doméstico) llevan a problemas de salud como, por ejemplo, dolores musculares. Además, emplearse en este tipo de ocupaciones lleva a aceptar ciertas condiciones que puede demandar muchas horas de trabajo lo que genera hábitos o estilos de vida poco saludables (no hacer ejercicio, no alimentarse adecuadamente). También la percepción de falta de soporte social es atribuida como la causa de la aparición o agravamiento de problemas de salud (no contar con personas que los cuiden o atiendan; o entre las mujeres de origen pakistaní, no estar acompañadas de personas cercanas y estar libres de muchas ocupaciones de la casa -en Pakistán viven varias familias en un sólo hogar-, les da tiempo para pensar en los problemas de salud y esto llevarlas a tomar acciones para aliviarlos).

- ✦ De los cuatro grupos de población inmigrante que participaron en este estudio, los que presentan mayores problemas de salud y psico-sociales fueron las personas procedentes de Pakistán. Los servicios de prevención y asistencia psico-social deberían ofrecer programas transversales dirigidos específicamente a las personas de este colectivo (materiales traducidos a su lengua materna, conocimiento de su tradición cultural y del sistema sanitario del país de origen, disponibilidad de mediadores/as, etc.), dada su mayor vulnerabilidad, y así poder atender sus necesidades.

### ***Reacción ante los problemas de salud***

- ✦ Parte de la población inmigrante utiliza remedios tradicionales caseros a base de plantas como primer paso para tratar los síntomas de enfermedad leves, que son los más frecuentes. Existe un componente muy importante de buscar seguridad cuando deciden solicitar visita médica. El centro sanitario al que se acude con más frecuencia es el CAP del barrio. Las barreras de acceso y/o uso del sistema sanitario y la rapidez del sistema sanitario de origen predispone a realizar revisiones y tratamientos médicos aprovechando los viajes al país de origen.
- ✦ Entre lo/as participantes de este estudio, principalmente lo/as de China y Marruecos, encontramos que alguno/as consiguen medicamentos en sus países de origen con el fin de automedicarse. Las razones se encuentran en que así se evitan el tiempo de espera de la cita médica y a la percepción de no conseguir una prescripción médica (con la cantidad de medicamentos suficientes para sanarse) cuando van a visitarse.

### ***Barreras para el acceso a los servicios sanitarios***



- ⤴ Una de las principales barreras para acceder a los servicios sanitarios y para que la atención sea satisfactoria es el factor lingüístico, en el caso de los no castellano hablantes, y que puede afectar más a las mujeres que a los hombres. Esta barrera no favorece la comunicación o el entendimiento entre el paciente y el personal sanitario. Este no entendimiento ha llevado a conductas inadecuadas (no seguir correctamente las indicaciones, no hacer un buen diagnóstico), e incluso percepción de discriminación y/o negligencia médica. La eliminación de servicios de traducción y/o mediación en algunos ambulatorios contribuye a mantener dicha barrera, y a sumarse a otras barreras, como el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. En el caso de lo/as participantes musulmanes además se agrega la barrera cultural (no entender el valor que tiene el velo femenino o la preferencia de las mujeres por ser atendida por una médico también mujer).

### ***Uso de los servicios sanitarios***

- ⤴ El uso de los servicios sanitarios y el grado de confianza hacia el personal sanitario pueden verse influenciados por los prejuicios y ciertas experiencias identificadas como discriminatorias cuando los inmigrantes se han relacionado con el sistema sanitario.
- ⤴ Debido a la lentitud en la atención primaria (para otorgar la cita y el tiempo de espera) y a la percepción de lo improductivo que resulta la visita al médico de cabecera, mucho/as prefieren ir directamente a los servicios de urgencias. Se da el caso, especialmente entre los participantes de origen pakistaní, que acuden a urgencias cuando el problema de salud empeora. Ello/as indican que aguantan lo máximo posible las molestias para evitarse ir al médico de cabecera.

### ***Valoración de los servicios y profesionales médicos***

- ⤴ Si bien, en general, los servicios sanitarios fueron muy bien valorados, hubo aspectos de la atención médica que no estuvieron bien considerados. La principal queja estuvo relacionada en que los médicos en atención primaria no hacen caso de sus demandas de salud (por ejemplo, los médicos de cabecera subestiman o desestiman sus síntomas). Por eso, mucho/as piensan que la visita al médico puede resultar inútil o improductiva, y en algunos casos esto se corrobora cuando las recomendaciones que reciben son valoradas como “descriteriadas” o absurdas. No prestar atención a sus demandas incluye también la no expedición de una receta médica. Mucho/as de ello/as esperan recibir una prescripción de medicamentos que los alivien de sus síntomas. Al no recibirla se sienten frustrado/as. Al parecer, hay una fuerte necesidad de conseguir y tomar medicamentos cuando sienten que están enfermos. Esta necesidad se relaciona con la necesidad de resolver pronto sus problemas de salud (conseguir una cura

rápida) para no incapacitarse porque de lo contrario, significaría enfermarse o mantenerse enfermo, no poder trabajar y dejar de proveer económicamente al hogar. Esto último también puede llevar a que busquen prevenir un potencial agravamiento y, por eso, acudan inmediatamente a urgencias.

- ✦ Sin embargo, desde el punto de vista de los IC, las causas de estas percepciones y desencuentros entre inmigrantes y facultativos tiene que ver con que los inmigrantes no entienden cómo funciona el sistema sanitario en el país de acogida y cuándo se debe utilizar, por eso pueden hacer uso y abuso de estos servicios. En algunos casos, el desencuentro también se produce porque los inmigrantes se manejan utilizando criterios de referencia sobre cómo funcionan los servicios y la atención en sus respectivos países.

