

Tesis doctoral

**Barreras de acceso de la población inmigrante
a los servicios de salud en Catalunya**

Autora:

Andrea Burón Pust

Directores:

Dr. Francesc Cots I Reguant, Dra. M. Luisa Vázquez Navarrete y Dr. Xavier Castells Oliveres

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva

Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica

Bellaterra, enero 2012

Tesis doctoral

**Barreras de acceso de la población inmigrante
a los servicios de salud en Catalunya**

Autora:

Andrea Burón Pust

Directores:

Dr. Francesc Cots I Reguant

Parc de Salut Mar
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Dra. M. Luisa Vázquez Navarrete

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS)
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
Consorci de Salut i Social de Catalunya

Dr. Xavier Castells Oliveres

Servei d'Epidemiologia i Avaluació
Hospital del Mar
Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva,
Universitat Autònoma de Barcelona
CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Agradecimientos

"No hay deber más necesario que el de dar las gracias"

Marco Tulio Cicerón (106-43 a.C.). Retórico y estilista latino

A menudo me planteo hasta qué punto es casualidad (o destino) que las cosas sucedan o cambien en el momento adecuado en la dirección adecuada, o si son las propias personas quienes, con su esfuerzo y empeño, mueven y provocan las situaciones... Probablemente sea la suma de las dos fuerzas motoras, unas veces tirará más el azar, y otras, la voluntad. Sin embargo, detrás de la realización de esta tesis no está la voluntad de una persona, sino la de muchas; y el azar en este caso no es más que la confluencia de las coyunturas generadas en diferentes momentos por todo un conjunto de personas. Personas que han sido grandes e imprescindibles aliadas durante todo el proceso, personas a las cuales estoy profundamente agradecida y dedico esta tesis.

No hubiera tenido lugar este proyecto ni sería lo que es sin la dedicación, estímulo y apoyo incondicional que me han brindado mis directores. El primero y más sincero agradecimiento se lo dirijo a ellos, pilares fundamentales del origen, desarrollo y consecución de esta tesis así como de mi desarrollo como profesional e investigadora.

A Francesc, porque hace más de seis años me dio la oportunidad de embarcarme en la inmigración como tema de investigación, primero en forma de tesina y años después como proyecto de tesis. Por aquellas primeras reuniones y charlas que cautivaron mi interés e ilusión, y por el conocimiento y opiniones compartidos a lo largo de toda mi etapa como residente, doctoranda y adjunta. Por brindarme la oportunidad de profundizar en la metodología cualitativa y entrar a formar parte de la plantilla docente de la UOC. Y gracias también por la confianza *in crescendo*, otorgándome cada vez un papel más activo en reuniones, congresos y publicaciones, y enseñándome que parte del proceso de realizar una tesis es saber tomar y defender mis propias decisiones. Espero que en el futuro podamos seguir compartiendo espacios de colaboración y debate profesional.

A Xavier, gracias por las acertadas recomendaciones y críticas a esta tesis y, en general, por los oportunos consejos y las apropiadas directrices en muchos aspectos de mi vida laboral y académica, por esas "xerrades vespertines" de reflexiones cargadas de experiencia y sabiduría. Y gracias también por permitir y valorar este "espacio cualitativo" en el servicio y, en general, por ser un jefe que posibilita y fomenta la participación de todos, motivando el debate, el cuestionamiento y la crítica constructiva en el trabajo.

A María Luisa, porque que a pesar de haber entrado a formar parte formalmente a este proyecto hace relativamente poco, su presencia en él ha sido decisiva. Su intensiva supervisión metodológica así como las repetidas, exhaustivas y meticulosas revisiones al documento final han contribuido enormemente a la calidad de esta tesis. Gracias también por despertar mi interés por el "mundo cualitativo" en el curso doctoral que cada año imparte en la UAB, y al cual tuve el honor de asistir como oyente hace cinco años; el trabajo final de dicho curso fue la semilla del proyecto de esta tesis.

Mi gratitud asimismo por poder formar parte de la comisión de investigación cualitativa que ella lidera, porque a través de ese espacio de debate compartido, mi conocimiento e interés por esta metodología no dejan de crecer.

Quisiera también agradecer el apoyo recibido por todo el equipo investigador del GESIC (Grupo de Estudio de Salud e Inmigración de Cataluña), en particular por la ayuda brindada en la identificación y contacto de informantes, la cálida acogida en cada uno de los destinos de las “excursiones” de la geografía catalana, y por la financiación recibida a través del correspondiente Fondo de Investigación Sanitaria 07/0156. Gracias a todos, y en especial a Carme Saurina, investigadora principal del proyecto.

Mi enorme agradecimiento y admiración a todas y cada una de esas treinta y siete personas inmigradas -informantes obligadamente anónimos- que me dedicaron su tiempo y abrieron sus vidas. Gracias por su generosidad, esfuerzo y valentía al compartir conmigo sus experiencias, base de esta tesis y profundamente inspiradoras y pedagógicas para mí. También a todos aquellos que sin ser entrevistados, colaboraron y mostraron interés en el proyecto, al abrirme las puertas de sus casas y de diferentes asociaciones. Ojalá algún día las conclusiones y recomendaciones de esta tesis contribuyan a mejorar su realidad...

Una mención especial de cariño y gratitud a todos los compañeros y amigos del Servei d'Epidemiologia i Avaluació del Hospital del Mar, por su apoyo y ánimos manifestados a diario, porque son la razón de sentirme tan a gusto cada día en el trabajo. En especial a Francesc Macià, por el aliento, espacio y recursos prestados para poder concluir esta tesis, así como por su inestimable doble papel de tutor y jefe, por transmitirme una manera de trabajar y ser un referente constante de formalidad y empatía. A Cristina Hernández, cuyo valor como compañera profesional solo es superado por la fortuna que representa tenerla como amiga: gracias por la confianza y el cariño, y por el apoyo emocional dedicado sobre todo en este último año.

Me gustaría reconocer sobre el papel escrito también el soporte incondicional recibido a lo largo de toda mi trayectoria académica por parte de mis padres, que desde pequeña han fomentado el interés por aprender en sus hijas. Ellos han sido, tanto en lo personal como en lo académico, el principal ejemplo a seguir, y no es sino gracias a sus consejos, dedicación y los oportunos “empujones del nido” combinados con grandes dosis de afecto que he llegado hasta aquí. Y a mi *Sis*, por saber relativizar mis preocupaciones con humor y restarle importancia a las cosas que no se la merecen.

No puedo dejar de mencionar a todos aquellos amigos que me han acompañado más cerca o más lejos en este trayecto, especialmente los que lo han hecho en el último tramo. Gracias de todo corazón por las muestras activas de ánimo y su ayuda, y por la paciencia brindada en aquellos momentos en los que no estuve a la altura de su amistad.

Last but not least, quiero concluir la oportunidad de este espacio de gratitud reconociendo el relevante papel de una persona que, presente durante todo el ciclo vital de este trabajo, me ha ayudado, apoyado y asesorado en todas y cada una de sus fases, especialmente en los momentos de dificultad. A través de su experiencia y buen humor, y de su afecto y cariño, ha sido sin duda el mejor compañero de viaje posible. Gracias por creer y confiar más que nadie en mí, Jesús, gracias por estar siempre ahí.

Índice

RESUMEN	10
ANTECEDENTES	14
SITUACIÓN DE LA INMIGRACIÓN A NIVEL INTERNACIONAL Y DEL ESTADO ESPAÑOL.....	14
<i>Concepto de inmigrante</i>	14
<i>Teorías del origen y mantenimiento de las migraciones económicas</i>	16
<i>Modelos de gestión de la diversidad cultural</i>	18
<i>Breve historia de las migraciones</i>	20
<i>Inmigración en Europa</i>	25
<i>Inmigración en España y Catalunya</i>	31
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA Y CATALUNYA.....	46
<i>Sistema de salud en España</i>	46
<i>Sistema de salud en Catalunya</i>	47
MARCO LEGAL Y POLÍTICAS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS INMIGRANTES.....	50
<i>Derecho a la salud a nivel internacional</i>	50
<i>Marco legal del derecho a la atención de extranjeros e inmigrantes a los servicios sanitarios en España</i> ..	53
<i>Políticas sanitarias de acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en España y Catalunya</i>	56
ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	59
<i>Marcos teóricos de acceso a los servicios sanitarios</i>	59
<i>Estudios sobre acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en Europa</i>	68
<i>Estudios sobre acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en España</i>	73
JUSTIFICACIÓN	82
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	86
METODOLOGÍA	88
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	89
ÁREA DE ESTUDIO.....	89
POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	91
TÉCNICA Y PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS.....	95
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	96
POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGADORA.....	98
RIGOR Y CALIDAD.....	99
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	99
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	100
RESULTADOS	102
PRESENTACIÓN Y RESUMEN DE LOS RESULTADOS.....	102
ACCESO AL SISTEMA SANITARIO: LA TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL.....	105
1.1. <i>Barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con los servicios sanitarios</i>	105
1.2. <i>Barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con los usuarios</i>	106
1.3. <i>Consecuencias de las dificultades de tramitación de la TSI</i>	107
ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL ACCESO RELACIONADOS CON CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	111
2.1. <i>Distancia a los centros sanitarios</i>	111
2.2. <i>Pago por los medicamentos</i>	112
2.3. <i>Provisión de información insuficiente desde los servicios sanitarios</i>	114
2.4. <i>Horarios de apertura de los centros de atención primaria</i>	116
2.5. <i>Los tiempos de espera para ser atendido</i>	118

2.6. Programación de citas en atención primaria	124
2.7. Calidad técnica de la atención sanitaria.....	125
2.8. Comunicación entre profesional y usuario	127
2.9. Actitud y comportamiento del profesional.....	129
ELEMENTOS QUE INFLUYEN EL ACCESO RELACIONADOS CON CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO	132
3.1. Desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento.....	132
3.2. El desconocimiento de los idiomas locales	138
3.3. Situación socioeconómica y laboral desfavorable.....	143
3.4. El rol de género: ser mujer inmigrante	149
3.5. El papel de la red social.....	152
3.6. Necesidades de atención de la salud percibidas por el usuario y uso de servicios	155
3.7. Ausencia de un sistema de transporte efectivo.....	158
PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN EN LA INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS Y CONSECUENCIAS SOBRE EL ACCESO.....	160
DISCUSIÓN	164
LA TARJETA SANITARIA: ELEMENTO CLAVE PARA EL ACCESO CUYOS REQUISITOS SON CONTROVERTIDOS Y, EN OCASIONES, INALCANZABLES	165
LA FALTA DE PROVISIÓN DE INFORMACIÓN ADAPTADA POR PARTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PROVOCA DESCONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE ATENCIÓN SANITARIA Y DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS, LIMITANDO EL ACCESO	175
FALTA DE AJUSTE ENTRE LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE	180
LA BARRERA LINGÜÍSTICA AFECTA TODAS LAS ETAPAS DEL ACCESO Y SE POTENCIA POR LA LIMITADA RESPUESTA DESDE EL SISTEMA Y LA PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN	188
LA PERCEPCIÓN DE MALA CALIDAD TÉCNICA COMO MODULADORA DE FUTUROS ACCESOS	193
CONCLUSIONES	196
RECOMENDACIONES	200
BIBLIOGRAFÍA	204
ANEXOS.....	220
ANEXO 1. GUÍAS DE ENTREVISTAS	220
<i>Guía de entrevista al USUARIO.....</i>	220
<i>Guía de entrevista al MEDIADOR</i>	222
<i>Guía de entrevista al REPRESENTANTE</i>	224
ANEXO 2. CARTA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO.....	226
ANEXO 3. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	227
ANEXO 4. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DEL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL PARC DE SALUT MAR.....	228
ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS.....	229
1. Tramitación de la tarjeta sanitaria.....	229
2. Elementos que influyen en el acceso relacionados con los servicios sanitarios.....	236
3. Elementos que influyen en el acceso a los servicios sanitarios relacionados con los el usuario.....	269
4. Percepción de discriminación en la interacción con los servicios sanitarios y consecuencias sobre el acceso.....	301
ANEXO 6. PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES DE LA DOCTORANDA RELACIONADAS CON INMIGRACIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS	307

Resumen

Antecedentes

En España el fenómeno de la inmigración es relativamente reciente pero de evolución muy rápida. Concretamente, en Catalunya, entre el 2000 y el 2010 se produjo un importante incremento de la población inmigrante, que pasó a representar del 2,9 al 15,9% sobre el total de la población. En España, el derecho a la protección a la salud se establece en la Constitución Española y el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria se regula básicamente a través del artículo 12 de la Ley General de Sanidad, ley 14/1986, de 25 de abril, la cual reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional en las mismas condiciones que los españoles. Los requisitos para el acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes en España están establecidos en la “Ley de Extranjería”, que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles a todos los extranjeros que se encuentren inscritos al padrón del municipio en que residan habitualmente, independientemente de su situación administrativa. En ausencia de empadronamiento, también se establece el derecho a la atención sanitaria en igualdad de condiciones a los menores de 18 años, a las mujeres la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, así como la asistencia de urgencia en cualquier circunstancia.

Asimismo, el acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigradas están contemplados dentro de las políticas de inmigración y salud tanto a nivel estatal como autonómico. En concreto se han desarrollado estrategias en 3 ámbitos: información dirigida a los inmigrantes sobre los trámites burocráticos necesarios para inscribirse y acceder al sistema de salud, sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, sobre los derechos y deberes del ciudadano, etc; mejora de la gestión administrativa para facilitar el acceso a la atención sanitaria, centradas en la adquisición de la TSI; y potenciación de la figura del mediador cultural entre el profesional sanitario y el inmigrante.

A pesar del reconocimiento legal del derecho a la salud y a la atención en salud y del desarrollo de políticas específicas, las investigaciones que analizan el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España apuntan hacia la existencia de posibles barreras de acceso. Sin embargo, la mayor parte de estos estudios sólo analizan la utilización de los servicios sanitarios en comparación con la población autóctona y son escasos los estudios que analizan los determinantes de la utilización de servicios, centrándose la mayoría en los factores predisponentes relacionados con las características demográficas de la población y sin considerar las variables contextuales. Además, una gran parte de la evidencia proviene de comparaciones cuantitativas y del análisis cualitativo de la perspectiva de profesionales sanitarios, sin tener en cuenta la experiencia y opinión de la población inmigrante. En cualquier caso, la evidencia existente en relación al acceso es escasa, a menudo contradictoria y pocos factores quedan esclarecidos. La presente investigación pretende contribuir a aumentar el conocimiento en relación a algunas de estas cuestiones, explorando y profundizando en

los determinantes del acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios de Catalunya desde el punto de vista de los actores.

Objetivo general

Analizar los elementos que influyen en el acceso de la población inmigrada a los servicios sanitarios de Cataluña, desde la perspectiva de la población de inmigrantes, representantes de asociaciones de inmigrantes y mediadores culturales de centros sanitarios.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico descriptivo, en el que se parte del marco conceptual propuesto por Aday y Andersen para el análisis del acceso. El área de estudio comprende 3 ciudades y una comarca de Catalunya: Barcelona, Lleida, Girona y Baix Empordà. Se consideró como población de estudio los inmigrantes residentes en alguna de estas áreas.

Se diseñó una muestra teórica basada en los siguientes criterios: diferentes tipos de relación con los servicios de salud y perspectivas diferentes del fenómeno del acceso a los servicios sanitarios (usuarios, mediadores de salud y representantes de asociaciones de inmigrantes) y diferentes países de procedencia (Pakistán, Rumanía, Senegal, Marruecos y Colombia). El tamaño final de la muestra fue de 37 personas, determinado por la saturación del discurso en relación al objetivo general.

Para la recogida de información se utilizó la entrevista individual semiestructurada, utilizando un guión de temas, con una parte común y otra específica para cada tipo de informante. Las entrevistas se llevaron a cabo entre marzo del 2008 y febrero del 2009, y se grabaron y transcribieron literalmente. Se realizó un análisis narrativo de contenido en paralelo a la recogida de datos. Los datos se segmentaron por tipo de informante, colectivo, y temas; y las categorías de análisis se generaron de manera mixta, esto es, las categorías surgieron a partir de las dimensiones del guión de la entrevista y los temas que emergieron del análisis de los datos. Para asegurar la calidad del estudio, se triangularon los datos de diferentes perfiles de informantes, hubo triangulación de analistas (analista externa), y se llevó a cabo la documentación sistemática y detallada de todo el proceso de investigación.

Resultados

La mayoría de los informantes considera que el acceso a la atención sanitaria es fácil, con independencia de la situación administrativa y laboral. Destacan la gratuidad de la atención en el punto de dispensación. No obstante, el acceso a los servicios de atención es fácil solo si se dispone de la tarjeta sanitaria, cuya obtención se ve dificultada por una serie de factores relacionados principalmente con la exigencia de empadronamiento y afiliación a la Seguridad Social. En el caso de aquellos que están en situación administrativa irregular se añade el miedo a ser identificados por las autoridades locales si se registran en el padrón y/o el sistema sanitario. Además, emergen otros

elementos que dificultan el acceso a los servicios, elementos que dependen de los servicios y de los usuarios.

En relación con los servicios sanitarios una de las principales barreras la constituye la insuficiente provisión de información sobre el funcionamiento de los servicios, debido a su escasez y dificultad de comprensión, configurándose el sistema y los servicios sanitarios como fuente de información secundaria y poco relevante para conocer la manera de acceder a los servicios sanitarios. El pago de los medicamentos supone también una barrera al acceso ya que los usuarios inmigrantes, en previsión de que la consulta generará una receta de un medicamento cuyo desembolso económico no pueden asumir, deciden no acudir. Los horarios restringidos de atención de los centros de atención primaria constituyen una barrera principalmente para aquellas personas que trabajan, por incompatibilidad con el horario laboral. Los tiempos de espera excesivos obstaculizan el acceso, en particular el tiempo desde que la persona solicita la atención hasta que se le atiende en los servicios de urgencias y la atención especializada. Por otro lado, la deficiente calidad técnica percibida en algunos casos, así como la barrera lingüística, el trato incorrecto y la actitud negativa por parte del profesional, constituyen también barreras a la atención una vez el inmigrante ha entrado al sistema.

Los factores que emergen como barreras en relación a las características del usuario inmigrante son, en primer lugar, su desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y de los idiomas locales (castellano y catalán). Asimismo, la situación socioeconómica desfavorable constituye una barrera a los servicios sanitarios en aquellos casos en los que la precariedad laboral implica una dificultad para ausentarse del trabajo durante el horario laboral y una barrera al cumplimiento de las bajas laborales, así como en aquellos que están en situación administrativa irregular y tienen miedo de ser identificados y/o registrados por las autoridades locales de inmigración si acuden a los centros sanitarios. La mujer inmigrante presenta algunas barreras de acceso específicas vinculadas a su rol social y familiar, en relación a su menor autonomía, su responsabilidad de cuidado de los hijos y, en concreto en el caso de la mujer pakistaní, senegalesa y marroquina, el rechazo a ser atendida por un profesional masculino. La red social es, en la mayoría de los casos, un elemento facilitador importante, pues constituye la fuente de información sobre los servicios sanitarios más importante, facilita la tramitación de la tarjeta sanitaria y la solicitud de citas, acompaña al usuario al centro sanitario en caso necesario y se encarga de los familiares que tiene a su cargo durante el tiempo que necesite ser atendido.

En relación a las necesidades percibidas de atención de la salud, los inmigrantes, en general, acuden a los servicios solo cuando tienen un problema de salud grave o que interfiere con sus responsabilidades y actividades habituales, y sus estrategias de búsqueda de atención se relacionan con la necesidad de atención urgente y la probabilidad de ser ingresado que perciben así como con experiencias previas de atención recibida.

Finalmente, el discurso de los informantes revela la percepción de ser discriminados en diferentes momentos de la utilización de los servicios sanitarios. En particular, los informantes consideran que, en comparación con las personas autóctonas tienen mayores dificultades en la tramitación de la tarjeta sanitaria, se les niega la asistencia por impuntualidad en la cita, han de soportar esperas más prolongadas, reciben un trato inapropiado por parte del profesional motivado por el desconocimiento del idioma y su condición de inmigrante, y que la calidad técnica de la atención que reciben es peor que la que reciben los autóctonos.

Todas estas barreras tienen diferentes consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes como son la búsqueda de atención en otros lugares como farmacias, centros de urgencias hospitalarios, asociaciones y oenegés o a centros privados, viajando incluso al país de origen para recibir atención allí; la utilización de la tarjeta sanitaria de otra persona; la automedicación; y el desembolso económico por la atención recibida en los servicios públicos. Todas estas circunstancias pueden provocar el empeoramiento de los síntomas y/o la agravación de la enfermedad, al retrasar la atención sanitaria.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que, en general, el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en Catalunya se considera fácil. Sin embargo, éste se ve dificultado por diferentes elementos relativos a los servicios sanitarios y potenciados por algunas características de los inmigrantes. La Tarjeta Sanitaria se configura como el elemento clave para el acceso, pero su obtención se basa en unos requisitos (empadronamiento y afiliación a la Seguridad Social) que son controvertidos e inalcanzables para algunos inmigrantes. El desconocimiento relacionado con la falta de provisión de información del funcionamiento de los servicios sanitarios por parte del sistema limita el acceso, y aunque es compensado parcialmente con la información que se provee desde el círculo social, éste no puede ni debe sustituir al sistema como fuente de información.

La barrera que supone la dificultad para ausentarse del trabajo está estrechamente relacionada con la precariedad laboral del inmigrante y las prácticas abusivas y en ocasiones ilícitas de los empleadores, por lo que es necesario trasladar este conocimiento a las autoridades competentes así como adecuar, en lo posible, los horarios de atención de los centros de salud a las jornadas laborales de los usuarios. La barrera lingüística en la comunicación entre profesional y paciente, la falta de competencia cultural de los profesionales y la mala calidad técnica percibida de los centros de atención primaria son aspectos que influyen de manera importante en el acceso y deben ser tenidos en cuenta en los programas de formación de los profesionales así como en la utilización de los recursos de mediación y traducción.

Una parte importante de las barreras detectadas son consecuencia del incumplimiento de las leyes relativas al acceso, así como de la falta de implementación de las políticas y de las acciones dirigidas a la atención de la salud de la población inmigrante, por lo que éstas deben ser revisadas y reforzadas, y mantenidas a lo largo del tiempo. Por otro lado, el uso de los servicios de urgencias que realizan los inmigrantes aparece como consecuencia de muchas de estas barreras, por lo que la reducción de éstas conllevaría probablemente una mayor adecuación de la utilización de estos servicios.

Finalmente, es necesario seguir investigando sobre las posibles diferencias de acceso entre nacionalidades y según género y clase social, así como sobre algunos aspectos concretos relacionados, como el papel de las oenegés en la asistencia sanitaria a inmigrantes, la efectividad de las estrategias de información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y el posible rol del círculo social del inmigrante en esta difusión.

Antecedentes

Situación de la inmigración a nivel internacional y del Estado Español

En este primer apartado se describe, en primer lugar, la gran variabilidad que existe a la hora de definir el término de “inmigrante”, y se concreta la definición utilizada en el presente trabajo. A continuación se resumen las principales teorías existentes sobre el origen y mantenimiento de las migraciones, así como los diferentes modelos de gestión de la diversidad cultural que han adoptado los principales países receptores de inmigrantes. Sigue luego una breve historia de las migraciones en el mundo, y una exposición genérica sobre las principales características sociodemográficas y de salud de los inmigrantes en Europa. Finalmente, se describen las características del fenómeno migratorio, y las características demográficas, sociales y de salud de la población inmigrante de España y Cataluña.

Concepto de inmigrante

Cuando se revisa la literatura científica que trata de la salud y acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes, lo primero que se aprecia es que no existe una definición común del término *inmigrante* (1). Por el contrario, el colectivo de inmigrantes se define a partir de diferentes variables y conceptos como país de origen, lugar de nacimiento, nacionalidad, posesión de permiso de residencia, etc. Además, a menudo se utilizan indistintamente otros conceptos como *extranjero*; se excluyen determinados grupos de inmigrantes como por ejemplo aquellos originarios de países de renta alta; o se incluyen a los hijos de los inmigrantes nacidos en el país de acogida. Por otro lado, la definición de inmigrante no es neutra (1) y el estado de inmigrante no debería ser contemplado como una característica permanente e inamovible para toda la vida (2). Estas diferencias en la conceptualización y definición operativa del término inmigrante, evidentes tanto a nivel internacional como dentro de España, dificultan la comparación y extracción de conclusiones de los resultados de los diferentes estudios.

Si bien todas las definiciones consideradas tendrán inevitablemente limitaciones específicas de validez y/o precisión (3), algunos autores han revisado la bibliografía existente y han propuesto algunas definiciones en torno al estudio de la inmigración y salud (4) y otros han llegado a acuerdos mediante métodos de consenso, tanto a nivel nacional (1) como internacional (5).

Inmigrante, el término más utilizado en la literatura internacional (*immigrant*) y, sobre todo, en la española, es aquella persona que inmigra, e inmigrar es “llegar a otro país para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas”, según la Real Academia Española (6). Normalmente, se utiliza este término cuando la perspectiva es desde el país

de destino, mientras que cuando se hace desde el país de origen se suele preferir el término emigrante (4). Algunos autores diferencian entre migraciones internas (dentro del país) e internacionales (entre países) (4).

El término **extranjero**, en inglés *foreign-born*, se ha utilizado en la literatura internacional para designar a las personas que han nacido en un país diferente del que residen actualmente (4). Sin embargo, en la mayoría de instituciones y documentos oficiales en España el término extranjero aparece vinculado a la nacionalidad. Así, según la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, se considera extranjero a todos aquellos que carezcan de la nacionalidad española (7). El Instituto Nacional de Estadística (INE), así como muchas fuentes estadísticas, se centran también en la categoría jurídica de extranjero como personas residentes en el territorio español sin nacionalidad española, aunque dispone de datos según nacionalidad y según país de nacimiento (8). Sin embargo, en el “Anuario Estadístico de Extranjería” que publica el Observatorio para la Inmigración, solo se considera residente extranjero al que cuenta con un título que le habilita para residir en España. Dentro de estos, diferencia entre los residentes en régimen general, que deben obtener el correspondiente permiso de residencia, y los residentes en régimen comunitario, que son documentados con una tarjeta de residencia. El régimen comunitario es de aplicación a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo que no pertenecen a la Unión Europea, así como a los familiares de todos ellos y a los familiares de los españoles (9).

Otro concepto que da lugar a confusión en la literatura sobre inmigración y salud es el de **país de origen**, que se define como el país del que proviene el inmigrante. Es éste un término ambiguo, ya que no permite diferenciar entre país de nacimiento y último país de residencia; es por ello que se prefiere utilizar el **país de nacimiento**, variable que se considera el indicador más relevante para el estudio de inmigrantes en relación a su salud (4).

En España, como resultado de un estudio con metodología Delphi, se elaboró el documento de consenso final establecido de definiciones y variables que deberían ser utilizadas para caracterizar la población de origen extranjero en el ámbito de la salud y las ciencias sociales (1). Según este consenso, se denomina inmigrante a la persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia, sea su intención temporal o permanente, y con independencia de disponer de un permiso de residencia y de la renta del país de origen, quedando incluidos por tanto los inmigrantes cuya situación administrativa es irregular y los nacidos en países de renta alta. Se antepone, no obstante, el concepto de “persona inmigrada” al de inmigrante, cuando se trata de personas que llevan un tiempo residiendo en España, si bien no hubo acuerdo en el tiempo que se debía considerar (5 ó 10 años). En cuanto a los hijos de inmigrantes nacidos en el Estado Español, no se consideran inmigrantes y se rechaza la terminología de generaciones de inmigrantes, recomendando el uso de “hijos e hijas de inmigrantes”. Finalmente, para el estudio y definición operativa de inmigrantes se debe tener en cuenta el **país de nacimiento** en primer lugar, si bien se recomiendan recoger y estudiar otras variables como la **nacionalidad** y **tiempo transcurrido desde la llegada** para caracterizar mejor su condición de inmigrante y el grado de asentamiento. El registro y estudio de otras características como variables socioeconómicas, género, situación administrativa, renta del país de origen, nivel de estudios, procedencia rural/urbana y estatus de refugiado, por este orden de prioridad, se consideran relevantes a la hora de estudiar los perfiles y problemas de salud y sociales de los inmigrantes.

En el presente estudio se utiliza la definición de inmigrante tal y como se describe en el documento de consenso mencionado (1), entendiendo como inmigrantes todas aquellas personas que, nacidas en el extranjero, llegan a España para fijar su residencia de manera tanto temporal como permanente. En la revisión de la literatura científica no se incluyen, por tanto, aquellos estudios que hacen referencia exclusivamente a minorías étnicas o grupos de personas clasificados según su raza (aunque sí las revisiones sistemáticas que incluyen estos estudios además de estudios de inmigrantes). Tampoco se incluyen estudios de inmigrantes de segunda generación. Sí que se incluyen aquellos artículos y documentos que tratan de *extranjeros*, ya sea en el sentido de inmigrante con permiso de residencia o como persona de nacionalidad extranjera, dada la frecuencia de estos términos en la literatura española.

Por otro lado, las migraciones se suelen clasificar en función del motivo que las genera entre migraciones económicas y forzadas (10). Las económicas se sustentan en la elección voluntaria de buscar nuevas oportunidades de trabajo y mejores condiciones de vida, incluyéndose todas aquellas migraciones ligadas a un aspecto laboral, comercial o académico. Las migraciones forzadas implican razones involuntarias, asociadas generalmente a conflictos políticos y violencia (10,11). Este trabajo se centrará única y exclusivamente en la inmigración de origen económico, por ser esta la principal razón de inmigración en España (12).

Teorías del origen y mantenimiento de las migraciones económicas¹

En la actualidad **no existe una única teoría** completa y coherente sobre la inmigración internacional de carácter económico, sino un conjunto fragmentado de teorías elaboradas desde distintas disciplinas, paradigmas, marcos geográficos e ideológicos. Normalmente se distingue entre aquellas que adoptan una perspectiva **macrosocial** (estructural y socioeconómica) y aquellas que enfocan el proceso desde una perspectiva **microsocial** (individual y motivacional). En general todas las teorías se basan en largos periodos dinámicos de procesos migratorios, son estructurales más que individualistas, globalistas y críticas, preocupadas por las consecuencias que los movimientos migratorios tienen sobre las sociedades y países de acogida y de origen. Se centran sobre todo en las causas del **inicio de las migraciones** y en menor medida en la perpetuación o el **mantenimiento** de dichos flujos y la permanencia de los colectivos en las sociedades de acogida.

¹ Este subapartado está elaborado principalmente a partir del libro "Inmigrantes y estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria" (13); del informe sobre inmigración internacional y crisis global encargado por la Comisión Europea y realizado en Holanda (14); y de un informe realizado en Cataluña sobre los determinantes de la inmigración internacional en España (12).

Teorías de inicio de las migraciones

La mayoría de las teorías de inicio de las migraciones vinculan su origen con las diferencias del contexto económico y desarrollo demográfico y tecnológico entre los países de origen y destino. Así, una de las primeras teorías (Ravenstein – The Laws of Migration) expone que existe la tendencia al desplazamiento de la población de zonas densamente pobladas a áreas de baja densidad y de áreas pobres a zonas ricas. El **factor trabajo** es el eje primordial de varias de las teorías existentes, que consideran las migraciones como el **equilibrio** –siempre que no existan impedimentos ajenos a la lógica de mercado- entre las **diferencias de oferta y demanda entre países**. Según algunos autores, se tendería hacia un equilibrio en el que se reducirían las diferencias económicas y con ellas las migraciones. La teoría neoclásica macroeconómica amplía este concepto al considerar que la migración internacional depende de las diferencias en los ingresos, el nivel de desarrollo y el suministro y demanda de mano de obra entre países emisores y receptores.

Otra corriente dentro de las teorías macroeconómicas considera que la migración, más que equilibrar las sociedades, **exacerba las desigualdades económicas** ya que los países expulsores pierden con la emigración los sectores más dinámicos y con mayor nivel educativo, aquellos que podrían ser el motor del desarrollo económico. Los teóricos marxistas analizan la migración internacional en términos del sistema de clases, incorporando al Estado con sus intereses capitalistas, y consideran que la migración es una nueva forma de explotación, prediciendo asimismo que las desigualdades entre países aumentarían a consecuencia de este fenómeno.

Desde una **perspectiva** más **individual** se considera que los individuos se mueven con la finalidad de maximizar su bienestar a partir del cálculo previo de los costes y beneficios que acarrea la emigración, como una forma de inversión en capital humano.

Teorías de mantenimiento de las migraciones: teoría de las redes sociales

Entre las teorías del mantenimiento de los procesos migratorios la que se cita con mayor frecuencia es la **teoría de las redes sociales**. Esta teoría define las redes sociales como los lazos que se establecen entre emigrantes con migrantes anteriores y con no migrantes de los países de origen y de destino. La existencia de una red social del país de origen en la sociedad de acogida disminuye los costes psicológicos y económicos del desplazamiento, constituyéndose por tanto en una forma de capital para acceder e integrarse en mejores condiciones.

La llegada de información a través de las redes sociales también es una motivación para el mantenimiento de los flujos, ya que aunque los individuos se mueven en una dirección, las imágenes simbólicas, la información y el dinero circulan en ambos sentidos. Mediante este mecanismo, tanto el volumen como los lugares de destino de los flujos podrían llegar a ser relativamente indiferentes a las fluctuaciones económicas. Las redes sociales también podrían tener efectos negativos sobre los inmigrantes, al limitar sus posibilidades de éxito debido a las obligaciones y expectativas de solidaridad con las sociedades de origen.

Por otro lado, se postula que la creación de redes sociales tiene efectos importantes también en la sociedad de origen, pudiendo alterar la estructura social, el nivel cultural medio o los roles sexuales

en los países de origen. Asimismo, al tiempo que se incrementan las oportunidades para emigrar, también puede hacerlo la frustración para aquellos que no pueden hacerlo.

En resumen podemos decir que los movimientos migratorios de carácter económico se inician, desde un punto de vista poblacional, por las diferencias del contexto económico y desarrollo demográfico y tecnológico entre los países de origen y destino, siendo el factor trabajo la causa más importante de inmigración a nivel individual. La existencia de una red social del país de origen en la sociedad de acogida disminuye las dificultades del desplazamiento y favorece la permanencia en el país de destino.

Modelos de gestión de la diversidad cultural²

Si bien las causas de inmigración han sido (y siguen siendo) principalmente económicas, y en consecuencia las políticas de inmigración se han centrado en la creación de infraestructura para optimizar el reclutamiento y la inserción laboral, los Estados no pueden ser ajenos al hecho de que junto con su capacidad de trabajar el inmigrante trae consigo una cultura diferente y específica, lengua, costumbres, modelos y roles familiares, creencias religiosas, estilos de vida, valores y cultura política, etc (13). Las respuestas que los Estados han ofrecido a la gestión de las características culturales de los inmigrantes residentes en el territorio son muy variadas, y se tienden a clasificar en dos grandes tipos de modelos: modelos de exclusión y modelos inclusivos, clasificándose estos últimos a su vez en modelos monoculturales o no pluralistas y modelos pluralistas (13). A continuación se presentan brevemente estos modelos.

Modelos de exclusión

Históricamente, los primeros intentos promovidos desde la esfera pública para la gestión de la llegada de grupos de variada procedencia cultural se basaron en mecanismos de exclusión que impedían su incorporación a la sociedad y se basaban en la segregación, la discriminación y la marginalización del diferente. Los modelos de exclusión establecían una completa separación entre la sociedad de acogida y las poblaciones extranjeras asentadas; los extranjeros podían mantener su diferencia, pero se les separaba de la esfera pública. Dentro de estas políticas, las denominadas segregacionistas han sido el caso más paradigmático de exclusión, en el que los grupos dominantes viven en esferas sociales completamente separadas de los grupos subordinados (minorías étnicas), impidiendo la participación de los segundos en la sociedad, y con el fin último de reforzar el poder y control de las élites sobre los grupos segregados. En muchos casos se llevó a cabo un proceso de segregación diferencial, en el que los inmigrantes eran incorporados en ciertas áreas sociales

² Este subapartado está elaborado principalmente a partir del libro "Inmigrantes y estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria" (13); del informe sobre inmigración internacional y crisis global encargado por la Comisión Europea y realizado en Holanda (14); y de un informe realizado en Cataluña sobre los determinantes de la inmigración internacional en España (12).

(mercado laboral principalmente) pero se les negaba el acceso a otras (ciudadanía y participación política). Un ejemplo de este tipo de sociedad con derechos diferenciados sería la que aparece en el sur de los Estados Unidos antes de que tuviera efecto el programa de los derechos civiles.

Modelos inclusivos monoculturales (no pluralistas)

Dentro de estos podemos distinguir los modelos de asimilación y los llamados “melting pot”. Los **modelos de asimilación**, conformidad, absorción o aculturación son un mecanismo de incorporación, de adaptación cultural unilateral en la que los inmigrantes deben adoptar las pautas culturales y los modos de vida de la sociedad mayoritaria y abandonar las suyas de origen. El objetivo último es la minimización del impacto de la inserción y la gradual eliminación de las diferencias. Estas políticas fueron aplicadas en los Estados Unidos y también la Europa receptora posterior a la Segunda Guerra Mundial, concretamente en Francia y Gran Bretaña.

Tras el rechazo más o menos generalizado de la asimilación empieza a adaptarse un nuevo modelo en Estados Unidos, en el que los sectores dominantes y subordinados interactúan en un proceso bidireccional, configurándose una nueva sociedad fruto de la fusión cultural. Este modelo, que se conoce como “**melting pot**” y que significa “crisol de culturas”, pretende asimismo una sociedad homogénea cultural y étnicamente, pero cuya construcción se realiza a partir de la contribución de todas las culturas, evitando teóricamente las diferencias en el tratamiento de los individuos según etnia o procedencia.

Modelos inclusivos pluriculturales o pluralistas

Los modelos basados en el pluralismo cultural que se desarrollan a partir del final de la década de los sesenta son los primeros en considerar las diferencias culturales beneficiosas para las sociedades de acogida y compatibles con las identidades nacionales. Se caracterizan por aceptar a las poblaciones inmigrantes como comunidades étnicas que permanecen distinguibles de la población mayoritaria respecto a la lengua, la cultura y la conducta social a lo largo de generaciones. Dentro de ellas se diferencian el multiculturalismo y el interculturalismo.

El **multiculturalismo**, seguido en países como Canadá, parte de estas premisas pero mantiene que las minorías deben aceptar una parte de la organización de la sociedad en la que viven con el fin de ser capaces de participar en ella. Así, por ejemplo, los inmigrantes deben aprender, junto con la lengua materna, la lengua de la sociedad de acogida como requisito a la participación en condiciones de igualdad en el mercado laboral, la esfera legal, etc. El concepto de **interculturalidad**, por el contrario, concibe la cultura como un concepto dinámico, no estático, no esencialista, y propone nuevas formas de síntesis cultural basándose en principios de convergencia, interacción sociocultural y construcción de una unidad social que pone el acento en los elementos comunes.

En resumen, las respuestas que los Estados han ofrecido en la gestión de los inmigrantes son muy variadas, clasificándose estas en modelos de exclusión y modelos inclusivos. Los modelos de exclusión separan completamente las poblaciones extranjeras asentadas de la sociedad de acogida. Los modelos inclusivos pueden ser monoculturales, los cuales se subdividen en el modelo de asimilación, en el cual se espera que los inmigrantes abandonen sus pautas culturales y los modos de vida de origen para adaptarse unilateralmente a las de la sociedad mayoritaria, y el modelo “melting pot”, en el cual se construye una sociedad homogénea cultural y étnicamente a partir de la contribución de todas las culturas. Por otro lado, el multiculturalismo acepta a las poblaciones inmigrantes como comunidades étnicas que permanecen distinguibles de la población mayoritaria, aunque las minorías deben aceptar una parte de la organización de la sociedad en la que viven; mientras que aquellos que los modelos basados en la interculturalidad tienen como principio la convergencia, interacción sociocultural y construcción de una unidad social dinámica a partir de los elementos comunes.

Breve historia de las migraciones³

Las migraciones son inherentes a la condición humana y, sin embargo, los flujos de población han seguido y siguen determinadas pautas históricas vinculadas a razones económicas y condiciones políticas. Asimismo, no solo las personas se han desplazado a través de las fronteras, sino que las fronteras también se han desplazado a través de las poblaciones humanas, y la construcción y destrucción de imperios y Estados han provocado importantes flujos transfronterizos por la expulsión de minorías políticas, religiosas y étnicas, la colonización, el desplazamiento forzoso de esclavos, prisioneros o trabajadores y el reclutamiento activo de mano de obra y de soldados.

Durante el Antiguo Régimen (conjunto de instituciones políticas y sociales que caracterizaron a los países europeos antes del triunfo de la revolución industrial y el liberalismo, siglos XVII y XVIII) (19), la contención demográfica de Europa y la escasez de mano de obra llevaron a los Estados absolutistas (los reinos de la antigua Europa occidental, como Francia, Portugal, Inglaterra y España) a prohibir la emigración y fomentar el reclutamiento de siervos y esclavos para cubrir las necesidades de la corte, del Estado y de la nobleza. La población era considerada un signo de prosperidad, y se protegía el interés nacional frente a gobiernos extranjeros estableciendo, entre otros, leyes que impedían o dificultaban la emigración hacia otros territorios. En España, por ejemplo, se castigaba con la pena de confiscación de bienes a quien emigraba, entendiendo que con esta decisión se ofendía gravemente a la patria.

La colonización del mundo por las potencias europeas activó, por añadidura, uno de los movimientos migratorios más cuantiosos de la historia moderna: el desplazamiento de esclavos desde el

³ Este apartado se basa en el libro *“Inmigrantes y Estados: la respuestas política ante la cuestión migratoria”* de A.M. López Sala (13), en el informe *“The demographic characteristics of immigrant populations”* del Consejo Europeo (15), en el informe *“International Migration Outlook 2011”* de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (16), y de los capítulos sobre las consecuencias de la migración en el presente siglo y sobre la situación de la migración en Europa del libro *“Vienna Yearbook of Population Research Volume 2009 : Impact of migration on demographic change and composition in Europe”* (17,18).

continente africano a Europa y América. La posterior abolición de la esclavitud da paso a otros sistemas de reclutamiento de trabajadores para los territorios coloniales. Sin embargo, la movilidad que acarrea la industrialización rompe la unidad territorial e institucional y redefine las fronteras políticas, geográficas y culturales. López Sala propone dividir el estudio de la historia de los dos últimos siglos de las migraciones en España en 4 periodos.

Primer periodo: 1850 a 1914

En este periodo se produce una cuantiosa emigración europea hacia América y Australia. Tras las importantes restricciones migratorias, comienza a reconocerse en los países democráticos el “derecho a la emigración”, instaurándose la “libertad de salida”. En España es la Constitución de Cádiz la que establece el derecho a emigrar, potenciándose la emigración hacia territorios de ultramar. Dicha libertad se compagina con un incipiente, aunque débil, control estatal de los movimientos internacionales de población.

En las políticas de control sobre la llegada de inmigrantes, adquiere fuerza la protección del mercado laboral nacional contra la concurrencia de mano de obra extranjera. Por otro lado algunos países construyen políticas de inmigración racialmente selectivas, vetando la entrada por ejemplo de asiáticos en Norteamérica o de judíos en Gran Bretaña. Se comienza a consolidar el discurso del extranjero no deseado, que además de la restricción racial incluye a activistas políticos, pobres y enfermos.

En España el inicio de la preocupación por las migraciones se produjo después de los acontecimientos de Saida, en los que un centenar de emigrantes españoles murieron en Argelia a manos de las tropas de Abu-Amena en 1881. A partir de este momento la cuestión emigratoria se introduce en la agenda pública española, aunque el debate fuera bastante pobre y no fuera hasta 1907 cuando se publica la primera Ley de Emigración. Esta ley regulaba los flujos de salida y buscaba corregir los abusos que padecían los emigrantes durante el reclutamiento, transporte y colocación en los países de destino. Asimismo se fomentó la colonización interior como medio de paliar la salida y encauzar la emigración hacia las colonias o antiguos territorios españoles.

Segundo periodo: 1914 - 1945

Los movimientos migratorios y políticas relacionadas de este periodo vienen marcados por los conflictos bélicos y la recesión económica. Por un lado las dos guerras mundiales provocan el reclutamiento activo de trabajadores y soldados en los territorios coloniales para hacer frente a las necesidades de los Estados implicados, al mismo tiempo que la extensión de los conflictos bélicos al mar y la acción gubernamental limitan la salida “espontánea” de la población hacia otros países. Tanto los conflictos bélicos como las consecuencias económicas de la crisis de 1929 impulsan la construcción de sistemas de control y regulación de la inmigración, aparecen los títulos de viaje y los pasaportes, y se restringe el acceso a países receptores con la finalidad de proteger los mercados de trabajo nacionales. Paralelamente se mantienen las políticas racialmente selectivas.

En España, la Guerra Civil y las trabas impuestas por el régimen franquista frenaron el flujo hacia el exterior. Se pretendía evitar la huida de aquellos considerados colaboradores del régimen republicano y de las escasas divisas que había en el país durante la dictadura, así como conseguir aumentar la población española. Aun así, se produce el exilio político de muchos españoles perseguidos a Francia y Latinoamérica, coincidiendo no obstante con el desarrollo de políticas restrictivas en los países receptores.

Tercer periodo: 1945 – 1973

Después de la Segunda Guerra Mundial se produce un rápido crecimiento industrial que se acompaña de una clara demanda de mano de obra. El volumen migratorio hacia el exterior del continente europeo se reduce y los países del centro y norte de Europa se transforman en países receptores. La demanda de mano de obra originó en estos países una política de puertas abiertas que catalizó la corriente espontánea de trabajadores. La admisión y residencia eran controladas por los gobiernos de los países receptores, los cuales siguieron el modelo de “Gastarbeiter” o “trabajadores invitados”. Se pretendía que los trabajadores residieran en el país de acogida tanto tiempo como fueran necesarios para la economía y que regresaran a sus países una vez cumplida la función laboral que se les asignaba. La inmigración por tanto no necesitaba de una política específica sino que formaba parte de la política económica e internacional, siendo la infraestructura social destinada a los extranjeros prácticamente inexistente y estando ausentes las políticas dirigidas a la integración de inmigrantes.

Distinta pauta se observa en los países del sur de Europa. España, Grecia, Italia o Portugal siguen enviando población extranjera al exterior, pero se cambia el destino hacia los países del norte y centro de Europa. Las causas del destino migratorio son la mayor proximidad geográfica, el carácter poco selectivo de la inmigración que demanda Europa y las buenas condiciones económicas y laborales que ofrecen estos países.

Por otro lado cabe destacar los movimientos migratorios que se originan a raíz de la descolonización en Asia y África. La independencia de las antiguas colonias supuso tanto la repatriación de muchos ciudadanos de los Estados establecidos en dichos territorios, así como la llegada de población de los nuevos Estados. Así se produjo la transformación de las hasta entonces homogéneas sociedades europeas en entidades multiculturales.

Mención aparte merecen las migraciones producidas a raíz de la Guerra Fría: Europa, Canadá y Estados Unidos recibieron refugiados políticos de los países comunistas. No obstante, el número de refugiados procedentes de estos países fue limitado debido a las fuertes restricciones a la libertad de emigración adoptadas por los países del Pacto de Varsovia, en especial por la antigua URSS.

Cuarto periodo: 1973 – actualidad

Durante este periodo, la crisis del petróleo, la globalización y la deslocalización de la economía provocan la disminución de la necesidad de mano de obra, reduciéndose de manera importante el reclutamiento activo de la época anterior. Por otro lado, la intensificación de los flujos de refugiados

de conflictos políticos y guerras étnicas produce el aumento de la preocupación pública ante la carga económica que podría suponer a los Estados el fenómeno migratorio, por el pretendido abuso de los sistemas de protección social, el cuestionamiento de los derechos internacionales y la extensión de una retórica anti-refugio. Sin embargo, al mismo tiempo, los procesos de transición democrática en la Europa del Este y la caída del Muro de Berlín promovieron una relajación de las políticas restrictivas de salida y nuevas oleadas migratorias originadas en la Europa del Este.

Los países del sur europeo se transforman por primera vez en países de inmigración, recibiendo población extranjera de África, Asia y América Latina. Las causas de este cambio son por un lado el rápido crecimiento económico, la consolidación de los mercados de trabajo fuertemente segmentados, el peso relativo de la economía informal y la demanda de mano de obra no cualificada en el sector servicios. La incorporación de la mujer al mercado laboral precisa una fuerza de trabajo femenina sustitutiva o complementaria del cuidado de ancianos y niños, limpieza, etc.

En las últimas décadas, el ritmo de envejecimiento de la población autóctona de los países receptores y con ello la necesidad de mano de obra extranjera para cubrir no solo los sectores especializados sino también empleos de baja cualificación ha abierto el debate sobre la introducción de políticas menos restrictivas.

Síntesis de la historia de las migraciones económicas

Como resumen a este apartado, podemos decir que la historia de los flujos de población viene determinada por los ciclos económicos y las condiciones políticas de cada época. Entre mediados del siglo XIX y hasta el comienzo de la Primera Guerra Mundial, existía una cuantiosa emigración europea hacia América y Australia, que en España se dirige sobre todo hacia los territorios de ultramar que poseía. La protección del mercado laboral nacional contra la concurrencia de mano de obra extranjera provoca que algunos países construyan políticas de inmigración racialmente selectivas. Por otro lado, en España se desarrollan leyes para corregir los abusos que padecían los emigrantes durante el reclutamiento, transporte y colocación en los países de destino. Asimismo se fomentó la colonización interior como medio de paliar la salida y encauzar la emigración hacia las colonias o antiguos territorios españoles.

Entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial (1914-1945) los flujos migratorios vienen marcados por los conflictos bélicos y la recesión económica, activándose un reclutamiento activo de trabajadores y soldados en los territorios coloniales por un lado, y limitándose la salida “espontánea” de la población hacia otros países por los conflictos bélicos en el mar y la acción gubernamental. En España, la Guerra Civil y las dificultades impuestas por el régimen franquista frenaron el flujo hacia el exterior, aunque aun se produjo el exilio político de muchos españoles a Francia y Latinoamérica.

El rápido crecimiento industrial acontecido a partir del final de la Segunda Guerra Mundial se acompaña de una clara demanda de mano de obra y los países del centro y norte de Europa se transforman en países receptores, aplicándose en estos una política de puertas abiertas aunque orientadas a que los inmigrantes residieran en el país de acogida tanto tiempo como fueran necesarios para la economía y que regresaran a sus países una vez cumplida la función laboral. Los países del sur de Europa, España entre otros, siguen enviando población extranjera al exterior, pero

se cambia el destino hacia los países del norte y centro de Europa. Por otro lado, la descolonización en Asia y África transforma las hasta entonces homogéneas sociedades europeas en entidades multiculturales, y las migraciones producidas a raíz de la Guerra Fría originan flujos de refugiados políticos de los países comunistas hacia Europa, Canadá y Estados Unidos.

La crisis del petróleo de los años 70, la globalización y la deslocalización de la economía provocan la disminución de la necesidad de mano de obra, si bien se intensifican los flujos de refugiados de conflictos políticos y guerras étnicas. Los países del sur europeo se transforman por primera vez en países de inmigración, recibiendo población extranjera de África, Asia y América Latina. En las últimas décadas, se han incrementado los flujos migratorios hacia los países de renta alta debido a la necesidad de mano de obra extranjera relacionada con el ritmo de envejecimiento de la población autóctona de los países receptores y la introducción de la mujer al mercado laboral.

Inmigración en Europa

Según la *United Nations Population Division*, el número de inmigrantes en el mundo en el año 2010 ascendió a 214 millones, de los cuales 128 viven en países de renta alta, y de estos, 58 millones (menos de la mitad) provienen de países de renta baja (20,21). A pesar de que la crisis ha frenado el ritmo de crecimiento, el número global de inmigrantes continúa aumentando y, como la mayoría de los inmigrantes se han establecido en los países de destino, los flujos de retorno a los países de origen continúan siendo escasos (21).

En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las cifras de migración internacional permanente disminuyeron en 2009 por segundo año consecutivo, como consecuencia de la menor demanda de trabajadores (16). El descenso global fue del 7%, pasando de 4,5 millones en el 2008 a 4,3 millones en el 2009. El descenso fue más marcado para los países asiáticos de la OCDE (Japón y Corea) y la mayoría de países europeos (sobre todo República Checa, Italia, España y Suiza), mientras que en Canadá, Estados Unidos y Australia las cifras se incrementaron ligeramente (figura 1) (16). Sin embargo, según la OCDE, dada la gravedad de la crisis económica, el descenso es menor del que se esperaba, sobre todo en Europa, probablemente debido a que el envejecimiento de la población y la caída de las tasas de fertilidad mantienen la demanda de trabajadores (22). Por otro lado, el impacto de la crisis es diferente según el tipo de inmigración, siendo la inmigración laboral, sobre todo la no cualificada, la que se ve afectada en mayor medida, mientras que la familiar (reagrupamiento) y la humanitaria (solicitudes de asilo), así como los flujos de estudiantes internacionales continúan aumentando y no se ven apenas afectados (14).

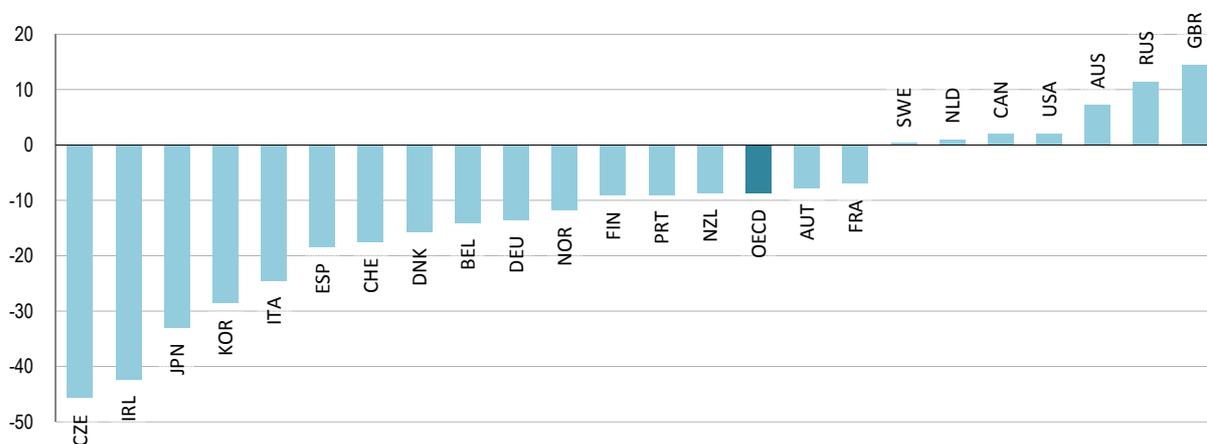


Figura 1. Variación porcentual (2008-2009) de las cifras de inmigración permanente en los países pertenecientes a la OCDE. Fuente: OECD (2011), *International Migration Outlook*.

Los movimientos migratorios suponen, para muchos países, la causa principal de las fluctuaciones demográficas, superando la migración natural neta (efecto neto que tienen la inmigración y la emigración) al crecimiento natural (superávit, o déficit, de nacimientos en comparación con las muertes) (16,17). Así, entre 2003 y 2008, el 59% del incremento de la población en los países de la OCDE fue debido a la inmigración, alcanzando esta cifra el 90% en países como Francia, Estados

Unidos y Nueva Zelanda. Los inmigrantes representan, por otro lado, una tercera parte de las nuevas incorporaciones a la población en edad laboral. Las estimaciones de la OCDE indican que, si las tasas de crecimiento se mantienen en los niveles actuales, la población en edad laboral en los países pertenecientes a dicha organización aumentará gracias a la inmigración en casi un 2% entre 2010 y 2020. Los principales países de origen de la inmigración a nivel mundial son China, Polonia, India y Méjico (16).

En **Europa**, un total de 30,8 millones de extranjeros residían a 1 de enero de 2008 en un país de la Unión Europea (UE), representando esta cifra el 6,2% del total de la población de la UE (23). De estos, más de un tercio (11,3 millones) correspondían a ciudadanos de otro país miembro de la UE, casi el 20% (6 millones) eran originarios de un país europeo no perteneciente a la UE, el 15,2% de un país africano y el 12% de un país asiático (figura 2) (23).

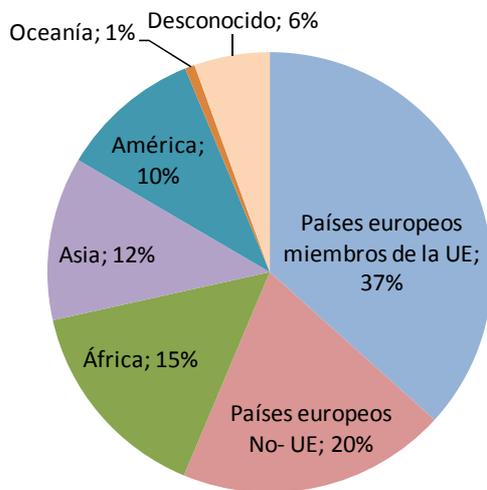


Figura 2. Distribución de los inmigrantes en la Unión Europea según origen a enero del 2008 (porcentaje sobre el total). Adaptado de: Eurostat, 2009 (23).

Actualmente, en la mayoría de países europeos la inmigración internacional neta supera el crecimiento natural, y esto a pesar de que el crecimiento natural incluye los nacimientos de padres inmigrantes (17). No obstante, existe una clara división entre la migración neta de los “antiguos” países de la UE (los 15 países miembros en el 2003) y los “nuevos” países miembros (aquellos que entraron a formar parte de la UE en el 2004 y 2007). La mayoría de los países de la UE-15 tenían migraciones netas muy altas que superaban sus bajas tasas de crecimiento natural, mientras que la mayoría de los “nuevos” países UE, así como los países europeos no-UE, registraban tasas negativas en ambos indicadores, provocando un descenso poblacional continuo (figura 3) (18).

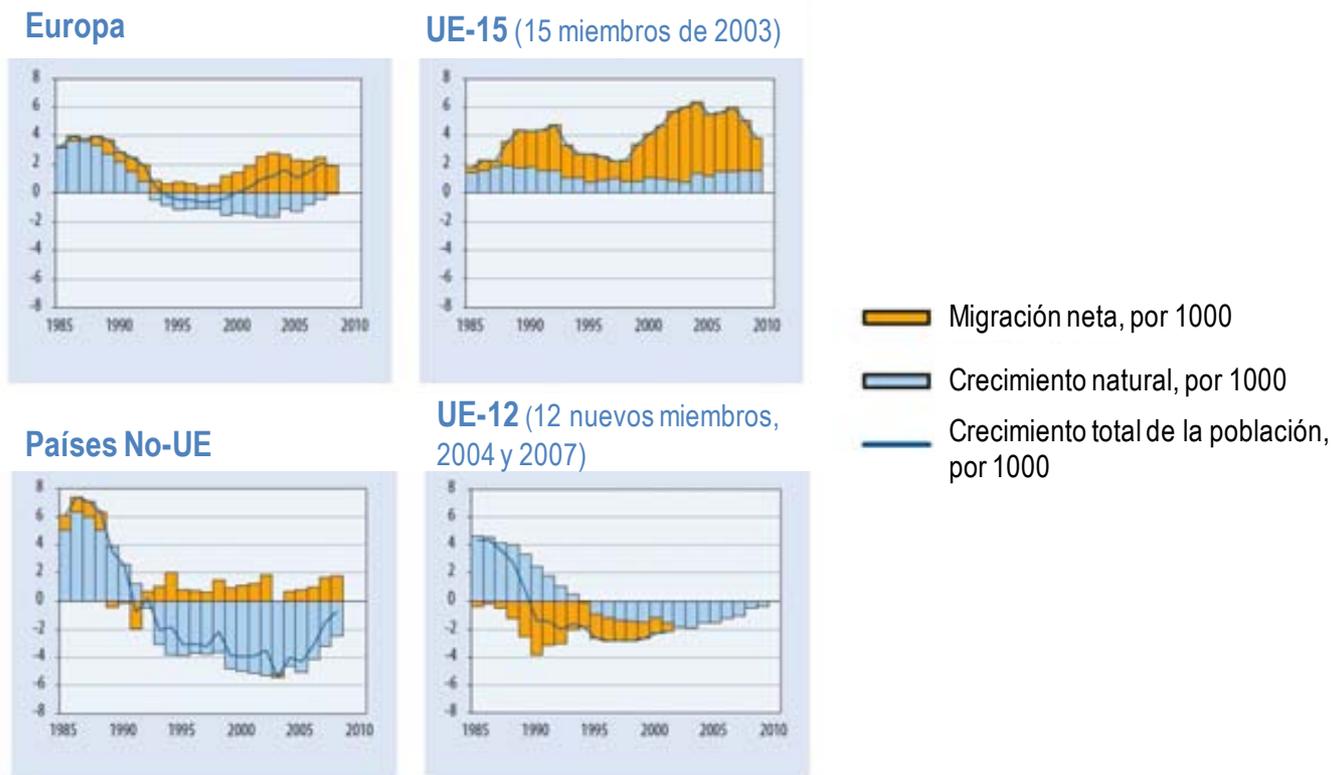


Figura 3. Evolución 1985-2010 en la población total, migración neta y crecimiento natural, de los países de Europa según su pertenencia a la Unión Europea. Fuente: Vienna Institute of Demography, International Institute for Applied System Analysis, 2010 (24).

En términos absolutos, la mayoría de extranjeros en Europa reside en Alemania, España, Reino Unido, Francia e Italia, representando la suma de sus inmigrantes más del 75% de todos los inmigrantes de la UE-27 en el 2008. Sin embargo, en términos relativos, el país que tradicionalmente ha tenido y continua teniendo la mayor proporción de población inmigrante es Luxemburgo (42,5%), seguido de Suiza, Letonia, Estonia, Chipre, Irlanda, España y Austria. Los principales países de origen de las poblaciones inmigrantes difieren en gran medida entre los países de la UE. El mercado laboral, los cambios políticos, las relaciones históricas, la proximidad geográfica, el idioma y las redes sociales establecidas, son algunos de los factores que determinan la elección de un país u otro como destino de la inmigración a los países europeos (23). Así, por ejemplo, la composición de la inmigración en países como Francia, España, Portugal y Reino Unido continúan reflejando las antiguas relaciones coloniales; en Alemania, Dinamarca, Holanda y Austria, el alto porcentaje de turcos se debe al reclutamiento de trabajadores de Turquía en los años 60 y 70. Asimismo, conflictos civiles y bélicos explican las altas cifras de inmigrantes y refugiados de Irak en Dinamarca y Suecia, y de la antigua Yugoslavia en Austria, Eslovenia y Alemania (18,23).

En relación a las **características demográficas** de los inmigrantes a Europa, quizás la única característica común a todos ellos es su estructura de edad, predominantemente joven, situándose la mayoría de la población entre 25 y 39 años, grupo de edad eminentemente laboral. La estructura

por sexo varía ligeramente, y si bien desde mediados de 1980 se ha producido un incremento significativo de mujeres inmigrantes en conjunto, algunos países como Holanda, Suecia, Bélgica, Islandia, Noruega y Reino Unido han experimentado en la década de los 90 un descenso en las cifras de inmigración femenina (15).

En resumen, en relación con el fenómeno de la inmigración a nivel europeo, podemos decir que si bien la crisis ha frenado el ritmo de crecimiento, el número global de inmigrantes continúa aumentando y los flujos de retorno a los países de origen continúan siendo escasos, contabilizándose en el 2008 un total de 30,8 millones de extranjeros residentes en un país de la Unión Europea (UE), cifra que supone el 6,2% del total de la población de la UE. La mayoría de extranjeros en Europa reside en Alemania, España, Reino Unido, Francia e Italia. La mayoría de los inmigrantes tiene entre 25 y 39 años, situándose en el grupo de edad laboral.

Salud de los inmigrantes en Europa

Finalmente, en relación con la salud, una revisión sistemática reciente (25) estudia la **salud percibida** de los inmigrantes en Europa, uno de los principales indicadores de salud aceptados a nivel científico internacional, de los inmigrantes y las minorías étnicas en Europa. La salud percibida es un indicador que se basa en cómo las personas consideran su salud, combinando la experiencia subjetiva de enfermedades agudas y/o crónicas y sensaciones como el agotamiento. Se ha demostrado su fuerte asociación entre este indicador y la probabilidad de enfermar y de morir (26,27). Otros indicadores que se utilizan con frecuencia para describir el estado general de salud de las personas son el grado de limitación de las actividades de la vida diaria, riesgo de sufrimiento psicológico y número de enfermedades crónicas (28).

A nivel global, los autores de esta revisión encuentran que la salud de los inmigrantes es peor que la declarada por la población autóctona. Incluso después de ajustar por factores de riesgo como edad, sexo y variables socioeconómicas, el colectivo inmigrante y minorías étnicas mostraba unos índices de salud autopercibida peores que la mayoría de la población (25). Algunos estudios encuentran que una parte importante de la peor salud de los inmigrantes se explica por la inequidades sociales y económicas a las que están expuestos, así como una escasa aculturación y discriminación por parte de la sociedad de acogida. Este colectivo se estaría enfrentando, por tanto, a los efectos negativos no sólo del status de inmigrante, sino también de la posición social desfavorable y de factores contextuales adversos. Sin embargo, la peor salud percibida no se traduce en mayores tasas de mortalidad, debido probablemente a diferentes patrones de enfermedad, con menor riesgo a enfermedades de mayor letalidad que los autóctonos así como a diferente percepción de la salud. Los autores de esta revisión concluyen, por un lado, que son necesarios más estudio, y por otro que dada la peor salud del colectivo inmigrante evidenciada, son esenciales el desarrollo y la implementación de políticas que mejoren su status social y contextual.

Cuando se estudia la distribución y ocurrencia de las enfermedades entre inmigrantes, no se pueden establecer conclusiones generales sobre los patrones epidemiológicos sino que varían entre grupos de inmigrantes y tipos de enfermedades (29). En relación a las enfermedades no infecciosas, se ha observado que la incidencia y mortalidad de casi todos los tipos de **cáncer** en general, es entre un 20 y un 50% menor en el colectivo inmigrante que en el autóctono (29). La excepción serían aquellos

cánceres cuya etiología se está estrechamente relacionada con enfermedades infecciosas, como el cáncer de cérvix, el de estómago, el hepático, el sarcoma de Kaposi y algunos linfomas (30).

La evidencia no es tan consistente para las **enfermedades cardiovasculares**, en las que los indicadores varían en función del origen de los inmigrantes. Así, en un estudio llevado a cabo en los Países Bajos, las cifras de mortalidad cardiovascular de los inmigrantes de Surinam eran más altas y las de marroquíes más bajas que las de los autóctonos (31); mientras que en un estudio español, la mortalidad cardiovascular era, comparativamente con la de los autóctonos, menor en los inmigrantes del norte y del sur de África, mayor en los de Asia y Caribe, y mucho mayor en los del África Subsahariana (32). La incidencia, prevalencia y mortalidad de la **diabetes mellitus** es consistentemente mayor en los colectivos inmigrantes que en los autóctonos en los países europeos, pudiendo responder a la interacción de diferentes factores, incluyendo predisposición genética, peor contexto ambiental e insuficiente control médico (29). En relación a la **salud maternoinfantil**, el colectivo inmigrante tiende a presentar peores resultados en los principales indicadores como mortalidad perinatal, mortalidad infantil, aborto natural, peso bajo al nacer y parto prematuro, aunque con algunas diferencias entre países de acogida y origen del inmigrante (29).

Respecto a las **enfermedades infecciosas**, el fenómeno migratorio ha sido discutido como una causa importante en los países de renta alta, en particular de aquellos que reciben inmigrantes de lugares con prevalencias de enfermedades infecciosas mucho mayores que en Europa (29). La evidencia apunta que, efectivamente, las tasas de incidencia y prevalencia de las principales enfermedades infecciosas como HIV (transmitido principalmente por vía heterosexual), tuberculosis y hepatitis virales son mayores en los inmigrantes (29). En muchos casos, estas infecciones se adquieren antes del proceso migratorio; y las que se adquieren en el país de acogida están relacionadas en parte con las peores condiciones de vida (sobre todo la tuberculosis) y la peor cobertura de actividades preventivas como por ejemplo la vacunación (29).

Por otro lado, la literatura internacional recoge numerosos estudios que describen una mejor salud de los inmigrantes en comparación con la población autóctona a partir de diferentes indicadores, a pesar de las deficiencias sociales y económicas (situación social, laboral y económica precaria) y a las limitaciones en el acceso a los servicios a las que se ven expuestos y que producen una mayor vulnerabilidad respecto a los problemas de salud, situación que se conoce como **efecto del inmigrante sano** (*healthy immigrant effect*) (33).

Este fenómeno ha sido explicado mediante diferentes teorías. La más aceptada establece que el origen sería una selección positiva en términos de salud (*health selectivity*) de las personas que deciden emigrar (33,34). En comparación con un grupo de personas representativo de su población de origen, la propensión a presentar un mejor estado de salud es mayor entre las personas que deciden iniciar el proceso migratorio que entre las que se quedan (35). Si establecemos una tipología general de la población inmigrante, la mayoría de las personas que emigran lo hacen en busca de un empleo (inmigración de tipo económico), para el que se requerirá un nivel de salud mínimo (33). En segundo lugar, algunos estudios refieren que el cribado específico de problemas de salud que realizan algunos países receptores (como Canadá) a los inmigrantes como requisito previo al permiso de entrada al país, podría contribuir a su mejor estado de salud, si bien no sería la causa principal (34,36). Finalmente, algunos autores proponen que estilos de vida particularmente saludables en sus países de origen serían los responsables de una parte de este fenómeno (34).

Con independencia de la causa, la ventaja en términos de salud se mantiene hasta la llegada del inmigrante al país de destino, y la probabilidad de padecer enfermedades o trastornos crónicos se muestra en este momento inferior a la población nacional. A medida que transcurre el tiempo de residencia en el país, aumenta su vulnerabilidad y la propensión a padecer problemas de salud, deteriorándose varios de los indicadores de salud de los inmigrantes en muchos de los países donde este fenómeno ha sido estudiado (34,36,37). Algunos autores argumentan que el aumento de morbilidad de los inmigrantes con el tiempo de estancia también podría ser debido a las peores condiciones de vida y a una mayor utilización de los servicios sanitarios y, por tanto, mayor probabilidad de ser diagnosticados (36). En cualquier caso, el *healthy immigrant effect* se reduce a medida que transcurre el tiempo de permanencia del inmigrante en el país de acogida y su estado de salud acaba convergiendo con el de la población nacional (34). Este efecto de convergencia se ha estudiado para diferentes patologías, siendo el cáncer uno de los grupos de enfermedades más paradigmáticas, para el cual las incidencias se encuentran siempre en valores intermedios entre las de los países de origen y el de acogida (38).

En resumen, la salud percibida de los inmigrantes en Europa es peor que de la población autóctona incluso después de ajustar por factores de riesgo como edad, sexo y variables socioeconómicas; las inequidades sociales y económicas a las que están expuestos en el país de acogida parecen ser causantes de esta peor salud. A partir de otros indicadores, sin embargo, numerosos estudios describen que los inmigrantes gozan de mejor salud en comparación con la población autóctona, situación que se conoce como “efecto del inmigrante sano”. Si bien la probabilidad de padecer enfermedades o trastornos crónicos se muestra inferior a la población nacional a la llegada del inmigrante al país de destino y en los primeros años, a medida que transcurre el tiempo de residencia en el país aumenta su vulnerabilidad y su estado de salud acaba convergiendo con el de la población nacional.

Inmigración en España y Catalunya

En España, y a diferencia de otros países europeos, el fenómeno de la inmigración es un hecho relativamente reciente, pasando de ser país de emigración a recibir inmigrantes. Mientras el resto del continente europeo experimentaba la tercera fase del ciclo migratorio tras la crisis del petróleo de 1973, la emigración de los países del Sur de Europa comenzaba a remitir y pasaban a convertirse gradualmente en países receptores de inmigración (39). Las cifras de población extranjera se han multiplicado prácticamente por 10 entre 1998 y el 2010 (figura 4), pasando a representar del 1,6 al 12,2% del total de población empadronada en España (8). Por otro lado, proyecciones demográficas del *EUROSTAT* estiman que en el 2055 la población española alcanzará los 52,7 millones, 14 millones más que en el 2008, siendo la inmigración en su conjunto responsable de un 37% de la población total (17).

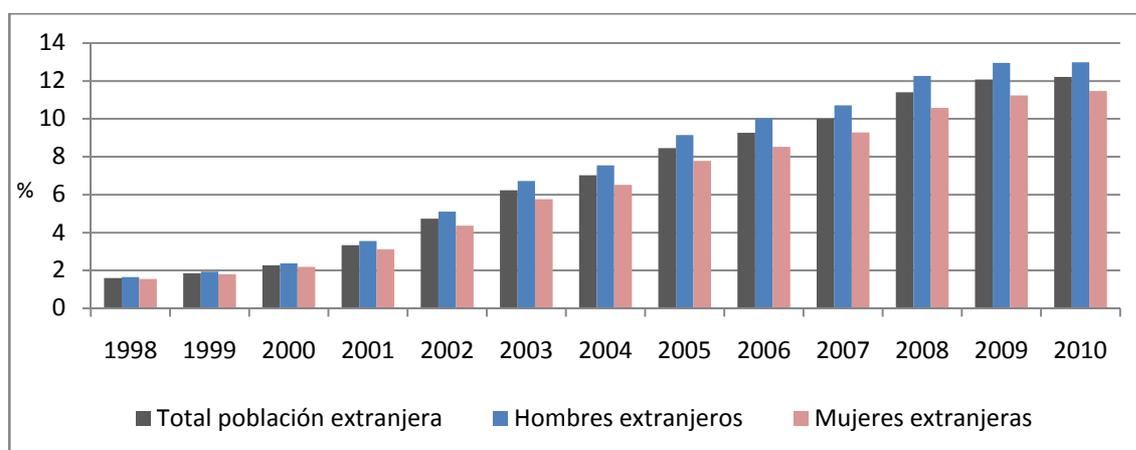


Figura 4. Evolución anual del porcentaje de población extranjera (total y por sexos) sobre el total de población empadronada en España, 1998-2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (explotación estadística del padrón).

En el año 2010, según cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE), se encuentran empadronados en el territorio español un total de 5.747.734 extranjeros (8). La mayor parte de los inmigrantes se encuentran en Catalunya, Madrid y Comunidad Valenciana, por este orden, alojándose en estas tres Comunidades Autónomas más del 50% de inmigrantes en España (8). Sin embargo, si tenemos en cuenta el porcentaje de inmigrantes sobre el total de la población, el ranking está encabezado por las Islas Baleares, Madrid, y Comunidad Valenciana (figura 5) (8).

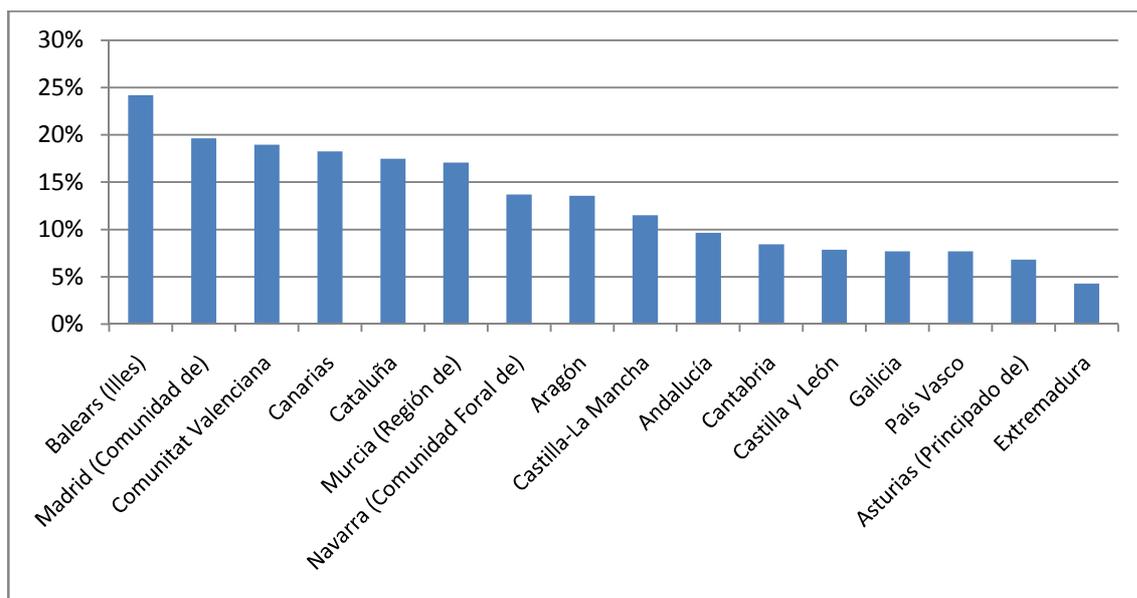


Figura 5. Porcentaje de población extranjera empadronada sobre el total de la población de cada Comunidad Autónoma (datos del Padrón a 1 de enero de 2010). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (explotación estadística del padrón).

En **Catalunya**, según datos del Instituto de Estadística de Catalunya (Idescat), el número de extranjeros pasó de 181.590 en el 2000 a 1.198.538 en el 2010, lo que representa un incremento del porcentaje de inmigrantes del 2,9 al 15,95%, respectivamente (figura 6) (40). De estos, la mayoría (67,2%) residen en Barcelona. Sin embargo, el porcentaje mayor de población inmigrante sobre el conjunto de la población se sitúa en la provincia de Girona (21,6%), seguido de Tarragona (18,6%), Lleida (18,3%) y Barcelona (14,6%) (8).

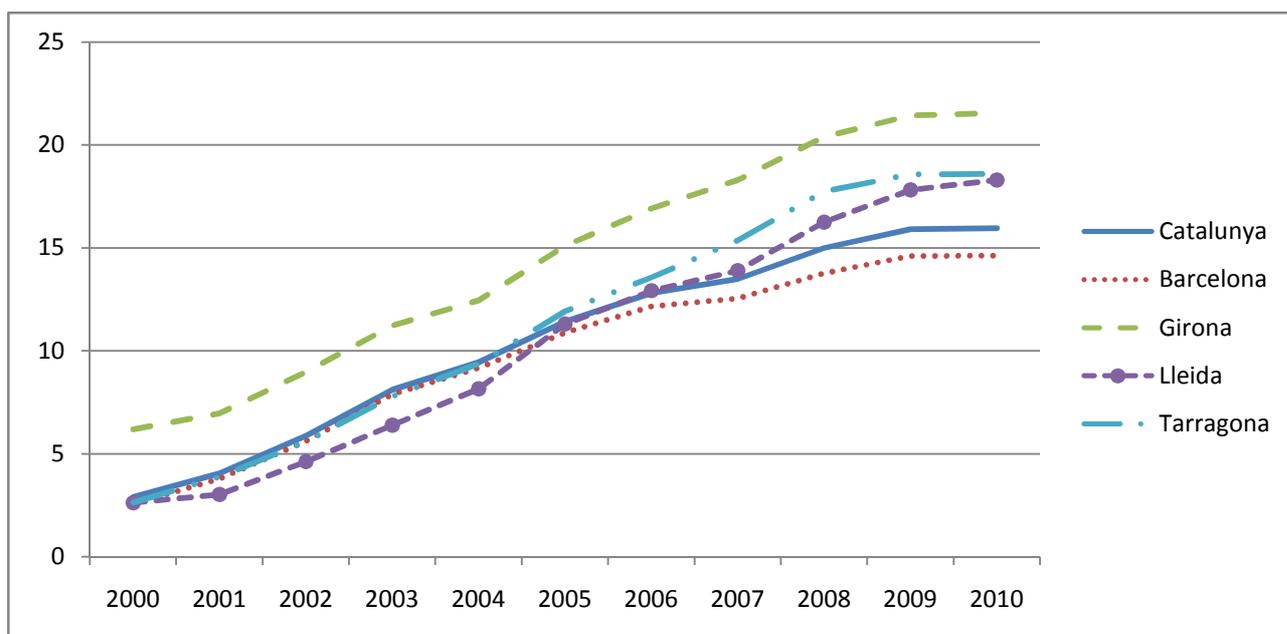


Figura 6. Evolución anual del porcentaje de población extranjera sobre el total de población en las provincias de Catalunya, 2000-2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Idescat (40).

Las **causas** que se han descrito para explicar este importante fenómeno migratorio en España son principalmente socioeconómicas. En términos generales, el significativo desarrollo económico del país durante los últimos quince años, la relativa estabilidad política y social alcanzada tras la consolidación del régimen democrático, y su incorporación a la Unión Europea, han promovido el incremento de flujos globales (39). Sin embargo, en el estudio de los factores que motivan la entrada y asentamiento de personas extranjeras en España, cabe diferenciar dos tipos de inmigrantes en España. Por un lado los ciudadanos de países de renta alta que se han instalado en regiones costeras y grandes ciudades, cuyo asentamiento obedece a la búsqueda de clima benigno para su jubilación, estancias vinculadas a estudios, empleo relacionado con capitales transnacionales instalados en España, etc (39). Y por otro, los inmigrantes procedentes de países de renta baja, que se han concentrado sobre todo en zonas económicamente dinámicas (grandes ciudades, costa mediterránea, y archipiélagos), cuya motivación está determinada por el creciente diferencial de riqueza que existe entre España y otras regiones histórica y/o geográficamente próximas, así como a las necesidades del mercado de trabajo español (12,39,41). La Encuesta Nacional de Inmigrantes de 2007 confirma estos motivos, pues la mayor parte de los encuestados respondió que la motivación principal de inmigrar a España fue la mejora de la calidad de vida y la búsqueda de un empleo mejor (42).

Origen y características sociodemográficas de los inmigrantes en España y Catalunya

Por grandes áreas geográficas, y según datos del padrón del 2010, la población inmigrante en España proviene principalmente de otros países de la Unión Europea, de América del Sur y de África; los inmigrantes originarios de estas áreas conforman más del 80% de la inmigración total en España (figura 7) (8). Los 10 países de origen mayoritarios son, por este orden: Rumania, Marruecos, Ecuador, Reino Unido, Colombia, Argentina, Alemania, Francia, Bolivia y Perú (8).

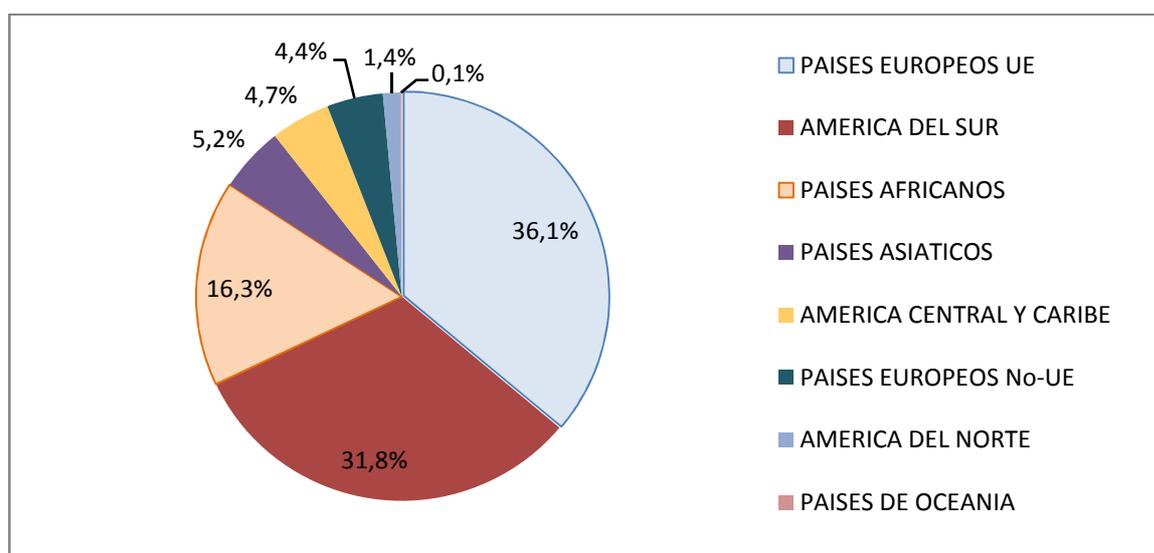


Figura 7. Origen de los inmigrantes en España por grandes áreas geográficas. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (explotación estadística del padrón 2010).

Los perfiles de **edad** de los inmigrantes difiere según su origen; los inmigrantes de países de renta alta tienen un perfil de edad similar al de los españoles, o incluso mayor edad, mientras que los inmigrantes procedentes de países de renta baja tienden a ser más jóvenes, en relación con el motivo económico de su inmigración (41). En la figura 8 se puede observar este hecho para los extranjeros de los 10 países de origen más frecuentes de los inmigrantes en España, según datos del padrón de 2010.