## 6. RECOMENDACIONES

- ⤴ Es necesario potenciar y facilitar la comunicación y el conocimiento entre los diferentes colectivos de inmigrantes entre sí y con los autóctonos.
- ⤴ Es importante ofrecer más información tanto a los inmigrantes sobre cómo funciona el sistema sanitario español como al personal sanitario sobre los valores y conductas de la población inmigrante. Es necesario realizar campañas comunitarias dirigidas a la población inmigrante, para informar sobre el sistema sanitario español, concienciar de la importancia de realizar actividades de prevención y atenderse por problemas de salud poco percibidos, y para conocer las demandas reales de la población inmigrante en salud
- ⤴ Escuchar las demandas del paciente favorecería una mejor conexión entre el personal sanitario y los pacientes inmigrantes. Así también se evitaría el uso innecesario de los servicios sanitarios.
- ⤴ Diseñar programas de acogida que ofrezcan orientación, principalmente a lo/as recién llegado/as a España, sobre diversos temas relacionados a la adaptación e integración a la cultura del país de acogida. Esto puede facilitar el proceso de aculturación y así evitar los “desencuentros” con la población local.
- ⤴ Es importante diseñar intervenciones o actividades que fomenten o faciliten la construcción de fuentes de soporte social la cual puede ser una útil estrategia ya que, por ejemplo, parece existir una asociación entre sentimientos de soledad y problemas de salud. Esto también plantea la necesidad de implementar y promocionar servicios de salud mental adaptados y dirigidos a esta población (incluyendo una visión intercultural, implementando estrategias para superar la barrera lingüística, etc.). Las asociaciones comunitarias dirigidas a la población inmigrante pueden jugar un importante papel para este propósito al crear espacios o actividades de socialización dirigidas a los inmigrantes.
- ⤴ Implementar programas donde se enseñen mejores hábitos alimenticios o dietas equilibradas. Una buena opción es realizar estos programas a través de la escuela donde estudian los hijos. Estos programas pueden incluir la forma de hacer menús balanceados con presupuestos reducidos.
- ⤴ Las escuelas pueden ser un buen lugar para captar progenitores inmigrantes, e implementar programas educativos de diversos temas, como por ejemplo de salud sexual.
- ⤴ Es necesario investigar más exhaustivamente la existencia de casos de violencia familiar en la población inmigrante, e implementar servicios que faciliten la denuncia de dichos casos por parte de las mujeres afectadas, como la inclusión

en los servicios socio-sanitarios de mediadores/as culturales, que permitiría que dichas mujeres pudieran utilizar los servicios de manera autónoma.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) López-Vélez R, Navarro M, Jiménez C. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Informes, estudios e investigación 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo de España
- (2) Instituto Nacional de Epidemiología (INE). Sección prensa / Estadística del padrón continuo. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/padron\\_prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/padron_prensa.htm)
- (3) Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Evolución de la población total y extranjera. Cataluña. Disponible en: <http://www.idescat.cat/poblacioextranjera/?b=0&lang=es>
- (4) Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATM Mum 2007/08
- (5) Reiss K, Makarova N, Spallek J, Zeeb H, Razum O. Identification and Sampling of People with Migration Background for Epidemiological Studies in Germany. Gesundheitswesen. 2012 Aug 29
- (6) Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Informe tècnic. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Agència d'Avaluació Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2004. Disponible en: [www.gencat.cat](http://www.gencat.cat)
- (7) Boletín estadístico de extranjería e inmigración. Junio 2004. Observatorio permanente de la inmigración. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Disponible en: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionEstadistica/Boletines/Archivos/BoletinExtranjeria-Num-2.pdf>
- (8) Mena FX, Peiró M. Una visió de la situació econòmica actual i dels efectes que pot tenir sobre el sector públic. Com poden afrontar la crisi les organitzacions sanitàries? Fulls Econòmics 2009; 38: 5-11
- (9) Dávila Quintana CD, González Lopez-Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gac Sanit 2009; 23(4): 261-65
- (10) Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. Ulster Med J 2009; 78(3): 142-5
- (11) Kaplan GA. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health--a tale of three countries. Soc Sci Med 2012; 74(5): 643-6
- (12) Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. Soc Sci Med 2012;74(5):647-53

- (13) Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2012
- (14) Schenk L. Migration and health--developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies. *Int J Public Health*. 2007; 52(2):87-96
- (15) Vahid Shahidi F, Muntaner C, Puig-Barrachina V et al. Recortes profundos que hay que cortar por lo sano: crisis económica, políticas sociales y daños en la salud. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global* 2011; 113 107-19
- (16) WHO. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation. Geneva: WHO, 2009
- (17) Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007 Oct;17(5):503-7
- (18) Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):370-8
- (19) Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, et al. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009 Jun 25;9:201
- (20) Jiménez-Rubio D, Hernández-Quevedo C. Explaining the demand for pharmaceuticals in Spain: are there differences in drug consumption between foreigners and the Spanish population? *Health Policy*. 2010 Oct;97(2-3):217-24
- (21) Jiménez-Rubio D, Hernández-Quevedo C. Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *Eur J Health Econ*. 2011;12(1):17-28
- (22) Villarroya N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place*. 2012;18:1282-91
- (23) Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010;24(2):136-44
- (24) Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23(Supl 1):4 -11
- (25) García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009;23(Supl 1):38 -46
- (26) Borrell C, Muntaner C, Solà J, et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:e7

- (27) Caro-Murillo AM, Castilla J, del Amo J. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gac Sanit.* 2010;24(1):81 -88
- (28) Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol.* 8(1):6
- (29) Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med.* May;8(5):e1001034
- (30) K-L Chou. Psychological distress in migrants in Australia over 50 years old: A longitudinal investigation. *J Affect Disord.* 2007 Feb; 98(1-2):99-108
- (31) Cobb-Clark D. The Longitudinal Survey of Immigrants to Australia. *The Australian Economic Review*, vol. 34, no. 4, pp. 467 -77
- (32) Delclos E, et al. From questionnaire to database: field work experience in the 'Immigration, work and health survey' (ITSAL Project). *Gac Sanit.* 2011;25(5):419 -422
- (33) Stoecklin-Marois MT, Hennessy-Burt TE, Schenker MB. Engaging a Hard-to-Reach Population in Research: Sampling and Recruitment of Hired Farm Workers in the MICASA Study. *Journal of Agricultural Safety and Health.* 2011; 17(4): 291-302
- (34) Ritsner M, Ponizovsky A, Ginath Y. Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 494-499
- (35) Cooper SP, et al. A Cohort Study of Injuries in Migrant Farm Worker Families in South Texas. *Ann Epidemiol* 2006;16:313 -320
- (36) Dekker LH. A prospective cohort study of dietary patterns of non-western migrants in the Netherlands in relation to risk factors for cardiovascular diseases: HELIUS-Dietary Patterns. *BMC Public Health* 2011, 11:441
- (37) Cwikel J, et al. Two-year follow up study of stress-related disorders among immigrants to Israel from the Chernobyl area. *Environ Health Perspect.* Dec 1997;105 Suppl 6:1545-50
- (38) Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Evolución de la población total y extranjera. Cataluña. Disponible en: <http://www.idescat.cat/emex/?id=082457&lang=es#h40>

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1:

#### GUÍA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

##### Proceso de inmigración:

Recogerá información sobre los motivos que los llevaron a emigrar de sus países de origen, la elección de España como país de acogida, recursos familiares/sociales/legales disponibles para hacer posible el viaje, y el impacto en sus vidas y en las relaciones familiares.

- ⤴ ¿Cuándo llegó a España?
- ⤴ ¿Por qué eligió España?
- ⤴ ¿Qué le motivó a venir a España?
- ⤴ ¿Cómo vino a España? ¿quién le apoyó a venir?
- ⤴ ¿Cómo se sintió cuando llegó? ¿cómo se siente ahora?
- ⤴ ¿Qué cosas echa de menos de su país de origen?
- ⤴ ¿Ha regresado a su país? ¿con qué frecuencia visita su país?
- ⤴ ¿Qué expectativas tenía al venir? ¿Se ha cumplido sus expectativas?
- ⤴ ¿Qué diferencias encuentras entre la vida que llevaba en su país y la vida que lleva ahora? ¿qué ha cambiado en su vida desde que está aquí? [Explorar afectividad, redes sociales, amistades allá/aquí]
- ⤴ ¿Siempre ha vivido en esta ciudad? Si es NO: ¿qué le ha motivado a cambiar de ciudad?

##### Vivencia de ser inmigrante:

Describirá cómo se vive la condición de inmigrante, la vivencia de la condición administrativa irregular, vulnerabilidad socio-económica, dificultades o limitaciones en la vida laboral o social.

- ⤴ ¿Tiene los papeles de residencia?
- ⤴ Si es Sí: ¿cómo los consiguió? Si es No: ¿cómo se siente de estar en esta situación? ¿cómo le afecta en su vida no tener los papeles de residencia?
- ⤴ ¿Actualmente se encuentra trabajando?
- ⤴ Si es Sí: ¿Cómo se siente en el trabajo que hace? Si es No: ¿Cómo se siente de estar sin trabajo? ¿quién le está ayudando económicamente? ¿qué hace con su tiempo libre?
- ⤴ ¿Sus ingresos económicos le alcanzan para vivir? Si es No: ¿qué hace para llegar a fin de mes?

##### Aculturación:



Explorará sobre la incorporación de elementos culturales propios del país de acogida, búsqueda y creación de redes y soporte social, nuevos valores asumidos y cuáles de su cultura rechaza ahora.

- ⤴ ¿Se ha podido adaptar a esta ciudad? Si es No: ¿en qué cosas no se ha adaptado? ¿qué es lo que no le gusta de esta ciudad/país?
- ⤴ ¿Cómo se lleva con la gente de esta ciudad?
- ⤴ ¿Qué es lo que más le impactó de la ciudad o el país cuando llegó a España?
- ⤴ En general, ¿de dónde son las amistades que tiene? [Indagar si son de su misma nacionalidad o españoles, si son del centro de estudios, trabajo, etc] ¿tiene preferencia por relacionarte con latinos/chinos/marroquíes/pakistaníes o españoles? ¿cómo los conociste?
- ⤴ ¿Está satisfecho/a con las amistades que tiene?
- ⤴ ¿A qué lugares de ocio/distracción suele ir? ¿a cuáles? ¿por qué prefiere unos lugares que otros?
- ⤴ Si tuviera algún problema o dificultad personal (por ejemplo, problemas económicos o en otros casos familiares) ¿a quiénes recurriría para solicitar ayuda o apoyo? ¿por qué ellos?

#### **Valores culturales:**

Recogerá la opinión sobre temas como el género, la religiosidad (creencias religiosas, vivencias espirituales o ritos que puedan estar relacionados con dinámicas familiares y/o con aspectos de salud), la medicina occidental, concepción de salud y enfermedad, conocimientos y creencias sobre la etiología de las enfermedades.