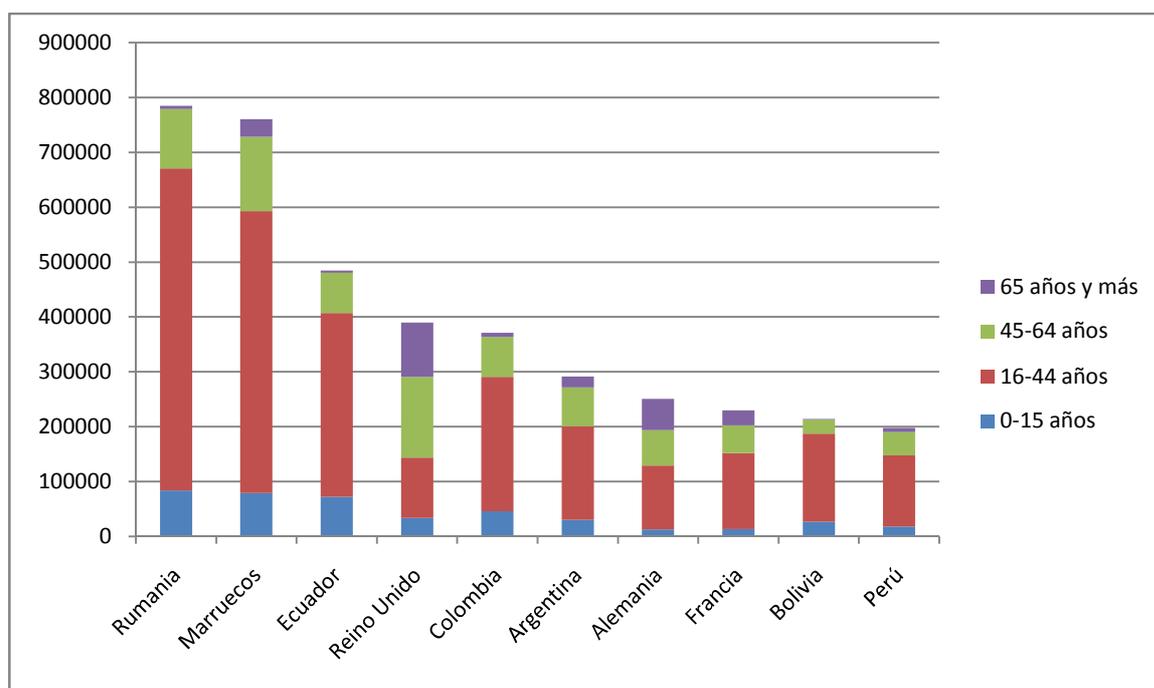


Figura 8. Número total, y distribución por edad, de los de inmigrantes provenientes de los 10 países de origen más frecuentes a España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (explotación estadística del padrón 2010) (8).

En conjunto, el 51,4% de la población inmigrante son **hombres**, si bien la distribución por sexos varía según la nacionalidad, y el porcentaje de mujeres supera al de hombres para los inmigrantes procedentes de América Central y Caribe, América del Sur y países de la Europa no comunitaria (60,2%, 54,1%, y 53,9% de mujeres, respectivamente) (8).

Según datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2007, más de la mitad (52,2%) de los inmigrantes está casado, y de estos el 12,5% no reside con su cónyuge (42). El 67,9% de los matrimonios está formado por cónyuges del mismo país de nacimiento y en el 26,5% uno de los mismos es nacido en España. Los hijos del 86,6% de los inmigrantes continúan en su país de nacimiento. El tamaño medio del hogar de los inmigrantes es relativamente elevado, 3,4 miembros, comparado con la media de España que es de 2,7 miembros. En uno de cada cinco hogares con inmigrantes (21,3%) viven cinco personas o más (42).

En relación al nivel **educativo**, los inmigrantes que recibe España (incluso aquellos que proceden de fuera de la UE) están en promedio más formados que la propia población española según la Encuesta

de Población Activa del 2006 (figura 9) (41). La Encuesta Nacional de Inmigrantes del 2007 arroja resultados similares; más de la mitad de los inmigrantes tienen educación secundaria y más del 20% tienen un título superior (figura 10) (42).

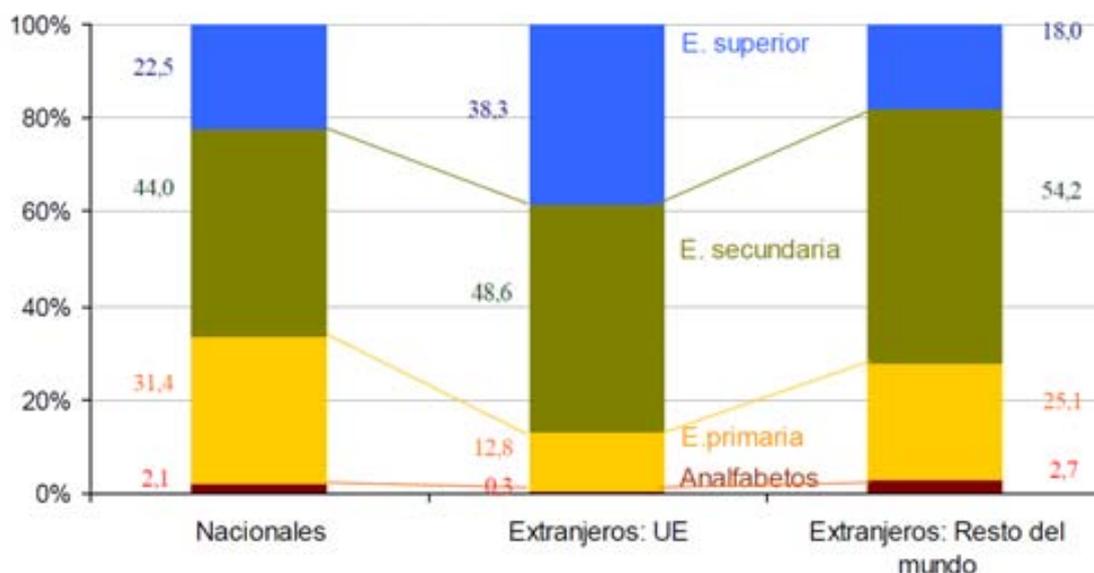


Figura 9. Nivel educativo de la población española e inmigrantes, 2005. Fuente: Oficina Económica del Presidente (41).

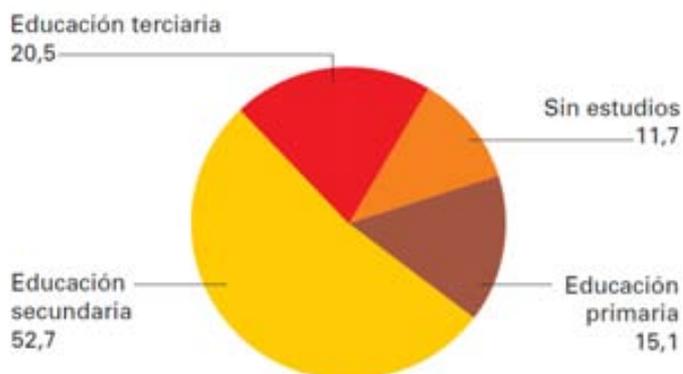


Figura 10. Nivel educativo alcanzado de la población inmigrante, 2007. Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes (42).

En el terreno **laboral**, más de la mitad de los inmigrantes estaba trabajando en el momento de su partida a España y sólo una minoría (16,1%) de los ocupados llegó a España con un contrato previo, aunque el 29,6% encontró trabajo durante los primeros quince días y tan solo el 10,2% tardó más de un año (42). Los inmigrantes procedentes de países de renta alta se emplean sobre todo en sectores de actividad donde se concentran las demandas de empleo no cubiertas por los trabajadores

autóctonos (39), y, en general, ocupan posiciones en la estructura laboral muy por debajo de sus cualificación. Así, el 71% de los trabajos no cualificados está realizado por inmigrantes que han completado la educación secundaria o terciaria (42).

En el 2006, los extranjeros representaban el 6,3% de los trabajadores industriales, el 17% del sector agrícola, casi el 20% de la mano de obra de la construcción, el 24,5% de la hostelería y más del 80% del régimen del hogar (39). Por otro lado, la tasa de temporalidad de los inmigrantes en el 2006 era superior al 60% y los sueldos un 30% más bajos en promedio que los de los autóctonos (41). El aspecto común a todos los grupos es su inserción relativamente inestable en el mercado de trabajo, a caballo entre la economía sumergida y los contratos precarios, con condiciones de trabajo generalmente muy duras (39). Por otro lado, datos de la Encuesta de Población Activa del primer trimestre del 2011 indican que la tasa de paro de la población extranjera roza el 32% y está a más de 12 puntos de la que tienen las personas de nacionalidad española (43).

Las características sociodemográficas de los inmigrantes en **Catalunya** no difieren de manera relevante de las del resto de España. Las áreas geográficas de donde provienen la mayoría de inmigrantes en Catalunya son América Central y del Sur, Unión Europea y Magreb, si bien este orden ha ido evolucionando en los últimos 10 años (figura 11) (44). Los principales países de origen para el conjunto de Catalunya son Marruecos, Rumanía, Ecuador, Bolivia e Italia, si bien se observan algunas diferencias entre provincias (tabla 1) (45).

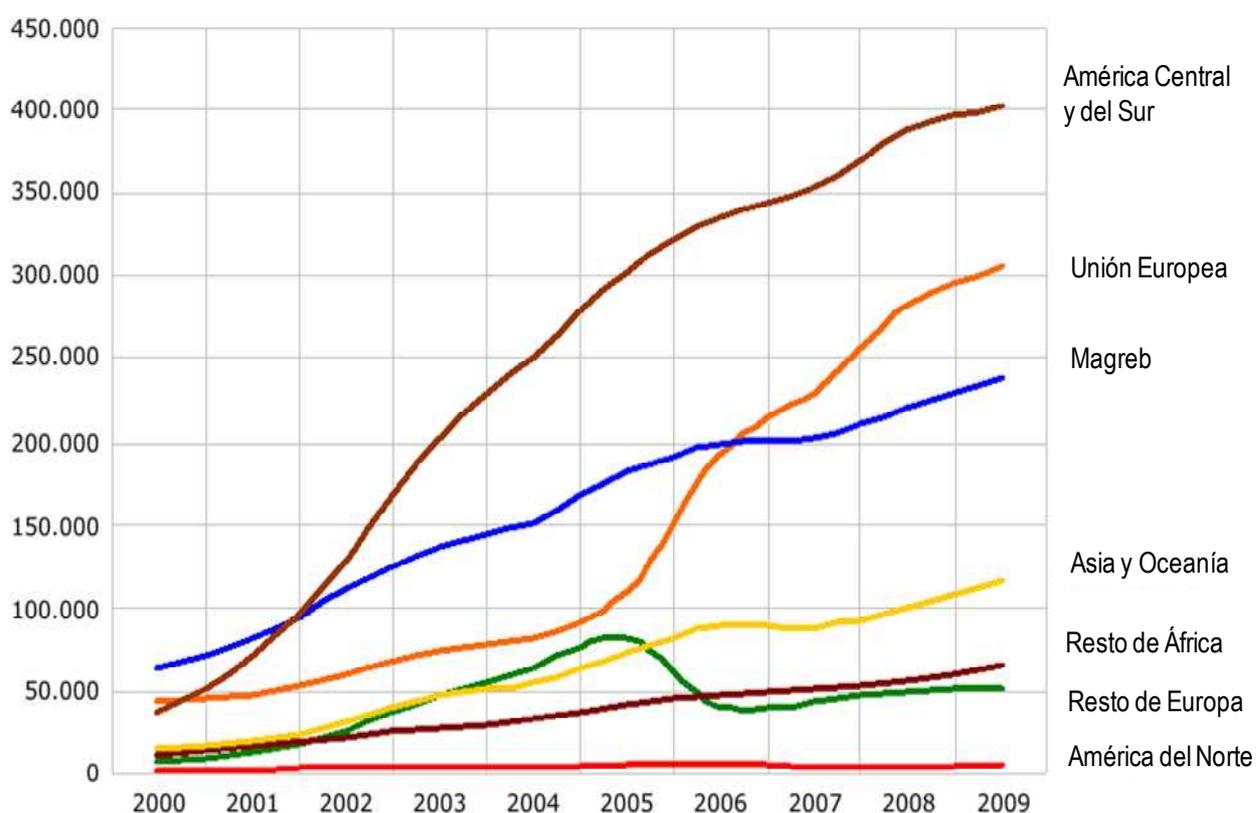


Figura 11. Evolución de la población extranjera según grandes áreas geográficas de origen en Catalunya, 2000-2010. Fuente: Butlletí Secretaria per a la Immigració, Nº 6 (44).

Barcelona		Girona		Lleida		Tarragona	
País	% sobre total de pob. Extranjera	País	% sobre total de pob. Extranjera	País	% sobre total de pob. Extranjera	País	% sobre total de pob. Extranjera
Marruecos	17,35	Marruecos	24,12	Rumanía	27,01	Marruecos	26,39
Ecuador	8,65	Rumanía	8,74	Marruecos	19,16	Rumanía	18,51
Bolivia	5,87	Francia	5,27	Colombia	4,10	Colombia	4,81
Italia	4,89	Gambia	5,26	Senegal	4,02	Reino Unido	3,19
China	4,69	Honduras	4,02	Ucrania	3,61	Italia	2,88
Rumanía	4,34	Alemania	3,12	Algeria	3,25	Ecuador	2,85
Colombia	4,16	Colombia	2,98	Portugal	3,04	Argentina	2,72
Pakistán	3,96	Italia	2,94	Bulgaria	2,96	Alemania	2,33
Perú	3,90	India	2,83	Brasil	2,70	Francia	2,27
Francia	2,90	Reino Unido	2,66	China	2,12	China	2,18

Tabla 1. Principales países de origen (porcentaje sobre el total de población extranjera de la provincia) de los extranjeros residentes en las provincias de Catalunya en el 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Idescat (45).

El 53,8% de la población extranjera de Catalunya son hombres, y su estructura por edad muestra una población más joven que la de origen español, principalmente concentrada en el tramo de edad de 20 a 50 años (figura 12) (46).

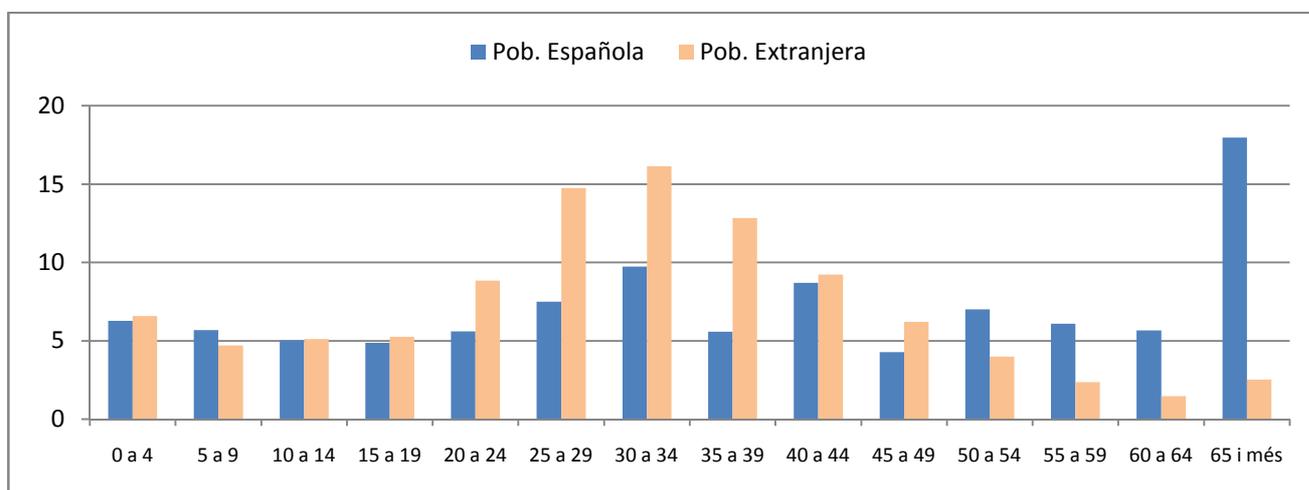


Figura 12. Distribución etaria (% sobre el total de la población) de la población de origen español y extranjero residente en Catalunya, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Idescat (46).

El tamaño medio del **hogar** de los inmigrantes de 15 a 44 años de Catalunya según datos de la Encuesta de Salud de Catalunya es de 3,8 miembros, ligeramente superior al del colectivo de autóctonos, 3,4 miembros (47). En relación al estado civil no hay grandes diferencias entre el

colectivo inmigrante y autóctono, sólo que la probabilidad de estar soltero entre los inmigrantes de 15 a 44 años es menor que la de los autóctonos (42% versus 54,5%, respectivamente), si bien la relación se invierte en el grupo de 45 a 64 años (15% versus 9%, respectivamente) (47).

A diferencia de los datos globales de España, el **nivel educativo** de los inmigrantes en Catalunya entre 15 y 44 años es inferior al de los autóctonos (figura 13) (47). Sin embargo, por encima de 45 años, las proporciones se invierten, y los inmigrantes presentan mayor nivel de estudios que los autóctonos.

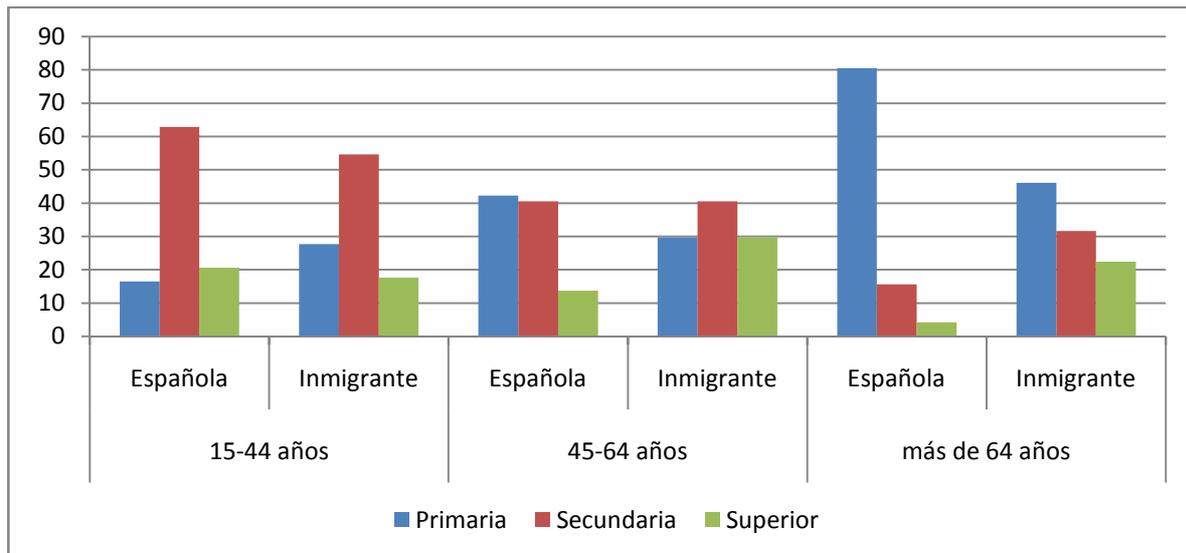


Figura 13. Distribución (% sobre el total del grupo) del nivel de educación alcanzado por la población española e inmigrante residente en Catalunya. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Salud de Catalunya (47).

En relación a la situación **laboral**, el grupo de mujeres inmigrantes de 15 a 44 años trabaja en menor proporción (59,7% versus 71,6%) y el de hombres inmigrantes en mayor proporción (85,7% versus 80,0%) que las mujeres y hombres nacidos en España, respectivamente; mientras que en el grupo de 45 a 64 años la proporción de inmigrantes que trabajan es superior en ambos sexos a la de autóctonos (47,48). Globalmente, la tasa de ocupación extranjera (53,9%) del primer trimestre de 2010 está por debajo de la población nacional (65,3%), y la tasa de desempleo es también significativamente mayor entre los extranjeros que los nacionales (figura 14) (49).

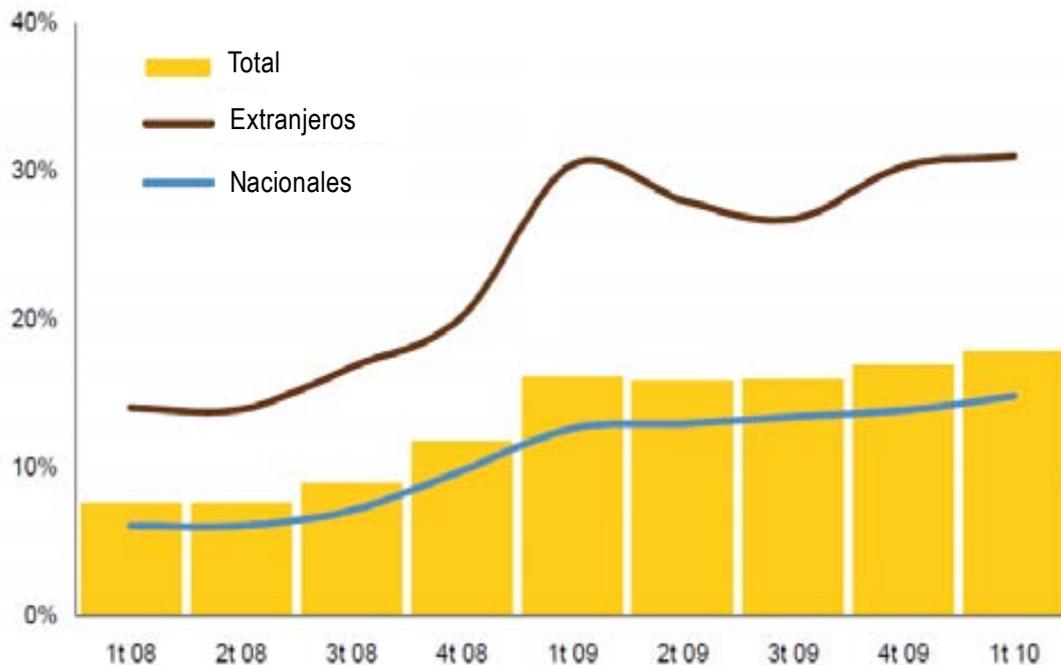


Figura 14. Evolución (2008-2010, trimestres) de la tasa de desempleo (población total, nacional y extranjera de más de 16 años) en Catalunya. Fuente: *Población Extranjera, Encuesta de población activa* (49).

Por otro lado, un análisis de los datos de 2007 mostraba la importante proporción de inmigrantes trabajadores que quedan atrapados en la llamada economía sumergida (50). Mientras que según la Encuesta de Población Activa, que informa de los ocupados existentes con independencia de si la ocupación es o no reglada (con contrato y alta en la Seguridad Social), el porcentaje total de ocupados inmigrantes sobre el total de ocupados de Catalunya era de 17,6%, la Seguridad Social (que solo informa de los ocupados con la situación reglada) reportaba 447.473 inmigrantes afiliados en el mismo año, que representaban el 13,2% del total de afiliados (50).

Estado de salud y estilos de vida de los inmigrantes en España y Catalunya

Salud general y calidad de vida

Los resultados de diferentes estudios realizados a nivel del Estado Español arrojan datos contradictorios. El análisis de las últimas dos encuestas de salud realizadas (2003 y 2006) obtiene que los inmigrantes perciben, en conjunto, mejor salud y menos limitaciones en la actividad diaria que los nacionales (51), al contrario de lo que concluyen la mayoría de estudios internacionales. Incluso después de ajustar por un conjunto de variables demográficas y socioeconómicas, los inmigrantes encuestados tenían mayor probabilidad de declarar mejor estado de salud que los nacionales (52). La Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida del 2004 y 2005, también obtiene mejores puntuaciones en la autovaloración de la salud para la población extranjera residente en España que para la nacional (33). Por otro lado, las desigualdades en salud percibida relacionadas con el nivel socioeconómico del individuo que aparecen son de mayor envergadura para los inmigrantes que para los autóctonos, y la descomposición por nacionalidades revela que mientras que los inmigrantes

procedentes de la Unión Europea presentan un estado de salud mucho mayor que el de los nacionales, aquellos originarios de África y Oceanía declaraban peores niveles de salud que los nacionales (51).

Un análisis de los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006 encuentra diferencias importantes entre inmigrantes y autóctonos, según género y clase social (50). En el análisis de las encuestas de Catalunya, la clase social se asigna de acuerdo con la ocupación del encuestado (o de la persona de referencia para aquellos que nunca trabajaron) y se clasifica siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología en clase social no manual (que agrupa directivos, técnicos superiores, técnicos medios, artistas y deportistas, administrativos y técnicos de apoyo) y clase manual (que incluye profesiones manuales cualificadas y semi-cualificadas, y manuales no cualificadas) (53). En general, las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres, y hombres y mujeres de clase manual muestran peores índices de salud que los de la clase social no manual. Las desigualdades según país de nacimiento son más acentuadas en el grupo de inmigrantes, siendo las mujeres originarias de países de renta baja y clase manual las que declaran un mal estado de salud en mayor proporción (figura 15) (50).

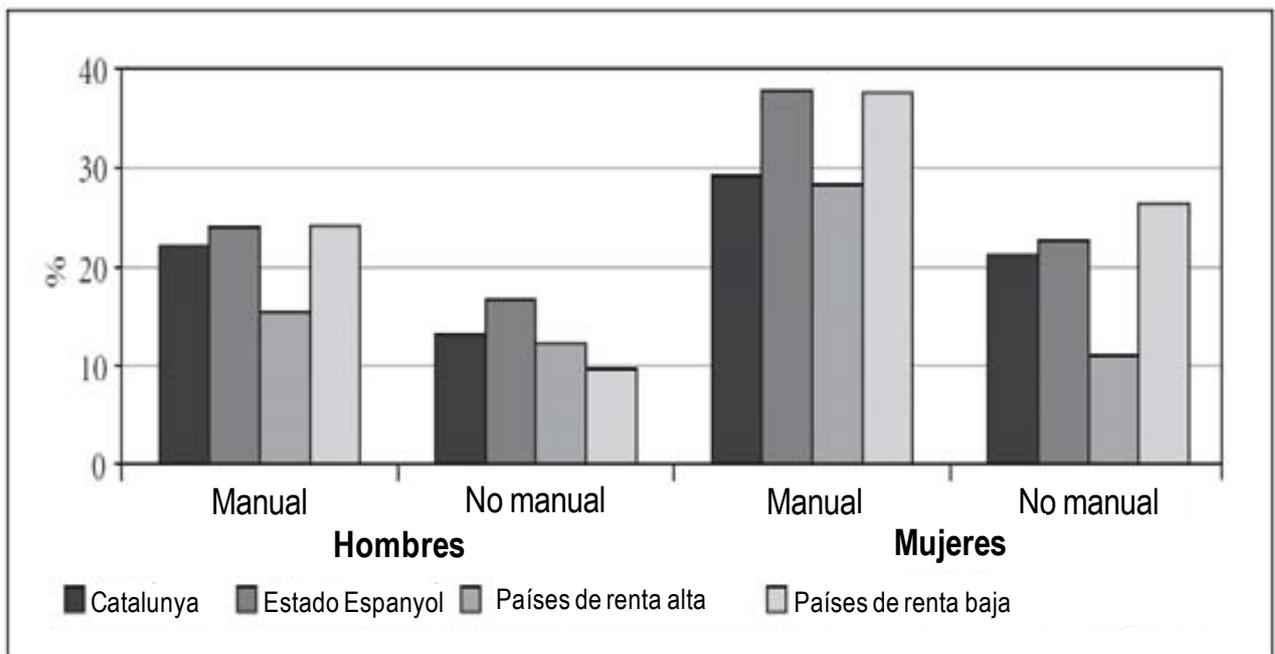


Figura 15. Porcentaje de personas que declara mala salud percibida según género, clase social y país de nacimiento según la Encuesta de Salud de Catalunya, 2006. Fuente: *L'estat de la immigració a Catalunya, Anuari 2007* (50).

Por otro lado, la Encuesta de Salud de Catalunya del 2006, también mide la calidad de vida relacionada con la salud a partir de cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y depresión/ansiedad. Globalmente, la calidad de vida es peor en la población inmigrante en edad productiva (16-50 años) que en la autóctona de la misma edad, concentrándose la peor percepción en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión (54). El tiempo de residencia y el momento de llegada a España en España influye en la calidad de vida: aquellos que llegaron entre 2000 y 2003 refieren más dolor/malestar que los que lo hicieron antes

del 2000 o después del 2003, y los llegados a partir del 2000 presentan más problemas de ansiedad/depresión (54). En relación al país de nacimiento, los inmigrantes que proceden de Europa occidental o de países de rentas altas no muestran diferencias respecto a los autóctonos en salud percibida, mientras que los procedentes de África, América Latina y de Europa Central y Oriental presentan más problemas mentales y de dolor/malestar (54).

La Encuesta de Salud de Barcelona proporciona asimismo diferentes indicadores del estado de salud y calidad de vida (28). Se observa que el colectivo de inmigrantes de países de renta baja tiene mayor prevalencia de mala salud percibida tanto en hombres como mujeres, y de riesgo de sufrimiento psicológico en el caso de las mujeres. Para el resto de indicadores, este colectivo puntúa similar o mejor que el autóctono (28).

La población extranjera de países de renta baja presenta para la mayoría de trastornos crónicos unas prevalencias mayores o similares a las de la población autóctona, mientras que los originarios de países de renta alta prevalencias menores a los de la población autóctona, según datos de la encuesta de Barcelona (28). La limitación crónica de la actividad afecta en mayor grado a los inmigrantes de clase social manual, en particular a hombres de países de renta baja y mujeres de países ricos (50).

En conclusión, mientras que en el conjunto del Estado Español las encuestas indican que los inmigrantes perciben mejor salud que los autóctonos, la encuesta de Catalunya no encuentra grandes diferencias entre los inmigrantes de países de renta baja y los autóctonos una vez estratifica por sexo y clase social, y la de Barcelona obtiene una peor calidad de vida percibida entre los inmigrantes de países de renta baja. Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud de los inmigrantes en edad productiva en Catalunya es significativamente peor que la de los autóctonos, sobre todo en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Salud reproductiva y maternoinfantil

Las tasas de fecundidad de las mujeres inmigrantes varían según el país de origen; así, las mujeres de Colombia, Argentina y Perú presentan tasas menores a las de la población autóctona, mientras que las pakistaníes y de países del Magreb tienen tasas más elevadas (28). Algunos indicadores de la gestación y del parto son favorables a las mujeres inmigrantes. Así, la proporción de cesáreas y de bajo peso para la edad gestacional son menores entre las mujeres inmigrantes. No obstante, también se observan diferencias según el país de origen: los hijos de padres de Rumania y Filipinas presentan porcentajes de bajo peso al nacer preocupantemente altos (28), y los hijos de madres africanas que no son del Magreb presentan mayor proporción de bajo peso y prematuridad (3). Existe evidencia de que tanto el embarazo adolescente (55) como las interrupciones voluntarias del embarazo (28,56) son más frecuentes en las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas.

La mayoría de niños y adolescentes inmigrantes son sanos desde el punto de vista nutricional (3). Sin embargo, existe evidencia de una peor salud bucodental entre los niños inmigrantes en comparación con los autóctonos (55).

Nutrición

Si bien no existen estudios en Catalunya que valoren la adecuación o suficiencia de la dieta de los inmigrantes (3), sí que existe evidencia de trastornos nutricionales a partir del peso y altura autodeclarados de las encuestas de salud; mientras que las prevalencias de infrapeso son menores en el colectivo inmigrante, tanto en hombres como en mujeres, la proporción de sobrepeso en las mujeres inmigrantes de 15 a 44 años es mayor que entre las autóctonas del mismo grupo etario (23% vs 17,5%, respectivamente) (50).

Salud mental

Los estudios a partir de encuestas indican que, observada en su conjunto, la población inmigrante residente en España tiene menos problemas de salud mental que la nacional, siendo los individuos con menos recursos los que con más probabilidad sufren dichos problemas (51). En Catalunya, los resultados relacionados con los niveles de salud autopercebidos muestran que la salud mental percibida es significativamente peor que la de los nacionales, según la encuesta de salud de dicha comunidad autónoma del 2006 (57). La encuesta de Barcelona obtiene un riesgo de sufrimiento psicológico más elevado para las mujeres de países de renta baja que para las autóctonas, independientemente de la clase social; en los hombres, son los de países de renta alta y de clase manual los que presentan mayor riesgo de sufrimiento psicológico (28). Otros estudios han encontrado una prevalencia menor de trastornos psicóticos y una proporción más elevada de somatizaciones entre inmigrantes que entre autóctonos (3).

Por otro lado, la salud mental es uno de los pilares fundamentales de la salud de las poblaciones inmigradas ya que el proceso migratorio se asocia a alteraciones psicológicas relacionadas con las experiencias de adaptación sufridas durante dicho proceso (55). En el colectivo inmigrante se han descrito formas recurrentes o complicadas de duelo migratorio que ponen en peligro el equilibrio psíquico de estas personas (55), y se ha definido el Síndrome de Ulises cuando el duelo migratorio se complica con signos de estrés crónico y múltiple (3).

En resumen podemos decir que el inmigrante está expuesto a problemas mentales específicos relacionados con el proceso migratorio, y que la evidencia sobre la prevalencia de trastornos de salud mental obtenida a partir de encuesta es contradictoria: mientras que las de ámbito del Estado español indica menor prevalencia, la realizada en Catalunya y Barcelona sugieren una prevalencia mayor entre inmigrantes que entre autóctonos.

Infecciones

Los inmigrantes económicos provienen de países donde la prevalencia de algunas infecciones es más elevada que en nuestro país, pudiendo ser portadores incluso de enfermedades inexistentes en nuestro país o que fueron erradicadas años atrás (3). La prevalencia de tuberculosis es significativamente mayor en el conjunto de inmigrantes que en la población autóctona, siendo más alta entre los hombres (3,28,55,56). Asimismo, la prevalencia de sida es mayor en inmigrantes,

especialmente en el caso de los virus procedentes del África subsahariana, y la supervivencia de inmigrantes diagnosticados de sida menor que la de los autóctonos (3,28). Las prevalencias de las diferentes hepatitis de origen infeccioso también son más frecuentes entre algunos colectivos de inmigrantes (3). Por otro lado, aparecen enfermedades tropicales en el colectivo inmigrante, sobre todo entre aquellos que, procedentes de áreas tropicales, hace poco tiempo que han llegado a nuestro país así como aquellos que viajan de nuevo a su país (3,55).

Lesiones y accidentes de trabajo

Según la encuesta de salud de Catalunya, las lesiones por accidentes en el último año son más frecuentes en los hombres de países de renta baja de clase no manual, y, entre las mujeres, las de países de renta alta de clase manual (50). En Barcelona, la proporción de lesiones fue mayor en las personas de clase manual, sin observarse un patrón claro por país de nacimiento (28). Los accidentes de trabajo son más altos en el sector de servicios, siendo las tasas más altas entre los inmigrantes de países de renta alta que entre los nacionales o los inmigrantes de países de renta baja (28).

Hábitos relacionados con la salud

Bajo este epígrafe se incluyen el hábito tabáquico, el consumo de riesgo de alcohol, el consumo de otras sustancias adictivas como el cannabis, la cocaína y los tranquilizantes, y la actividad física. A nivel del Estado Español, los inmigrantes, contemplados en su conjunto, fuman menos, tienen menor consumo de alcohol y realizan más ejercicio físico que la población autóctona (58). Asimismo, según datos de la encuesta de Catalunya del 2006, se observa un comportamiento más saludable entre la población inmigrante, con un mayor porcentaje de no bebedores, un menor porcentaje tanto de fumadores como de exfumadores, y una menor proporción que declara consumir drogas (54).

El análisis por subgrupos de la Encuesta de Salud de Catalunya revela que, globalmente, **fuman** más los hombres que las mujeres, y más los de clase manual que los de no manual (50). En el grupo de hombres de clase no manual fuman más los inmigrantes de países de renta alta, mientras que en el de clase manual los inmigrantes fuman menos que los autóctonos. En las mujeres, entre las de “clase social alta” (no manual), son las mujeres de países de renta baja las que más fuman, mientras que entre las mujeres de clase social manual aquellas originarias de países de renta baja son las que, con diferencia, menos fuman (50). La **exposición pasiva al humo de tabaco** en el lugar de trabajo fue analizada en la encuesta de Barcelona en el 2006, con el resultado de que ésta es mayor en la población nacida en países de renta baja para ambos sexos (28).

Los hombres presentan, en conjunto, un patrón de **bebedor de riesgo** con mayor frecuencia que las mujeres. Los hombres de países de renta baja presentan prevalencias menores, y los de clase no manual de países de renta alta mayores, que el conjunto de hombres de origen español. Entre las mujeres inmigrantes, destaca el alto porcentaje de bebedoras de riesgo entre las mujeres de clase no manual de países de renta alta (20,0%) (28).

Asimismo, el consumo de **tranquilizantes e hipnóticos** entre inmigrantes presenta un patrón diferenciado según el sexo y clase social, siendo significativamente alto entre las mujeres de clase social no manual, tanto de países de renta alta como de renta baja, y en hombre de clase social no manual y países de renta baja (28).

Las prevalencias de consumo de **drogas no institucionalizadas** (cocaína y cannabis) entre inmigrantes de países de renta baja son mayores que las de los autóctonos entre aquellos de clase no manual. Por otro lado destaca el alto porcentaje de mujeres de países de renta alta y “clase social alta” que declaran consumir estas drogas (28).

En relación a la **actividad física** se debe diferenciar entre la actividad física habitual y la realizada en el tiempo libre, de ocio. Los resultados de la encuesta de Barcelona no evidencian un patrón único según país de origen, sino que las diferencias vienen determinadas según sexo y clase social (28). La realización de actividad física en el tiempo libre de intensidad intensa o moderada es más frecuente en hombres que en mujeres, en las clases sociales no manuales y en las personas nacidas en países de renta alta, mientras que las personas de países de renta baja son las que realizan actividad física intensa en menor proporción (28). A nivel de Catalunya se encuentra que, globalmente, el colectivo inmigrante realiza menos actividad física que el autóctono (27% vs 39,9%) (47).

En resumen, y a partir de las encuestas realizadas en los últimos años, podemos concluir que el colectivo inmigrante presenta globalmente un comportamiento más saludable que el autóctono, aunque existen marcadas diferencias según el origen y la clase social. Así, parecería que en el colectivo inmigrante, el consumo de tabaco, alcohol y estupefacientes se asocia más a la clase social no manual que entre los pertenecientes al colectivo autóctono, y la actividad física es mayor entre los originarios de países de renta alta y clase social no manual.

Resumen de las características de la inmigración en España y Catalunya

En España el fenómeno de la inmigración es un hecho relativamente reciente pero de evolución muy rápida, pasando a representar entre 1998 y el 2010 del 1,6 al 12,2% del total de población empadronada en España. La mayor parte de los inmigrantes se encuentran en Catalunya, Madrid y Comunidad Valenciana. En Catalunya se contabilizaron 1.198.538 inmigrantes en el 2010, siendo las principales áreas geográficas de origen América Central y del Sur, Unión Europea y Magreb y los principales países de origen Marruecos, Rumanía, Ecuador, Bolivia e Italia.

La población inmigrante en España tiene un perfil de edad joven, en relación con el motivo laboral de su migración, y ocupan posiciones en la estructura laboral muy por debajo de su cualificación, sobre todo en sectores de actividad donde se concentran las demandas de empleo no cubiertas por los trabajadores autóctonos. Presentan una mayor precariedad laboral en comparación con los autóctonos: sueldos menores, tasas de temporalidad mayores y mayores cifras de desempleo.

En relación a la salud, los inmigrantes del Estado Español declaran en conjunto, mejor salud percibida y menos limitaciones en la actividad diaria, si bien estas encuestas fuente de estos resultados podrían estar capturando en buena medida la inmigración de mayor nivel adquisitivo. De hecho

existen desigualdades en salud relacionadas con la renta de mayor envergadura para los inmigrantes que para los autóctonos, y la descomposición por nacionalidades revela que mientras que los inmigrantes procedentes de la Unión Europea presentan un estado de salud mucho mayor que el de los nacionales, aquellos originarios de África y Oceanía declaraban peores niveles de salud. En Catalunya se evidencian importantes diferencias en cuanto a género y clase social, siendo las desigualdades entre país de nacimiento más acentuadas en el grupo de inmigrantes de países de renta baja. Las mujeres originarias de países de renta baja y clase manual son las que declaran un mal estado de salud en mayor proporción.

En su conjunto, los inmigrantes en España presentan menos problemas de salud mental, si bien los inmigrantes con menos recursos tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno de salud mental que los nacionales. Sin embargo, la salud mental percibida de los inmigrantes en Catalunya es significativamente peor que la de los nacionales. En cuanto a las infecciones, el colectivo inmigrante presenta tasas mayores de tuberculosis, sida y hepatitis de origen infeccioso. Finalmente, tanto a nivel del Estado Español como de Catalunya, los inmigrantes, contemplados en su conjunto, fuman menos, tienen menor consumo de alcohol y realizan más ejercicio físico que la población autóctona.

Organización del sistema sanitario en España y Catalunya⁴

Sistema de salud en España

Actualmente, España dispone de un sistema de salud financiado principalmente por impuestos, tipo Sistema Nacional de Salud (SNS), al igual que otros países como Reino Unido (referente internacional de este tipo de sistema de salud, el National Health Service), Irlanda, la mayoría de países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia), Portugal e Italia. Sin embargo, no siempre fue así, sino que por el contrario, España inició la construcción de un sistema público de aseguramiento sanitario optando por un modelo de Seguridad Social que iba dirigido a proteger a los trabajadores de bajo nivel económico y a sus familias, modelo denominado Bismarck (modelo de financiación sanitaria actualmente vigente en Alemania, Francia, Bélgica y Austria).