- ⤴ ¿Se considera una persona religiosa? Si es Sí: ¿cómo es su vida religiosa?, En casa, ¿también los otro/as son practicantes?
  - ⤴ Cuando te "encuentras o te sientes mal", ¿qué cosas se le viene a la cabeza? Y cuando decimos estar "sano", ¿qué significa, qué quiere decir? [*Muleta: sentirse mal o no sentirse bien, molestias...*]
  - ⤴ Cuando se enferma, ¿cuáles cree que son las causas que lo provocan?
  - ⤴ ¿Qué es lo que suele hacer cuando empieza a sentirse mal físicamente? ¿Está esperando que desaparezca o se empeore para ir a visitar al médico?
  - ⤴ ¿Qué es lo peor que le podría pasar a nivel de salud?
- ¿Dónde cree que pasaba más que se enfermaba? ¿en su país de origen o en España?  
¿A qué cree que se deba esto?

#### **Prejuicios y discriminación:**

Indagará las experiencias de rechazo y/o discriminación por el hecho de ser extranjero; y cómo estas han sido vividas.

- ⤴ ¿Cómo se siente de ser un/a inmigrante en España?

- ✧ ¿Ha tenido experiencias de rechazo/discriminación por ser inmigrante? Si es sí: ¿cuándo? ¿qué le ha pasado? ¿qué ha hecho? ¿cómo se ha sentido cuando le ha pasado esto? [Dependiendo:] ¿lo denunció? Si es NO: ¿pensó en hacerlo?
- ¿Cuáles cree que son las actitudes de la gente hacia los inmigrantes? Si son negativas o de rechazo: ¿por qué cree que la gente tiene rechazo a los inmigrantes? ¿qué se puede hacer para cambiar esta actitud?

### **Conductas de cuidado de salud:**

Indagará sobre las conductas, hábitos o estilos de vida habituales que se ha demostrado que ejercen una influencia en la salud de los individuos, como: hábitos dietéticos, consumo de complementos o suplementos dietéticos, consumo de alcohol y drogas, práctica de ejercicios o deportes, conductas sexuales, etc.

- ✧ Sus hábitos en la alimentación o preparación de las comidas, ¿se mantienen igual o han cambiado desde que llegó a España? Si han cambiado: ¿en qué han cambiado?
- ✧ ¿Qué tipo de alimentos suele comer? ¿qué es lo que no suele comer? ¿a qué se debe que no coma ciertas cosas?
- ✧ Cuando les diagnostican una enfermedad y para curarla ¿toma o hace algo que aprendió en su país de origen? ¿Toma las medicinas que les receta el médico? Si es Sí: ¿cuál?
- ✧ Entre los miembros de la familia, ¿hay quien hace algún tipo de actividad física? Si es Sí: ¿cuál? [Indagar: ir a gimnasio, pertenece a algún club deportivo...]
- ✧ ¿Existen problemas en la familia por el consumo de alcohol o drogas de algún miembro? Si es sí: de parte de quién, cuánto tiempo, cómo lo tratan. ¿Cómo ve el consumo de alcohol o drogas entre las personas de su país de origen?

### **Consumo y barreras de acceso y uso a servicios y asistencia sanitaria:**

Indagará sobre conductas frente a síntomas o problemas de salud, el acceso a servicios sanitarios, la realización de pruebas médicas y tratamiento. Atención en las unidades hospitalarias y trato que perciben/reciben del personal sanitario. Barreras de acceso lingüísticas, culturales, burocráticas, etc.

- ✧ ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes que suele darse en su familia? ¿cuánto tiempo pasa desde que se dan cuenta de los síntomas hasta que acuden al médico?
- ✧ Si tiene un problema de salud (por ejemplo, una infección estomacal), ¿a dónde acudiría? ¿dónde va primero, a urgencias o al médico de cabecera? ¿de qué depende?
- ✧ ¿Con qué frecuencia visita al médico [por ejemplo, al año, cuántas veces]? ¿qué tipo de exámenes médicos o clínicos se suele hacer? ¿usted lo solicita o deja que el médico lo indique?

- ⤴ Cuando va a los centros de salud u hospital, ¿cómo es el trato o la atención del personal sanitario? ¿cómo se relaciona con su médico de cabecera? ¿qué problemas tiene en la relación con su médico de familia? ¿y con el hospital?
- ⤴ En general, ¿ha tenido alguna mala experiencia con la atención sanitaria? ¿qué le pasó?
- ⤴ ¿Qué debería mejorar o cambiar en los servicios sanitarios para que la atención sea mejor o mucho mejor?
- ⤴ ¿Ha tenido o conoce a alguien que haya tenido problemas para conseguir la tarjeta sanitaria?

### **Participación en el estudio de cohortes:**

Explorará el interés o intención de participar en un estudio sobre el estado de la salud de la familia, percepciones sobre la recogida de muestras biológicas, identificación de los posibles incentivos más adecuados para facilitar la adherencia de las familias inmigrantes en la cohorte, identificación del método y el lugar más idóneos para reclutar familias inmigrantes, e identificación del método y el lugar más idóneo para realizar la extracción de muestras biológicas.

*Uno de los motivos para hacer esta entrevista fue también conocer su interés y aceptación para participar en un estudio que busca incluir familias (padres e hijos) para hacerles un seguimiento durante un año sobre su salud y las conductas que tenemos sobre el cuidado de la salud. Este estudio incluiría recoger muestras biológicas (sangre, orina, frotis o raspado cutáneo) y dos visitas médicas al centro de salud u hospital. Por participar se entregarán incentivos. En este sentido, nos gustaría saber:*

- ⤴ ¿Qué tan dispuesta/o estaría en participar y comprometerse en un estudio sobre la salud de las familias inmigrantes? ¿Hay algún motivo por el que lo vea poco probable aceptar participar? (por ejemplo, pensar en mudarse de ciudad/país)
- ⤴ ¿Qué lo/a motivaría a participar en un estudio de este tipo? ¿qué cosas buenas piensa que hay en un estudio de este tipo?
- ⤴ Para animarlo/a a participar, ¿qué podría ser un buen incentivo para que acepte? [Explorar según el tipo de cosas que vayan saliendo: dinero, vales de compra, ticket del metro...]
- ⤴ ¿Estaría dispuesto/a a entregar una muestra de sangre, orina, heces y frotis cutáneo? ¿y recibir un pinchazo/vacuna? ¿por qué sí? ¿por qué no?
- ⤴ ¿Estaría dispuesto/a a que se hicieran todas estas pruebas a sus hijos e hijas? ¿piensa que puede ser importante para la salud de sus hijos e hijas?
- ⤴ Para el control o seguimiento de su salud, ¿dónde le gustaría ser visitado/a? ¿en el centro de salud o en el hospital de la zona (por ejemplo, Can Ruti)
- ⤴ En el estudio sobre salud, se aplicará una encuesta. ¿Qué opina de que en esa encuesta se le pregunte sobre algunas prácticas, hábitos y conductas de la vida

diaria, sobre aspectos de su salud, sobre la salud de otros miembros de su familia, sobre su hijos...? ¿sobre qué temas le incomodaría que le pregunten? ¿que piensa de ir a hacerle la encuesta a su casa? ¿estaría dispuesto a recibirnos?

- ⤴ ¿Estaría dispuesto/a a volver a los 12 meses?  
¿Cómo le gustaría que les recordaran la visita? [Indagar: teléfono, email, mensaje de texto] ¿Nos daría el teléfono de una persona de contacto por si no podemos comunicarnos con usted?

### **Necesidades psico-sociales:**

Recogerá las demandas o sugerencias respecto a información, tipo de servicios, atención sanitaria, mensajes de prevención que los participantes les gustaría recibir respecto a temas de salud. Igualmente, explorará qué tipo de relación tienen y qué actividades les gustaría recibir de las ONGs dirigidas a la población inmigrante y la percepción de su propia posible participación en las mismas.

- ⤴ ¿Cuáles cree que son las principales necesidades que un inmigrante puede tener con respecto a temas de salud? [Explorar: ¿en información? ¿en atención/servicios? ¿en apoyo?]
- ⤴ ¿Conoce asociaciones que trabajen con inmigrantes? **Si es Sí:** ¿cómo las conocen? ¿sabe qué servicios ofrecen? ¿los habéis solicitado? ¿qué opinión le merece esos servicios? ¿qué barreras dificultades/problemas existen para acceder a estos servicios? ¿qué le llevaría a acercarse a ellos?
- ⤴ ¿Qué tipo de servicios o actividades le gustaría que ofrezcan las asociaciones? ¿acudiría a ellas? ¿por qué motivo?

## ANEXO 2:

### GUÍA DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

#### Proceso de inmigración:

Recogerá información sobre los motivos que los llevaron a emigrar de sus países de origen, la elección de España como país de acogida, recursos familiares/sociales/legales disponibles para hacer posible el viaje, y el impacto en sus vidas y en las relaciones familiares.

*Caso: Kalim, de Marruecos, tiene 29 años, y llegó a España hace 2 años en busca de trabajo, progresar y formar una familia. Sin embargo él siente que le resulta difícil adaptarse a la ciudad y sus planes no han resultado como él esperaba. No ha podido conseguir un trabajo estable por lo que está pensando en emigrar a otro país de Europa.*

- ✦ ¿Los motivos de Kalim se parecen a los motivos que hicieron que vosotros/as vengaís a España? ¿qué otros **motivos llevarían a inmigrar** a una familia marroquí/pakistani/china/latinoamericano?
- ✦ ¿Por qué **escogieron** venir a España/Cataluña?
- ✦ ¿Qué diferencias encontráis entre la vida que tenían en vuestros países y la vida de aquí?
- ✦ ¿Qué es **lo más difícil** de ser un inmigrante en Cataluña/España? ¿qué problemas o dificultades se puede tener? ¿Han tenido **malas experiencias** por ser inmigrantes? Si es sí: ¿qué os ha pasado?
- ✦ ¿Cuál fue el principal impacto en sus vidas cuando decidieron **emigrar** y quedarse aquí? OPCIONAL

**Actitudes y representaciones de salud/enfermedad:** *Ahora nos gustaría hablar sobre las cosas que pensamos y hacemos cuando nos sentimos mal. Por ejemplo...*

- ✦ ¿**Dónde** creen que pasaba más que se enfermaban? ¿en sus países de origen o en España?
- ✦ Cuando se encuentran mal o enferman, ¿A qué se debe, cuál es el motivo?

¿**Qué es lo que suelen hacer** cuando empiezan a sentirse mal físicamente? ¿Esperan un tiempo para ver si evoluciona (que desaparezca o se empeore) para ir a visitar al médico?

#### Conductas de cuidado de salud:

Indagará sobre las conductas, hábitos o estilos de vida habituales que se ha demostrado que ejercen una influencia en la salud de los individuos, como: hábitos dietéticos, consumo de complementos o suplementos dietéticos, consumo de alcohol y drogas, práctica de ejercicios o deportes, conductas sexuales, etc.