El nacimiento de este modelo de Seguridad Social se sitúa en 1908, al amparo de una institución de la Seguridad Social denominada “Instituto Nacional de Previsión” (INP). Este modelo de Seguridad Social tenía carácter mutualista (se financiaba con las cuotas de los trabajadores), y una orientación meramente curativa y reparadora. Se combinaba con un sistema de beneficencia pública, dependiente fundamentalmente de los gobiernos locales y del Estado que proporcionaba servicios a las capas de población de rentas más bajas, y una asistencia privada para las rentas más altas. Es una etapa que se caracteriza por un importante desarrollo hospitalario y tecnológico, sin una definición clara del modelo de financiación, una importante falta de coordinación entre organismos e instituciones y de relación entre actividades asistenciales y preventivas. Estos antecedentes hacen que la organización de nuestra sanidad haya sido muy centralizada tanto en la planificación como en la gestión de los recursos, funcionando con un esquema piramidal y fuertemente jerarquizado, de tal manera que hasta las decisiones más pequeñas eran tomadas por los servicios centrales de la organización. En 1978, en el marco de los cambios estructurales que demandaban los cambios de organización de la sanidad, el INP se escinde en tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que se encargará de la gestión de la asistencia sanitaria.

La reforma sanitaria se inició con la Constitución Española de 1978 (64), que en su artículo 43 garantizaba el derecho, con carácter universal, de los ciudadanos a la protección de la salud, y continuó con la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 (65). Esta ley definió el paso a un Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado principalmente mediante impuestos y de cobertura universal, equitativo y gratuito en el punto de dispensación: el ciudadano aporta en función de su renta y recibe en función de sus necesidades de salud. Solo existe copago del 40% del precio de los medicamentos, con la excepción de las enfermedades crónicas. Ofrece una prestación de una atención integral de salud de alta calidad, basada en la atención primaria como puerta de entrada y filtro del sistema. Además, proporcionó el marco para la descentralización del sistema y la adscripción de las redes públicas de servicios de salud a las autoridades autonómicas.

⁴ Este apartado está elaborado a partir del libro Organizaciones Sanitarias Integradas (59), el informe de Polítiques sanitàries per a la població immigrant en el context nacional i internacional (60), el capítulo sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” (61), el artículo de JM Freire del “Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones” (62) y una revisión sobre los Sistema Nacionales de Salud (63).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad es el órgano rector del SNS y comparte esta función con los Departamentos de Salud o Consejerías de Salud de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA), que han recibido la mayoría de competencias en salud, quedando como competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales. El Observatorio del SNS, como órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo proporciona un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. El SNS integra el conjunto de servicios de salud de las 17 CCAA.

Cada CCAA tiene su propio servicio regional de salud, con algunas diferencias en la organización de la gestión de la provisión de servicios, pero compartiendo unas características básicas. La atención se organiza en todas las CCAA en dos niveles asistenciales, tal y como viene definido en la Ley General de Sanidad (65). El primer nivel, la **atención primaria**, se caracteriza por una gran accesibilidad y capacidad de resolución técnica de problemas de salud leves y frecuentes. Cuenta con los centros de salud y los equipos de atención primaria como dispositivos asistenciales. La **atención especializada** es el segundo nivel, y cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste del sistema. Los dispositivos donde se presta la atención de este nivel son los hospitales y centros de especialidades. Los servicios de salud se organizan territorialmente en **Áreas de Salud** que reciben diferente nomenclatura según la CCAA. Dichas Áreas de Salud se subdividen en **Zonas Básicas de Salud**, que se constituyen territorialmente como el marco de actuación de los equipos de atención primaria.

Sistema de salud en Catalunya

Las reformas en el área de la salud llevadas a cabo en Catalunya en los últimos 25 años, se iniciaron y desarrollaron de forma coherente y paralela a las reformas introducidas en el conjunto del Estado. Dentro del proceso de descentralización política, Catalunya se convirtió, en 1981, en la primera Comunidad Autónoma del Estado en asumir las competencias en salud, seguida de Andalucía (1984), el País Vasco y Valencia (1988). En ese momento en Catalunya existía una red de proveedores de propiedad diversa, cuyos titulares eran administraciones locales, entidades religiosas, mutualidades y la Seguridad Social del Estado. Mientras que el 100% de la atención primaria pertenecía a la Seguridad Social, ésta sólo disponía del 30% de las camas hospitalarias, por lo que establecía contratos, en concierto, con otros proveedores –públicos o privados- en las zonas donde tenía cobertura pero no infraestructura.

En el momento de la transferencia de la red de la Seguridad Social, el Gobierno de la Generalitat optó por mantener la titularidad separada de los establecimientos existentes y englobarlos en el sistema de salud, en lugar de ampliar la red con establecimientos propios. Esta decisión implicaba, por un lado mantener la provisión heredada del sistema anterior y, por otro, establecer un contrato con los establecimientos de titularidad independiente, de manera que se tendía a la separación de las funciones de financiación y provisión de la atención. A partir de este momento se desarrolló un proceso paulatino que terminaría en la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya en 1990.

En primer lugar, se desplegaron instrumentos de planificación y gestión con el objetivo de rentabilizar los recursos existentes y definir los servicios sanitarios de responsabilidad de la Generalitat. La primera herramienta de planificación normativa fue el Mapa Sanitario que permitió objetivar la estructura e idoneidad de la oferta existente, en cuanto a localización y tipología de servicios y establecer los criterios de calidad para la modernización de las infraestructuras sanitarias. En 1983 se creó el Institut Català de la Salut (ICS) como entidad responsable de la gestión de las prestaciones y servicios sanitarios de la antigua Seguridad Social y de la concertación con el resto de centros de Catalunya. En 1984, se constituyó la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, XHUP (red hospitalaria de utilización pública), con el objetivo de alcanzar una ordenación hospitalaria que permitiese la adecuada homogenización de las prestaciones asistenciales así como la utilización óptima de los recursos humanos y materiales. Al mismo tiempo, se optó por la adscripción a los servicios hospitalarios de los centros de especialidades, históricamente vinculados a la atención primaria. En este modelo, por tanto, se utilizaban los recursos propios (ICS) y el resto de recursos sanitarios existentes, una vez acreditados, a través de conciertos con el ICS.

Al tiempo que se creaba la XHUP se iniciaba el proceso de reforma de la atención primaria, RAP, por la que se integraba la atención preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud comunitaria. Se estructuraba sobre el trabajo de un equipo multidisciplinar, el Equipo de Atención Primaria (EAP) con dedicación a tiempo completo. Esta reforma implicaba la sustitución paulatina del sistema de ambulatorios de la Seguridad Social por centros de salud dotados con equipos de atención primaria.

En 1989 se creó la Dirección General de Recursos Económicos del Sistema Sanitario con el objetivo de que la Administración estableciera una relación de compra y no realizara la gestión directa de la producción de servicios de salud; unidad que sería la precursora del Servei Català de la Salut, actual agencia "compradora" de servicios sanitarios.

La Ley de Ordenación Sanitaria de 1990, supuso la formalización normativa de la situación que se había ido generando por la introducción de los anteriores cambios. Establecía un modelo sanitario público coherente con la Ley General de Sanidad de 1986 y consolidaba el sistema sanitario mixto de Catalunya, cuyos principios son:

- universalidad
- equidad de acceso
- concepción integral de la salud
- integración de servicios
- simplificación, racionalización, eficiencia, eficacia de la organización
- descentralización y sectorización de la atención sanitaria
- participación comunitaria

En el modelo de separación de las funciones de financiación y provisión que se ha configurado en Catalunya, el Departament de Salut es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema, es decir, de la planificación, ordenación, autorización e inspección, así como del control. El Servei Català de la Salut, ente público, se encarga de la compra de servicios a los proveedores concertados. La provisión corresponde a un conjunto de entidades de los diferentes niveles de atención -

hospitalaria, sociosanitaria, de atención primaria y salud mental- que están en proceso de conformar el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya, el SISCAT. La relación entre el financiador público y los proveedores de salud se establece mediante los contratos de gestión.

El modelo se concretó en 1991 con la creación del Servei Català de la Salut (abreviado como SCS hasta el 2001 y CatSalut desde entonces hasta la actualidad). El CatSalut surgió para desempeñar las funciones de distribución adecuada y mejora de la utilización de los recursos sanitarios y económicos, la coordinación del dispositivo sanitario de cobertura pública, el cambio hacia la calidad y modernización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Catalunya.

El CatSalut se ordena en demarcaciones territoriales, las Regiones Sanitarias, que equivalen a las Áreas de Salud previstas por la LGS y han sido delimitadas según criterios geográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, oferta de servicios, etc. La Región Sanitaria, órgano desconcentrado del CatSalut, dispone de los recursos necesarios de atención primaria y especializada suficientes y adecuados para la población, exceptuando el nivel más alto de especialización que posee carácter suprarregional. Cuenta con instancias de participación social, los consejos de salud, compuestos por representantes de la Generalitat, de los consejos comarcales, ayuntamientos, de organizaciones empresariales, de asociaciones de consumidores y usuarios, así como de las corporaciones profesionales sanitarias. Sus funciones son asesorar y formular propuestas al Consejo de Dirección de la Región Sanitaria y verificar que sus actuaciones se desarrollen de acuerdo a las normativas y necesidades de la población, promover la participación comunitaria en los establecimientos de salud, informar sobre el Plan de Salud, memoria y presupuesto de la Región sanitaria antes de que sea aprobado.

A su vez, las Regiones Sanitarias se subdividen en Sectores Sanitarios, estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación, que agrupa un conjunto de Áreas Básicas de Salud. Las Áreas Básicas de Salud son las unidades territoriales elementales para la prestación de atención primaria de acceso directo de la población (equivalente a las Zonas Básicas de Salud en el resto del Estado Español).

La provisión de los servicios se realiza en centros de atención primaria, hospitales de agudos de tres tipos fundamentales -hospital general básico, hospital de referencia y hospital de alta tecnología-, centros sociosanitarios y centros de salud mental y su gestión corre a cargo de un conjunto de proveedores de titularidad diversa. Por una parte, el *Institut Català de Salut* (ICS), empresa pública desde la aprobación de la Ley 8/2007, del 30 de julio (66), que se financia por vía presupuestaria, se organiza en una estructura desconcentrada en 9 ámbitos de atención primaria y una gerencia territorial, y proporciona el 80% de la atención primaria y el 30% de las camas hospitalarias de agudos. Y por otra parte, el resto de proveedores son consorcios y empresas públicas, fundaciones municipales y entidades privadas sin y con ánimo de lucro.

Marco legal y políticas de atención sanitaria de los inmigrantes

Derecho a la salud a nivel internacional

El derecho a la salud es uno de los derechos básicos de las personas. La **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, aprobada por los que entonces eran los 58 Estados miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, es el primer documento fruto del consenso internacional sobre los derechos básicos de las personas (67). Según su artículo 22 “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.” Y en su artículo 25 se establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...) la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.”

En 1977, la **Asamblea Mundial de la Salud** estableció los objetivos de “Salud para todos en el año 2000”, con el fin de conseguir que “todos los habitantes del mundo tuvieran acceso a un nivel de salud que les permitiera mantener una vida social y económicamente productiva”. La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata (URSS) en 1978** proclamó la atención primaria como el nivel asistencial estratégicamente mejor situado para llevar a cabo estos objetivos, incluyendo la equidad del acceso como uno de los principios básicos en el que se deberían basar las políticas nacionales (68).

En la **Declaración de Ottawa**, fruto de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa en 1986, se resalta la importancia de la promoción de la salud, que consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.” Asimismo, se reconoce que, además del acceso a los servicios sanitarios, son prerequisites “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.” (69)

En el año 2000 se revisaron los estatutos de la **Organización Mundial de la Salud** y se amplió la definición del **derecho a la salud**: “el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (figura 16).

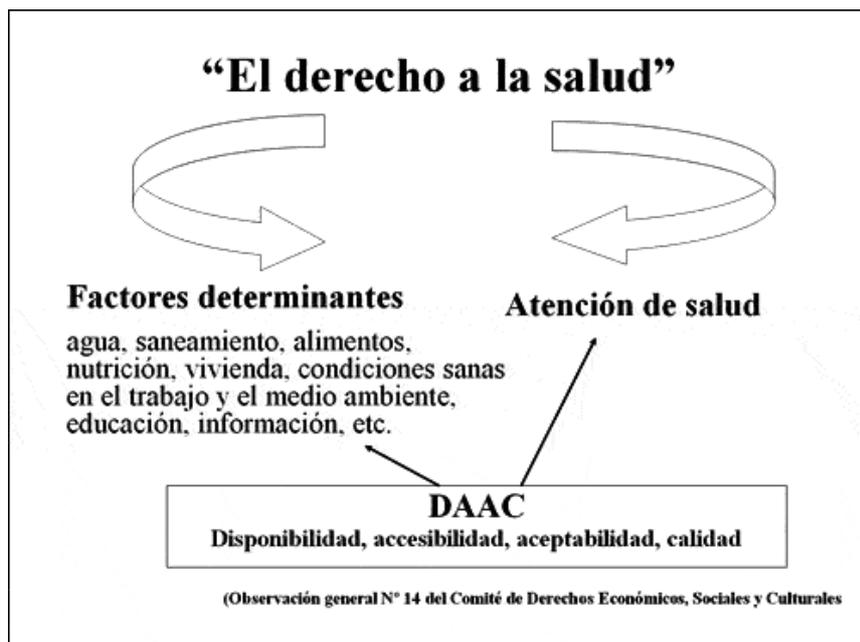


Figura 16. El derecho a la salud, según la Organización Mundial de la Salud (70).

Por otro lado, según la Observación general sobre el derecho a la salud, adoptada en el año 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro elementos (70):

1. Disponibilidad - se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud,
2. Accesibilidad -los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), acceso a la información);
3. Aceptabilidad - todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida;
4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Todas estas declaraciones a nivel mundial establecen un marco internacional para el desarrollo de respuestas en el ámbito de la salud independientemente de la condición jurídica del inmigrante (60).

A nivel **europeo**, no hay una política común de salud ya que las competencias en sanidad dependen de los Estados miembros (60). No obstante, todos los estados miembros de la Unión Europea (UE) han reconocido formalmente el derecho de todas las personas al más alto nivel de salud física y mental accesible. Este derecho se ha materializado en numerosos instrumentos legales europeos a los cuales los estados europeos han accedido a estar sometidos.

El **Tratado de Maastricht** de 1992 establece la salud pública como una política compartida entre los Estados miembros, pero con la intervención de la Comunidad sólo en los casos en que los Estados miembros necesiten ayuda, siendo ámbitos propios de la Comunidad las amenazas sanitarias transfronterizas, la movilidad de pacientes, y la reducción de desigualdades en materia sanitaria (71).

La **Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa** estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de población, entre las que se engloba a los inmigrantes, refugiados y personas desplazadas (72).

Por otro lado, el **Tratado de Lisboa** de diciembre de 2007 (en vigor desde 2009) considera el bienestar ligado a la salud como uno de los objetivos de la UE, establece “un nivel elevado de educación, formación y protección de la salud humana” como pilar básico, y especifica que “fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas” (73). No obstante, las competencias de la UE en temas relacionados con la salud pública y los servicios sanitarios continúa siendo un asunto esencialmente nacional, cuya legislación es de ámbito territorial.

Como miembros de la **Organización Internacional del Trabajo** (OIT), agencia de las Naciones Unidas responsable de la elaboración y supervisión de las Normas Internacionales del Trabajo, los estados de la UE están también sujetos a sus principios de justicia social que protege a las personas en su entorno laboral, incluyendo aquellas que trabajan en países extranjeros (74).

El principal instrumento legal de que dispone la UE es el **Tribunal Europeo de Derechos Humanos**, que es el cuerpo que vela por el cumplimiento de la **Convención para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales** (75). Este convenio, que data de 1950 y fue revisado por última vez en junio del 2010, ha sido ratificado por todos los miembros de la UE y garantiza básicamente los derechos civiles y políticos de las personas. Si bien no especifica el derecho a la atención sanitaria, la denegación de la atención a la salud a inmigrantes irregulares, por ejemplo, se interpreta como incumplimiento del artículo 3 (“Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”).

Por otro lado, el **Comité Europeo de Derechos Sociales** supervisa la aplicación de la Carta Social Europea, en la que se incluyen diversos apartados de protección de la salud (76). En el 2004 el Comité manifestó que “aquellas legislaciones o prácticas que denieguen el derecho a la asistencia médica de extranjeros en el territorio de un estado miembro, incluso si están en condición ilegal, son contrarios a esta Carta”.

Existen variaciones en la concreción de este derecho en los reglamentos de cada uno de los países de los Estados miembros, siendo España uno de los países donde existe mayor cobertura sanitaria a inmigrantes (77). Las constituciones de Bélgica, Hungría, Países Bajos, Portugal y España reconocen el derecho a la salud de todos aquellos que residan en sus territorios. En aquellos países cuya constitución o legislación no especifica el reconocimiento de la salud, como en Alemania, los temas de atención y protección de la salud se pueden derivar de reglamentos más generales de derechos humanos.

Marco legal del derecho a la atención de extranjeros e inmigrantes a los servicios sanitarios en España

El derecho a la protección a la salud se reconoce en la **Constitución Española** en su artículo 43, correspondiendo a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (64). El derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria se regula en primer lugar a través del artículo 12 de la **Ley General de Sanidad**, ley 14/1986, de 25 de abril (65). Este artículo reconoce la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional en las mismas condiciones que los españoles.

Cuando se habla de **población extranjera residente en España**, legalmente el término se refiere a las personas con nacionalidad diferente a la española que residen legalmente en España por estar en posesión de un permiso de residencia, el cual puede ser de **Régimen Comunitario** (nacionales de países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, o familiares y personas casadas con nacionales de estos países) y el **Régimen General** (nacionales del resto de países). Es importante tener en cuenta esta tipología ya que los extranjeros en Régimen Comunitario tienen – independientemente de otras leyes- los mismos derechos que los españoles.

La conocida como “**Ley de Extranjería**”, la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, concreta en su artículo 12 (78):

1. Los extranjeros que se encuentren en España **inscritos en el padrón** del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de **urgencia** ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros **menores de dieciocho años** que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras **embarazadas** que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el **embarazo, parto y postparto**.

En resumen, los extranjeros que se encuentren en España inscritos al padrón del municipio en que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles, independientemente de su situación administrativa. En ausencia de empadronamiento, también se reconoce el derecho a la atención sanitaria en igualdad de condiciones a los menores de 18 años, a las mujeres la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, así como la asistencia de urgencia en cualquier circunstancia.

Por tanto, los extranjeros extracomunitarios así como a los inmigrantes no regularizados también tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles bajo el único

requisito del empadronamiento. Este es, de hecho, el requisito indispensable para obtener la tarjeta sanitaria, documento que acredita el reconocimiento al derecho a asistencia sanitaria.

Finalmente, en Catalunya, la reciente Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servei Català de la Salut (79), tiene como objetivo determinar las personas que disfrutan del derecho a la asistencia sanitaria pública a cargo del Servei Català de la Salut. Cuando en su artículo 2 concreta quienes son titulares de este derecho, se incluyen, además de las personas empadronadas en cualquier municipio de Catalunya, aquellas personas de Estados no miembros de la Unión Europea según lo especificado por el artículo 12 de la “Ley de extranjería” (78). Dicho artículo es aquel que contempla el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles de todos los extranjeros que se encuentren en España inscritos al padrón así como, en ausencia de empadronamiento, el de los menores de 18 años, las mujeres la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, y la asistencia de urgencia en cualquier circunstancia (78). Asimismo, para el resto de personas no incluidas en este apartado (nacionales de países no miembros de la UE), esta ley del 2010 establece que tienen derecho a la asistencia sanitaria en virtud de lo que establece la normativa europea o las leyes y convenios internacionales (79).

Requisitos legales para el acceso

El padrón

La Ley 14/1996 define al padrón como un **documento administrativo que refleja únicamente el domicilio de las personas**. Para ello, los ayuntamientos pueden exigir documentos que verifiquen la veracidad de los datos consignados y en ausencia de cualquier documento es el gestor municipal el que debe comprobar que realmente el vecino habita ese domicilio. Las infraviviendas (cuevas, chabolas, o incluso la ausencia total de techo) son consideradas como domicilios válidos en el padrón con la única condición de que sean conocidos por los Servicios Sociales (72,80).

Los ayuntamientos no tienen competencias para controlar la posesión de permisos de residencia ni de trabajo de los inmigrantes, ni sobre la situación de legalidad o ilegalidad en territorio español de ninguno de sus vecinos. Pueden solicitar un documento identificativo a los inmigrantes, que puede ser el documento oficial expedido por las autoridades españolas (tarjeta de extranjero) o bien el expedido por las autoridades del país de origen (72,80).

No obstante, la Ley Orgánica 14/2003 (ley de Extranjería) introduce una serie de previsiones específicas en la gestión del padrón municipal cuando la persona inscrita es extranjera (78). El nuevo texto intenta que los datos del padrón (sobre las viviendas y las personas que residan en ellas) se ajusten más a la realidad así como favorecer el uso de los datos del padrón por diferentes Administraciones Públicas, con el fin de obtener una mayor precisión en los datos padronales y, a la vez, servir al Estado como mecanismo de control sobre las personas inmigrantes. La disposición adicional séptima establece una habilitación genérica a la **Dirección General de Policía**, para acceder a los datos de los extranjeros consignados en el padrón. El colectivo más afectado por esta modificación es el de las personas extranjeras en situación irregular que, dada su situación de irregularidad susceptible de ser sancionada con un procedimiento de expulsión, quedan expuestas al

inscribirse en el padrón a que su domicilio se conozca y puedan, en cualquier momento, ser localizadas, ya sea para iniciar o ejecutar un procedimiento sancionador (80).

Obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual

La obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), documento que acredita el reconocimiento al derecho a asistencia sanitaria, comporta una serie de trámites y presentación de documentos para extranjeros e inmigrantes no regularizados. Según se recoge en diferentes documentos de información al inmigrante en Catalunya (72,81) así como en la página web del CatSalut que informa sobre los trámites necesarios para ser titular de la cobertura sanitaria pública (82), la solicitud de la TSI se realiza en el centro de salud al que geográficamente corresponda la atención sanitaria de la persona. Se debe presentar el certificado de empadronamiento y una fotocopia del pasaporte. Asimismo, hay que rellenar el formulario de solicitud del derecho a asistencia sanitaria y emisión de la TSI. Es necesario también tramitar el número de afiliación a la Seguridad Social, bien desde el mismo centro de salud o desde la Tesorería General de la Seguridad Social.

En referencia a la necesidad de afiliación a la Seguridad Social, para aquellos extranjeros residentes de forma legal que estando desocupados carezcan de recursos económicos suficientes es posible solicitar la TSI mediante previa demostración de renta inferior al Salario Mínimo Interprofesional. Aquellos extranjeros sin autorización para trabajar que prestan servicios por cuenta ajena tienen reconocidos sus derechos tanto como trabajadores en la Seguridad Social como los derechos sanitarios. En el caso de extranjeros en situación irregular desocupados y mayores de 18 años, la Ley de Extranjería permite que disfruten el derecho a la asistencia sanitaria con el simple hecho de empadronarse, previa demostración de renta inferior al Salario Mínimo Interprofesional (78).

Para evitar las dificultades de acceso a la sanidad, algunas Comunidades Autónomas (CCAA) permiten acceder al sistema sanitario sin necesidad de estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Individual, a través de un documento (Documento de Asistencia Sanitaria) que, aunque no exige tener un pasaporte válido para su obtención, presenta una validez limitada (seis meses renovables a otros seis) (83). Asimismo, algunas CCAA han desarrollado un sistema que consiste en proporcionar a las personas inmigrantes una tarjeta sanitaria (en algunos casos llamada "tarjeta solidaria") sin que tengan que registrarse previamente en el ayuntamiento. Tal es el caso de Andalucía, de la Comunidad Valenciana, de la Región de Murcia y de Extremadura (83).

En resumen, el marco legal a nivel mundial y europeo del acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes establece el derecho a la salud como uno de los derechos básicos de las personas, avalado por diferentes documentos y acuerdos internacionales, los cuales han sido reconocidos y ratificados por todos los países miembros de la UE. No obstante, existen variaciones en la concreción de este derecho en los reglamentos de cada uno de los países de los Estados miembros, siendo España uno de los países donde existe mayor cobertura sanitaria a inmigrantes. En España, el derecho a la protección a la salud se establece en la Constitución Española y el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria se regula básicamente a través del artículo 12 de la Ley General de Sanidad, ley 14/1986, de 25 de abril, la cual reconoce el derecho a la protección de la salud y a la

atención sanitaria a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional en las mismas condiciones que los españoles. La conocida como “Ley de Extranjería”, permite a los extranjeros extracomunitarios, así como a los inmigrantes no regularizados, el acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles bajo el único requisito del empadronamiento. Este es, en teoría, el único requisito indispensable para obtener la tarjeta sanitaria (TSI), documento que habilita para acceder a la asistencia sanitaria. No obstante, en el procedimiento para acceder al empadronamiento y a la TSI se identifican ciertos aspectos legales y burocráticos que podrían dificultar su obtención.

Por un lado, si bien los ayuntamientos no tienen competencias para controlar la posesión de permisos de residencia ni de trabajo de los inmigrantes, ni sobre la situación de legalidad o ilegalidad en territorio español de ninguno de sus vecinos, la Ley Orgánica 14/2003 (Ley de Extranjería) introdujo una habilitación genérica a la Dirección General de Policía para acceder a los datos de los extranjeros del padrón. Esto afecta a las personas extranjeras en situación irregular ya que, dada su situación de irregularidad susceptible de ser sancionada con un procedimiento de expulsión, quedan expuestas al inscribirse en el padrón a que su domicilio se conozca y puedan, en cualquier momento, ser localizadas, ya sea para iniciar o ejecutar un procedimiento sancionador. Y por otro lado, la obtención de la TSI precisa no solo del certificado de empadronamiento y una fotocopia del pasaporte, sino también de la tramitación del número de afiliación a la Seguridad Social o bien la demostración de renta inferior al Salario Mínimo Interprofesional.

Finalmente, algunas Comunidades Autónomas (CCAA) han ideado fórmulas paralelas para facilitar el acceso al sistema sanitario sin necesidad de estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Individual, bien a través de una tarjeta provisional que no exige presentación del pasaporte, bien a través de una “tarjeta solidaria” que no requiere registrarse previamente en el ayuntamiento.

Políticas sanitarias de acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en España y Catalunya

Las políticas sanitarias dirigidas a la atención de la población inmigrada se recogen, en el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración y la mayoría de planes equivalentes de las CCAA, en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y en los planes de salud de algunas CCAA que incluyen acciones específicas para este colectivo (60). Únicamente Catalunya ha desarrollado un Plan específico de atención a la salud de la población inmigrada, el *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* (56).

Las acciones en salud para la población inmigrante incluidas en estos planes responden a los objetivos de las políticas (acceso a la atención, promoción de la salud, formación de los profesionales y análisis de las necesidades y determinantes de salud), pero con distinto énfasis (84). En relación al acceso, el **Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración** (2007-2010) tiene como uno de sus tres ejes el garantizar el derecho a la protección de la salud de los inmigrantes, y dentro de las acciones dirigidas a la consecución de dicho objetivo, el garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario del colectivo inmigrante (85).

Los **planes autonómicos de inmigración** comparten, como objetivos en salud de la población inmigrada, la mejora del acceso y la difusión de la información sobre el sistema de salud, entre otros (60). En todos ellos es la Consejería de Salud la responsable de la implementación de las acciones en salud. Como ejemplos de acciones de salud relacionadas con el acceso de la población inmigrada a los servicios de salud se encuentran la difusión entre los inmigrantes de la forma de acceder a los servicios prevista en el Plan Integral para la Inmigración de Andalucía (2006-2009); la mejora de la tramitación de la TSI y de la información sobre el sistema sanitario del Plan Valenciano de Inmigración (2004-2007); y la elaboración de documentación y acciones divulgativas dirigidas a la población inmigrada sobre la obtención de la TSI, el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones y servicios existentes y los derechos y deberes de los ciudadanos planteada en el Plan Vasco de Inmigración (2007-2009) (60).

El **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud** establece las directrices en materia de salud con la finalidad de mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y asegurar el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional (84,86). Pretende además conseguir la cohesión del SNS articulando la actuación de las CCAA y los actores involucrados en materia de salud, siendo el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad el responsable de su implementación (60). Entre sus objetivos incluye algunas acciones específicas para los colectivos inmigrantes, dentro del capítulo de fomentar la equidad (86).

No todas las CCAA incluyen en sus **planes de salud** acciones específicas para la inmigración (60). Así, por ejemplo, Andalucía, Asturias, Catalunya, Comunidad Valenciana, Murcia y País Vasco sí que contemplan acciones específicas, mientras que Aragón, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha Extremadura y Navarra no las incluyen (60). Las estrategias específicas dirigidas a inmigrantes recogidas en los planes de salud autonómicos se refieren sobre todo a facilitar el acceso y difundir la información sobre el sistema sanitario a los inmigrantes, facilitando la comprensión lingüística y cultural (60,84).

El **Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut** de Catalunya define como misión mejorar la salud de la población inmigrante mediante la definición de un modelo de atención y organización de los servicios que permita al sistema de salud catalán adaptarse a la nueva situación planteada por el fenómeno de la inmigración. En relación al acceso del inmigrante a los servicios de salud, el Plan define como objetivo estratégico la “mejora de la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios, mediante la adecuación de los servicios de salud a través de los tres ejes principales del Plan: los planes de acogida, de mediación y de formación de profesionales” (56).

El Plan de acogida, que es de los tres planes el que se centra en la entrada al sistema, debe conseguir mejorar, coordinar y optimizar la información y el acceso de la población inmigrada a la salud y los servicios mediante una serie de acciones, como elaborar materiales con la información necesaria para mejorar el acceso al sistema de salud, y adaptada para cada público, facilitando la TSI a todas las personas recién llegadas o que estén en proceso de exclusión, entre otras. Por otro lado, el plan de mediación también tiene como uno de sus objetivos mejorar la accesibilidad y utilización autónoma de los recursos sanitarios (56).

En resumen, podemos decir que el acceso a la salud y servicios sanitarios de las personas inmigradas en España está contemplado dentro de las políticas, y se incluyen acciones dirigidas a la mejora del acceso tanto a nivel central como autonómico. Pueden distinguirse en este sentido tres tipos de

estrategias: la información dirigida a los inmigrantes sobre los trámites burocráticos necesarios para inscribirse y acceder al sistema de salud, sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, y sobre los derechos y deberes del ciudadano, etc; la mejora de la gestión administrativa para facilitar el acceso a la atención sanitaria, centradas en la adquisición de la TSI; y la potenciación de la figura del mediador cultural entre el profesional sanitario y el inmigrante (60).

Acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios

En este apartado se define, en primer lugar, el concepto de acceso y utilización y se describen los principales marcos teóricos de acceso a los servicios sanitarios. Posteriormente se presenta un resumen de la evidencia actual sobre acceso a los servicios sanitarios en Europa y, finalmente, los resultados de una revisión de los principales estudios sobre acceso a los servicios de salud de los inmigrantes en España.

Marcos teóricos de acceso a los servicios sanitarios

El acceso a los servicios de salud ha sido objeto de multitud de estudios y existen varias teorías sobre cómo se debe estructurar el estudio del acceso (87). La revisión de la literatura sobre acceso a los servicios sanitarios pone en evidencia la ausencia de una definición única, y la frecuente confusión y el uso indistinto con otros términos como accesibilidad y utilización, así como con otros de sus componentes como disponibilidad, proximidad geográfica, cobertura en el aseguramiento, etc (88–90). Esta variedad no solo revela diferencias semánticas sino también una variabilidad conceptual, variabilidad que a menudo es un reflejo de los diferentes contextos, objetivos y momentos en los que fueron desarrollados (89). Otra conclusión relevante extraída a partir de dicha revisión de los marcos de acceso a los servicios sanitarios es que no existe ninguno específico ni adaptado a la población inmigrante.

Según la definición de la Real Academia Española, la “accesibilidad” es la cualidad de accesible, sería la facilidad para acceder a algo, y el “acceso” sería la entrada, el paso o interacción con algo o alguien. Por otro lado, “utilización” se reservaría para referirse al aprovechamiento de algo, en este caso de los servicios sanitarios (6,90). Sin embargo, cuando dichos términos se utilizan en el contexto de la investigación en servicios sanitarios y políticas de salud, las definiciones se adecúan y concretan dentro del marco teórico y forma de medirlos que se desarrollen.

Los autores que han publicado revisiones bibliográficas sobre los marcos de acceso a los servicios sanitarios han propuesto diferentes maneras de clasificarlos. En primer lugar, Frenk utiliza para dicha clasificación, tres alcances del concepto de acceso, que él denomina dominios (figura 17) (88):

- 1- Dominio estrecho, que comprende desde la búsqueda de la atención médica hasta que la obtiene.
- 2- Dominio intermedio, que ampliaría el anterior para incluir no solo el contacto inicial con el sistema de atención médica sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio.
- 3- Dominio amplio, en el que se incorporan además las causas de la búsqueda de atención, las necesidades en salud.

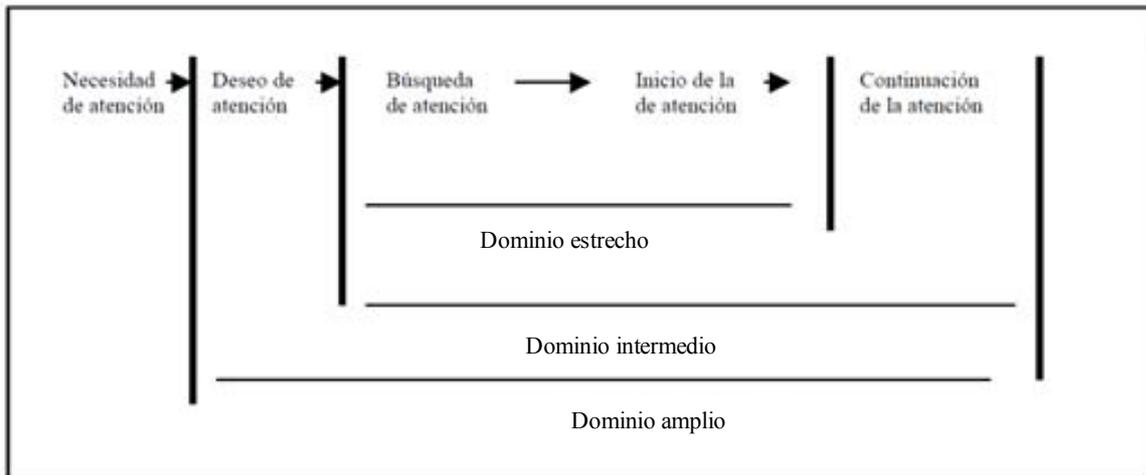


Figura 17. Dominios del concepto de acceso según Frenk (88).

Otros autores observan dos tendencias de los principales marcos teóricos (87,89,91):

- 1- Aquellos que lo definen como ajuste entre las características de los servicios de salud y las de la población
- 2- Los que lo equiparan con la utilización de los servicios.

Asimismo, Vargas incluye un tercer grupo menos definido de modelos que se centran en el comportamiento de los individuos ante la enfermedad y en la búsqueda de atención (89).

Finalmente, Arredondo, en su revisión conceptual sobre los modelos explicativos del origen de la búsqueda de servicios de salud, agrupa los marcos existentes en (92):

- 1- Modelo epidemiológico, se basa en el estudio de las necesidades de salud, exposición a factores de riesgo y utilización determinada por el tipo y cantidad de riesgo a que se exponga. Asimismo tiene en cuenta y cuantifica la calidad de los servicios y, dentro de ella, el riesgo derivado de su utilización, la iatrogenia.
- 2- Modelo psicosocial, basado en el concepto de comportamientos en salud (“health behaviour”).
- 3- Modelo sociológico, explica la utilización que realiza la población de los servicios sanitarios en función de los aspectos socioculturales y ambientales.
- 4- Modelos económicos y basados en el capital humano, basados en el análisis de la demanda y la oferta de servicios, el estudio de las elasticidades, y las ganancias en salud como capital humano.

A continuación se realiza un breve resumen de los principales marcos conceptuales de acceso que existen en la literatura. En primer lugar se describen brevemente aquellos que estudian el comportamiento ante la enfermedad y las creencias en salud como determinantes del acceso. A continuación, y siguiendo la clasificación propuesta por Vargas (89) y Ricketts (87), se explican los

marcos conceptuales de aquellos autores que entienden el acceso como ajuste de características de la población y los servicios, y los marcos de los que entienden el acceso como utilización de servicios.

Marcos que estudian las creencias en salud y el comportamiento ante la enfermedad

Modelo de creencias en salud de Rosenstock y Becker

Este modelo fue inicialmente desarrollado para explicar el uso de programas preventivos, y toma como base las creencias, intenciones y percepciones de riesgos de los individuos para explicar la utilización de los servicios (89,90,93). Según estos autores, son básicamente tres elementos los que determinan la utilización de servicios:

1. la propensión al uso o nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios, independientemente de la percepción de gravedad y susceptibilidad
2. la comparación entre los beneficios y barreras percibidas derivadas de la decisión de utilizar los servicios
3. los estímulos internos y externos para adoptar la decisión de acudir o no a los servicios.

Modelo de comportamiento ante la enfermedad de Mechanic

David Mechanic fue uno de los primeros autores en estudiar y describir conceptualmente el “illness behavior” como la forma en que los síntomas pueden ser percibidos de manera diferente y pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos (94,95). Bajo el enfoque de este autor, las actitudes hacia el sistema asumen un importante rol en la explicación del acceso de los individuos a los servicios sanitarios (90). Esta aproximación individual del acceso contempla 7 dimensiones para explicar el comportamiento ante la enfermedad:

1. Visibilidad y frecuencia de los síntomas
2. Percepción de severidad de los síntomas
3. Grado en que los síntomas pueden perturbar actividades familiares, de trabajo, etc.
4. Niveles de tolerancia de aquellos que están expuestos a los signos y síntomas
5. Información disponible, conocimiento y asunciones culturales
6. Existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas
7. Disponibilidad de recursos para el tratamiento, proximidad física y psicológica y costes monetarios.

Marcos conceptuales del acceso como ajuste de características de la población y los servicios

Marco conceptual de acceso propuesto por Donabedian

Para Donabedian la accesibilidad constituye un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios, define accesibilidad como el grado de ajuste entre ambos (96). Este autor define la accesibilidad como las características de los recursos que facilitan u obstaculizan su utilización por parte de los clientes potenciales, características que los hacen más o menos utilizables. Bajo este enfoque, la accesibilidad depende principalmente de los proveedores, que hacen más o menos difícil el acceso, pero también de los usuarios en la medida que son capaces de vencer los obstáculos que puedan aparecer, en un proceso de adaptación mutua (90,96).

Este autor distingue dos dimensiones interrelacionadas de accesibilidad: la geográfica, que se mediría a través de la distancia, y el tiempo y coste que ha de invertir el usuario en el desplazamiento; y la socio-organizativa, que incluye todas las demás características de la oferta de los servicios utilizables, tanto las relacionadas con los modos de organización de los recursos, por ejemplo, las demoras para obtener una cita o los horarios restringidos que no corresponden al tiempo libre de la población, así como aspectos socioculturales, relacionados con la “distancia” entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos tan cruciales como el idioma o las creencias sobre la salud (89,96).

Conceptualización de acceso propuesto por la Organización Mundial de la Salud

La OMS se basa en el concepto de Donabedian a la hora de definir la accesibilidad a la atención primaria de la salud (68). La define como aquella organización de la oferta que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad, conceptualizando así las siguientes dimensiones de la accesibilidad:

- Accesibilidad geográfica: distancia, tiempo de viaje y medios para viajar aceptables
- Accesibilidad financiera: que para cualquier métodos de pago los servicios han de ser asequibles
- Accesibilidad cultural: utilización de medios técnicos y de gestión que respeten los patrones culturales de la comunidad
- Accesibilidad funcional: proporcionar el tipo de atención adecuada de manera continua a aquellos en necesidad cuando lo necesiten

Modelo de Penchansky y Thomas

Estos autores definen también el acceso como el grado de ajuste entre “los clientes” y “el sistema”, pero amplían el concepto y lo desagregan en 5 dimensiones (97):

1. Disponibilidad (*availability*): es la relación entre volumen y tipo de servicios existentes, y el volumen y tipo de necesidades de la población. Tiene en cuenta el número de médicos, de hospitales, etc (y adecuación de dicho número).
2. Accesibilidad (*accessibility*): relación entre la localización de la oferta y la de los usuarios, incorporando distancia, tiempo y coste del transporte.
3. Adaptación o acogida (*accommodation*): relación entre la manera en que los recursos están organizados para atender a los pacientes (incluyendo sistema de citación de pacientes, servicios telefónicos, etc) y la capacidad de los pacientes para adaptarse a estas formas organizativas.
4. Asequibilidad (*affordability*): relación entre el precio de los servicios y la renta o capacidad y disponibilidad de pago, y la cobertura o afiliación a un seguro.
5. Aceptabilidad (*acceptability*): relación entre las actitudes de los clientes y las características (sexo, etnia, edad, etc) de los proveedores y prácticas en la atención de, así como las actitudes que tienen los proveedores sobre las características de los pacientes.

Penchansky y Thomas proponen la evaluación del acceso a partir de la perspectiva del usuario (90,97).

Modelo de Frenk

En su conceptualización del acceso, este autor introduce dos conceptos complementarios: la resistencia y el poder de utilización (88). La resistencia la define como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud, en los proveedores y el sistema sanitario. El poder de utilización sería la capacidad del cliente para buscar y obtener atención, el conjunto de elementos facilitadores que permiten el acceso originados según este autor en la población. A continuación establece cuatro categorías o dimensiones, y para cada una ofrece un conjunto de obstáculos (resistencia) y capacidades (poder de utilización) con el objetivo de ser cuantificados (Tabla 2). Finalmente, propone diversas fórmulas para analizar el acceso en función de la combinación de estos elementos, asignando pesos relativos a cada uno de ellos. No obstante, reconoce la dificultad tanto de medir algunos de estos elementos como de sintetizar en una única fórmula todos los componentes (88).

Categorías generales	Resistencia (obstáculos – proveedor)	Poder de utilización (facilitadores – población)
<i>Ecológica</i>	Tiempo de transporte al proveedor	Recursos para viajar
<i>Financiera</i>	Precio	Ingreso
<i>Organizacionales a la entrada</i>	Tiempo de espera para obtener una cita	“Tolerancia” a la demora para obtener una cita
<i>Organizacionales al interior del establecimiento</i>	Tiempo de espera para ver al médico	Tiempo libre

Tabla 2. Categorías de acceso e indicadores de resistencia y de poder de utilización. Fuente: adaptado de Frenk (88).

Existen poco estudios que analicen el acceso en base a los marcos previamente descritos, y la mayoría de ellos se centran en el análisis y medición de alguna dimensión concreta relacionada con las características de los servicios sanitarios o de la población (89).