*Soraya está casada y tiene 3 hijos. Cada día cocina para toda la familia. Le gustan los platos que aprendió de su madre y sigue cocinando como haría en su país, aunque a veces no encuentra los ingredientes necesarios. De aquí, le encantan los chocolates, las galletas y todos los fritos, ella y su familia los toman a menudo*

- ✧ Sus **hábitos** en la alimentación o preparación de las comidas, ¿se mantienen igual o han cambiado desde que llegaron a España? Si han cambiado, ¿en qué han cambiado?
- ✧ Cuando les diagnostican una enfermedad y para curarla ¿toman o hacen algo que aprendieron en su país de origen? ¿toman las medicinas que les receta el médico? Si es Sí: ¿cuál?
- ✧ ¿Qué piensan de ir a consultar a un **psicólogo** o psiquiatra? ¿en qué casos se tendría que ir?

#### **Consumo y barreras de acceso y uso a servicios y asistencia socio-sanitaria:**

Indagará sobre conductas frente a síntomas o problemas de salud, el acceso a servicios sanitarios, la realización de pruebas médicas y tratamiento. Atención en las unidades hospitalarias y trato que perciben/reciben del personal sanitario. Barreras de acceso lingüísticas, culturales, burocráticas, etc. Asistencia de asociaciones comunitarias.

*Samira tiene dolor en el pecho desde hace tiempo. Tiene que ir al hospital a hacerse unas pruebas que el médico de cabecera le ha pedido. Está muy asustada porque entiende poquito el castellano y no ha podido entender qué pruebas son. No ha ido nunca al hospital, le ha pedido a su hermana que la acompañe, además su hermana entiende bien castellano, pero su hermana tiene reunión en la escuela ese día y no puede acompañarla.*

- ✧ ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes que suele darse en la familia? ¿cuánto tiempo pasa desde que se dan cuenta de los síntomas hasta que acuden al médico?
- ✧ Si tenéis un problema de salud (por ejemplo, una infección estomacal), ¿a dónde acudiríais? ¿dónde vais primero, a urgencias o al médico de cabecera? ¿de qué depende?

- ✧ ¿Con qué frecuencia se visita al médico [por ejemplo, al año, cuántas veces]? ¿qué tipo de exámenes médicos o clínicos se suelen hacer? ¿vosotros lo solicitáis o dejáis que el médico lo indique?
- ✧ Cuando vais a los centros de salud u hospital, ¿cómo es el trato o la atención del personal sanitario? ¿cómo se relacionan con su médico de cabecera? ¿qué problemas tienen en la relación con su médico de familia? ¿y con el hospital?
- ✧ En general, ¿han tenido alguna mala experiencia con la **atención sanitaria**? ¿qué os pasó?
- ✧ ¿Qué debería mejorar o cambiar en los servicios sanitarios para que la atención sea mejor o mucho mejor?
- ✧ ¿Han tenido o conocen a alguien que haya tenido problemas para conseguir la tarjeta sanitaria?
- ✧ ¿Conocéis centros relacionados con vuestros países que hagan actividades (cursos de idiomas, etc.) o grupos de inmigrantes que se reúnan o asociaciones? **Si es Sí**: ¿cómo las conocen? ¿sabéis qué servicios ofrecen? ¿los habéis solicitado? ¿qué opinión os merece esos servicios? ¿qué barreras dificultades/problemas existen para acceder a estos servicios? ¿qué os haría acercaros a ellos?
- ✧ ¿Qué tipo de servicios o actividades os gustaría que ofrezcan las asociaciones? ¿acudirían a ellas?

### **Participación en el estudio de cohortes:**

Explorará el interés o intención de participar en un estudio sobre el estado de la salud de la familia, percepciones sobre la recogida de muestras biológicas, identificación de los posibles incentivos más adecuados para facilitar la adherencia de las familias inmigrantes en la cohorte, identificación del método y el lugar más idóneos para reclutar familias inmigrantes, e identificación del método y el lugar más idóneo para realizar la extracción de muestras biológicas.

*Nos gustaría conocer su interés y aceptación para participar en un estudio en el que se recogen muestras biológicas (sangre, orina, frotis o raspado cutáneo) y dos visitas médicas al centro de salud u hospital, en 2 años. El estudio quiere mejorar la salud de las familias inmigrantes, incluidos sus hijos, además de formar parte de un proyecto colectivo y aportar información importante para los investigadores, la realización de los análisis de sangre, orina, heces y piel contribuirá a cuidar su salud y la de su familia. Por participar se entregaran incentivos. En este sentido, nos gustaría saber:*

- ⤴ ¿Qué tan dispuesta/os estarían en **participar y comprometerse** en un estudio de este tipo? ¿Hay algún motivo por el que lo ven poco probable aceptar participar? (por ejemplo, pensar en mudarse de ciudad/país)
- ⤴ ¿Qué lo/as **motivaría** a participar en un estudio de este tipo? ¿qué cosas buenas piensan que hay en un estudio de este tipo?
- ⤴ Para animarlos a participar, ¿qué podría ser un buen incentivo para que acepten? [Explorar según el tipo de cosas que vayan saliendo]
- ⤴ ¿Estarían dispuesto/as a entregar una **muestra** de sangre, orina, heces y frotis cutáneo? ¿y recibir un pinchazo/vacuna? ¿por qué sí? ¿por qué no?
- ⤴ ¿Estarían dispuestos a que se hicieran todas estas pruebas a sus hijos e hijas? ¿piensan que pueden ser importantes para la salud de sus hijos e hijas?
- ⤴ Para el control o **seguimiento** de su salud, ¿dónde les gustaría ser visitados? ¿en el centro de salud o en el hospital de la zona (por ejemplo, Can Ruti)
- ⤴ En el estudio sobre salud, se aplicará una encuesta. ¿Qué opinan de que en esa encuesta se les pregunte sobre algunas prácticas, hábitos y conductas de la vida diaria, sobre aspectos de su salud, sobre la salud de otros miembros de su familia, sobre su hijos...? ¿sobre qué temas les incomodaría que les pregunten?
- ⤴ ¿Estarían dispuesto/as a volver a los 12 meses?
- ⤴ ¿Cómo les gustaría que les recordaran la visita? [Indagar: teléfono, email, mensaje de texto]

Muchas gracias por vuestra colaboración



## ANEXO 3:

### GUÍA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE

- ✧ **Si es ASOCIACIÓN:** ¿A qué se dedica la asociación? ¿qué tipo de actividades o servicios están dirigidos a la población inmigrante?
- ✧ ¿Cuál es el perfil de los pacientes/usuarios que asisten a su centro? ¿cómo lo definirías? ¿qué servicios buscan?
- ✧ ¿Cuáles son los principales motivos [de salud] por los que los inmigrantes acuden a tu centro/asociación?
- ✧ ¿Cuáles crees que son las principales características del colectivo de inmigrantes con quienes trabajas? [Indagar por problemas, dificultades, riesgos], ¿hay diferencias con respecto al de la población nativa?
- ✧ ¿Qué diferencias encuentras dentro de la población inmigrante respecto a su nacionalidad u origen?
- ✧ ¿Existe una conciencia colectiva, una identidad como colectivo entre los inmigrantes? ¿es necesario que construya o refuerza esa identidad? ¿están empoderado/as a nivel grupal?
- ✧ ¿Qué actitudes tiene la población general hacia los inmigrantes? Si son actitudes negativas de rechazo o discriminación: ¿qué se puede hacer para cambiar estas actitudes?
- ✧ ¿Cuáles crees que son las principales necesidades que un inmigrante puede tener respecto a temas de salud? [Explorar: ¿en información? ¿en atención/servicios? ¿en apoyo?]
- ✧ ¿Crees que la población inmigrante es más vulnerable a tener problemas de salud? ¿A qué crees que se deba esto?
- ✧ ¿Piensas que es un colectivo que se percibe a sí mismo como vulnerable o “en riesgo” para contraer enfermedades?
- ✧ ¿Qué barreras existen o percibes para que la población inmigrante pueda acceder a los servicios socio-sanitarios?
- ✧ ¿Cómo se puede llegar a la población inmigrante para que accedan a los programas o servicios socio-sanitarios? ¿qué estrategias se necesitan?
- ✧ ¿Conoces algún tipo de trabajo de prevención a nivel de salud que se venga haciendo con población inmigrante? ¿quién lo realiza? ¿cómo lo realiza?

- ✦ ¿Qué nuevas estrategias de prevención se deben de implementar dirigidas a este colectivo?
- ✦ ¿Qué servicios o actividades específicas piensas que debería haber en las asociaciones dirigidas a la población inmigrante? ¿cómo deberían de ser esos servicios?
- ✦ ¿Cómo crees que es mejor contactar con los inmigrantes? ¿móvil, mail, carta, etc.?

**ANEXO 4:**

**HOJA DE DATOS DEL PARTICIPANTE**

Código

Edad: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año de llegada a España \_\_\_\_\_ Tiempo de residencia en BCN \_\_\_\_\_

Vivió en otras ciudades/países:  Sí \_\_\_\_\_  No

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

¿Con quiénes vives?: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos mensuales: \_\_\_\_\_

Tarjeta sanitaria:  Sí  No

Papeles de residencia:  Sí  No

---

***OBSERVACIONES/COMENTARIOS/IMPRESIONES***

---

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de fin: \_\_\_\_\_

Tiempo total: \_\_\_\_\_

**ANEXO 5:**

## LISTAS DE FAMILIAS DE CÓDIGOS

- **Acceso y uso de los servicios sanitarios**
  - Códigos incluidos:
    - Barreras para visitar al médico de cabecera o pedir atención sanitaria
    - Conocimiento de problemas con la tarjeta sanitaria
    - Frecuencia con la que visita al médico
    - Motivos para visitar al médico
    - Tempo que tarda en ir al médico cuando empieza a sentirse mal
    - Tipo de centro sanitario a donde suele acudir primero cuando tiene problemas de salud
    - Uso de los servicios de urgencias
  
- **Aceptabilidad del estudio**
  - Códigos incluidos:
    - Barreras para participar del estudio
    - Centro sanitario donde le gustaría hacer el control
    - Dificultades para reclutar familias inmigrantes
    - Disposición a contestar el cuestionario
    - Disposición a entregar muestras biológicas
    - Disposición a hacer la encuesta en su casa
    - Estrategias para atraer a otros participantes al estudio
    - Información a dar en la presentación del estudio a la población inmigrante
    - Interés de participar en el estudio
    - Manera de contactar con los participantes
    - Medio para recordar visita
    - Mejor horario para participar del estudio
    - Motivos para participar del estudio
    - Percepción de beneficios de participar en el estudio
    - Percepción de la disposición a entregar muestras biológicas
    - Percepción de la disposición a participar en el estudio
    - Percepción de la disposición a responder una encuesta
    - Temas o preguntas que no le gustaría le hagan en el cuestionario
    - Tipo de incentivo a recibir
  
- **Estado y cuidado de la salud**
  - Códigos incluidos:
    - Acciones que toma cuando se empieza a sentir enfermo
    - Atribuciones sobre las causas de la enfermedad
    - Auto-percepción de estrés emocional en la población inmigrante
    - Consumo de alcohol, tabaco o drogas
    - Cumplimiento del tratamiento farmacológico
    - Desconocimiento sobre formas de cuidado para la salud