Marcos conceptuales de autores que definen el acceso como utilización de servicios

Dentro de este grupo se encuentra el modelo de Aday y Andersen de comportamiento de utilización de servicios de salud, que es el marco conceptual dominante en la literatura de acceso a los servicios, así como otros menos conocidos como el desarrollado por el Institute of Medicine de Estados Unidos. El modelo de Andersen y Aday, dado que es el marco teórico que se toma como referencia en el presente trabajo, se explica de manera más extensa.

Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud de Andersen y Aday

Este modelo, inicialmente desarrollado por Ronald Andersen en los años 60, y que desde entonces ha ido incorporando algunas modificaciones (98–102), se caracteriza por:

- centrar el análisis y evaluación del acceso en base a la **utilización** de los servicios y los resultados de dicha utilización
- distinguir entre **acceso potencial** y **acceso real**
- considerar 5 componentes de acceso: **políticas** de salud, características de los **servicios** sanitarios, características de la **población**, **utilización** de los servicios y **satisfacción** del usuario

- dentro de los componentes que posibilitan el acceso, distinguir entre aquellos que **predisponen** (generalmente características de los individuos) y los que **capacitan** (generalmente características del sistema o estructurales)
- Incorporar las **necesidades de salud** de la población (tanto percibida como evaluada) en el modelo, encajando por tanto este modelo dentro del dominio amplio descrito por Frenk.

El modelo queda resumido en la figura 18, que muestra los cinco componentes de acceso antes descritos y dentro de ellos los elementos a los que hace referencia, y esquemáticamente las relaciones entre ellos (99,100).



Figura 18. Marco para el análisis del acceso propuesto por Aday y Andersen. Fuente: Aday y Andersen (99).

Andersen y Aday consideran que las políticas de salud son el punto de partida del acceso, y que acceso y utilización de servicios están determinados por el contexto político que los envuelve. A continuación proponen el análisis del acceso potencial separando las características tanto de la población y las de los proveedores. Finalmente incorporan como resultados o *outputs* del modelo las características de la utilización de los servicios sanitarios (acceso real) y la satisfacción del usuario (99).

La utilización de servicios sanitarios se halla enmarcada en las **políticas de salud**, que son un determinante relevante del acceso, al incidir en la disponibilidad de recursos, la organización de los

servicios, la financiación o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas de la población como cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc (99,100,102,103).

El **acceso potencial**, como probabilidad y determinante de uso de los servicios sanitarios, depende de las características de la población y las características de los servicios (99). Las **características de los servicios** (o de la oferta) incluyen:

- disponibilidad de recursos: considera su volumen (cantidad de recursos humanos y materiales destinados a la prestación de servicios de salud) y su distribución geográfica
- organización de los recursos: considera la manera en que se disponen los recursos y funcionan para proporcionar atención a los usuarios, a través de dos componentes, de entrada y de estructura. La entrada hace referencia al proceso de “entrar” al sistema e incluye el tiempo de transporte, de espera, pago por los servicios, horarios de atención, etc). La estructura, segundo componente de la organización, hace referencia a las características del sistema que determinan lo que le sucede al paciente a partir de su entrada (personal que le atiende, cómo le atienden, etc), incorporando también los procesos de referencia y contrareferencia.

Por otro lado, las **características de la población** se dividen en aquellas que se consideran predisponentes, las que se definen como capacitantes, y las necesidades en salud:

- Factores predisponentes: son aquellos elementos que describen la propensión de los individuos a utilizar los servicios de salud, abarca desde características sociodemográficas (edad, sexo, raza, etc) así como las creencias y actitudes sobre la salud y el conocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios.
- Factores capacitantes: son los “medios” de que disponen los individuos para utilizar los servicios sanitarios. Comprenden factores individuales, como los ingresos económicos, el tipo de cobertura o de seguro, residencia, procedencia, etc.; y factores referentes a la comunidad donde el individuo reside, como las redes de apoyo, el entorno rural o urbano, y la organización de servicios dentro del área.
- Necesidades de atención de salud de la población: se refiere al nivel de enfermedad, considerada la causa inmediata de utilización de servicios sanitarios. Se contemplan aquí tanto las necesidades percibidas como las evaluadas.

El **acceso real**, o **utilización de servicios**, tiene en cuenta el tipo y nivel de servicio sanitario que usa el paciente, el lugar donde recibe la atención, el propósito de la visita (preventivo, curativo, paliativo, etc). La **satisfacción del paciente** se refiere a las opiniones que tiene el paciente sobre el sistema y proveedores de atención sanitaria, y los autores del modelo consideran que la mejor manera de evaluarla es en el contexto de un episodio de búsqueda de atención concreto, reciente e identificable (99).

Andersen inscribe el concepto de equidad dentro de su propuesta y formula que el **acceso** es **equitativo** cuando los factores predisponentes y las necesidades de salud de la población son responsables de la mayor parte de la variabilidad de la utilización. Alternativamente, considera

acceso inequitativo cuando son los factores capacitantes, las creencias en salud y la estructura social las que determinan las diferencias de utilización de servicios de la población (98,100,104).

En las sucesivas revisiones del modelo se definen mejor la interrelación y retroalimentación entre los diferentes elementos del modelo, y se incorporan los determinantes individuales y contextuales. En una de las últimas revisiones de modelo plantean dos nuevos conceptos para evaluar el acceso: acceso efectivo y acceso eficiente (98,100). El **acceso efectivo** se establece cuando se demuestra que la utilización mejora el estado de salud y/o la satisfacción del paciente. El **acceso eficiente** se lograría cuando el estado de salud y/o la satisfacción aumentan en relación a la cantidad de recursos consumidos.

Para la **evaluación de acceso**, Aday y Andersen sugieren una serie de indicadores de estructura, proceso y resultados, según el objetivo de la evaluación. Los indicadores de estructura y proceso son oportunos cuando se pretende evaluar cómo una política o un programa de salud puede influir en el acceso realizado (89). Los autores utilizan el grado en que estos factores son modificables o “manipulables” por las políticas de salud para clasificar los indicadores de proceso, argumentando que la política se debe centrar en aquellos elementos susceptibles de ser manipulados (105). Así, consideran que la cobertura del aseguramiento y la distribución de recursos humanos en un servicio son factores manipulables, en el sentido que pueden ser modificados y determinan a corto plazo el acceso. Sin embargo, características sociodemográficas de la población como la estructura de sexo, edad o lugar de residencia son ejemplos de factores “inmutables”.

Existen muchos **estudios empíricos** que utilizan el marco de Aday y Andersen para estudiar el acceso a través de sus determinantes, la mayoría de ellos son estudios transversales basados en encuestas y análisis multivariante de resultados (89). La mayor parte de estas investigaciones se centran solo en algún aspecto determinado del modelo, debido a la falta de datos, a los problemas analíticos que genera la inclusión de un número amplio de variables, las importantes limitaciones para utilizar variables contextuales y a que los resultados de modelos de muchas variables y multinivel son complicados de explicar y difícilmente trasladables a las políticas en salud (89,106). El foco de análisis en estos estudios ha caído casi siempre en los factores poblacionales que influyen en la utilización de servicios.

El análisis del acceso a partir de los indicadores de utilización propuestos por Aday y Andersen ha recibido también algunas críticas, tal y como recoge Hulka y colaboradores en su revisión sobre los patrones y determinantes de utilización (107). Esta autora considera que el estado de salud es el determinante más importante de la utilización de servicios. Asimismo, argumenta la dificultad de diferenciar la utilización necesaria de la excesiva, debido entre otros a la escasez de estudios que relacionen utilización con salud, que evalúen los efectos de la utilización sobre el estado de salud de la población. En cualquier caso, determina que una menor utilización no implicaría peor acceso si no existe una necesidad en salud o si se trata de servicios que no la mejoran y que los indicadores de utilización pueden obviar necesidades no satisfechas (107).

A pesar de que el modelo de Aday y Andersen es uno de los más utilizados por la comunidad científica en el estudio del acceso, no ha sido adaptado específicamente al acceso de los colectivos inmigrantes.

Modelo propuesto por el U.S. Institute of Medicine

Esta institución norteamericana equipara el acceso a utilización y lo define de forma normativa como el uso de los servicios de salud en tiempo adecuado para obtener el mejor resultado posible (108). El Institute of Medicine (IOM) se centra en la capacidad de los servicios de alterar positivamente el estado de salud de las personas, y considera que los problemas de acceso surgen cuando existen barreras que comportan una menor utilización y ésta genera peores resultados en salud. Por tanto, propone que el acceso se debe evaluar incorporando los resultados en salud mediante indicadores como la mortalidad, incidencia de enfermedades, etc (108).

Como resumen de este apartado se puede afirmar que no existe consenso en la definición de acceso a los servicios de salud y existen diferentes marcos teóricos de acceso. Entre los marcos explicativos de acceso el desarrollado por Aday y Andersen es el más utilizado por la comunidad científica en la descripción y evaluación del acceso, aunque generalmente desde un enfoque cuantitativo, reclamando una parte de los autores un enfoque cualitativo del mismo para explorar cómo influyen las variables de contexto (políticas y características de los proveedores) así como las características de la población desde la perspectiva de los actores. Además, no existe ningún marco de acceso adaptado a la población inmigrante.

En el presente trabajo se utiliza el marco propuesto por Aday y Andersen, por ser el que, a pesar de no haber sido adaptado al colectivo inmigrante, consideramos que mejor puede adaptarse a nuestro estudio.

Estudios sobre acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en Europa

Son pocos los trabajos publicados que describen el acceso de la población inmigrada en Europa y provienen en su mayor parte de Dinamarca, Reino Unido y Países Bajos (25). La mayoría de estos estudios en realidad lo que describen y comparan es la utilización y los patrones de utilización de los diferentes niveles de atención sanitaria entre inmigrantes y la población autóctona, evidenciándose una carencia de estudios que analicen los determinantes de acceso (109). Para poder comparar el acceso a los servicios es necesaria una medida de necesidad de atención sanitaria. En algunos casos esto es sencillo, por ejemplo en el caso de algunas actividades preventivas en las que la necesidad normativa se basa en la edad y sexo como en los programas de cribado de cáncer de mama (todas las mujeres de una cierta edad se considera deben realizarse una mamografía). En otros casos, por ejemplo en el estudio del acceso a rehabilitación y prevención terciaria, también es fácil ya que se puede utilizar como base de comparación los mismos diagnósticos. Finalmente, cuando se estudia el acceso a servicios basado en la iniciativa del paciente, a menudo se recurre a encuestas y las variables de estado de salud percibida, enfermedades crónicas, o indicaciones de tratamiento. Sin embargo, estas medidas son, al menos parcialmente, un efecto del contacto previo con el sistema de salud (establecimiento de diagnósticos) (110), y son pocas las encuestas que recogen directamente ítems sobre situaciones en las que padecieron problemas de salud y no contactaron el sistema sanitario.

A continuación se describen de manera resumida los resultados de los principales estudios que analizan el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en Europa como la utilización de servicios y de manera comparativa con la población autóctona, organizados según niveles asistenciales: servicios preventivos, atención primaria, urgencias, servicios especializados y hospitalización. Al final se exponen los resultados de aquellas publicaciones que estudian específicamente las barreras de acceso a la atención sanitaria que se encuentran los inmigrantes en los países europeos.

Utilización de servicios preventivos

En general, todos los estudios que analizan la utilización de servicios preventivos concluyen que los inmigrantes presentan **menor utilización** que los autóctonos. La mayoría de estos estudios se centran en la participación en programas de detección precoz de cáncer y atención materno-infantil.

En varios países se ha demostrado una menor participación en programas de cribado de cáncer de mama y una menor tasa de realización de mamografías de control en las mujeres inmigrantes en comparación con las autóctonas (111–115). Los mismos resultados se obtienen en los programas de cribado de cáncer de cérvix (116,117) y de colon (115).

Rasch et al concluye un menor acceso a medidas preventivas relacionadas con la salud reproductiva a partir de las mayores tasas de abortos inducidos en mujeres inmigrantes (118). Otros estudios evidencian menor frecuencia de consultas de atención al embarazo en mujeres inmigrantes (119) y peores indicadores de salud de los recién nacidos de mujeres inmigrantes, como posible indicador de peor seguimiento del embarazo (120).

En relación a la vacunación, un estudio español muestra una menor cobertura de vacunación general en niños inmigrantes en comparación con niños autóctonos (121). De manera similar, estudios llevados a cabo en Holanda (122) e Inglaterra (123) demuestran menores coberturas de la vacuna del papiloma humano en niñas inmigrantes y de minorías étnicas que en niñas autóctonas.

Utilización de médicos generales y centros de atención primaria

Varios estudios europeos muestran una **mayor utilización** de médicos generales por parte de los inmigrantes en comparación con los autóctonos, si bien con algunas diferencias por país de origen, edad y sexo (124–127). Las razones de estas diferencias no son concluyentes, pero apuntan hacia una mayor facilidad de acceso de este nivel asistencial en ciertos países y el amplio rango de servicios disponible. Otros aspectos mencionados son la mayor necesidad de visitas y pruebas diagnósticas relacionadas con la dificultad de la comunicación y síntomas de difícil interpretación.

Si bien un estudio holandés concluye que la situación administrativa no influye en la utilización autodeclarada de los servicios de atención primaria (128), otro realizado en el Reino Unido considera que la situación irregular se asocia a una menor utilización de este nivel asistencial (129).

Utilización de servicios de urgencias

Los estudios que analizan los servicios de urgencias muestran, en general, una **mayor utilización** de urgencias entre la población inmigrada que entre la autóctona (130,131). Estas mayores tasas de utilización se han asociado con un menor acceso a otros niveles asistenciales, pero no han sido estudiadas en relación a la necesidad. No obstante, los resultados no son conclusivos, ya que otros estudios obtienen resultados contradictorios. Así, un estudio alemán no encontró asociación entre ser inmigrante y utilización inadecuada de urgencias (132) , y en Inglaterra (133) así como en España (134) otros autores encuentran **menores tasas de utilización** de urgencias entre inmigrantes.

Utilización de servicios especializados y hospitalización

En general, la literatura sobre servicios **especializados** muestran una **infrautilización** por parte del colectivo inmigrante en todas las edades, exceptuando algunos estudios que no encuentran diferencias (126,135).

Los resultados relativos a la comparación de las tasas de **hospitalización** entre inmigrantes y autóctonos también son **contradictorios**. Mientras que algunos no encuentran diferencias según país de origen (135) , otros concluyen infrautilización (136) por parte de los inmigrantes y otros sobreutilización (137) . En relación al tiempo de estancia hospitalaria, un estudio danés no encontró diferencias globales entre inmigrantes y autóctonos (138) .

Otros indicadores de acceso

Además de los ya mencionados patrones de utilización, existen en la literatura europea estudios que analizan otros indicadores de acceso, si bien estos son relativamente escasos (109).

El estadio del cáncer al diagnóstico ha sido utilizado en algunos estudios como variable proxy del acceso, con relación a la gravedad de la enfermedad. Estos estudios muestran que los **tumores** de mama, cérvix y colon se diagnostican en **estadios más avanzados** y existen **mayores retrasos en el diagnóstico** en inmigrantes que en pacientes autóctonos (139,140). También se han encontrado mayores retrasos diagnósticos en las complicaciones diabéticas (141), y varias enfermedades infecciosas (142).

La mortalidad evitable (mortalidad que no debería ocurrir en presencia de atención efectiva) también se ha considerado una variable proxy de acceso, evidenciándose una **mayor mortalidad evitable** entre inmigrantes que entre autóctonos para diversas enfermedades (143). El ajuste por factores socioeconómicos y demográficos explica solo una parte de estas diferencias.

Barreras de acceso a la atención sanitaria

Entre las diferentes barreras de acceso que han de afrontar los inmigrantes en los países europeos, algunas están relacionadas con **las políticas sanitarias** y otras con la **organización de los sistemas**

sanitarios. Entre estas se incluyen restricciones legales a la cobertura de los servicios sanitarios de ciertos colectivos inmigrantes y las barreras financieras (109). En la mayoría de los países de la UE existen límites a la cobertura sanitaria para inmigrantes irregulares y solicitantes de asilo, de manera que los servicios de urgencia son los únicos disponibles para las personas en situación administrativa irregular (144), y los solicitantes de asilo tienen derecho a servicios de atención sanitaria general sólo en algunos países (145,146). Debido a la peor situación socioeconómica de los inmigrantes, el copago que existe en algunos países y para determinados servicios puede suponer una barrera económica para el acceso de ciertos inmigrantes (147). De la encuesta realizada a inmigrantes irregulares en 10 países europeos se deriva que los **obstáculos administrativos** y los **económicos** son, con diferencia, los más citados. Asimismo, el miedo a ser denunciado, arrestado o a que se le niegue la atención sanitaria también es muy frecuente (83).

Otra barrera de acceso a la que hacen referencia varios estudios son los problemas relacionados con el **desconocimiento del idioma** (83,109,148–150). En relación a la entrada al sistema se describen la falta de información comprensible en relación al funcionamiento del sistema sanitario y derechos de atención sanitaria, así como las dificultades para la obtención de una cita en el servicio de salud (109,150). Una vez dentro del sistema, el hecho de no dominar el idioma del país de residencia complica, no solo el acceso a la información, sino también la trayectoria por el sistema sanitario (83), y se ha descrito que la falta de intérpretes y mediadores capacitados genera problemas derivados de la no traducción, falta de sensibilidad cultural en la comunicación y estrés psicosocial para familiares, en particular niños que deben hacer el papel de intérpretes (148,149). Todo ello conlleva potencialmente problemas de comunicación en la consulta y en consecuencia un obstáculo a la identificación de los problemas de salud (109), si bien no se menciona específicamente su influencia sobre el acceso.

Para aquellos inmigrantes que llevan poco tiempo en el país, la **falta de información** sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios aparece como barrera de acceso a los servicios sanitarios (151). El estudio de inmigrantes irregulares destaca la importancia de la información sobre salud, el sistema sanitario y los derechos de las personas inmigrantes entre las dificultades del acceso a la sanidad. En relación a los extranjeros sin permiso de residencia, el conocimiento sobre el sistema y los trámites para poder acceder a él es, en general, incompleto, y la información que reciben es a menudo parcial, errónea y contradictoria. En este sentido, destaca que incluso en las instituciones públicas o en las asociaciones, los profesionales o las personas voluntarias no siempre (o pocas veces) están informadas de los derechos de acceso a la sanidad de estas personas (83).

Otros estudios demuestran que otros elementos de la **comunicación** entre el profesional sanitario y el paciente inmigrante pueden actuar como barreras a la utilización efectiva de los servicios sanitarios. Así, un estudio holandés concluye que los médicos generales se comunican de manera diferente con inmigrantes que con pacientes autóctonos, al encontrar que el tiempo de consulta es menor, el profesional mantiene una actitud más dominante cuando el paciente es inmigrante, y que los pacientes autóctonos son más demandantes que los inmigrantes (152). Una comunicación menos efectiva puede comportar malentendidos y falta de adherencia al tratamiento (153,154), así como errores en la derivación a otros niveles asistenciales.

La **discriminación** y el **racismo** basados en el país de origen o la etnia, tanto por parte de las instituciones como de las personas, así como la marginación social y pérdida de redes sociales que a

menudo comporta el proceso migratorio, pueden convertirse en una barrera de acceso a los servicios sanitarios (151,155). En el estudio sobre el acceso a los servicios de salud de las personas inmigradas que se encuentran en situación irregular, un tercio de estas personas declararon ser víctimas de actitudes racistas y discriminatorias en las estructuras sanitarias, siendo España uno de los países donde esta proporción fue más alta (83).

Resumen

La mayoría de los trabajos que tratan de describir el acceso de la población inmigrada en Europa provienen del norte de Europa (Dinamarca, Países Bajos, Reino Unido), en realidad lo que estudian es la utilización y patrones de utilización en los diferentes niveles de atención sanitaria y los comparan con los de la población autóctona de los respectivos países, y no incluyen la necesidad de atención sanitaria como medida de ajuste ni analizar los determinantes de acceso. No obstante la evidencia disponible apunta hacia la existencia de desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios en Europa entre inmigrantes y autóctonos, siendo la infrautilización por parte de los inmigrantes más manifiesta en algunos niveles asistenciales como atención especializada y servicios preventivos.

En relación a los servicios preventivos, los inmigrantes utilizan los programas de detección precoz de cáncer y atención maternoinfantil en menor medida que los autóctonos; y prácticamente toda la literatura sobre servicios de atención especializada concluye una infrautilización de estos servicios por parte del colectivo inmigrante. Sin embargo, la evidencia disponible indica una mayor utilización de médicos generales y de los servicios de urgencias por parte de los inmigrantes. El mayor uso de la medicina general y/o atención primaria se ha relacionado con una mayor facilidad de acceso de este nivel asistencial en ciertos países, así como una mayor necesidad de visitas y pruebas diagnósticas debido a la dificultad de la comunicación y síntomas de difícil interpretación. La mayor utilización de urgencias se ha asociado con un menor acceso a otros niveles asistenciales. Por otro lado, los resultados de la comparación de las tasas de hospitalización entre inmigrantes y autóctonos también son contradictorios. Sin embargo, los mayores retrasos diagnósticos y la mayor mortalidad evitable entre inmigrantes, también estarían señalando desigualdades de acceso de este colectivo.

La evidencia científica sobre barreras de acceso es escasa y los estudios son pequeños e incompletos. En relación con las políticas sanitarias y la organización de los sistemas sanitarios a la entrada, algunos autores señalan como barreras las restricciones legales a la cobertura, las barreras financieras y los obstáculos administrativos. El desconocimiento del idioma y la falta de intérpretes y mediadores capacitados podrían suponer una barrera tanto de entrada al sistema como durante toda la trayectoria por el sistema sanitario, y una comunicación poco efectiva puede comportar malentendidos en la consulta, falta de adherencia al tratamiento, así como errores en la derivación a otros niveles asistenciales. Asimismo, algunos autores señalan la discriminación y el racismo basados en el país de origen o la etnia y la marginación social y pérdida de redes sociales como probables barreras de acceso.

Como conclusión podemos decir que la literatura sobre acceso de inmigrantes en Europa es insuficiente, y que los pocos estudios que existen en realidad lo que analizan son utilización y patrones de utilización, la mayoría de veces comparativamente y solo desde una perspectiva cuantitativa, y sin tener en cuenta las necesidades en salud como medida de ajuste. Asimismo, son

pocos los estudios que analizan las barreras de acceso, y menos aun que profundicen cualitativamente en cómo afectan el acceso de inmigrantes desde la perspectiva de los propios actores involucrados.

Estudios sobre acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en España

En España, son pocos los estudios que analizan el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios en base a investigaciones científicas, aunque existe un gran número de artículos de opinión sobre ello. Con el marco de acceso de Aday y Andersen (99,101) como referencia, se puede decir que la mayoría analizan el acceso realizado de manera descriptiva, comparando la utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante con la autóctona, y basándose en registros de visitas realizadas a los servicios de salud en un periodo de tiempo determinado y, en menor medida, en encuestas.

En relación al acceso potencial, existen algunos estudios que describen los determinantes de utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante, generalmente basados en encuestas a dicha población en general o a algún colectivo específico. En su mayoría se centran en factores predisponentes asociados a características de la población y realizan un análisis bivariante y multivariante de dichas variables y la utilización de servicios.

Finalmente, existe un tercer tipo de estudios que analizan las dificultades de acceso y de atención de la población inmigrante, en los cuales se identifican factores predisponentes y capacitantes del acceso potencial de este colectivo. Muchos de estos estudios utilizan encuestas de opinión a profesionales y, algunos, a inmigrantes. Asimismo también existen algunos estudios cualitativos que analizan estos factores desde la perspectiva de profesionales así como, en menor medida, la de los inmigrantes usuarios.

La mayor parte de los estudios publicados se han llevado a cabo en Catalunya, Madrid, País Vasco y Valencia, y, en menor medida, en Andalucía, Baleares, Cantabria y Aragón.

A continuación se describen los principales resultados de los estudios españoles que analizan el acceso de la población inmigrante, organizados según se centren en los conceptos de acceso potencial o acceso real del marco de Aday Andersen.

Acceso potencial a los servicios de salud

Aday y Andersen distinguen dentro del acceso potencial los factores relativos a las características de la población de aquellos factores que dependen de los servicios sanitarios (100).

Factores relativos a características de la población inmigrante

Dentro de los factores relativos a características de usuarios se diferencia entre aquellos que predisponen y aquellos que capacitan, así como las necesidades de atención.

Factores predisponentes

Los factores que predisponen a la utilización de los servicios de salud, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las creencias y actitudes sobre el uso de los servicios de salud, el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, y las características sociodemográficas de los individuos (99,100).

En primer lugar, los **estudios de determinantes** de utilización se concentran en los factores sociodemográficos -sexo, edad, país de procedencia, nivel de estudios, tiempo de estancia en España- y en la situación administrativa. En relación al **sexo y país de procedencia**, los estudios muestran resultados contradictorios. Se ha encontrado relación significativa positiva entre el uso de servicios sanitarios en general y el sexo femenino y el origen magrebí en estudios llevados a cabo en Madrid y País Vasco (156,157), mientras que en otro estudio de Madrid, era el hecho de ser varón y de procedencia subsahariana lo que predisponía a la utilización (158). La utilización de servicios sanitarios no depende del lugar de procedencia de los inmigrantes económicos según la encuesta de Madrid de 2004-2005 (159). En atención primaria, un estudio llevado a cabo en Catalunya no encontró diferencias de frecuentación entre hombres y mujeres inmigrantes (160), y en el País Vasco la utilización de servicios de urgencias hospitalarias se relacionó con el sexo femenino y el origen latinoamericano (157).

La utilización de servicios de salud también está relacionada con el **nivel educativo, el tiempo de estancia en España y el conocimiento del idioma**. En ciertos estudios tener un nivel educativo alto (161,162), un tiempo elevado de estancia en España (161) y conocer el idioma(156), predisponen a la utilización. Sin embargo, en otros un peor nivel de formación determina una mayor frecuentación sanitaria (160); y el tiempo de estancia, o bien no tiene influencia en la frecuencia de visitas al médico (159), o tiene un efecto diferente según el colectivo estudiado (157). En cuanto a la **situación administrativa**, en dos de los estudios analizados se encontró una mayor frecuencia de uso entre los inmigrantes en situación regular (156,157), mientras que otros no encuentran diferencias significativas (161,162).

Las **encuestas de opinión y los estudios cualitativos** muestran que desde la perspectiva de los **profesionales de los servicios de salud**, los factores personales que influyen en el uso de los servicios de salud son el conocimiento del idioma, la situación administrativa, las diferencias culturales, el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y la presencia de enfermedades tropicales importadas.

El desconocimiento del idioma aparece como barrera de acceso para los inmigrantes así como un problema para la atención por parte de los profesionales sanitarios (163–165). La situación administrativa irregular representa una dificultad de acceso a los servicios sanitarios, según la perspectiva de los médicos de familia (166,164,167). En uno de los estudios cualitativos surgió que

esta situación dificulta el acceso a la tarjeta sanitaria (TSI) y provoca miedo de acudir a los servicios sanitarios, por temor al registro de sus datos personales (168), lo que supondría una mayor frecuentación de los servicios de urgencias para patologías que podrían solucionarse en la primaria (165). Las diferencias culturales aparecen más como una dificultad de atención para el profesional sanitario, vinculado a la diferente percepción y expresión de síntomas, que como un factor que obstaculice el acceso del inmigrante a los servicios de salud (163,165,169). Por otro lado, los profesionales también manifiestan dificultades diagnósticas debido a la falta de entrenamiento en la sospecha y diagnóstico de enfermedades tropicales (163,165,169).

Los estudios cualitativos que analizan la **perspectiva de los inmigrantes** identifican como dificultades principales en el acceso a los servicios de salud características predisponentes de la población, el **desconocimiento de los circuitos** y formas de acceso a los servicios, la **situación administrativa irregular**, y las **dificultades en la comunicación** provocadas sobre todo por no dominar el **idioma**.

El desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitario constituye un importante impedimento para el ejercicio de los derechos sanitarios (167), provoca un menor acceso y en ocasiones un desembolso económico, al verse obligados a pagar el coste total de los medicamento o contratar un seguro privado (150). Por otro lado, los hábitos y prácticas adquiridas en sus sistemas sanitarios de origen también aparecen como factores que pudieran influir en el acceso y utilización del sistema de salud en el país de destino: en general los inmigrantes tenderían a replicar los patrones de utilización de los servicios sanitarios del país de origen en el de acogida (164,170,171).

Los recién llegados con situación administrativa irregular presentan temor a la expulsión del país (170,172) y las mujeres inmigradas que no poseen documentación en regla no se sienten legitimadas para demandar atención médica por malestares menores (167). Desde la perspectiva de aquellos inmigrantes cuya lengua materna no coincide con el idioma o idiomas del país, el desconocimiento del idioma local aparece como barrera principalmente en la comunicación con el personal sanitario (164,167,170,172,173).

Factores capacitantes

Otro tipo de factores, relacionados con las características de la población, son los **capacitantes o recursos disponibles**, que pueden ser de carácter personal/familiar, como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; y otros de tipo social como la existencia de redes sociales (99).

Los **estudios de determinantes** obtuvieron una relación estadística significativa entre la utilización y factores capacitantes del uso como la situación laboral, la posesión de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y la convivencia con familiares. Los resultados apuntan a que tener un contrato estable capacita al inmigrante para utilizar los servicios sanitarios frente a aquellos con **precariedad en el empleo** (161), y que aquellos que están en situación de desempleo frecuentan más los servicios sanitarios que aquellos que tienen un trabajo remunerado (160). Por otro lado, la población que posee **TSI** frecuenta más los servicios sanitarios que la que no dispone de TSI (162). Por último, otro de los estudios (161) encontró asociación positiva entre la **convivencia con familiares** y un mayor uso de servicios no urgentes.

Los estudios basados en **encuestas de opinión a los profesionales** apenas contemplan este tipo de factores. Uno de los artículos identificaba la situación económica precaria de los inmigrantes como factor limitante del acceso a los servicios (166). En cambio, los **estudios cualitativos a profesionales** sanitarios que abordan estos elementos encuentran, en primer lugar, que la **precariedad laboral** provoca ausencias y/o retrasos en las visitas programadas, así como sobreutilización de urgencias hospitalarias, ya que dificulta el acceso a los servicios sanitarios debido a la incompatibilidad de los horarios laborales y los de los centros de salud (164,165,167). Por otro lado, disponer de una **red social** favorece tanto el acceso como la utilización ya que permite al usuario conocer mejor el sistema (174). Asimismo, un estudio revela que la posesión de la **TSI** facilita el acceso de los inmigrantes al conjunto de los servicios sanitarios, en particular a la atención primaria (164), aunque las dificultades para empadronarse relacionadas con la precariedad económica y el miedo debido a la situación irregular limitan la obtención de la TSI (164).

Desde la **perspectiva de los inmigrantes**, la **precariedad laboral**, en cuanto a inseguridad en el mantenimiento del empleo, jornadas laborales prolongadas y dificultades para obtener permisos para acudir al médico, constituye una barrera al acceso a los servicios sanitarios (150,167,170–172,175,176). Poseer una TSI genera, según los inmigrantes, una sensación de seguridad en el inmigrante al asegurar el acceso sin desembolso económico (150,170), si bien la dificultad de demostrar una vivienda obstaculiza y demora su tramitación (150,164,172). Tener una **red social** es un elemento importante en el acceso a los servicios sanitarios según el colectivo de inmigrantes ecuatoriano, ya que facilita el empadronamiento y la obtención de información sobre el funcionamiento de los servicios, así como en las responsabilidades familiares (150).

Necesidades de atención

Las necesidades de atención en salud de la población es el último grupo de factores relacionados con la utilización, que se clasifican en las necesidades percibidas por los usuarios y las necesidades evaluadas por los proveedores o normativas.

Varios estudios cuantitativos analizan los **determinantes de la utilización** de servicios incorporan la variable necesidad percibida (156,157,160–162,166). Los resultados de la mayoría de estos estudios coinciden en que existe relación significativa entre percibir la propia salud como mala o regular y un mayor uso de los servicios sanitarios (156,157,160,162). Un estudio que analiza las necesidades normativas de la población como determinantes del acceso en base a la evaluación ciega de expertos de los problemas de salud autodeclarados (156), obtienen una relación positiva entre el uso de los servicios sanitarios y la gravedad/severidad del último episodio de enfermedad. Otro estudio que analiza las opiniones de los profesionales obtuvo como resultado que más de la mitad de los encuestados opinaba que los pacientes inmigrantes somatizaban más que los autóctonos (166).

Los **estudios cualitativos** que analizan la necesidad percibida de atención sanitaria obtienen resultados contradictorios. Desde la perspectiva de los profesionales, las malas condiciones de vida (precariedad económica y/o de vivienda) incrementan la aparición de enfermedades, lo cual puede afectar al acceso efectivo a los servicios de salud (165). Por otro lado, la necesidad percibida de atención varía según el colectivo, considerando los profesionales sanitarios a los sudamericanos

como hiperfrecuentadores, mientras que los colectivos marroquí, chino y pakistaní acceden más tarde, cuando la enfermedad está más avanzada (174). Asimismo, otro estudio obtiene que mientras algunos profesionales consideran la utilización de los servicios por parte de los inmigrantes excesiva e inadecuada en relación a la necesidad, otros señalan el escaso uso que estos realizan (164).

Aquellos que analizan la experiencia de los inmigrantes, obtienen que la mayoría no acude al médico hasta que la enfermedad es grave y/o interfiere con sus responsabilidades (171,172), si bien existe una mayor necesidad percibida de atención en relación a la salud de los hijos que genera una mayor utilización de los servicios de pediatría (150,167,170).

Factores relativos a los proveedores de servicios

Los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios sanitarios, se relacionan tanto con la disponibilidad de recursos (volumen) como con su organización (normas administrativas, distribución de los recursos sanitarios, tiempos de espera, horarios de atención) (99,101,103).

En los artículos analizados, los estudios que abordan estos factores son **encuestas** (163,166,177) y estudios **cualitativos** que analizan la **opinión de los profesionales** (164,165,167–169,171,178) y de la **población inmigrante** (150,164,167,169,171,172,176,177) sobre problemas de la atención.

Sobre los **recursos disponibles**, la evidencia disponible apunta que la **provisión de información** sanitaria es **insuficiente** (150). La **escasez de recursos** y la sobrecarga de trabajo que supone el incremento del volumen de la población inmigrante aparece como dificultad de atención por parte de los profesionales y como barrera a la atención de calidad (164,165,167,169,178).

En referencia a los **factores organizativos** emergen diversas dificultades en la atención. La más frecuentemente citada, tanto en estudios de encuesta como cualitativos, se refiere a la **falta de formación en medicina tropical e interculturalidad** de los profesionales sanitarios, como uno de los principales problemas de los proveedores para ofrecer una atención adecuada, sobre todo por la dificultad para establecer las necesidades de los pacientes inmigrantes, y un diagnóstico adecuado (163–166,169–171,173,177). Asimismo, en dos estudios cualitativos a profesionales sanitarios emerge también su falta de conocimiento de las condiciones jurídicas de acceso y atención a la población inmigrante (164,169), si bien no son concluyentes sobre su influencia sobre el acceso. Por otro lado, una **actitud negativa** de los profesionales hacia los inmigrantes, su forma de atenderlos fría y distante y, en ocasiones, el trato discriminatorio, también aparecen como un problema importante en la atención según los inmigrantes en varios artículos de metodología cualitativa (150,164,165,170,178).

Otros factores de organización descritos por algunos estudios son el tiempo de consulta, los horarios de atención de los centros, la diferente aplicación de la normativa y la actitud de los profesionales. Estudios de opinión basados en encuesta así como estudios cualitativos indican que los profesionales manifiestan que el **tiempo para la consulta** resulta insuficiente para la asistencia a este colectivo, debido a las dificultades comunicativas (163–166,171), y que los **horarios de atención** de algunos servicios de atención primaria y especialidades podrían dificultar el acceso de los inmigrantes, sobre

todo por su incompatibilidad con los horarios laborales y la dificultad para pedir permisos laborales (165,168). Los inmigrantes consideran asimismo que la duración de las visitas médicas es insuficiente, los tiempos de espera excesivos y que los horarios de atención de los centros sanitarios son incompatibles con la jornada laboral (150,167,170–172,176).

Otros aspectos organizativos que emergen como barreras de acceso en otro estudio cualitativo a inmigrantes son los **trámites burocráticos** y el sistema de **cita previa** en la atención primaria y la especializada, las listas de **espera** y la mediación de los servicios de medicina general en la atención médica especializada (167). La **aplicación diferente de las normativas** se identifica como una barrera al acceso (169,178), la cual es atribuida a las imprecisiones del marco normativo que permiten que cada centro o cada profesional aplique el propio criterio a la hora de tramitar la TSI y atender a los inmigrantes, con independencia de su situación legal (150,164,169,172,178). Finalmente, algunos estudios cualitativos obtienen que la **elección del sexo del médico** es un factor relevante en el acceso y atención de los inmigrantes, sobre todo en la consulta de ginecología y en el caso de mujeres musulmanas (167,171,172,176).

Acceso real a los servicios de salud

El acceso real hace referencia a la utilización efectiva de los servicios, y se puede caracterizar en términos del tipo de servicios que reciba el paciente; del lugar donde se recibe la atención; el propósito de la visita –preventiva o curativa; y del intervalo de tiempo que implique (99,101). La mayoría de estudios son de tipo cuantitativo y analizan comparativamente la utilización y/o la casuística de autóctonos por un lado e inmigrantes por otro, sin tener en cuenta las necesidades de salud y centrándose, sobre todo, en urgencias hospitalarias y, en algún caso, en la atención hospitalaria, así como en otro tipos de servicios, como salud mental y atención primaria. Asimismo, otros analizan el consumo de medicamentos comparativamente entre los dos colectivos. En general, los resultados no son concluyentes.

En relación a las **urgencias** hospitalarias, la mayoría muestran que los inmigrantes utilizan más este servicio que la población autóctona (52,57,131,157,179–182), aunque los resultados de uno de los estudios indican lo contrario (134). Algunos autores encuentran diferencias según el origen: en un estudio la mayor frecuentación de urgencias sólo aparece en el grupo de mujeres inmigrantes de países de renta baja (28), y en otros aparece de manera relevante sólo en el originario de América Latina y África (52).

Por otro, los resultados sobre frecuentación **hospitalaria** son contradictorios. Algunos autores encuentran que es menor en la población inmigrante que en la autóctona (183), otros similar (184), y otros (estudio basado en encuesta) que los inmigrantes tenían más probabilidad de haber sido ingresados en los últimos 12 meses (58). En relación a la **salud mental**, la población inmigrante utiliza menos que los autóctonos tanto las urgencias (185) como las visitas programadas (158,159) de esta especialidad.

En atención **primaria**, los resultados de un estudio indican que los inmigrantes acuden, en comparación con los autóctonos, más al médico de familia y, en cambio, utilizan menos los servicios de enfermería (186). Sin embargo, en otros estudios (159,160,182) eran los autóctonos los que

presentan un mayor número de visitas y en otros la frecuencia de consulta al médico general era similar entre inmigrantes y autóctonos (28,184). Otros autores refieren diferencias según el origen de los inmigrantes; los inmigrantes originarios de la Unión Europea y de Latinoamérica reportan mayor utilización mientras que los del resto de Europa, América del Norte y Oceanía tienen menor probabilidad de utilización de atención primaria que los autóctonos (52). En otro análisis, ajustando por características socioeconómicas y demográficas, encuentran que únicamente los inmigrantes asiáticos acuden más que los nacionales al médico general, mientras que el resto de grupos acuden menos (182).

Por lo que se refiere a la utilización de los servicios del **médico especialista** y de un servicio sin financiación pública (dentista), un estudio basado en encuestas de cuatro comunidades autónomas obtiene que la mayoría de los grupos de inmigrantes los utiliza con menor frecuencia que la población española (184). Estos resultados son corroborados por otros estudios basados en encuestas de salud nacionales (52,57,182) y de Catalunya (28,47), si bien datos del Panel de Hogares de la Unión Europea del 2001 referentes a la población de España obtuvieron frecuencias similares de frecuentación a la consulta del especialista para ambos grupos (33).

Las diferencias en utilización entre inmigrantes y autóctonos de urgencias hospitalarias y especialistas (inmigrantes menor probabilidad de visitar un médico especialista y mayor probabilidad de visitar servicios de urgencias hospitalarios) se reducen con el tiempo de residencia de los inmigrantes; algunos autores consideran por ello que el desconocimiento del funcionamiento del sistema podría ser una de las posibles causas (57). Por otro lado, las diferencias en la frecuentación hospitalaria (tanto de ingresos como de urgencias) entre inmigrantes y autóctonos disminuye a medida que aumenta el nivel de ingresos económicos en ambos grupos (52).

Las mujeres inmigrantes utilizan los **servicios preventivos** y realizan actividades preventivas (mamografías y citologías) con menor frecuencia que las españolas (58,184), aunque algunas encuestas como la de Barcelona obtiene que el porcentaje de mujeres inmigrantes de más de 50 años realizan mamografías y citologías periódicas es mayor que el de autóctonas (28). Finalmente, en relación al consumo de fármacos, los inmigrantes consumen significativamente menos que la población autóctona, y el gasto farmacéutico que generan es también mucho menor (58,187).

Los profesionales de atención primaria, según los estudios de opinión analizados basados en encuesta (158,163) y cualitativos (165,173) perciben una baja asistencia a las visitas programadas y mayor utilización de los servicios de urgencias hospitalarias para problemas solucionables en el nivel de atención primaria (157,163,165,173). Lo atribuyen a un acceso a la atención especializada más difícil y en el caso de los inmigrantes irregulares por su difícil identificación en el sistema (163,169,178).

Algunos estudios miden también el **grado de satisfacción** de los inmigrantes respecto a los servicios de salud utilizados. El nivel de satisfacción es elevado en general, y aquellos que lo comparan con el de la población autóctona, más elevado (177), incluso después de controlar el efecto de variables sociodemográficas (159). Algunos estudios cualitativos exploran también la satisfacción de los usuarios inmigrantes. Los resultados de un estudio a mujeres inmigrantes indican que, en general, la opinión de los servicios sanitarios públicos, es muy elevada (167). Según otro estudio realizado a inmigrantes, cuando no existe exploración física ni se usan pruebas complementarias, el inmigrante experimenta la sensación de que el diagnóstico no es el acertado (164). Asimismo, otros autores

encuentran que la mala calidad de la exploración (exploración insuficiente) y del tratamiento pautado (tratamiento sintomático, no eficaz) contribuyen a la baja satisfacción de los inmigrantes con la atención recibida, tanto marroquíes como ecuatorianos (150,172). Otro estudio relaciona la valoración del sistema sanitario español con el que tienen en el país de origen; cuando provienen de países con sistemas sanitarios precarios, escasos, poco accesibles y/o caros, tienden a valorar positivamente el sistema sanitario español (170).