- Diferencia patología más prevalente entre inmigrantes y autóctonos
  - Estado de salud
  - Estado de salud de los miembros de la familia
  - Estado de salud mental de los miembros de la familia
  - Peor cosa que le puede pasar en términos de salud
  - Percepción de conductas de riesgo
  - Percepción de problemas de salud en los inmigrantes
  - Percepción del consumo de alcohol entre inmigrantes de su mismo origen
  - Percepción del cuidado de la salud
  - Práctica de actividad física
  - Problemas de salud más frecuente en la familia
  - Problemas de salud recientes
  - Representaciones de salud/enfermedad
- **Impacto de la inmigración en la salud**
    - Códigos incluidos:
      - Cambios en los hábitos alimenticios a raíz de la inmigración
      - Compra de medicinas en su país de origen
      - Diferencia del sistema sanitario entre el país de origen y España
      - Percepción de cambio de estado de salud (origen vs acogida)
      - Uso de medicina alternativa o tradicional
- **Inmigración**
    - Códigos incluidos:
      - Ayuda recibida para emigrar
      - Característica población rumana
      - Características población africana
      - Características población autóctona
      - Características población china
      - Características población gitana rumana
      - Características población inmigrante general
      - Características población latinoamericana
      - Características población Marruecos
      - Características población Pakistán
      - Cosas que echa de menos
      - Cumplimiento de expectativas al emigrar a España
      - Diferencias culturales entre inmigrantes y autóctonos
      - Diferencias de vida entre los dos países
      - Elección de España como país de acogida
      - Expectativas al emigrar a España
      - Forma en que se agrupó la familia
      - Identidad colectiva como población inmigrante
      - Intención de quedarse a vivir a España

- Intención de quedarse a vivir en España
  - Motivos para emigrar a España
  - Número de hijos
  - Sentimientos al llegar a España
  - Tiempo o año de llegada a España
  - Viajes de visita a su país de origen
  - Vivencia de ser un inmigrante
- **Integración y adaptación a la cultura de acogida**
    - Códigos incluidos:
      - Adaptación a la ciudad de residencia
      - Efectos de la crisis económica sobre la población inmigrante
      - Estrategias para completar ingresos económicos
      - Explicaciones sobre la vulnerabilidad de la población inmigrante
      - Ingresos económicos
      - Integración de la familia a la cultura española
      - Interés por aprender castellano/catalán
      - Movilidad geográfica
      - Necesidades de la población inmigrante
      - Recomendaciones para la integración de la inmigración
      - Sentimientos actuales de vivir en España
      - Sentimientos por estar en situación de desempleo
      - Situación laboral
      - Situación laboral de la pareja
      - Situación legal de residencia
- **Necesidades de prevención**
    - Códigos incluidos:
      - Maneras de mejorar la participación de los inmigrantes en los programas de prevención del sistema de salud
      - Necesidades de la población inmigrante
      - Participación en los programas de prevención del sistema de salud
      - Percepción sobre violencia de género
      - Necesidades de prevención prioritarias
- **Prejuicio y discriminación**
    - Códigos incluidos:
      - Estereotipos sociales hacia los chinos
      - Estereotipos sociales hacia los marroquíes
      - Experiencias de rechazo/discriminación por ser inmigrante
      - Percepción de las actitudes de los españoles hacia los inmigrantes
      - Percepción de las relaciones de los inmigrantes de un colectivo con otro colectivo

- Recomendaciones para trabajar prejuicios y discriminación
  - Relaciones con las personas locales
  - Relaciones con personas de otros colectivos de inmigrantes
  - Relaciones entre los miembros del mismo país de origen
  - Sentimientos ante experiencias de rechazo/discriminación
- **Relación con el sistema y el personal sanitario**
    - Códigos incluidos:
      - Evaluación de la atención sanitaria
      - Malas experiencias respecto a la atención sanitaria
      - Opinión sobre la sanidad pública española
      - Percepción de actitudes del personal sanitario
      - Percepción de la relación de los inmigrantes con el médico de cabecera
      - Recomendaciones para mejorar la atención sanitaria
      - Tipo de relación con el médico de cabecera
- **Vida y soporte social**
    - Códigos incluidos:
      - Actividades que realiza la asociación a la que pertenece
      - Barreras para uso de recursos sociales disponibles
      - Características del barrio
      - Conocimiento de asociaciones dirigidas a inmigrantes
      - Dificultades de adaptación de los niños inmigrantes a la escuela
      - Dificultades para la integración de la inmigración en la escuela
      - Elección o procedencia de las amistades
      - Forma en que conoció a su pareja
      - Línea de acción de la asociación
      - Lugares de ocio que frecuenta
      - Motivos de consulta a la asociación
      - Participación en asociaciones dirigidas a inmigrantes
      - Percepción de la conciencia de la falta de soporte social
      - Percepción de la relación de los padres de familias inmigrantes con la escuela
      - Percepción de las relaciones entre asociaciones
      - Percepción de soporte social
      - Perfil de los usuarios de la asociación
      - Personas a las que recurriría en caso de dificultades
      - Programas que se desarrollan en el barrio
      - Recursos sociales existentes para la población inmigrante
      - Satisfacción con las amistades que tiene
      - Servicios que le gustaría que ofrezcan las asociaciones dirigidas a inmigrantes
      - Servicios que ofrecen las asociaciones a inmigrantes que conoce
      - Uso del tiempo libre

- Vida religiosa
- Visita a asociaciones que trabajan con inmigrantes