Resumen de la evidencia del acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en España

En resumen, la revisión de la literatura sobre acceso muestra que a pesar de que existe una abundancia de artículos sobre el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España, una gran parte son artículos de opinión y editoriales. Gran parte de los estudios basados en investigaciones científicas evalúan el acceso de la población inmigrante analizando su utilización de los servicios sanitarios en comparación con la población autóctona, sobre todo de urgencias hospitalarias. Son escasos los estudios que analizan los determinantes de la utilización de servicios y la mayoría se centran en los factores predisponentes relacionados con las características demográficas de la población. Los estudios basados en encuestas de opinión y los cualitativos se centran en las dificultades que surgen en la atención de este colectivo, más que en el acceso, y muchos contemplan solo la perspectiva de los profesionales sanitarios.

En cualquier caso, la evidencia existente en relación al acceso es a menudo contradictoria y no queda esclarecido el papel de los factores que influyen en él. En relación a los elementos relativos a características de la población inmigrante, encontramos que, en primer lugar, no existe acuerdo sobre si los determinantes de utilización (factores sociodemográficos -sexo, edad, país de procedencia, nivel de estudios, tiempo de estancia en España- y situación administrativa) influyen o no en el acceso. Otros factores predisponentes como el idioma, el desconocimiento de los circuitos y formas de acceso a los servicios aparecen como barrera de acceso en varios estudios. Como elementos capacitantes o recursos disponibles, algunos estudios cualitativos identifican la situación laboral, la posesión de Tarjeta Sanitaria Individual, las condiciones de vivienda y la existencia de redes sociales como posibles determinantes del acceso de los inmigrantes.

El papel de las necesidades de atención en salud tampoco queda claro. Mientras que algunos estudios encuentran que el colectivo inmigrante utilizaría más que el autóctono ante un mismo nivel de enfermedad, otros encuentran que la mayoría de inmigrantes no acude al médico hasta que la enfermedad es grave y/o interfiere con sus responsabilidades.

Respecto a los factores relativos a los proveedores, aparecen la provisión insuficiente de información sanitaria, la escasez de recursos y la sobrecarga de trabajo que supone el incremento del volumen de la población inmigrante, y la falta de formación en medicina tropical e interculturalidad de los profesionales sanitarios, como dificultades en la atención que proporcionan los profesionales. En cuanto a los factores organizativos emergen diversas dificultades en la atención, como el tiempo de consulta, los horarios de atención de los centros, la diferente aplicación de la normativa y la actitud de los profesionales; no obstante, los resultados son a menudo contradictorios.

El acceso real (utilización efectiva de los servicios) de la población inmigrante es estudiado en la mayoría de los casos en comparación con la autóctona. En relación a las urgencias hospitalarias, la mayoría muestran que los inmigrantes utilizan más este servicio que la población autóctona, mientras que la frecuentación hospitalaria es menor o similar y los resultados en algunos casos difieren según el origen. En relación a la salud mental, los servicios especializados y preventivos, la población inmigrante los utiliza menos, si bien tampoco existe consenso entre los estudios analizados. En atención primaria existe contradicción entre los resultados, mientras que algunos encuentran una mayor utilización otros demuestran lo contrario. Si bien el nivel de satisfacción de los inmigrantes con la atención recibida que obtienen ciertos autores es elevado en general, otros encuentran que la mala calidad de la exploración y del tratamiento pautado serían las causas de una baja satisfacción. Finalmente algunos estudios encuentran que las diferencias en utilización entre inmigrantes y autóctonos se reducen con el tiempo de residencia de los inmigrantes.

En conclusión, la revisión de la literatura sobre el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en España pone en evidencia la escasez de estudios que analicen en profundidad el acceso de los inmigrantes desde el punto de vista de los actores implicados. Los autores que han estudiado la utilización de manera comparativa entre inmigrantes y autóctonos sugieren la existencia de barreras de acceso en el colectivo de inmigrantes, barreras que también emergen a partir de los estudios realizados en profesionales sanitarios. Entre los pocos estudios realizados en inmigrantes algunos estudian globalmente la salud y utilización de los servicios sin profundizar en el acceso, mientras que otros solo estudian un colectivo determinado por el origen y/o el sexo, o son realizados en contextos muy específicos.

Justificación

El fenómeno de la inmigración es un hecho relativamente reciente pero de evolución muy rápida en España, multiplicándose prácticamente por 10 las cifras de población extranjera entre 1998 y el 2010 (8). En Catalunya las cifras de inmigrantes presentaron un incremento similar, pasando del 2,9 al 15,95% de población inmigrante sobre el total de la población (46). La llegada y asentamiento de un volumen importante de personas a cualquier territorio tiene consecuencias para la sociedad de acogida que debe adaptarse tanto en el terreno social, como en el económico y político; este reto es aún mayor cuando, como es el caso de España, éste se genera en un periodo de tiempo relativamente breve. Los servicios de atención a la salud no pueden quedar ajenos a este proceso de adaptación y deben adecuarse a las necesidades de salud de la población inmigrada.

Una parte importante del colectivo inmigrante en España tiene como motivo principal de inmigración el económico (42) y es, en consecuencia, un colectivo básicamente joven, de entre 25 y 40 años (8). Sin embargo, está expuesto a una importante precariedad laboral (39) y existe evidencia que sus condiciones de vida son peores que el colectivo autóctono del mismo grupo de edad (42). Los condicionantes sociales tienen consecuencias en la salud de la población inmigrada. Así, y aunque existe cierto grado de contradicción entre los resultados obtenidos a nivel del Estado Español y Catalunya, los inmigrantes originarios de países de renta baja declaran, en general, peores niveles de salud que los autóctonos (28,50). En Catalunya los peores indicadores de salud en inmigrantes se asocian además al género y la clase social, siendo las mujeres originarias de países de renta baja y de clase manual las que declaran un mal estado de salud en mayor proporción (50,54).

Su peor situación social y la vulnerabilidad en términos de salud con ella relacionada hacen que el acceso a los servicios sociales y de salud adquiera particular relevancia en este colectivo. Además, algunos estudios sugieren que la peor salud de algunos colectivos puede estar relacionada con las barreras de acceso a la atención sanitaria (150). La revisión del marco legal de acceso a los servicios sanitarios en Europa y España demuestra que desde un punto de vista teórico nuestro país es, dentro de los países de la UE, de los que mayor acceso proporcionan a los inmigrantes (188,189); sin embargo, es posible que el reciente endurecimiento de algunas leyes y normativas así como de la variabilidad de su aplicación supongan una dificultad de acceso que no ha sido a penas estudiada.

Si bien la experiencia de otros países europeos puede servir parcialmente como referencia en el estudio del acceso a los servicios sanitarios, la utilidad de la literatura europea es limitada (25,109). Por un lado, los estudios de estos países se encuentran centrados en la probabilidad de uso y casuística comparada entre inmigrantes y autóctonos más que en el acceso, y en muchas ocasiones no estudian inmigrantes sino minorías étnicas o personas de otras razas (109,189,190). Y por otro, difícilmente se pueden exportar los resultados cuando la organización del sistema sanitario, así como las políticas y prácticas del acceso son tan diferentes entre países, y el contexto migratorio de los inmigrantes en España (recién llegados, motivación económica, introducción a un mercado laboral precario, etc.) es sustancialmente distinto al de otros países europeos (62,161,188–191).

La revisión de la literatura española sobre acceso muestra que, a pesar de que existe una abundancia de artículos sobre el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España, una gran parte son artículos de opinión y editoriales. La mayoría de los estudios evalúan el acceso de la población inmigrante analizando su utilización de los servicios sanitarios en comparación con la población autóctona, sobre todo de urgencias hospitalarias (52,131,134,179,180). Son escasos los estudios que analizan los determinantes de la utilización de servicios y la mayoría se centran en los factores predisponentes relacionados con las características demográficas de la población (157,159,172,192). Los estudios basados en encuestas de opinión y los cualitativos se centran en las dificultades que surgen en la atención de este colectivo, más que en el acceso, y contemplan en su mayoría la perspectiva de los profesionales sanitarios (160,163,165,174,193).

Asimismo, en los estudios de determinantes de la utilización resulta evidente la falta de análisis de cómo influyen otros factores poblacionales que predisponen a la utilización de servicios (como los culturales) o que la capacitan, como las condiciones laborales y económicas de este colectivo, a pesar de que la mayoría de los autores reconoce su importancia en la discusión de los resultados y existe evidencia de la misma en la literatura de otros países (147,150,175,194,195). También resulta evidente la falta de consideración de las variables contextuales (características estructurales y organizativas de la prestación de servicios y políticas que influyen en el acceso) en los estudios existentes, siendo precisamente los determinantes de contexto los factores que influyen más en el acceso según los principales marcos teóricos de acceso y la evidencia de estudios de acceso de población vulnerable en otros entornos (13,99,106,161,188,189,196).

Por tanto, los estudios realizados parecerían estar orientados más a responder la pregunta de si el colectivo inmigrante utiliza más o menos los servicios, y por tanto consume más o menos recursos públicos, que la autóctona, que al análisis del acceso adecuado a los servicios de un colectivo vulnerable por sus condiciones socioeconómicas o prejuicios culturales. Además, la evaluación del acceso mediante indicadores basados en la utilización de servicios ha recibido numerosas críticas debido a sus enormes limitaciones, dada la ambigüedad en su interpretación puesto que resulta difícil diferenciar la utilización necesaria de la excesiva o insuficiente (89,106,107).

Por otro lado, la mayor parte de los estudios se refieren al contacto inicial de los usuarios inmigrantes con los servicios, sin considerar qué ocurre con el acceso tras la entrada al sistema. No obstante, para evaluar si interesa saber el acceso de los inmigrantes a la atención efectiva y apropiada, no es suficiente con centrarse exclusivamente en la capacidad de entrar en el sistema, sino que también es relevante valorar la capacidad de estos de conseguir la atención necesaria una vez dentro del sistema (88,89).

Asimismo, se encontraron pocos estudios cualitativos que abordaran el acceso de la población inmigrante analizando la perspectiva, experiencia y opinión de los actores, de los propios inmigrantes (150,164,167,170–172). El análisis cuantitativo del acceso ha recibido numerosas críticas ya que no consigue describir adecuadamente el acceso (87,91,150,196), y además, en los modelos planteados en estos estudios, una parte considerable de la varianza de la utilización a la atención médica permanece sin explicar. Por este motivo, algunos autores proponen abordar el tema también desde un enfoque metodológico de tipo cualitativo que privilegie el estudio de la subjetividad de los individuos y que explique la conducta de la utilización de servicios como un fenómeno susceptible de

ser comprendido a partir del sentido que los actores atribuyen a sus propios actos relacionados con la salud y la utilización de servicios (89,150,165,171).

En resumen, el conocimiento del acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios en España es escaso y se basa en comparaciones cuantitativas de utilización y la perspectiva de profesionales, con poco análisis de los determinantes de acceso. La presente investigación pretende contribuir a aumentar el conocimiento en relación a algunas de estas cuestiones, explorando los determinantes del acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios de Catalunya, desde el punto de vista de los actores, considerando el acceso más allá del contacto inicial con el sistema y utilizando metodología cualitativa.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio titulado *Estudio comparativo sobre la utilización de los servicios sanitarios en Catalunya en función del origen y del género de los usuarios. La atención pediátrica y la atención a la salud sexual y reproductiva*, financiado a través del Fondo de Investigación Sanitaria 07/0156.

Preguntas de investigación y objetivos

Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la **opinión y la experiencia** de los inmigrantes **sobre el acceso** de la población inmigrante a los servicios sanitarios en Catalunya?
- ¿Qué **elementos del sistema sanitario y de los servicios sanitarios** favorecen y cuáles dificultan el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios?
- ¿Qué **características de los usuarios** favorecen y cuáles dificultan el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios?

Objetivo general

Analizar los **elementos que influyen en el acceso de la población inmigrada a los servicios sanitarios** de Cataluña, desde la perspectiva de la población de inmigrantes, representantes de asociaciones de inmigrantes y mediadores culturales de centros sanitarios.

Objetivos específicos

- 1) Analizar los elementos que influyen en el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios, relativos a los **servicios de salud**.
- 2) Analizar los elementos que influyen en el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios, relativa a la **población inmigrante**.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico descriptivo, en el que se parte del marco conceptual propuesto por Aday y Andersen para el análisis del acceso (99). El área de estudio comprende 3 ciudades y una comarca de Catalunya: Barcelona, Lleida, Girona y Baix Empordà. Se consideró como población de estudio los inmigrantes residentes en alguna de estas áreas.

Se diseñó una muestra teórica y se definieron perfiles diferentes según tipos de relación con los servicios de salud y diferentes países de procedencia. Así, se incluyeron usuarios, mediadores de salud y representantes de asociaciones de inmigrantes y provenientes de Pakistán, Rumanía, Senegal, Marruecos y Colombia. Los participantes fueron contactados a partir de informantes clave y siguiendo una estrategia de bola de nieve, principalmente. Finalmente la muestra se compuso de 37 personas: 28 usuarios, 5 mediadores y 4 representantes

Se utilizó la entrevista individual semiestructurada, utilizando un guión de temas. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo entre marzo del 2008 y febrero del 2009 por la autora de la tesis, y en algunos casos se contó con la ayuda de un intérprete. Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de los participantes, cafeterías y salas de los centros sanitarios. Se realizó un análisis narrativo de contenido en paralelo a la recogida de datos. Los datos se segmentaron por tipo de informante, colectivo, y temas y las categorías de análisis se generaron de manera mixta, esto es, las categorías surgieron a partir de las dimensiones del guión de la entrevista y los temas que emergieron del análisis de los datos.

La investigadora principal posee una formación académica y experiencia profesional esencialmente positivistas, y en su actividad laboral se incluye la evaluación de la utilización de los servicios sanitarios. No obstante, se ha formado en la utilización de metodología cualitativa. Por otro lado, ha participado en varios estudios sobre inmigración en el ámbito de la salud y presenta una sensibilidad especial hacia el tema inmigración.

Si bien se han llevado a cabo diferentes estrategias para reforzar la calidad del estudio y mejorar el rigor de los datos, el trabajo de investigación adolece de algunas limitaciones metodológicas. Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas pertinentes, obteniendo el consentimiento informado de todos los informantes y siendo el protocolo del estudio revisado y aprobado por un comité de ética, entre otros.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo, de carácter fenomenológico y de tipo descriptivo/interpretativo, en el que se pretende analizar las concepciones y opiniones de un grupo de personas (los inmigrantes) en relación a un fenómeno determinado (su acceso a los servicios sanitarios) a partir de su experiencia (197). El enfoque fenomenológico proviene de la psicología y de la filosofía, y se basa en el análisis de los fenómenos a partir del estudio intensivo de las experiencias de los actores involucrados, aquellos que viven el fenómeno en cuestión en primera persona. Se trata de profundizar en cómo los individuos expuestos perciben, sienten, juzgan, recuerdan y describen dicho fenómeno (198). Dentro de los diferentes tipos descritos, la fenomenología descriptiva explora el fenómeno a través de la interacción directa entre los sujetos de estudio y el investigador, el cual debe dejar de lado las preconcepciones y prejuicios que tenga en relación con el fenómeno y sujetos estudiados. Se utiliza la experiencia tal y como es descrita por los participantes para construir la descripción del fenómeno (199).

En el análisis del acceso se ha utilizado el marco conceptual propuesto por Aday y Andersen (99). Estos autores definen el acceso a los servicios sanitarios en un sentido amplio, que abarca desde la necesidad y deseo de atención hasta la continuación de la misma una vez ya se ha producido un primer contacto y diferencian entre el acceso potencial y el acceso real. Dentro del acceso potencial distinguen como factores determinantes las características de la población (factores predisponentes como aspectos sociodemográficos, capacitantes individuales y de la comunidad, como el nivel socioeconómico y las redes de apoyo respectivamente, y las necesidades en salud) y las características de los servicios sanitarios (disponibilidad y organización de recursos). El acceso real, o utilización de servicios, tiene en cuenta el tipo y nivel de servicio sanitario que usa el paciente, el lugar donde recibe la atención, el propósito de la visita, etc.

Área de estudio

El área de estudio comprende tres ciudades y una comarca situadas en la comunidad autónoma de Catalunya (Figura 1): Barcelona (concretamente el área de influencia del Hospital del Mar), Lleida (área de influencia del Hospital Arnau de Vilanova), Girona (área de influencia del Hospital Santa Caterina) y Baix Empordà. El Hospital de Palamós atiende como hospital de agudos a los 36 municipios de la comarca de Baix Empordà. Asimismo, los profesionales sanitarios pertenecientes al hospital y a los centros de atención primaria (CAP) de Palamós, atienden en consultorios en días concretos en las poblaciones de los alrededores (Palafrugell, Calella de Palafrugell, Calonge, Platja d'Aro, etc).

Estas ciudades fueron seleccionadas por el hecho de ser las ciudades en las que trabajaban los investigadores involucrados en el estudio.

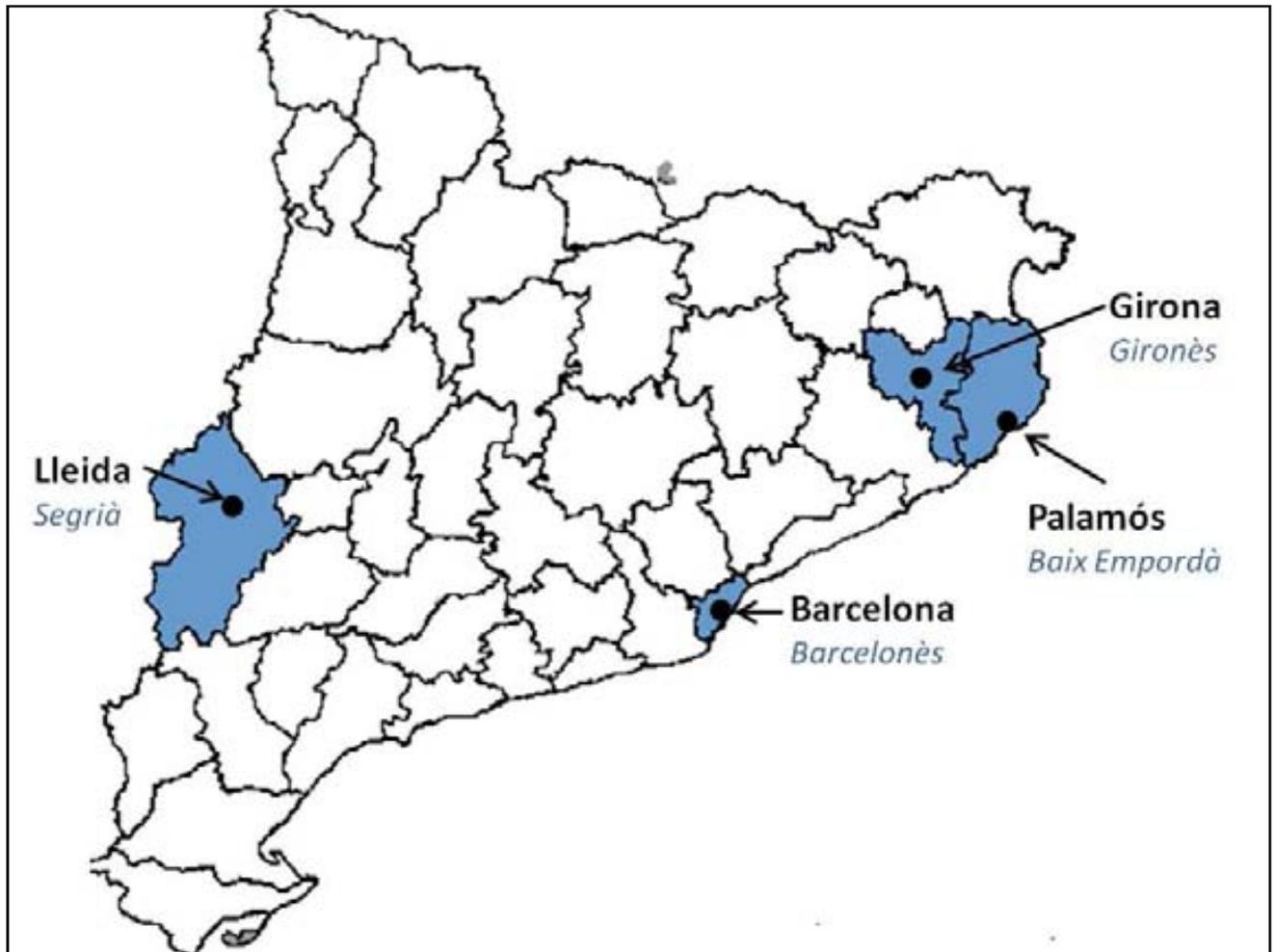


Figura 1. Mapa de comarcas de Catalunya, en el que se destacan las ciudades y comarcas incluidas en el estudio.

En cuanto a las características de la población inmigrada de estas cuatro ciudades no difiere mucho respecto a la general de Catalunya. Se trata de ciudades con una proporción alta de inmigrantes respecto a la población total, concretamente del 17,4% en la ciudad de Barcelona (48,0 y 19,4% para los dos distritos de influencia del Hospital del Mar, Ciutat Vella y Sant Martí), 21,0% en la ciudad de Lleida, 20,6% en la ciudad de Girona, y 21,4% para la comarca del Baix Empordà (200). En cuanto al origen de la población inmigrante, y sin tener en cuenta la población originaria de países de la Unión Europea, en Barcelona provienen principalmente de América del Sur, y Asia Central y Oriental, y en menor medida de África del Norte. En Lleida, las zonas geográficas de origen mayoritario son África del Norte y subsahariana y América del Sur. En Girona prevalecen los inmigrantes provenientes de América central y del Sur y del Norte de África. Finalmente, en la ciudad de Palamós los inmigrantes pertenecen principalmente al Norte de África y América del Sur (201).

Población de estudio y muestra

Se definió como población de estudio los inmigrantes residentes en alguna de las ciudades y comarca de estudio. Como población inmigrante se definió aquella que proviene de los países de renta baja y media según la clasificación de la PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) de África Subsahariana, Asia Oriental y pacífico, Asia Meridional, América Latina y Caribe y Europa del Este (202).

En investigación cualitativa el muestreo es razonado, es decir, basado en criterios que han sido objeto de reflexión por parte del investigador, e intencionado, el énfasis se coloca en las dimensiones a estudiar y en la información que proporciona cada unidad más que en el número de unidades, seleccionando aquellos individuos que más y mejor información proporcionen (203). Se diseñó una muestra teórica, basada en unos criterios establecidos según un constructo teórico a partir de la revisión bibliográfica, para construir las tipologías o perfiles definidos conceptualmente (197,203). Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:

1. Diferentes tipos de relación con los servicios de salud: usuarios de servicios sanitarios de atención primaria y/ hospitalarios, representantes de asociaciones de inmigrantes y mediadores en el ámbito de la salud.
2. Diferentes nacionalidades, definidos en base a su alta prevalencia en Catalunya en general, así como diferir geográfica y culturalmente entre ellos para lograr aproximarse a la variabilidad de orígenes de la población inmigrada en Catalunya. La distribución de las nacionalidades en las ciudades se realizó en función a su frecuencia relativa en dichas ciudades y en el total de Catalunya. Los países de origen incluidos finalmente y las ciudades donde éstos fueron estudiados fueron los siguientes:
 - Pakistán y Rumanía, en Barcelona,
 - Senegal, en Lleida,
 - Marruecos, en Palamós, y
 - Colombia, en Girona.

Los **criterios de inclusión** fueron:

- Residir en una de las ciudades de estudio (en el caso de Palamós, el lugar de residencia se extendió a los pueblos cercanos de la comarca, para recoger mejor la realidad de la zona).
- Tener más de 18 años.

En el caso de los **usuarios**, se incluyeron aquellos con país de procedencia el definido para dicha ciudad y hubieran acudido al menos una vez a los servicios sanitarios en los últimos 5 años. Se buscó incorporar la máxima variación en relación al sexo, la situación familiar (descendencia), situación legal y el tiempo de estancia en el país.

En un inicio se pensó en segmentar la muestra de usuarios según el nivel asistencial al que acudían habitualmente, atención primaria y hospital. Sin embargo, después de las primeras entrevistas se desestimó al considerar que no existían usuarios evidentes de uno de los niveles de atención, sino que por el contrario, en la mayoría de los casos, los usuarios lo eran de ambos niveles.

Los mediadores y representantes fueron seleccionados de la misma área o ciudad que los usuarios del colectivo con el que trabajaban. En el caso de los **mediadores**, se utilizó como criterio de inclusión estar trabajando o haber trabajado como mediador en uno o más centros sanitarios (atención primaria y/o hospital) específicamente con el colectivo correspondiente en cada caso. El criterio de selección de los centros sanitarios de los mediadores fue de conveniencia, es decir, aquellos hospitales y CAPs con los cuales los investigadores estuvieran relacionados o hubieran tenido algún tipo de contacto previo. En el caso de Colombia no se incluyó ningún mediador sanitario, ya que no está contemplada la necesidad de mediación en este colectivo en nuestro entorno. Por otro lado, en el caso de Senegal, se incorporaron a dos mediadores, dado su diferente experiencia y perfil, uno más orientado a primaria y otro más a hospital.

Los **representantes**, para ser incluidos en el estudio, debían ejercer un papel relevante dentro de una asociación o entidad orientada al colectivo de inmigrantes pertinente. El criterio para escoger a la persona concreta dentro de cada entidad fue “de intensidad” en la mayoría de los casos, es decir, aquellas personas que estuvieran más en contacto con inmigrantes del colectivo y/o más directamente pudieran verse relacionadas con temáticas del ámbito de la salud del colectivo correspondiente. En el caso de Marruecos la persona inicialmente seleccionada como representante fue desestimada como tal, ya que desconocía en gran medida el funcionamiento de la organización, no tenía un conocimiento particular del colectivo marroquí y su papel dentro de ella resultó no ser relevante. No fue posible sustituir esta persona, y por tanto no se contó con ningún representante del colectivo marroquí.

Estrategia de muestreo

La estrategia de muestreo utilizada fue mixta. Principalmente se siguió la búsqueda de casos a través de **informantes clave** que conocieran el colectivo. También se empleó la estrategia en **bola de nieve**, en la cual un informante nos proporciona el contacto de otros posibles informantes de interés en función de los criterios definidos. Finalmente, una parte de la selección también se limitó a criterios **de conveniencia** (aquellos individuos más disponibles), en aquellos casos en los que era difícil proceder de otro modo. En los casos en que había varios informantes disponibles, se optó por seleccionar aquellos que hubieran experimentado el fenómeno de estudio de manera intensa, es decir, aquellos con múltiples experiencias en la búsqueda y utilización de servicios sanitarios (estrategia de muestreo de intensidad).

Hubo algunas diferencias en la forma de reclutamiento según tipo de informante:

- Usuarios: fueron captados a través de profesionales sanitarios vinculados al proyecto de investigación, a través de mediadores sanitarios, y a través de asociaciones y entidades sociales relacionadas con el colectivo.

- Mediadores: se contactaron aquellos que trabajaran (o hubieran trabajado recientemente) en el ámbito de la salud con el colectivo seleccionado en cada ciudad, a través de profesionales sanitarios vinculados al proyecto de investigación.
- Representantes sociales: el contacto se establecía bien visitando directamente el centro, bien a través de los mediadores que conocían alguno de sus miembros, o bien a través de los investigadores del grupo.

El tamaño final de la muestra de informantes usuarios se alcanzó por saturación, cuando las entrevistas no aportaban aspectos nuevos y la información se repetía (197,204). No se saturó para cada colectivo estudiado, sino que se buscó saturar el discurso global en relación a los objetivos del estudio.

Finalmente la muestra se compuso de 37 personas, 28 usuarios, 5 mediadores y 4 representantes, cuyas características se describen en la tabla 1 (usuarios) y tabla 2 (mediadores y representantes).

Tabla 1. Características de la muestra final de usuarios.

Origen	SEXO		SITUACIÓN FAMILIAR		SITUACIÓN ADMINISTRATIVA		TIEMPO DE ESTANCIA		SITUACIÓN LABORAL		Total
	Hombres	Mujeres	Con hijos	Sin hijos	Regular	Irregular	<5 años	>5 años	Activo	En paro o trabajo no declarado	
Pakistán	3	1	2	2	2	2	1	3	3	1	4
Rumanía	2	2	2	2	4	0	2	2	1	3	4
Colombia	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	3
Marruecos	3	7	6	4	8	2	3	7	4	6	10
Senegal	3	4	5	2	5	2	4	3	3	4	7
Total	13	15	17	11	21	7	11	17	12	16	28

Tabla 2. Características de la muestra final de mediadores y representantes.

Colectivo al que se dedica	Mediadores			Representantes		
	Sexo*	Edad	Centro de trabajo	Sexo*	Edad	Colectivo que atiende la asociación de la que forma parte
Pakistán	M	35	Hospital	M	30	Mujeres Pakistán
Rumanía	M	27	Hospital	M	24	Gitanos rumanos
Colombia	-	-	-	M	40	Latinoamericanos
Marruecos	M	36	Hospital y Primaria	-	-	-
Senegal	M	30	Primaria	H	32	Senegaleses
	M	32	Hospital			

* M = mujer, H = hombre.

Técnica y proceso de recogida de datos

Se utilizó la entrevista individual semiestructurada como técnica de recogida de datos, utilizando un guión de temas. La entrevista en profundidad es “fundamentalmente una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas” (204). Difiere de una conversación espontánea en que tanto el entrevistador como el entrevistado mantienen unas expectativas y objetivos explícitos (el uno hablar y el otro escuchar), el entrevistador anima constantemente al entrevistado sin contradecirlo, y que a los ojos del entrevistado, el encargado de organizar y mantener la conversación es el entrevistador (205). A diferencia de las entrevistas abiertas, de contenido y formato libres, la entrevista semiestructurada se caracteriza porque los temas principales están decididos antes del inicio de ésta, para lo cual se elabora un guión de entrevista que el entrevistador utiliza como referencia para que los temas de estudio sean abordados. Sin embargo, la secuencia de las preguntas y su formulación se pueden alterar para profundizar en las respuestas, no abandonando un tema hasta asegurarse que se ha comprendido lo que quiere decir el informante (197).

Se confeccionaron tres guías diferentes, una para cada tipo de informante, usuario, mediador y representante (anexo 1). Todas las guías incluían apartados específicos acerca del conocimiento, opinión y experiencia personal sobre el acceso a los servicios sanitarios, sobre elementos relacionados con el acceso, y sobre los motivos para acudir a un centro de primaria o uno de urgencias. Las guías de mediadores y representantes incluían, además de los apartados mencionados, aspectos relacionados con su papel y experiencia con los inmigrantes en su trabajo. Estas guías fueron incorporando pequeñas variaciones a lo largo de la realización de las entrevistas y análisis de las mismas, principalmente alteración del orden de temas y añadidura de algunos temas no contemplados como por ejemplo la atención por un profesional de sexo contrario.

Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por la autora de la tesis. En las tres primeras entrevistas participó una persona experta en investigación cualitativa, con el objetivo de completar el entrenamiento (ayudar a mejorar las capacidades como investigadora cualitativa, y corregir posibles errores de realización de entrevistas). Posteriormente, una persona del grupo de investigación participó como segunda entrevistadora en algunas entrevistas, como parte del entrenamiento cualitativo de esta persona y por el interés personal en el estudio.

En siete entrevistas, debido al escaso conocimiento del castellano y del catalán que tenían los informantes, se contó con la ayuda de un intérprete con capacidad de traducción del idioma del informante al castellano o catalán y viceversa. Esta persona fue informada previamente al inicio de la entrevista de que debía traducir lo que decía la persona entrevistada y la entrevistadora, sin resumir ni modificar el contenido de las respuestas ni de las preguntas.

El lugar de realización de las entrevistas fue diferente según el tipo de informante. Las entrevistas a los usuarios inmigrantes se desarrollaron en diversos lugares, en función de la preferencia y disponibilidad de los informantes. Algunas se llevaron a cabo en cafeterías públicas, centros cívicos y centros destinados a asociaciones. Otras, en centros hospitalarios y de atención primaria, en despachos tranquilos, alejados del tránsito de pacientes y profesionales sanitarios y sin posibilidad de interrupciones. Finalmente, algunas entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio del informante. En

el caso de mediadores y representantes, la mayor parte de las entrevistas se desarrollaron en sus centros de trabajo o de la asociación, respectivamente, a petición de los informantes.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada entre una hora y una hora y media en la mayoría de los casos, con una duración mínima de 26 minutos y máxima de 2 horas y 5 minutos. Todas las entrevistas se grabaron con una grabadora digital (previo consentimiento de los informantes), y fueron posteriormente transcritas literalmente, es decir, palabra por palabra, incluyendo todas las preguntas y respuestas tal y como se formularon e incorporando los silencios, risas, suspiros, interrupciones, etc.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre marzo del 2008 y febrero del 2009.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis narrativo de contenido, el cual se centra en la descripción del contenido manifiesto (197). El análisis se realizó en paralelo a la recogida de datos, ya que una de las características del análisis cualitativo es la retroalimentación que existe entre la etapa de recogida de información y la de análisis. Ambos se realizan simultáneamente y se complementan, lo cual permite al investigador cualitativo ir analizando los datos que recoge, identificando carencias o considerando aspectos que no había contemplado al inicio para de ese modo poder subsanarlos en la siguiente recogida de datos.

Los datos se segmentaron por tipo de informante, colectivo y temas. Las categorías de análisis se generaron de manera mixta, a partir de los temas de las guías de entrevista y de los que emergían de los datos. Las categorías y subcategorías que formaron parte del análisis final están reflejadas en la tabla 3.

El análisis se realizó siguiendo una secuencia sistemática de etapas a partir de la recogida de la información y transcripción (197,206,207). En la primera fase, de descubrimiento, se llevó a cabo la lectura detallada y repetida de las entrevistas, se identificaron los temas, generando las primeras categorías conceptuales de análisis y segmentando de manera provisional los datos. A continuación, se estableció un sistema de categorías y subcategorías, se redujeron los datos y se estudiaron los fragmentos relativos a cada categoría, modificando en algunos casos las categorías asignadas en un inicio. En una segunda etapa, momento analítico, se resumieron los contenidos emergentes de cada categoría, de manera separada según tipo de informante y colectivo de usuario, buscando los patrones convergentes y divergentes, describiendo posteriormente las semejanzas y diferencias halladas (197,206). Finalmente, en la fase interpretativa, se buscaron explicaciones a los resultados hallados, relacionándolos entre ellos y con los de otros estudios.

El análisis fue efectuado por la autora de la tesis, con ayuda y supervisión de una analista externa. Como herramienta informática de análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 5.0 (208).

Tabla 3. Categorías y subcategorías finales de análisis.

Categoría de análisis	Subcategoría de análisis
Papel de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	Dificultades relacionadas con la tramitación de la TSI relacionadas con los servicios y con el usuario Acceso a los servicios de salud sin la TSI
Elementos que facilitan o dificultan el acceso a los servicios sanitarios relacionados con los servicios y/o el sistema sanitario	Distancia Pago por los medicamentos Provisión de información sobre los servicios sanitarios Horarios de apertura Tiempo de espera para ser atendido Programación de citas Calidad técnica percibida Trato de los profesionales Comunicación entre profesional y usuario
Elementos que facilitan o dificultan el acceso a los servicios sanitarios relacionados con características del usuario	Desconocimiento sobre los servicios sanitarios Desconocimiento del idioma local (castellano/catalán) Situación administrativa y empadronamiento Aspectos culturales, nivel educativo Situación laboral, características del empleo Red social, situación familiar Transporte efectivo a los servicios de salud
Características del trabajo de mediador *	Papel del mediador en el acceso del inmigrante a los servicios sanitarios
Características del trabajo como representante que influyen en el acceso**	Papel del representante en el acceso del inmigrante a los servicios sanitarios

* Esta categoría sólo fue aplicable en el caso de mediadores

** Esta categoría sólo fue aplicable en el caso de representantes

Posicionamiento de la investigadora

Uno de los criterios de calidad de la investigación cualitativa es la reflexividad o confirmabilidad, la cual, asumiendo la inherente subjetividad de los estudios cualitativos, busca reflexionar sobre cómo el proceso de investigación y los investigadores han podido influir en los resultados (203). En el presente estudio, conviene mencionar algunas características de la investigadora y su trayectoria académica y profesional que pudieran haber influido en los resultados del mismo.

En primer lugar, desde un punto de vista metodológico, su formación académica (licenciatura en medicina y formación de médico interno residente en medicina preventiva y salud pública) así como su experiencia profesional como epidemióloga han sido esencialmente cuantitativas. No obstante, la realización de diversos cursos de metodología cualitativa, la pertenencia y participación activa en la comisión de investigación cualitativa coordinada por el *Consorti de Salut i Social de Catalunya*, el apoyo recibido en las primeras entrevistas por una persona con experiencia en investigación cualitativa, así como la reciente impartición de un curso de investigación cualitativa aplicada a la salud en la *Universitat Oberta de Catalunya*, han permitido la adquisición del conocimiento de la aproximación teórica y metodología cualitativa.

En segundo lugar, el lugar de trabajo de la investigadora es un servicio hospitalario, que si bien no es asistencial, se dedica a la evaluación de la utilización de los servicios sanitarios entre otros. Además, y como parte de su trayectoria profesional y formativa dentro de este servicio, ha participado activamente en proyectos de investigación que analizan la utilización de servicios y análisis de la casuística hospitalaria de los inmigrantes. Todo ello podría suponer una posición previa sobre la utilización de los servicios sanitarios que realizan los inmigrantes a priori centrada en la perspectiva del sistema y de los profesionales sanitarios. Sin embargo, durante todas las etapas del estudio, desde su diseño hasta su análisis y redacción, hizo un esfuerzo por mantener una postura inductiva, dejar emerger la información de los datos sin dejarse influir por concepciones ni asunciones previas. Uno de los codirectores de la tesis, como analista externo al servicio y al entorno hospitalario, contribuyó asimismo a propiciar la neutralidad de la investigadora.

Por último, la investigadora probablemente presente una sensibilidad especial hacia el tema inmigración por diversos motivos. Por un lado, por el hecho de venir de una familia inmigrada a la ciudad de residencia y ser su madre extranjera. Y por otro, por la circunstancia de haber vivido dos años en el extranjero, así como residir actualmente, y desde hace 6 años, en una ciudad que tampoco es su ciudad natal. Estos aspectos probablemente conllevan a la noción o autopercepción de “persona inmigrada” en la investigadora, y un posicionamiento más en el lado del colectivo inmigrante que en el de los autóctonos. Para minimizar este efecto se contó con la supervisión de la analista externa así como de debates mantenidos con los tres directores así como otros investigadores, tanto propios del estudio como ajenos a él.

Rigor y calidad

Con el objetivo de reforzar la calidad del estudio y mejorar el rigor de los datos se utilizaron diferentes estrategias (197,198,203,209). En primer lugar, se triangularon los datos de diferentes perfiles de informantes: usuarios, mediadores y representantes sociales, con perspectivas diferentes del fenómeno del acceso a los servicios sanitarios. Asimismo, hubo triangulación de los investigadores participantes a lo largo del proceso de análisis. También se contrastaron los resultados del análisis con los de otros estudios, principalmente con aquellos que estudiaban la perspectiva de usuarios sobre acceso en entornos similares y aquellos que estudiaban el acceso de los inmigrantes desde el punto de vista de profesionales y gestores sanitarios.

La documentación sistemática y detallada de todo el proceso de investigación a lo largo de cada etapa también se utilizó como otro mecanismo para asegurar la calidad de los datos. Finalmente, se trató desde el principio explicitar la postura y perspectiva de la investigadora, reflexionando sobre (y limitando en la medida de lo posible) los posibles sesgos que podía introducir tanto en la colección de los datos como en su análisis e interpretación.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra de informantes usuarios del colectivo de usuarios de Colombia, Pakistán y Rumanía fue escasa. No obstante, en la lectura y análisis de las entrevistas realizadas, la información para la mayoría de dimensiones y categorías se consideró saturada.

En segundo lugar, puesto que algunos de los informantes usuarios fueron sugeridos por mediadores y por profesionales sanitarios, podría ser que se hubieran seleccionado participantes con un perfil más favorable a los servicios sanitarios (no percibir barreras). Hay que subrayar, no obstante, que los profesionales involucrados en la elección de los informantes formaban parte del grupo de investigación y eran conscientes de los objetivos del estudio y de la neutralidad necesaria de la muestra. Por otro lado, los mediadores eran informados de las características necesarias de las personas, y además la selección de informantes que proponían los mediadores fue supervisada y decidida finalmente conjuntamente con la investigadora, quien en caso de detectar alguna característica que pudiera alterar el discurso, desestimaba el informante.

Uno de los criterios de selección de los informantes usuarios fue haber utilizado los servicios sanitarios en algún momento, por lo que se podría estar infravalorando las barreras asistenciales. No obstante, dado que no había un número mínimo de contactos con el sistema sanitario, se incluyeron personas que solo habían utilizado los servicios de urgencias en una o contadas ocasiones.

Por otro lado, los mediadores fueron aquellos que trabajaban en los centros sanitarios con los que los investigadores del grupo tenían algún vínculo profesional/académico. Si bien esto podría suponer una selección de mediadores más favorable a los intereses de los investigadores, a priori no debería serlo, pues la actividad de mediación y dichas personas habían estado hasta el momento ajenas a cualquier estudio ni intervención particular por parte de las personas del grupo.

Finalmente, algunas de las entrevistas de usuarios y casi todas las de mediadores se realizaron en los centros sanitarios, centro de asistencia sanitaria para los primeros y centro de trabajo para los segundos. Esto podría haber influido en las respuestas de los informantes, al estar directamente vinculado el lugar de realización de la entrevista con el fenómeno estudiado. Con el fin de evitar en lo posible este efecto, la entrevistadora se presentaba como estudiante de doctorado, y al estudio dentro de un proyecto colaborativo de diversos centros universitarios y sanitarios, enfatizando su carácter independiente del centro concreto donde se llevaba a cabo la entrevista (además de recalcar el anonimato de los informantes y la confidencialidad de los datos proporcionados).

Consideraciones éticas

La investigación no comportó ningún riesgo para los participantes, ya que los métodos planteados (entrevistas) no suponen ningún riesgo para la integridad física de las personas y su contenido tampoco debiera entrañar ningún riesgo psicológico. Antes de comenzar la entrevista, la entrevistadora explicaba resumidamente el estudio y su objetivo, en qué consistiría su participación, las implicaciones que tenía y su carácter voluntario y confidencial. Esta información se le facilitaba, además de oralmente, por escrito en una carta de información sobre el estudio (anexo 2). La participación en el estudio fue voluntaria. Una vez explicado y ofrecido la oportunidad de plantear cualquier pregunta o comentario en relación al estudio, se le solicitaba su consentimiento a ser entrevistado por escrito (anexo 3).

Todos los datos recogidos se trataron y analizaron de forma confidencial. Con el objetivo de conseguir el anonimato de los participantes, se eliminaron o transformaron de la transcripción de las entrevistas los nombres y detalles tanto de los participantes como de otras personas mencionadas así como de instituciones y lugares que pudieran desvelar su identidad. En el mismo sentido, la descripción de los datos se realizó siempre de manera agregada, de manera que no se puede identificar su origen individual.

Todo el estudio se desarrolló respetando la legislación vigente y convenciones y declaraciones actuales de la Unión Europea y nacionales sobre reglas éticas en proyectos de investigación. El tratamiento de los datos se hizo con respeto a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999 sobre protección de datos y el Real Decreto 994/1999 sobre la seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos personales. Previa realización del trabajo de campo, se elaboró un protocolo del estudio, que fue revisado y aprobado a fecha 15 de abril del 2008 por el Comité ético de investigación clínica del Parc de Salut Mar (anexo 4).

Resultados

Presentación y resumen de los resultados

En este capítulo se presenta la descripción de los resultados, estructurados en cuatro apartados. En el primero se presentan los resultados relativos a la entrada al sistema sanitario, el cual depende de la tramitación de la tarjeta sanitaria individual (TSI). En el segundo apartado se describen los elementos que influyen en el acceso a los servicios sanitarios relacionados con características de los servicios sanitarios y en el tercero los que son propios de características de los usuarios. Finalmente, en el cuarto bloque, se describen los resultados obtenidos acerca de la percepción de discriminación en la interacción con los servicios sanitarios y sus consecuencias sobre el acceso a los mismos.

La mayoría de los informantes consideran que el acceso a la atención sanitaria es fácil, sencillo, en relación con la posibilidad de ser atendido independiente de la situación administrativa y laboral, y la gratuidad de la atención en el punto de dispensación. No obstante, el acceso es fácil solo si se dispone de la TSI, cuya obtención se ve dificultada por una serie de factores relacionados tanto con el propio sistema y servicios sanitarios como con características del usuario.

Asimismo, emergen otros elementos que dificultan el acceso a los servicios, elementos que dependen de los servicios y de los usuarios. Los más relevantes en relación con los servicios sanitarios son la insuficiente provisión de información sobre el funcionamiento de los servicios, el pago por los medicamentos, los horarios restringidos de la atención primaria y, de manera importante, los tiempos de espera excesivos. Por otro lado, la deficiente calidad técnica percibida en algunos casos, así como la comunicación inadecuada y actitud inadecuada por parte del profesional, constituyen también barreras a la atención una vez el inmigrante ha entrado al sistema.

Los factores que emergen como barreras en relación a las características del usuario inmigrante son, en primer lugar, su desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y de los idiomas locales (castellano y catalán). Asimismo, una situación socioeconómica desfavorable determina una barrera a los servicios sanitarios, en particular en aquellos casos en los que la precariedad laboral implica una dificultad para ausentarse del trabajo durante el horario laboral y una barrera al cumplimiento de las bajas laborales. La situación administrativa irregular y el miedo de ser identificados y registrados por las autoridades locales de inmigración si realizan los trámites necesarios para obtener la tarjeta sanitaria y/o acuden a los centros sanitarios, constituyen también barreras a la atención sanitaria.

La mujer inmigrante presenta algunas barreras de acceso específicas vinculadas a su rol social y familiar. Por un lado, su menor autonomía restringe el acceso a los servicios de salud, dependiendo del marido u otros miembros de la familia para acudir al centro sanitario. Por otro lado, el rol que asume de cuidadora y responsable del bienestar familiar implica anteponer la salud de sus familiares (principalmente sus hijos) a la suya. La negativa a ser atendida por un profesional varón, debida a factores culturales y religiosos tanto propios como de sus maridos, emerge también como barrera a la atención de algunas mujeres inmigrantes.

La red social es, en la mayoría de los casos, un elemento facilitador importante, pues constituye la fuente de información sobre los servicios sanitarios más importante, facilita la tramitación de la tarjeta sanitaria y la solicitud de citas, acompaña al usuario al centro sanitario en caso necesario y se encarga de los familiares que tiene a su cargo durante el tiempo que necesite ser atendido. Sin embargo, las responsabilidades familiares también son consideradas una barrera, ya que dificulta y limita la utilización de los servicios.

En relación a las necesidades percibidas de atención de la salud, los inmigrantes, en general, acuden a los servicios solo cuando tienen un problema de salud grave o que interfiere con sus responsabilidades y actividades habituales, y sus estrategias de búsqueda de atención se relacionan con la urgencia de atención sanitaria y la probabilidad de ser ingresado que perciben así como con experiencias previas de atención recibida.

Finalmente, el discurso de los informantes revela la percepción de discriminación en diferentes momentos de la utilización de los servicios sanitarios. En particular, los informantes consideran que, en comparación con las personas autóctonas tienen mayores dificultades en la tramitación de la tarjeta sanitaria, se les niega la asistencia por impuntualidad en la cita, han de soportar esperas más prolongadas, reciben un trato desagradable por parte del profesional motivado por el desconocimiento del idioma y su condición de inmigrante, y que la calidad técnica de la atención que reciben es peor que la que reciben los autóctonos.

Todas estas barreras tienen diferentes consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes, desde la no utilización de los servicios de salud y automedicación, hasta el retraso en la atención con el consecuente agravamiento de la enfermedad y/o los síntomas. Emergen también estrategias para recibir atención sanitaria, acudiendo a la farmacia, a centros de urgencias hospitalarios, a asociaciones y ONGs o a centros privados, en ocasiones viajando al país de origen para recibir atención allí, o utilizando la tarjeta sanitaria de otra persona.

En la descripción de los resultados se destacan las semejanzas y diferencias que se han encontrado en los discursos de los diferentes grupos de informantes. Las diferencias más destacadas consisten en que los mediadores otorgan mayor importancia a los elementos relacionados con el usuario, en particular al desconocimiento del idioma, y en relación con ello, destacan la importancia de su papel como facilitador del acceso. Mediadores y representantes a menudo tienen un discurso más elaborado, basado en la experiencia de interacción con inmigrantes y casi siempre se refieren a uno o más grupos de inmigrantes entre los cuales no se incluyen. Del discurso del grupo de informantes de Colombia emerge el desconocimiento del catalán como barrera de acceso, si bien la coincidencia de su lengua materna con uno de los idiomas oficiales emerge como facilitador del acceso.

La narración se acompaña de citas textuales de las opiniones expresadas por los informantes, que ilustran y enriquecen los resultados. Para garantizar la calidad de los datos, en el anexo 5 se incluyen otros ejemplos de citas textuales, organizados en tablas y siguiendo el mismo esquema de categorías y subcategorías que el utilizado en los resultados.

Con el propósito de proteger la identidad de los entrevistados, cada cita se identifica con un código en el que se hace referencia a un número de orden interno, y una letra que identifica solo el grupo de informantes al que pertenecen: *U* si se trata de un usuario, *M* si pertenece a un mediador y *R* si constituye un fragmento del discurso de un representante. En el caso de los usuarios se especifica también su nacionalidad; no así en el grupo de mediadores ni en el de representantes a fin también de preservar su identidad.

Al final de algunos apartados se recogen de manera resumida en tablas los elementos que según los informantes actúan como facilitadores y/o como barreras, y sus consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios.

Acceso al sistema sanitario: la tramitación de la tarjeta sanitaria individual

La mayoría de los informantes identifica la tarjeta sanitaria individual (TSI) como un elemento facilitador del acceso, identificándolo como el elemento clave que posibilita el acceso a los servicios de salud. Vinculan este documento con el derecho a utilizar cualquier servicio de salud público y poder adquirir los medicamentos a un coste más bajo.

“Cuando tú tienes tarjeta tú puedes ir al médico hasta la hora que tú quieras, claro. Como yo, tengo mi tarjeta, cuando estoy enferma me voy, que me miren.”(14U – Senegal)

“[Cuando] ya tienes la tarjeta, tienes la Seguridad Social, que estás pagando y cuando se te pasa algo, le va a coger a cargo la seguridad social. Y así ya puedes llamar allí, ya puedes llamar dónde querías ir para coger cita y todo y todo lo que te, te, te, te dan como recetas, lo comprarás a medias.”(13R)

Sin embargo, la tramitación de este documento se ve dificultada por diferentes elementos, relacionados con los servicios sanitarios algunos de ellos, y otros dependientes de los usuarios.

Sólo algunos entrevistados consideran que la tramitación de la TSI es sencilla, ya que prácticamente todos los inmigrantes conocen los documentos y las gestiones necesarios, y a que en los últimos años se ha simplificado el proceso. Estas personas opinan que su obtención no depende de la situación administrativa en la que se encuentre el inmigrante.

“Últimamente está (...) han facilitado mucho eso y se van directamente aunque tengan papeles o no tengan papeles. Para hacer la tarjeta sanitaria (...) para hacer igual sobre la salud, igual como la gente que tienen papeles y seguridad y todo eso, se van, sí. [...] creo que te hacen la tarjeta, sí sí, con el empadronamiento se hace la tarjeta y se van al médico, no hay ninguna dificultad sobre eso, se van.”(26U – Marruecos)

1.1. Barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con los servicios sanitarios

Ciertos aspectos de la tramitación de la tarjeta sanitaria relacionados con los servicios sanitarios emergen como una barrera de acceso. Del discurso de usuarios y mediadores de colectivos diferentes, y residentes en ciudades distintas, se desprende una marcada **variabilidad** en la **documentación** requerida para tramitar la TSI. La variabilidad emerge sobre todo entre los centros en los que se solicita, pero también depende de la persona que atiende. Asimismo, en el discurso aparecen dos tipos de tarjetas que permiten el acceso a los servicios, una provisional, cuya obtención es más fácil, y otra más definitiva, siendo el cambio de una a otra complicado.

En algunos centros les han solicitado presentar la documentación conforme están dados de alta en la **Seguridad Social** (propia o de la pareja), y en otros sólo les han solicitado el documento de identidad y el certificado de empadronamiento. Según un mediador, en ocasiones la posibilidad de tramitar la TSI cuando el usuario inmigrante no está dado de alta en la Seguridad Social y dispone de escasos recursos económicos, desde el centro de atención primaria se le deriva a un **trabajador social**, que valora el caso y decide si se le puede tramitar o no la TSI. Los criterios en que se basa el trabajador social para otorgar o no la TSI son, en opinión del mediador, inciertos, observando centros de atención primaria en los que el usuario obtuvo la TSI solo con el empadronamiento y otros en los que no se le concedió.

“hay dos targeta diferentes [se refiere a la tarjeta sanitaria provisional y la definitiva] [...] Me dijeron que a falta un mes eso no se vale, tú debes cambiar. Para cambiarlo estaba muy difícil. Para tener otra.[...] Me dijeron que, el libro de familia, me pedieron el mucho cosas. Cuando yo fuiste allá me dijeron que tú debe ir en..., cómo se llama, en Seguros Social para tarjeta de tu marido, porque ellos ponerse aquí los números de todos, estaba muy difícil para, sí. [...] Sí, ellos que me lo hicieron. Una vez mi marido fuiste otro sitio, lo arreglaban muy fácil.” (05U – Senegal)

“Hace poco tiempo me han venido casos que no les hacían la tarjeta sanitaria porque no pagaban seguridad social, no trabajaban, no tenían permiso de trabajo con lo cual no podían pagar seguridad social y no se les hacía tarjeta sanitaria. En algunos casos, sé que en los ambulatorios pueden ponerse en contacto con la trabajadora social y que si están en una situación de precariedad económica en la que valora la trabajadora social si que se les da la cobertura sanitaria. Pero en muchos casos no han llegado a obtener esto.[...] tal vez por el criterio de la trabajadora social [...] me han venido casos de que tenían la tarjeta sanitaria con el empadronamiento y casos de otros ambulatorios que no pudieron.” (02M)

La **incompatibilidad entre el horario** de apertura de las instituciones que tramitan la TSI y la jornada laboral de los inmigrantes aparece también como una barrera, si bien de forma marginal.

Por otro lado, del discurso de algunos informantes emerge que los trámites necesarios para actualizar los datos en los registros de atención primaria cuando **cambian de domicilio** son complicados y costosos desde un punto de vista del tiempo que requiere, y son considerados como una “repetición del proceso”.

Finalmente también es considerado como barrera a la obtención de la TSI, aunque débilmente, el hecho de que la documentación requerida para la obtención de la tarjeta sanitaria se encuentre en **atalán**, pues dificulta la comprensión de la misma en aquellas personas que no dominan este idioma.

“[el proceso de obtener la tarjeta sanitaria] fue bien, me pidieron el NIE, el empadronamiento y el pasaporte. Y fue raro, fue muy raro, o sea no tienen mucha conexión con la, con la (...) persona, pero (...) estaba en catalán, ya así, y (...) el empadronamiento estaba escrito que él tal parte, no sé qué año, [...] yo llegue aquí a España (...) y el documento estaba en catalán, yo entiendo un poco el catalán, porque yo sé también el francés, y es una combinación [...]Y el catalán no supe, no supe (Rie U36) yo creía que estaban de otra cosa, creía que ese documento está inscrito aquí en la data de no sé qué año o así, estoy año, esto era el año que yo llegue aquí en España.” (36U – Rumanía)

1.2. Barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con los usuarios

Del discurso de los informantes aparecen también ciertas barreras a la obtención de la TSI vinculada al usuario, principalmente relacionada con el empadronamiento.

La mayor parte de los informantes afirman que el obstáculo principal para conseguir la tarjeta sanitaria es la **dificultad para obtener un certificado de empadronamiento**, debido a diferentes situaciones y factores. En primer lugar, por la dificultad de demostrar un domicilio. Por un lado, algunas personas carecen de un domicilio estable al comienzo de su estadía. En otros casos, disponen de un domicilio pero se encuentran en concepto de inquilinos sin contrato de alquiler a su nombre, y la persona a cuyo nombre está el contrato no permite el empadronamiento de estas personas. Esta negativa es atribuida en algunos casos al miedo a ser inspeccionados por la policía si el número de personas inscritas en el padrón en el mismo domicilio es alto.

“Y como no tenía papeles no podía conseguir [el empadronamiento] [...] quien era el propietario del piso, y que el nombre por el que tenía el contrato o lo que sea, dijeron que no podía porque solo dejaron aquellos que duermen en su casa, no podían dejar que ellos no tengan empadronamiento, entiendes?” (12U - Pakistán)

En otros casos, se permite el empadronamiento de las personas subarrendadas pero a cambio del pago de una cantidad de dinero.

“Pero la persona que me había hecho el papel...[empadronamiento] [...] Me pide dinero.[...] 150 euros. E ahora hay personas que piden 200 euros, 300 euros.[...] Y hay, hay gente que no pide nada. Te ayudan a...personas que no tienen papeles.[...] Hay amigos y hay buena gente, sí. Pero hay pocos.” (11U – Marruecos)

Otra barrera al empadronamiento es la carencia de los documentos requeridos, como el pasaporte.

“Si tienes pasaporte y llevas una casa sé te puedes empadronar pero sin el pasaporte ni quien puede ayudarte, nada.” (14U – Senegal)

En el caso de personas en situación administrativa irregular, emerge también como obstáculo al empadronamiento el miedo a facilitar datos personales y constar en registros que puedan ser eventualmente objeto de inspección policial, pudiendo ocasionar una posterior repatriación.

“Pero mucha gente dice, no me empadrono. [...] es que a mí me da miedo empadronarme porque dicen que van y le buscan luego en la casa [...] Es el miedo a empadronarse. Básicamente por miedo a una expulsión.” (19R)

Algunos entrevistados consideran que el **desconocimiento** del significado de la TSI y/o las gestiones necesarias para obtenerla puede suponer un motivo de retraso o impedimento a su tramitación.

“Nadie le explicó ni lo sabía que puede conseguir una tarjeta”.(12U – Pakistán)

1.3. Consecuencias de las dificultades de tramitación de la TSI

Las dificultades para tramitar la TSI comportan el retraso en su obtención y la carencia de TSI durante un tiempo, lo cual a su vez tiene consecuencias directas sobre el acceso. Estas consecuencias están relacionadas por un lado con los centros y profesionales sanitarios y la atención que estos ofrecen en ausencia de TSI, y por otro con los usuarios, en relación a la conducta que adoptan cuando necesitan ser atendidos y no disponen de TSI.

Consecuencias relacionadas con los Servicios Sanitarios

Del discurso de los informantes emerge cierta variabilidad en la prestación de servicios cuando el inmigrante no tiene TSI. Los centros de salud en general son descritos como lugares en los cuales no se tiene derecho a la atención si no se paga previamente, y los centros de urgencias hospitalarios como lugares en los que siempre se les atenderá aunque con la exigencia de pago de una factura por los servicios prestados.

A algunas personas que han acudido a un centro de atención primaria se les ha **rechazado la atención** sanitaria por no disponer de la TSI. En ocasiones, desde estos centros les han solicitado el **pago de la consulta** por no disponer de la TSI, como requisito para poder ser atendido.

“...no tengo la tarjeta sanitaria.[...] Porque no estoy empadronado [...] [fue al centro de atención primaria de su zona] me duele la espalda y...me dicen, tienes que pagar la visita para...para ver el médico.[...] Le di que no trabajo, no tengo dinero para pagar.[...] me dicen que no puedo visitar el médico si no tengo la tarjeta, sino tengo que pagar.”(11U – Marruecos)

Tras la negativa a la atención, también emerge la **derivación** por parte de los profesionales sanitarios del centro de atención primaria a un centro de **urgencias hospitalario**. En consecuencia, se genera un retraso en la atención recibida (traslado del centro de salud al hospital y eventual espera en el servicio de urgencias hospitalario).

“en los CAP en día si no hay urgencias, no te atienden.[...] Si no hay urgencias no te atienden si no tienes tarjeta sanitaria. Si el centro no tiene urgencias y no tienes tarjeta sanitaria te mandan en el “HospitalXX”.[...] Si viene una persona que no tiene tarjeta sanitaria no tiene papeles le mandamos al “HospitalXX” eso sí que lo sé.” (04M)

En estos centros de urgencias hospitalarias, si bien se atiende al individuo que no dispone de TSI, una vez atendido se le solicita el **pago mediante una factura** por los servicios prestados. Concretamente, emerge la solicitud de pago ante una consulta a urgencias con motivo del embarazo.

“Si no tienes papeles vienes a urgencias y pagas, y ya está. Una chica [...] que su marido todavía no arregló los papeles, se la ha traído aquí [hospital] y no, y todavía no arregló todos los papeles, y entonces tenía que venir aquí, y estaba embarazada, y ella no sabe para hacer los análisis y todo, le pidieron (...) noventa euros, en un (...) bueno, le pidieron noventa euros [...] ella tiene el DNI, pero para ir al médico no tiene la tarjeta sanitaria y si no tienes aquella tienes que pagar. [...] ha pagado una vez, porque yo fui con ella, y hemos arreglado los papeles y he venido con ella aquí, y le han dado una hoja, y le dijeron 'con esta vienes a hacer, vienes aquí al médico, y luego, al cabo de un mes te dan la tarjeta sanitaria, y ya está, ya tienes todo normal'. Pero la primera vez, la primera vez cuando no tienes la tarjeta sanitaria ni nada, tienes que pagar” (24U – Marruecos)

“otra vez que conocí a una chica que no estaba empadronada y se enfermó, ella fue al médico [urgencias hospitalarias], y después me dijo que le había llegado la factura a la casa, donde ella había dado que residía [...] Sí, esta chica fue y la pagó, sí.” (19R)

Emergen también diferencias entre comunidades autónomas en la provisión de atención sanitaria cuando no se dispone de tarjeta sanitaria; mientras que en Valencia no fue necesario disponer de tarjeta sanitaria para obtener atención pediátrica en el centro de atención primaria y aceptaron el libro de familia como único documento para atender al hijo de una informante, en Catalunya no fue posible y se le denegó la atención por no disponer de TSI.

“Tuve que hacer esas vueltas para poder empezar el control del niño con el pediatra. Porque con el libro de familia no me lo atendieron [en Catalunya] [...] Porque me han dicho que tengo que ir a Barcelona a hablar con unos abogados y eso. Ahora no estoy trabajando pero también el niño me quita tiempo, ¿eh?[...] con lo de los papeles en Valencia ya te...ahora yo en la próxima semana iré a Valencia a mirarle los papeles.[...] En Valencia [...] yo siempre donde ando, ando con el libro de familia del niño. La tarjeta sanitaria ahora a veces se me olvida porque mi padre como vive allá pues a veces con la maleta, el coche mira voy, pero el libro de familia en el bolso mío nunca se me...Y en Valencia sí me lo atienden con el libro de familia.” (20U – Colombia)

Por otro lado, en los centros de atención primaria en ocasiones se deniega la atención a aquellas personas que, a pesar de disponer de TSI, no están registrados en el centro al cual han acudido sino en otro. Algunas veces esto es debido al retraso en la actualización de los datos de la TSI al cambiar de domicilio, acuden al centro más cercano a su nuevo domicilio sin estar aun registrados en él. Todo ello provoca que estas personas, cuando necesitan atención sanitaria, acudan bien a un centro de urgencias hospitalario cercano o bien a su centro de salud anterior (lo cual comporta un incremento en la distancia y por tanto tiempo hasta ser atendido).

“Él [traductor habla por el entrevistado] dice que cuando tu estaba enfermo, yo fui al médico [...] el visitarlo, dice uh, mírale el tarjeta de tu médico, dice [...] tu no tienes este, este médico, este tarjeta de aquí. Tiene que ir donde tu tener este tarjeta, este médico.[...] Mira la tarjeta y dice, tú tienes el tarjeta de este lugar, tiene que ir ahí, sí. [...] Él dice que esto difícil, para, porque cuando tu tienes una enferma, marcharte, marcharse ahí, el médico dice que tiene que marchar (...)” (16U – Senegal)

Finalmente, la carencia de TSI determina un **incremento en el coste de los medicamentos** el cual supone una barrera al tratamiento adecuado y también una barrera al acceso, ya que los usuarios, en previsión de los medicamentos que les recetarán tendrán un coste que no pueden asumir, no acuden al médico.

Consecuencias relacionadas con los usuarios

Algunos usuarios, cuando no disponen de TSI, **evitan acudir** a centros de atención sanitaria, se automedican, y en ocasiones buscan solución a sus problemas de salud en la **farmacia**. Otras veces, conocedoras que la TSI es un requisito en los centros de atención primaria pero no en los servicios de **urgencias** hospitalarias, refieren asistir a estos últimos.

“Quan una persona no té papers, [...] pot venir aquí [urgencias] i demanar l’atenció sanitària. (Pausa) És una cosa que està molt ben feta, quan una persona no té papers, pot tenir dret a l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)

La utilización de la **TSI de otra persona** emerge también como consecuencia directa de no disponer de TSI propia, como mecanismo para poder recibir atención sanitaria y evitar el coste que se le asocia.

“Y antes, no sé ahora pero antes cuando tú no tenías tarjeta alguien se la prestaba a uno.[...] Pero ahora no sé cómo funciona o si puedes pero antes sí. Antes tenían tarjeta no todos y cuando uno veía una persona uno se la prestaba ahora no sé cómo funciona lo de la tarjeta. [...] Y porque era el tiempo...estábamos recién llegados y de pronto pues no había una fórmula.” (20U – Colombia)

De manera marginal emerge la contratación de **seguros privados** y el pago por atención sanitaria privada. Finalmente, algunos informantes mencionan acudir a ciertas **oenegés, trabajadoras sociales, y mediadores**, los cuales ofrecen ayuda en los casos que no se dispone de tarjeta sanitaria. Esta ayuda consiste en ocasiones en la tramitación posterior de la TSI para con ello evitar el pago de la atención recibida. En otras, las asociaciones se hacen cargo directamente del coste que supone la atención sanitaria que ha recibido.

En conclusión, la mayoría de los informantes identifica la tenencia de la TSI como elemento clave que posibilita el acceso a los servicios de salud, y consideran el acceso fácil cuando se dispone de ella. Sin embargo, la tramitación de este documento se ve dificultada por factores relacionados con los servicios sanitarios y de los usuarios (tabla 1).

Entre los primeros destacan la variabilidad en la documentación solicitada, la necesidad de estar dado de alta en la Seguridad Social y la dependencia del juicio favorable de los trabajadores sociales. De las barreras relacionadas con los usuarios sobresale la dificultad de obtención del certificado de

empadronamiento, y, en menor medida, el miedo a facilitar datos personales y el desconocimiento de la TSI.

Como consecuencias (tabla 1) a las dificultades de tramitación de la TSI emergen, por parte de los servicios, el rechazo a la atención sanitaria, la demanda de pago y la derivación desde atención primaria hacia los servicios de urgencias hospitalarios. Ante los inconvenientes que presenta la tramitación de la TSI y mientras carecen de este documento, algunos usuarios deciden no acudir a ningún servicio sanitario, acudir presentando la TSI de otra persona, o bien acudir a la farmacia, a un centro privado o a una oenegé.

Tabla 1. Causas y consecuencias de las barreras a la tramitación de la tarjeta sanitaria vinculadas a los servicios sanitarios.

Barreras a la tramitación de la TSI	Consecuencias de la no obtención/carencia de la TSI
<i>Relacionadas con los servicios sanitarios</i>	
Variabilidad en la documentación requerida Exigencia de alta en la Seguridad Social Dependencia del criterio del trabajador social Horarios de apertura de las instituciones para tramitarla	Negación de la atención sanitaria Pago por la atención sanitaria pública (incluyendo obstetricia y pediatría) Derivación a otro centro (generalmente del centro de atención primaria a urgencias hospitalarias) Retraso en la atención
<i>Relacionadas con los usuarios</i>	
Obtención del certificado de empadronamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Dificultad para demostrar un domicilio – Pago por poder empadronarse – Carencia de documentos (pasaporte) Miedo a facilitar datos personales (situación administrativa irregular) Desconocimiento del significado y/o trámites necesarios para la obtención de la TSI	No acuden / retrasan la búsqueda de atención Automedicación / acuden a la farmacia Consulta a urgencias hospitalarias (en vez de centros de atención primaria) Consulta a centros de atención sanitaria privados y contratación de seguros privados Retraso en la tramitación de la TSI (una vez efectuada la consulta con la ayuda de oenegés, trabajadoras sociales y mediadores)

Elementos que influyen en el acceso relacionados con características de los servicios sanitarios

Los factores relacionados con características de los servicios sanitarios que influyen en el acceso de los inmigrantes se pueden diferenciar entre aquellos relacionados con aspectos estructurales, los relativos a aspectos organizativos, y la calidad percibida de la atención sanitaria.

Elementos relacionados con aspectos estructurales de los servicios sanitarios

En relación a los aspectos de la estructura de los servicios sanitarios identificamos por un lado, la ubicación geográfica de los centros asistenciales y la distancia que debe recorrer una persona para acudir a ellos, y por otro, el pago de los medicamentos.

2.1. Distancia a los centros sanitarios

En general, los informantes consideran que el trayecto que han de realizar a los **centros de atención primaria** es corto, pues cada individuo dispone de un centro de salud cerca de su domicilio, centro que ha sido asignado según su dirección, y que por tanto el acceso a los centros de salud de primaria no se ve dificultado por la distancia. Al contrario, la cercanía a los centros de primaria emerge como facilitador del acceso a los mismos.

“Cada uno donde tú vives hay, hay un ambulatorio cerca tuya, cerca tuyo y... no está lejos.” (14U – Senegal)

No obstante, para algunos informantes residentes en áreas rurales del Baix Empordà, esta distancia es considerable y supone un problema para acudir al médico.

“per exemple si està, una mica malalta pues se truca a la seva cosina i segons la cosina que li dirà si pot esperar dos hores, una hora...i s’aguanta el dolor fins que vingui la cosina...[...] Perquè ella viu també una mica lluny del CAP. O sigui si truca a la cosina perquè vinguis a buscar a casa.” (10U – Marruecos)

Asimismo, la distancia a los centros de primaria emerge como barrera de acceso para las personas mayores, por la limitación de la movilidad y la dificultad de desplazarse a pie.

En relación a los **centros hospitalarios y de atención especializada**, los informantes residentes en un **área rural** (Baix Empordà, alrededores de Palamós) consideran que la distancia supone un importante problema de acceso. Esta distancia se configura como una barrera especialmente relevante en el caso de las mujeres embarazadas, tanto en la realización de controles del embarazo como en situaciones de urgencia en torno al parto.

Para el resto de informantes, pertenecientes a zonas urbanas, la distancia a los hospitales y centros de especialidades no emerge como problema de acceso.

Cuando la distancia es considerable emergen algunas **consecuencias** sobre la utilización de los servicios (tabla 2). En primer lugar, el traslado al centro sanitario se prolonga, lo cual supone una

demora en la atención sanitaria. Asimismo, también se retrasa la atención porque el usuario inmigrante aplaza el acceso a los servicios hasta que encuentran a alguien con vehículo propio que les pueda transportar. Este retraso puede originar un **agravamiento** de los síntomas y de la enfermedad subyacente; en algún caso atribuyen a la distancia al centro sanitario así como a la urgencia de la situación, la necesidad de las mujeres embarazadas de parir en el domicilio. Algunos informantes atribuyen su impuntualidad en las citas a la distancia que han de recorrer para llegar al centro sanitario, impuntualidad por la cual en ocasiones se les ha denegado la atención. Ante situaciones que evalúan de gravedad, algunos manifiestan llamar a una **ambulancia** para trasladarse hasta el centro sanitario. Finalmente, cuando el centro sanitario se encuentra lejos en ocasiones el inmigrante **no acude** a ningún centro sanitario y otros deciden acudir a la **farmacia**.

“Hombre, si está más lejos y tienes alguna cosa grave, yo que sé, tienes que llamar a (...), tienes que llamar a la ambulancia, yo que sé, porque sino no puedes venir ahí corriendo. Yo conozco una que hace poco (...) que vive en ‘Nombre pueblo A’, allí más lejos, y la gente que se tiene que parir, ‘Nombre pueblo B’, ‘Nombre pueblo A’, ‘Nombre pueblo C’, siempre tienen que venir aquí a parir, ¿me entiendes? Y un hombre (Rie U24), es español ¿eh?, no te digo, y entonces, como han tardado los (...) las ambulancias, pues lo ha parido él mismo. (Rie U24)” (24U – Marruecos)

Tabla 2. Consecuencias cuando la distancia a los servicios sanitarios supone una barrera de acceso.

Consecuencias sobre el acceso	Consecuencias sobre la salud
Retraso en la decisión/posibilidad de desplazarse al centro y demora en la atención sanitaria No acuden Acuden a la farmacia	Agravamiento de los síntomas y/o la enfermedad En el caso de mujeres embarazadas, paren en el domicilio
Demora en la llegada al centro, impuntualidad en las citas → Denegación de la atención por parte del profesional	Agravamiento de los síntomas y/o la enfermedad
Solicitan una ambulancia para trasladarse al centro en casos graves	

2.2. Pago por los medicamentos

El abono del coste de los medicamentos supone una **barrera al tratamiento** para aquellas personas con pocos recursos. Asimismo, emerge como una **barrera de acceso** a los servicios sanitarios, ya que en previsión de que como resultado de la consulta médica se les recetará un tratamiento farmacológico cuyo coste no pueden asumir, deciden no acudir al centro sanitario. La barrera es mayor cuando no disponen de tarjeta sanitaria, pues se incrementa la cantidad que deben abonar. Es

por ello que algunos informantes proponen ampliar y facilitar la cobertura gratuita de medicamentos.

“Es posible si no tienen dinero, no para ir al médico, pero para medicinas. Si voy al médico me va a dar medicinas y si no las puedo tomar, ¿por qué ir? [...] En mi opinión, creo que todo el mundo (...) tiene la misma opinión que si (...) personas no tienen dinero, creo que se (...) sería mejor que podrían inscribirse a un sistema y no sé, tomar medicinas gratuitas de algún sitio o algo así, de la Cruz Roja, no sé cómo funciona y si se puede hacer, si es posible que se hace, yo allí ya no sé.” (36U – Rumanía)

Como facilitadores en estas situaciones emergen, por parte del propio sistema sanitario, las recetas exentas de pago (“recetas rojas”) que algunos profesionales proporcionan y los productos promocionales que reciben gratuitamente las madres inmigrantes en la consulta del pediatra. Por otro lado, algunas oenegés y la red social del individuo asumen en ocasiones el pago de los medicamentos y emergen también como facilitadores del acceso al tratamiento. De hecho, una mediadora considera que los medicamentos no suponen un problema, ya que en caso que la persona no pudiera pagarlos, alguien de la red social asumiría el desembolso.

Elementos relacionados con aspectos organizativos de los servicios sanitarios

En relación a la organización de los servicios sanitarios y su papel en el acceso de los inmigrantes, emergen como barreras al acceso la insuficiente provisión de información, los horarios de atención de los centros de atención primaria, el tiempo de espera para ser atendido y la necesidad de programar una cita para ser atendido en atención primaria.

2.3. Provisión de información insuficiente desde los servicios sanitarios

Los informantes consideran que la información que se provee desde los servicios sanitarios, tanto oral como escrita, es escasa y de difícil acceso, principalmente debido a que se encuentra en un idioma que desconocen, y sugieren que se editen materiales en otros idiomas. Es por ello que el sistema y los servicios sanitarios no emergen como fuente de información relevante. En sus discursos, la información que los inmigrantes buscan y/o reciben de los servicios sanitarios se relaciona principalmente con la obtención de la tarjeta sanitaria y la manera de acceder a los niveles de atención.

“todo sale en catalán y entonces es una barrera, mucha información que sale, que recoges tú, yo por ejemplo sí que lo entiendo y te lo hablo, entonces yo cojo siempre todo y me lo leo, lo que encuentro información en los centros de atención primaria, ¿cierto? Pero la gente...o sea, yo me pongo a mirar y la gente casi nunca coge esa información, ¿cierto? Por ejemplo..., primero porque no saben catalán, es que ni lo leen.”(19R)

Si bien emerge débilmente la percepción de que se recibe la información necesaria desde los servicios sanitarios, en general esta se recibe de manera oportunista durante el proceso de atención sanitaria, una vez ya ha entrado en el sistema y/o ha recibido atención sanitaria. Así, en ocasiones, la información se facilita desde los servicios sanitarios sólo tras la búsqueda activa por parte del usuario inmigrante y algunos mediadores indican que ellos facilitan información a los inmigrantes cuando estos acuden a los servicios para ser atendidos. Por otro lado, a veces el inmigrante no obtiene la información que busca a pesar de preguntar explícitamente por ella.

“Sí, con la tarjeta sanitaria (...) del (...) exactamente yo y mi novio me he mudado a otra parte y preguntaba si se puede (...) no, no le llevo la tarjeta hasta ahora, a nuestra dirección, ¿sí? Y fui a preguntar, ‘¿qué puedo hacer ahora, para tenerla esa tarjeta?’, y yo, lo fue muy (...) quise saber si puedo recoger la tarjeta de un sitio, para que no me envíen para casa[...] por correo y (...) no creo que me haya respondido a esa pregunta, fue muy raro, solo me ha dicho, ‘sí, puedes ir al centro de atención de primaria de tu zona y hacer la tarjeta sanitaria de nuevo’, pero no, no me ha podido decir si puedo recogerla de un sitio. [...]” (36U – Rumanía)

Como fuentes de información relacionadas con los servicios sanitarios aparecen los centros de atención primaria (y en menor medida, hospitalarios), tanto de los profesionales sanitarios como del personal administrativo y de mediadores.

“Si en el CAP quan vas "escolta que estic malalt o tinc això" te diuen t'has de fer la tarja sanitària... t'atenen!, t'expliquen que has de fer la tarja sanitària, lo que has de portar, i si ja està, però normalment són els companys que diuen escolta, si estàs aquí enrecorda-te'n que has de fer-te la tarja sanitària” (27U – Marruecos)

Emerge también la farmacia como lugar donde en algunos casos obtienen información sobre los servicios sanitarios. La página web del CatSalut es mencionada de manera marginal como fuente de información y de solicitud de citas en atención primaria únicamente en los discursos de informantes rumanos, página que también es utilizada por el colectivo colombiano según un informante.

La consecuencia principal de la provisión escasa de información desde los servicios sanitarios es el desconocimiento sobre el funcionamiento de los mismos. Este desconocimiento provoca diferentes consecuencias sobre el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios. En primer lugar, si el inmigrante no conoce el funcionamiento o los derechos de atención en los servicios sanitarios o los trámites de la tarjeta sanitaria, **demora** la tramitación de la TSI y la búsqueda de atención. En ocasiones no acude a ningún centro asistencial, o bien recurre a la **automedicación** o a las **farmacias** para solucionar su problema de salud.

“Mucha gente de Pakistán, y otros extranjeros, no sabe que hay emergencia de ambulatoria, solo visitas, y que después toman pastillas en casa, y no van [se refiere al centro sanitario].” (12U- Pakistán)

“...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles.”(11U – Marruecos)

En segundo lugar, del discurso de varios informantes (en particular de mediadores y representantes) emerge el uso de **urgencias hospitalarias** en vez de los centros de atención primaria (tanto con cita previa como las urgencias de primaria) en relación tanto con la falta de información sobre el derecho a obtener la TSI y la atención sanitaria en un centro de salud como con el desconocimiento de la existencia de otros centros.

“Quan una persona no té papers, [...] [només] pot venir aquí [urgències] i demanar l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)

“en vez de llegar al ‘NombreHospital’ directamente, que hay un sitio dónde lo atienden mucho más rápido porque sí que es una urgencia pero que no es tan urgente que demande la atención del ‘NombreHospital’. Esa parte, todavía mucha gente no la conoce. [...]ese proyecto que pusieron, que (...) especialistas ‘Nombre Centro Atención Primaria’, la gente va para cosas que no son tan urgentes, pues me parece buenísimo, sin embargo todavía hay mucha gente que no sabe, que no sabe.” (19R)

Un informante atribuye el **uso de la tarjeta sanitaria de otra persona** al desconocimiento sobre la posibilidad de ser atendido cuando se posee la tarjeta sanitaria pero no se lleva encima.

“Va fer servir la targeta de la seva cunyada. Que ella en aquell moment vivia a casa del seu germà petit, però a Platja d’Aro, i quan es va posar malalta estava a casa de l’altre germà a Sant Feliu. Estava molt malalta i l’han portat a urgències de Sant Feliu i va fer servir la targeta de la cunyada. [...] Sí, perquè ella té, o sigui, si com està segura si un dia se va sense targeta, no li deixen entrar. [...] que pot entrar només quan dóna el nom, ella no ho sap.”(10U – Marruecos)

Finalmente, mediadores y representantes opinan que el **tiempo de espera hasta ser atendido** se puede ver alargado si no se ha informado correctamente de los horarios de atención de los niveles de atención sanitaria, y el funcionamiento interno de cada centro en la asignación de citas.

La tabla 3 resume los resultados respecto a la provisión insuficiente de información por parte de los servicios sanitarios: el desconocimiento que genera sobre el usuario, sus causas y las consecuencias que tiene sobre el acceso.

Tabla 3. Causas y consecuencias de la provisión de información insuficiente por parte de los servicios sanitarios.

Causas	Desconocimiento que genera	Consecuencia sobre el acceso
Información insuficiente Información en un idioma que desconocen	Entrada al sistema sanitario: - Derechos sobre el acceso a los servicios sanitarios - Necesidad y tramitación de la TSI	Demora búsqueda de atención No acude Automedicación/farmacia Acceso con la TSI de otra persona
Provisión “tardía” de la información (cuando ya han contactado con los servicios)	Funcionamiento de los servicios sanitarios: - Existencia de diferentes niveles de atención - Horarios de atención de los centros de atención primaria	Uso de urgencias hospitalarias en vez de centros de atención primaria Alargamiento del tiempo de espera

2.4. Horarios de apertura de los centros de atención primaria

La opinión sobre el horario de atención de los centros de atención primaria y su influencia sobre el acceso viene determinada por la responsabilidad laboral y/o de cuidado de familiares del inmigrante. Para aquellos informantes que trabajan, el horario de los centros de salud resulta una limitación al acceso principalmente por incompatibilidad con los horarios laborales o de cuidado de sus hijos. Sin embargo, para los que se encuentran sin trabajo los horarios no son un problema porque no tienen restricciones horarias para acudir a las citas médicas (tabla 4).

“Desde mi punto de vista, no [tengo problema en ir al médico], porque no tengo trabajo y (Ríe) pues fui al médico. [...] Creo que sí, si voy a encontrar trabajo y voy a empezar a trabajar, no sé si voy a tener tiempo, para ir al médico”(36U – Rumanía)

“por ejemplo si tienes la primera en el cole eh bueno y la más pequeña no, entonces por ejemplo si tienes una visita de la pequeña que está, bueno yo normalmente siempre cojo una visita por ejemplo a las 11 y media, a las 11 y cuarto, me entiendes?, para que me pueda visitar a mi hija y después va a “buscar l'altra” me entiendes?, entonces siempre necesitas coger una cita entre las nueve y las doce o bien de “tres a cinc”, me entiendes?, eso pasa claro, te causa un poquito de ..., problemas o molestias.” (26U – Marruecos)

No existen grandes diferencias en los discursos de los distintos grupos de informantes, si bien se observa una mayor tendencia de los mediadores y representantes a considerar adecuados los

horarios de los centros. Sí que se observan diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las únicas en cuyo discurso emerge la incompatibilidad del horario de los centros con el de sus responsabilidades con los hijos.

Como facilitadores emergen la posibilidad de convenir el día y hora de la cita según su disponibilidad, así como por la posibilidad de escoger un médico de familia cuyo horario de atención sea apropiado para el usuario.

“el horario yo creo que está muy bien. Por ejemplo, te hacen por ejemplo, te dirán por ejemplo 'a las once de la mañana', si te va bien vale, si no te va bien pues te lo cambiará por otro día, o dos días más te ponen (...), ¿sabes?, o tres días, pero el horario que tú quieras. Pero el horario que él esté también. No no, yo lo encuentro muy bien muy bien muy bien, ya te digo.” (24U – Marruecos)

Algunos informantes consideran la existencia de una limitación horaria por parte de los centros como algo lógico y habitual, *“todo el mundo tiene que someterse a un horario”*, y relacionado con la necesidad de organizar los servicios y la jornada laboral de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, otros informantes consideran que globalmente los horarios de los servicios sanitarios son adecuados ya que cuando los centros de atención primaria ya no atienden se puede acudir a los centros de urgencias, tanto de primaria como hospitalarios.

“Las horas son bien, porque si no hay (...) las horas son bien, porque también hay urgencias en el ambulatorio y está abierto hasta muy tarde. Creo que, creo que también hay de noches urgencia en los (...) aquí en el ambulatorio. Los horario están bien, no son mal, porque nadie no se va, ellos suelen empezar a las ocho de la mañana y están bien el horario.” (37U – Rumanía)

Tabla 4. Causas y consecuencias sobre el acceso y utilización de servicios sanitarios del horario de los centros de atención primaria.

Causa	Consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios
Incompatibilidad del horario del centro con el horario laboral o de cuidado de los hijos	Limita acceso a atención primaria (no acuden, acuden más tarde) Acuden a un centro de urgencias (primaria, hospital)
Posibilidad de convenir el día y hora de la cita (y el médico según su horario) según necesidades del usuario	Facilita el acceso a los centros de primaria

2.5. Los tiempos de espera para ser atendido

En el discurso de los informantes los tiempos de espera excesivos emergen como barreras de acceso a la atención, si bien existen algunas diferencias según el nivel asistencial en el que se genere la espera. En relación a la valoración de los tiempos de espera en atención primaria, no existe consenso: mientras que algunos opinan que son adecuados, otros los consideran excesivo, tanto el tiempo necesario para conseguir una cita como la espera para ser atendido el día de la cita.

Sin embargo, la mayoría de informantes coinciden en considerar excesivo tanto el tiempo de espera para ser atendido en los centros de urgencias (hospitalarios y de primaria) como el intervalo de tiempo hasta la cita programada en atención especializada.

El agravamiento de los síntomas y/o de la enfermedad emerge como una de las consecuencias que más preocupa a los entrevistados, y por ello algunos buscan atención sanitaria en otros centros sanitarios, tanto públicos como privados, viajan a su país de origen, y buscan remedio en farmacias o se automedican. No obstante, algunos informantes opinan que, en ocasiones, la enfermedad puede evolucionar favorablemente durante el tiempo de espera, desapareciendo la necesidad de atención sanitaria.

Demora en la atención de los centros de atención primaria

En el discurso de los informantes predomina la valoración de los tiempos de espera en atención primaria como excesivos. En primer lugar, consideran que el tiempo entre el momento en el cual se solicita una cita hasta la fecha que te la otorgan es demasiado largo, no siendo posible obtener atención programada el mismo día en que se solicita y en algunos casos llegando a las dos semanas de espera.

“un lunes o el viernes no te darán aquel día, aquel día mismo no te lo darán, por ejemplo, tienes que mirar porque él también tiene mucha gente, tiene que coger visita, y entonces tienes que (...) A ver, si vas el lunes te dan martes o miércoles, pero no te dan el mismo día que vas a coger visita, porque hay mucha gente” (24U – Marruecos)

“De cabecera. En este momento, más o menos en “centroXX” tú te tardan dos semanas. O sea, yo pido cita y sé que me atienden en dos semanas.” (19R)

En segundo lugar emerge el incumplimiento, por parte de los profesionales de atención primaria, de los horarios de las citas, con la consecuente demora en ser atendidos, demora que en ocasiones es de varias horas.

“no me gusta. Imagínate, tú, cuando llega te dicen que a las cinco y media tiene hora la visita, y no te tocará hasta las siete [...] En el ambulatorio [...] Hasta las siete, no entrarás. Eso, eso, eso mal. Si te dan hora tu horario tiene que ser puntual, puntual. O si no puede ser puntual, bueno que le pasen pocos minutos, pero más de una hora ahí no. Eso...eso es demasiado.” (14U – Senegal)

Emerge también, aunque en menor medida, la demora para ser atendidos cuando se acude a las urgencias del centro de atención primaria, demora que se considera inaceptable dada la gravedad de la situación que lleva a estas personas a acudir a estos lugares.

“Si es urgente, no se podemos esperar ,¿sí?.[...] Yo me desesperé. La niña estaba mal y me dijeron, espera. Voy a hablar con ellos y ya está.[...] Yo no puedes entrar [...] me molestó mucho [...] Porque esto no es normal. Si alguien fuiste urgente porque estaba mal, no puede esperar. [...]porque yo no puedo entender si yo me duele mucho, no puedo ir en urgencias, ¡no hace falta esperar! Mira, esperar en 10 minutos piense es suficiente me una hora...si esto?” (05U – Senegal)

Los informantes achacan este tiempo de espera principalmente al gran volumen de pacientes y a la falta de recursos de que disponen los centros de atención primaria. De manera marginal emerge, como causa del incumplimiento del horario asignado a la cita, la distracción de algunos médicos que conversan con sus pacientes sobre temas no relacionados con la atención clínica.

No obstante, algunos de los informantes consideran que el tiempo de espera es el adecuado en los centros de atención primaria, tanto el necesario para obtener una cita como el que se espera en la sala de espera el día de la consulta. Esta valoración del tiempo de espera se basa en la apreciación de que el periodo de espera es corto y que el motivo de la consulta no es urgente.

La espera excesiva afecta de manera particular a aquellas personas que se ausentan del trabajo para acudir al centro sanitario, ya que el tiempo total durante el cual se ausentan se prolonga y temen represalias por parte de sus patrones. Si bien de los discursos de algunos de los informantes emerge un sentimiento de resignación y tolerancia, de manera marginal emerge también la reclamación para ser atendidos antes.

“En el CAP XX. [...] Y le ponen una cita, una visita para el médico y ah, pues para dentro de un mes y yo ah, pues démela por ya que estoy enfermo, no pero es que no hay ahora, no hay, no hay. Siempre que para dos meses, pero es que no puedo esperar dos meses. Estoy enfermo, me duele el estómago, por decir, tengo un problema, yo es que no lo puedo atender porque no hay visita en un mes. Eso no me ha gustado mucho, la verdad.[...] Un mes, casi dos meses para una visita. Bueno yo les reclamo y al fin me dan una visita para ocho días o cinco, no más.” (22U – Colombia)

Este tiempo de espera excesivo puede tener diversas consecuencias sobre su problema de salud y sobre la utilización de los servicios. En relación al problema de salud, el discurso mayoritario es que la espera prolongada provoca que los síntomas y la enfermedad empeoren, y emerge el miedo a morir durante este periodo. No obstante, algunos informantes opinan que durante el tiempo entre que se solicita la cita y el día de la misma la enfermedad puede evolucionar favorablemente y no ser necesaria la consulta.

“si te pasa algo [...]allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora [...] no vas a entrar ya, que va imposible, ya te cuesta ir, pff, caerte, morirte, pero es que no vas entrar es que no, es que no, no, no, no...” (23U – Marruecos)

“Pues depende a ver los... a ver si después te vas a encontrar mejor [cuando ha pasado el tiempo de espera hasta la cita de primaria] no sé si te vas a ir o no la fecha que lo tienes...” (35U – Rumanía)

En relación a la utilización de los servicios, en la mayoría de casos en que el tiempo desde que se solicita hasta que se obtiene la cita es excesivo, acuden a centros de urgencias (tanto hospitalarios como de primaria) para ser atendidos antes.

“yo prefiero llevarlo al niño por sus problemas que tiene, si le coge algo yo prefiero llevarlo al hospital porque yo que sé, pero entonces me va a dar tiempo de llevarlo allí, me entiendes, de perder tiempo con el niño.[...] Sí, porque [centro de salud] hay mucha gente, porque es turno y en cambio que en el hospital, según el caso, lo atienden más rápido.” (20U – Colombia)

En ocasiones, para evitar esta espera, deciden acudir a la farmacia, a un centro sanitario privado, o bien no acuden a ningún centro sanitario.

La demora en la atención de las urgencias hospitalarias

El discurso mayoritario indica que el tiempo de espera desde que la persona llega a un servicio de urgencias hospitalario hasta que es atendido es excesivo. No existen diferencias relevantes entre grupos de informantes.

“, jo...he anat molt poques vegades [urgencias hospital] però lo que he anat ha passat bé. El problema només és que es tarda molt ¿eh?. Per exemple, la meva tia, tenia un problema dels ulls i hem anat, hem anat a l'emergència i saps que hem d'esperar per 4 hores en aquest situació d'emergència.[...] A un hospital del pobleXX i...tenia molt dolor i tot això. I m'ha passat a mi de vegades, quan tinc problemes de respiració, doncs tinc que anar a l'emergència i tinc que esperar molt...” (33U – Pakistán)

Esta demora se considera particularmente excesiva cuando el problema de salud que les ocupa es muy urgente, y en general la transigencia o disponibilidad a esperar se relacionan con la gravedad y/o emergencia del problema de salud. En este sentido, algunos informantes valoran positivamente el papel del profesional sanitario encargado de clasificar a los usuarios según su gravedad y urgencia. Marginalmente emerge la opinión contraria, que el tiempo de espera no es excesivo sino que se ajusta a la demanda, también en relación a la priorización de los pacientes más graves.

La espera se atribuye en general a la falta de recursos, y, en menor medida, a la sobreutilización por parte de los autóctonos, que según un informante no saben diferenciar síntomas graves y leves.

“bien, la verdad. Aunque te hagan esperar un poco en las urgencias pero supongo que es algo normal, no? tanta gente pues supongo que no dan abasto,no...[...] La espera supongo porque no hay suficientes médicos, no, supongo, digo yo, vamos no sé, tampoco entiendo mucho y no he visto nada, pero supongo que será por eso porque los médicos no dan abasto por la gente, que tiene tanta gente también... es que este hospital pertenece a toda esta zona de aquí, [...] uff, son muchos pueblos por aquí cercanos y vienen todos aquí, si se te acumula pues ya me explicarás.” (23U – Marruecos)

“No sabe emergencia, (...) Aquí en España [...] Yo vomito, yo rápido una taxi aquí. Ah, vale siéntate. Después 4 horas sentado, 4 media. Esta emergencia, también tontería. Emergencia[es para] que gente mucho enfermo... [...] Tú mucho enfermo sí emergencia, y poco tiene fiebre...no, tu doctor ambulatorio, casa paracetamol [...] En España mucha gente mayor emergencias, no sabe que no tan grave como para emergencia, puede curarse en casa”(12U – Pakistán)

Si bien de manera marginal, un mediador expone que la demora en ser atendidos ocasiona problemas laborales a algunos usuarios ya que se ausentan mayor tiempo del previsto, y en previsión de ello algunos esperan hasta poder solicitar un día libre para acudir a urgencias.

El tiempo de espera en urgencias tiene consecuencias directas sobre la salud y la utilización de servicios de los individuos que la experimentan. En primer lugar, puede ocasionarles un agravamiento de la enfermedad y emerge el miedo a la muerte durante el tiempo de espera.

“Todo el mundo dice que el trato, allí [urgencias hospital] llega un enfermo pero grave, grave, y espera 4 o 5 o 5 horas ahí para que lo atiendan. Entonces allá si me quejo en el Hospital XX. [...] el ‘Nombre Hospital’ es espantoso. Allá hay que ir... toda la gente, los comentarios es de que no has de ir al ‘Nombre hospital’, es esperarse y morirse.[...]” (22U – Colombia)

Es por ello que algunos acuden a centros privados u otros centros públicos (hospitales de referencia) para ser atendidos antes. A veces abandonan el centro y regresan a sus hogares, acudiendo en algunos casos a la farmacia y/o automedicándose. En ocasiones, en previsión de los tiempos de espera ni siquiera acuden al centro de urgencias sino que van a la farmacia en búsqueda de un tratamiento a su problema de salud.

“és més pràctic anar a comprar una capsula de pastilles que anar a urgències, esperar dos hores per a que te receptin un medicament” (25M)

La demora en la atención de los servicios especializados

El tiempo de espera para ser atendido por los especialistas (el tiempo entre que se solicita la cita hasta el día de la cita, el día en que se obtiene la atención), que oscila entre varios meses hasta más de un año, es valorado como **excesivo** por la mayoría de los entrevistados. Las especialidades que aparecen en los discursos en relación a la espera son ginecología, gastroenterología, cirugía general, dermatología, traumatología y oftalmología.

“Però generalment està bé però saps que és un procés una miqueta més llarg, si tenim que sol·licitar una visita amb algú especialista és...el procés és més llarg.[...] Per exemple he tingut l'operació del genoll al Maig passat, no era aquest Maig, però el procés ha començat un any i mig abans i després d'un any i mig he solucionat el problema.” (33U – Pakistán)

Tan solo un informante opina que dicho tiempo de espera, si bien excesivo, no supone un problema para él. Otro usuario considera que, dado que los trabajadores contribuyen económicamente a su financiación, es injusto e incoherente que exista un tiempo de espera excesivo en los servicios de especialistas de centros públicos.

“A ver que le digo yo...pues no, (...) yo pienso que si la gente está pagando su Seguridad Social tiene más derecho de exigir que lo atiendan y con más rapidez un poco mejor, yo creo. Uno paga una Seguridad Social aquí, cuando es gratis, gratis es diferente pero si uno está trabajando y paga la Seguridad Social, a uno le descuentan todos los meses de su sueldo, tanto de Seguridad Social, entonces pienso que tiene un derecho adquirido ya, pues necesita que lo atiendan con un poco más de eficacia.[...] como más...un poco más rápido. Porque ya le digo, si le ponen una cita para 3 meses, 4 meses, no se justifica.” (22U – Colombia)

Las opiniones sobre la espera en la atención especializada emergen en mayor medida del grupo de mediadores y representantes.

En relación a las consecuencias que la espera en la atención especializada supone, del discurso mayoritario emerge el temor a que la enfermedad evolucione, los síntomas se agraven e incluso se pueda llegar a morir durante el tiempo de espera.

“La única cosa que quejan es de la espera, [...] y siempre dicen mientras que esperamos nos podemos morir, [...] Por ejemplo, tema de digestivo, llevan años con hepatitis pero no saben porque allí no hacen tantas pruebas, cuando llegan aquí, hacen las esperas, se encuentran de repente, ¡ah! tenemos esa enfermedad, los médicos entonces cuando dan visitas y además no dan medicamento, (...), un año de prueba, no sé qué cuanto tiempo de pruebas, de visitas, de pedir permiso no sé qué y dicen en todo ese tiempo podemos haber morido [muerto]”(32M)

Por el contrario, un informante considera que podría llegar a mejorarse e incluso curarse en el intervalo de tiempo hasta la cita.

A causa del temor al agravamiento de la enfermedad, algunos refieren acudir a centros privados en búsqueda de atención sanitaria con mayor brevedad, y otros buscan en la farmacia alivio a los síntomas que padecen. Aunque de manera marginal, emerge la conducta de regresar al país de origen para ser atendidos allí. El amplio intervalo de tiempo hasta la cita también puede causar su olvido, y por tanto, no acudir a la cita. Algunos informantes muestran resignación ante la excesiva espera.

“Y a veces también en las otras..., como de la ‘Nombre centro especialistas’ a veces te dan como un que..., tiene que programar...que no tendrá una programación hasta dentro de 2 meses o así y luego te llaman, eso también peor...esto mal.[...] siempre te dirán que aún no hay visita de eso y tiene que esperar cuando hay. Bueno, y tú qué vas a hacer, esperar, esperar y ya está.[...] A dónde vas a ir? Ninguna parte, solamente esperar.” (14U – Senegal)

Del discurso de un informante emerge la preocupación por su salud al realizar las pruebas preoperatorias un año y medio antes de la fecha en que finalmente se le opera y no repetirlas ni realizar ninguna exploración más previa a la intervención, pues considera que en ese tiempo los valores de la analítica y su estado de salud podrían cambiar y afectar el resultado de la intervención quirúrgica.

“tuve que esperar año y medio para que me operaron de coágulos en la vesícula, [...] Pero lo que veo mal, [...] yo lo que no veo lógico, desde mi punto de vista, es que a mí me hagan [...] todos los exámenes preclínicos para una operación [...] que me lo hagan hoy y me operen dentro de año y medio. Y que dentro de año y medio ni siquiera revisen nada. ¿Por qué? Porque yo no sé mi organismo como puede evolucionar en año y medio. Y yo le decía, ¿ay y me vas a operar? Pero si no me has hecho nada. Yo le dije, por ejemplo, (...) yo nunca he sufrido de la presión ahora la mantengo alta y estoy tomando un medicamento, pero Jesús no me ha preguntado y me mete a quirófano” (19R)

La tabla 5 recoge, de manera resumida, los resultados más relevantes relacionados con la demora en los tres niveles asistenciales analizados.

Tabla 5. Causas y consecuencias sobre el acceso y utilización de servicios sanitarios de la demora en la atención en los diferentes centros y niveles asistenciales.

Causas	Barrera: largos tiempos o demora en la atención	Consecuencias sobre la salud y sobre el acceso a la atención
Atención Primaria		
<p>Gran volumen de pacientes</p> <p>Falta de recursos</p> <p>Mala utilización del tiempo de consulta por parte de algunos profesionales médicos</p>	<p>Demora excesiva para obtener una cita</p>	<p>Agravamiento de la enfermedad</p> <p>Mejora de los síntomas y/o enfermedad</p> <p>Acuden a urgencias de hospital (y de atención primaria)</p> <p>Acuden a centro de atención privado</p> <p>Acuden a farmacia, se automedican</p>
	<p>Impuntualidad en el horario de las citas, demora excesiva en la sala de espera el día de la consulta</p>	<p>Urgencias de hospital (y de atención primaria)</p> <p>Agravamiento de la enfermedad</p>
Urgencias hospitalarias		
<p>Gran volumen de pacientes</p> <p>Falta de recursos</p> <p>Sobreutilización por parte de los autóctonos</p>	<p>Demora excesiva en la sala de espera para ser atendido</p>	<p>Agravamiento de la enfermedad</p> <p>Abandonan urgencias</p> <p>Acuden a centros privados u otros centros hospitalarios públicos</p> <p>Acuden a farmacia, se automedican</p>
Servicios especializados		
	<p>Demora excesiva para ser atendido (desde que se solicita la cita hasta el día de la cita)</p> <p>Demora excesiva para intervenciones quirúrgicas</p>	<p>Agravamiento de la enfermedad</p> <p>Mejora de los síntomas y/o enfermedad</p> <p>Acuden a centros privados</p> <p>Acuden a sus países de origen para ser atendidos allí</p> <p>Farmacia / automedicación</p> <p>Olvidan la cita y no acuden</p> <p>Resignación ante la espera</p>

2.6. Programación de citas en atención primaria

La necesidad de programar una cita para ser atendido en la consulta de atención primaria supone una barrera de acceso a la atención para algunos de los entrevistados. El proceso de solicitar una cita resulta complicado por los trámites necesarios y consideran que retrasa la atención sanitaria; opinan que cuando una persona necesita ser atendida debería poder ser atendido en el momento sin tener que programar una cita previa. Algunos informantes lo comparan con el acceso directo y sin necesidad de cita previa que existe en su país de origen.

“allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora.. No vas a llegar y entrar, claro... [...] no vas a entrar ya, que va imposible, ya te cuesta ir [...] digo voy aquí un momento, me atiendo allí y... que va, que va!” (23U – Marruecos)

“Mira, mi país si yo estaba mal, no falta coger cita, tú va cuando tú quieras. Aquí en general es diferente, sí. Allá no hace falta coger cita. Cuando estaba mal tú va, cuando tú va, la gente y esperan si usted es muy mal. Los personas que están te dejan pasar, aquí no sé, no sé si...(riu)”(05U- Senegal)

Elementos relacionados con la calidad percibida de la atención sanitaria

Del discurso de los informantes surgen elementos relacionados con la calidad percibida de la atención sanitaria que actúan como barreras al acceso y que se pueden agrupar en tres ámbitos: la calidad técnica de la atención, la comunicación entre profesional sanitario y usuario, y el trato del profesional sanitario.

2.7. Calidad técnica de la atención sanitaria

Varios son los elementos que emergen del discurso de los informantes y que provocan la percepción de la **escasa capacidad resolutive** de la atención sanitaria recibida. En primer lugar surge la **brevedad del tiempo asignado** a la consulta médica, lo cual provoca una presión para resolver el problema de salud con celeridad que dificulta la comunicación entre profesional y paciente y por ello, la resolución del problema.

“Ellos quieren hacer la faena más rápida y se va, es lo que tienen, que tienen prisa.[...] Y también, el problema, cuando hacen visita, hacen la visita a la misma casi, o por cinco minutos, o por dos minutos, eso no puede ser.” (24U – Marruecos)

En segundo lugar, del discurso de muchos de los informantes emerge la **ausencia de exploración física** o la insuficiente exploración, en particular en los centros de atención primaria. Opinan que es incorrecto asignar un tratamiento sin haber realizado una exploración previa para conocer la causa de los síntomas, sin establecer un diagnóstico previo, ya que consideran que sin conocer el origen de los síntomas no se podrá curar la enfermedad. Esto les genera incertidumbre y preocupación por su estado de salud.

“No me gusta [el centro de atención primaria] porque debería ser como en el hospital. Si hay una urgencia, pues atienden pero solo lo requisan [miran] a uno, como me parece a mí que como por encima y ya le mandan cualquier medicina y ya.[...] Y ya te dicen que si la medicina no te este pues...,¿entiendes?[...] en el centro de salud. En el hospital no lo dejan salir a uno hasta que no le hagan exámenes de todo ¿eh?” (20U – Colombia)

Por otro lado, emerge la expectativa de concluir la consulta médica con una solución al problema de salud, y por ello consideran inadecuada la **conducta expectativa** (esperar un tiempo y observar cómo evoluciona sin proponer ningún tratamiento) que recomiendan algunos profesionales ante determinados síntomas.

“La gente está acostumbrada bastante, bueno, en Rumania, bueno ir a un médico, decirle lo que le pasa y salir de allí con una receta. O sea, imprescindible salir con una receta, que no se les diga, espérate que va a pasar. Entonces quieren la solución y quieren que sea rápida. O sea, aunque este tratamiento no sea el mejor pero que se les de algo y mejorar, les da igual, a veces aunque sea psicossomático pero bueno da igual no. Aquí muchas veces han venido y la niña digamos de la familia tenía tos y el médico la vio y le dijo bueno, está bien, no tiene nada, pues no salieron muy contentos de esto” (01R)

De igual forma emerge la discrepancia con la prescripción de **tratamientos calmantes o sintomáticos**, al considerar que no se está tratando el origen de la enfermedad y que por tanto, ésta puede evolucionar y empeorarse su estado de salud.

“que intentan de mirar más la cosa, mirar más la cosa porque, por ejemplo, igual vas al médico, si te pregunta qué te pasa, ¿qué te pasa?, me duele el estómago. Te recetan unos, unos, unos...”obepрасol” y te dicen, bueno va esto yo lo veo mal. Porque si una cosa se puede curar no veo la razón para calmarlo, que se cura y ya está. Así esto aprovechará a los servicios

sanitarios y al paciente, también. Porque si lo tienes curado ya no tendrás que ir otra vez al médico.[...] Te dan una pastilla y venga, ala. [...] si se puede curar, que se pongan a curarlo y no a calmarlo.” (13R)

Del relato de las experiencias de varios informantes emerge también la percepción de **desconocimiento y diagnóstico y/o tratamiento equivocado** por parte de los profesionales en relación a la patología que sufrían, que genera desconfianza general del sistema sanitario y los procesos diagnóstico-terapéuticos desarrollados.

La percepción de mala calidad técnica y de la escasa capacidad resolutive detectada por los informantes comporta diferentes consecuencias. Emerge sobre todo la conducta de **consultar otro profesional** médico, de búsqueda de una “segunda opinión”, tanto del mismo centro (petición de cambio de médico), como de otros centros con mayor capacidad resolutive (centros hospitalarios o de especialidades). No se mencionan explícitamente clínicas privadas, pero sí emerge, aunque de manera marginal, la búsqueda de atención en el país de origen u otros países en cuyo sistema sanitario confían más.

“mi hijo tuvo un accidente hace 2 años. [...] se fracturo la clavícula [...] lo mandaron operar en Barcelona, pero muy mal, muy mal. [...] pues ya no puede subir el brazo, le dolía mucho. Él me dice que el médico se equivocó al operarle y en lugar de...si la soldan, la ponen así, le ponen una platina con unos tornillos, [...] pero este no le hizo eso, le hizo así, [...] él vino aquí muy mal, no podía, no podía, muy mal. Entonces se fue y le tomaron unas radiografías. Bueno, pero a usted quién le hizo esto, aquel traumatólogo, me operó en Barcelona, es que no le hicieron nada, está muy mal. Lo mandaron al de otro traumatólogo, es que es el mejor del mundo, no sé, y lo operó pero que muy bien, pero la primera operación, muy mal. O sea me hace que falla un poco la medicina aquí, no es de mucha, mucha confianza,” (22U – Colombia)

Algunos informantes atribuyen la **automedicación** y la búsqueda del tratamiento en la farmacia a la exploración insuficiente que reciben y la conducta de los profesionales de prescribir calmantes sin diagnóstico previo. Consideran que pueden eludir el proceso de la consulta y consumir directamente el fármaco que les sería recetado. Cuando perciben que el tratamiento asignado no funciona, en ocasiones solicitan medicamentos a sus países de origen. Finalmente, la escasa capacidad resolutive genera una desconfianza tal en algunos pacientes que provoca que **no regresen** a dicha consulta, constituyendo una barrera al acceso en futuras ocasiones.

“van al médico y más o menos saben que llevan arrastrando algo hace años, van al médico y se ve que todavía lo llevan arrastrando. Y así no tienen la confianza que tienen que tener en los servicios médicos.[...] Porque si te vas una vez y no te da confianza, igual no volverás más.[...] muchos igual como vayan al médico y vean que no se han mejorado sus estado, tienen...tienen dudas y eso que este está capaz de sacarme de aquí o tal y otros y muchos, teniendo este presentimiento no vuelven” (13R)

2.8. Comunicación entre profesional y usuario

Del discurso de los informantes emergen valoraciones tanto positivas como negativas del proceso de comunicación que se establece entre profesional sanitario y usuario. Algunos informantes consideran que dicho proceso es **adecuado**, y que la información transmitida por el profesional sanitario (generalmente se refieren al médico) sobre el motivo de sus síntomas y sobre el resultado de las pruebas exploratorias es apropiada y suficiente. Además, de su discurso emerge la sensación de **tranquilidad** que este proceso de comunicación les genera.

“personalmente me quedo muy tranquila, es sobretodo porque pregunto las cosas que me molestan. Por eso. Por ejemplo, voy al médico de cabecera y le dices por ejemplo que tienes así, eso, eso, eso. Me refiero a las análisis por ejemplo si tengo análisis y siempre mi cabecera me coge las análisis y me explica qué es eso, eso, eso, eso bajo, eso alto... me entiendes?, así, entonces me quedo muy tranquila, muy asegurada, tengo mucha confianza y todo, sí.” (26U – Marruecos)

Sin embargo, del discurso de otros entrevistados emergen diferentes aspectos negativos del proceso de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. Varios informantes opinan que la **información** que reciben sobre su enfermedad, las causas, el pronóstico, las pruebas y/o el tratamiento es **insuficiente** o incluso en ocasiones está totalmente ausente, y consideran que se debería dedicar más tiempo a informar al paciente. Emerge también la falta de información sobre educación en salud en general o relacionado con la enfermedad que padecen, y las consecuencias negativas que esto podría tener sobre el pronóstico de la enfermedad.

“que doctor sabe que gente enfermo, no muchas cosas habla, no habla con persona, por ejemplo yo enfermo de corazón, no mi doctor habla “uy, tiene corazón problema, muy grande problema, tu puede muerto”, aquí en España, mi país corazón problema doctor pero no habla así, tiene dolor aquí, poca grasa. Doctores en España no habla, no tratan bien, por ejemplo especialista yo pregunto qué problema, después esta gente mucho pensar; en Pakistán tu doctora, tu sabes problema corazón, mejor tu mañana caminar, no alcohol, no cigarro... aquí no, aquí no hablan y gente no sabe, no sabe grasa malo... Mi país ahora tu cigarro tu no pastilla, primero tu cigarro no, después pastilla, a las 6 tu mañana caminar un parque es bueno, tiene peso baja, mucha beber agua” (12U – Pakistán)

Mediadores y representantes consideran que con frecuencia **no se comprende la información** que se facilita y atribuyen esta falta de comprensión a la utilización de tecnicismos y el uso del catalán en vez del castellano cuando se comunican con el paciente.

“hi ha metge que és molt serio i explica tan, tan, tan, per exemple, paraules tècniques doncs sempre hi ha una barrera. Ni el metge pot arribar al pacient ni el pacient pot entendre el metge.”(25M)

Algunos informantes opinan que es el paciente quien debe preguntar al médico para obtener aquella información que necesita o que ha sido facilitada pero no ha comprendido. *“Mira, si ellos, si el médico dice que, debe coger este pastis [pastillas], es yo quien debe preguntarle, ese pastis [pastillas], para qué. Ellos pueden explicar.[...] soy yo quien debe preguntar en mi médico.” (05U – Senegal)*

Como consecuencia del proceso de comunicación inadecuado emergen la **ignorancia** respecto a su enfermedad y las recomendaciones terapéuticas y la **desconfianza** para facilitar información por parte del usuario. En algunos casos, una comunicación inadecuada, demasiado directa y carente de empatía, de un diagnóstico grave e inesperado conlleva la **repercusión psicológica** del usuario.

“Muy fuertes al expresarse. [...] Nosotros no estamos acostumbrados así...[...]Mira yo hablo por experiencia. Ahora ya tuve que ir al psicólogo porque mi hijo nació, se me tomó el líquido [...] Me le salió una manchita en la cabeza [...] la enfermera, la

doctora, la médica, como les llaman, me dijo algo muy fuerte que no me gustó y yo no quise. Yo fui a la asistente social y yo le dije [...] que me pusieran un psicólogo porque eso me había afectado mucho.” (20U – Colombia)

Facilitadores de la comunicación entre profesional y usuario por parte del sistema sanitario cuando el usuario desconoce los idiomas locales

En relación a la calidad de la comunicación entre profesional y usuario, uno de los elementos que emerge sobre todo en los discursos de mediadores y representantes como facilitador cuando el inmigrante desconoce los idiomas locales, es la existencia de **mediadores** culturales en los centros sanitarios.

“Bueno el problema del idioma ahora casi casi no existe porque hay mediadoras y ya está, esto [rie] está solucionado con las mediadoras.[...] Porque si alguno no sabe o no entiende con la mediadora facilita muchísimo las cosas, claro, porque lo explica en su idioma y entonces es más cerca y también bueno el inmigrante es más cerca también de su cabecera (...) del organismo médico en general.” (26U – Marruecos)

Los mediadores y, en menor medida, los representantes, otorgan una gran importancia al papel del mediador como facilitador del acceso cuando existe desconocimiento del idioma, destacando que su función y labor viene en gran medida justificada por esta barrera, y que gracias a su actividad de traducción muchos usuarios inmigrantes pueden acceder y utilizar de manera efectiva los servicios de salud.

“[les dones marroquines] ja saben que hi ha aquest servei [i per això] Venen soles [...] servei de mediació és molt important que es faci servir molt. O sigui, com he dit sempre, no vol dir una persona que parla una mica l’idioma que ja ha entès tot. Hi ha alguns que li diuen, per exemple, un cas que vaig tenir, té un tumor i parla perfectament el castellà però no ha entès què té com a malaltia [...] no s’haurien de confondre entre una persona que parla perfectament el castellà o el català a una persona que entengui el missatge del metge [...] Que quan tens un problema i tu no entens bé, pues s’hauria de preguntar, si no saps un no l’entén bé, s’hauria de fer servei de mediació.” (25M)

Este papel también es identificado por algunos usuarios. Sin embargo, entre los usuarios, algunos manifiestan no conocer ningún mediador, y en algún caso emerge el cuestionamiento de los servicios de mediación, en particular cuando son utilizados por inmigrantes jóvenes, ya que reduce su necesidad de aprender el idioma local.

“perquè no està bé per la gent jove, jo no ho trobo bé per la gent jove, per què? perquè tenen temps d’aprendre. Ara, un avi que està aquí que no li vas a demanar a un avi que està aquí aprendre castellà o aprendre vasc [...] n’hi ha que no en saben i no els pots obligar, tampoc és que no ho faran, un de 70 anys [...] però per la gent jove no sé potser que és molt útil, però clar que la gent vaga que diguem que no volen aquestes coses, si tenim sempre mediadors perquè volem saber el castellà, perquè aprenem el castellà o el català o el que sigui, perquè aprenem el castellà si tenim mediadors, això ho posa més fàcil, clar ho pots fer, en el treball m’ajuden, en el d’això m’ajuden, a l’hospital m’ajuden, a l’ajuntament m’ajuden, a la policia m’ajuden, no fas un esforç per això....”(28U – Marruecos)

De manera marginal emerge la ayuda que supone para la atención del usuario el profesional que domina otro idioma como el inglés o el francés (aunque se destaca el poco conocimiento que tienen los profesionales de otros idiomas) así como el hecho de disponer de profesionales de otras nacionalidades.

Finalmente, algunos mediadores consideran importante que el inmigrante aprenda el catalán (además del castellano, o antes que el castellano) de cara a la utilización efectiva de los servicios sanitarios. Por este motivo animan a los usuarios que atienden a aprenderlo.

2.9. Actitud y comportamiento del profesional

En relación al comportamiento del profesional sanitario en el trato con el usuario, no emergen diferencias en los discursos entre usuarios, mediadores y representantes. Si bien algunos consideran que el trato que reciben es adecuado, en el discurso de los informantes predominan elementos que revelan un comportamiento inapropiado por parte del profesional sanitario. Consideran que a menudo el profesional médico mantiene una **actitud fría y distante**, poco cordial, tanto en la recepción del usuario a la consulta (saludo, preguntas introductorias generales) como durante la exploración física.

“yo con él no estoy cómodo, no me gusta la atención. Yo tengo un problema en el dedo gordo del pie derecho, [...] pero a mí no me ha gustado la forma como él, me mira así el pie y casi le digo un día, no pero es que yo me baño todos los días porque miraba así de lejos [pone cara de desagrado, repugnancia].[...] Pues...yo le digo, le soy franco, no me gusta casi ir al médico porque no me gusta el médico que me atiende.”(22U – Colombia)

Atribuyen en parte este comportamiento a la **falta de tiempo** que pueden dedicar a los pacientes, por lo que se ven obligados a centrarse en el proceso diagnóstico-terapéutico.

Por otro lado, en alguna ocasión han recibido un trato **descortés e irrespetuoso**, órdenes de callar y gritos, por parte tanto de profesionales sanitarios como del personal administrativo, en situaciones en las que han solicitado más información al profesional.

“ella le dice al ortopedista, doctor, es que yo ya le he dicho en las dos citas que he tenido con usted...que me mire esta goma porque no sé si tiene que...esto que te lo miren después y tú no tienes que decirme a mí qué te tengo que mirar. Y ella le dijo, no lo que pasa es que yo ya le he preguntado varias veces porque esa goma me duele mucho y sabiendo que me va a abrir para el menisco pues yo no sé si es que puede aprovechar y sacarme eso y... es que tú no me tienes que decir a mí yo qué te tengo que hacer, tú qué te crees. Ella le dijo, no me creo nada, no, simplemente es mi cuerpo y yo quiero preguntar pues ¿es que no puedo? Le dice, es que yo soy el médico. Me decía, me provocaba (...)” (19R)

Un comportamiento inadecuado por parte del profesional puede dificultar el proceso diagnóstico, ya que no se genera un ambiente de confianza entre profesional y paciente, y se provoca en el usuario un sentimiento de vergüenza e incomodidad, lo cual le cohibe de compartir información que puede ser necesaria para elaborar el diagnóstico.

Por otro lado, cuando al usuario no le ha agradado el trato recibido, en ocasiones **no acude** una siguiente vez al mismo profesional y/o solicita un **cambio de médico**.

“la única cosa que noto es de parte de los mismos usuarios que comento que muchas veces no van o descuidan su salud [...] porque dicen seguramente no me van a atender bien” (01R)

Marginalmente emerge la conducta de petición de cambio de comportamiento directamente al profesional.

“yo con él no estoy cómodo, no me gusta la atención. [...] de pronto le reclamé algún día y ha cambiado, ha cambiado, sí. Ahora (...), saluda bien, esto es otra cosa, él ha cambiado.”(22U – Colombia)

Los resultados descritos, referentes a los tres aspectos de la calidad percibida de la atención sanitaria, se resumen en la tabla 6.

Tabla 6. Causas y consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios de diferentes aspectos de la calidad percibida de la atención sanitaria.

Causas	Consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios
Calidad técnica percibida	
<p>Brevedad del tiempo asignado a la consulta</p> <p>Insuficiente exploración física</p> <p>Asignación de tratamiento sin diagnóstico</p> <p>Conducta expectativa</p> <p>Tratamiento calmantes, sintomáticos</p> <p>Desconocimiento de la patología y/o errores en el diagnóstico</p>	<p>Acuden a la farmacia o se automedican (a veces solicitan medicamentos del país de origen)</p> <p>No acuden la siguiente vez que tengan necesidad de atención</p> <p>Acuden a otro profesional (mismo o diferente centro), búsqueda de una segunda opinión</p> <p>Acuden a país de origen u otro país donde perciben existe mayor calidad técnica</p>
Comunicación entre profesional y usuario	
<p>Proceso de comunicación adecuado</p>	<p>Sensación de tranquilidad en el usuario y clima de confianza que mejora la calidad de la atención y favorece futuros accesos</p>
<p>Insuficiente información sobre la enfermedad, pruebas y tratamiento facilitada por el profesional</p> <p>Poco tiempo dedicado a informar al paciente</p> <p>Información poco comprensible (tecnicismos e idioma)</p> <p>Comunicación del diagnóstico con poca delicadeza, brusquedad</p>	<p>Desconocimiento del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento</p> <p>Clima de desconfianza, tendencia a no facilitar información por parte del usuario que dificulta el proceso diagnóstico</p> <p>Demanda de información por parte del usuario</p> <p>Repercusión psicológica</p>
Actitud y comportamiento del profesional	
<p>Actitud fría, distante, poco cordial (falta de tiempo)</p> <p>Actitud descortés e irrespetuosa en ocasiones</p>	<p>Sentimiento de vergüenza e incomodidad en el paciente, no se establece clima de confianza:</p> <p>→ Empeora calidad de la atención (tendencia a no facilitar información por parte del paciente)</p> <p>→ No acuden la siguiente vez</p> <p>→ Solicitan cambio de médico</p> <p>→ Petición de cambio de comportamiento directamente al profesional</p>

En resumen, del discurso de los inmigrantes emergen diferentes elementos que influyen en el acceso a los servicios sanitarios y se relacionan con características de los servicios sanitarios. Entre estos destacan, en primer lugar, la insuficiente información que se provee a los inmigrantes desde los servicios sanitarios sobre su funcionamiento, en cuanto a su escasez y dificultad de comprensión de la información; el sistema y los servicios sanitarios tan solo conforman una fuente de información secundaria, poco relevante, para conocer la manera de acceder a los servicios sanitarios. La distancia emerge como barrera estructural principalmente en el caso de los centros hospitalarios y los centros de atención especializada, sobre todo para aquellos usuarios inmigrantes que residen en áreas rurales, mujeres embarazadas y en situaciones de emergencia. El pago de los medicamentos emerge como barrera al tratamiento pautado para aquellas personas que disponen de escasos recursos para ello. Asimismo, el pago de los medicamentos supone una barrera al acceso ya que los usuarios inmigrantes, en previsión de que la conclusión de la consulta será una receta para la compra de un medicamento cuyo desembolso económico no pueden asumir, deciden no acudir.

En segundo lugar, y como barreras organizativas del sistema sanitario, los horarios de atención de los centros de atención primaria constituyen una barrera principalmente para aquellas personas que trabajan, por incompatibilidad con el horario laboral. Además, el tiempo de espera desde que la persona solicita la atención hasta que se le atiende se considera excesivo sobre todo en los servicios de urgencias y la atención especializada, y en menor medida en atención primaria. En atención primaria emerge sin embargo con fuerza el incumplimiento del horario asignado de la cita, con retrasos incluso de horas respecto a la hora asignada. La demora en ser atendido es percibida como barrera por los usuarios inmigrantes pues consideran que, en consecuencia, la enfermedad se puede agravar, emergiendo el miedo a la muerte. Como consecuencia, los inmigrantes se automedican, acuden a la farmacia o a otros centros sanitarios, bien públicos o privados, viajando en ocasiones a sus países de origen para ser atendidos allí con mayor celeridad. Por otro lado, la necesidad de solicitar una cita para ser atendido en los centros de atención primaria emerge como barrera de acceso, en relación a las dificultades burocráticas y el retraso en la atención que esto supone para el usuario inmigrante.

En relación a los aspectos relacionados con la calidad percibida de la atención sanitaria que influyen sobre el acceso, emerge la escasa capacidad resolutoria al considerar que la exploración física es insuficiente, que asignan tratamientos sin conocer el diagnóstico, y que con frecuencia el tratamiento recibido es inadecuado. Todo ello provoca incertidumbre y desconfianza, buscando segundas opiniones de otros profesionales y en otros centros. Respecto a la comunicación entre profesional y paciente emerge la insuficiente y/o inadecuada transmisión de información, y la poca comprensión de la información que se transmite, que genera asimismo incertidumbre. Además, consideran que en ocasiones los mensajes se transmiten de forma brusca y poco empática, repercutiendo a veces psicológicamente en el paciente.

El comportamiento del profesional emerge en algunos de los discursos como frío y distante, que atribuyen al poco tiempo de consulta del cual disponen, y en ocasiones consideran que han recibido un trato descortés e irrespetuoso por parte tanto de profesionales sanitarios como personal administrativo. Emerge también la poca disposición por parte del profesional a ayudarles con la dificultad de idioma, y la recriminación por no dominar el idioma local. Todo ello obstaculiza el clima de confianza en la consulta, repercutiendo negativamente en el proceso diagnóstico-terapéutico, al inhibir la comunicación de síntomas por parte del inmigrante y dificultar la adherencia al

tratamiento. Asimismo, un comportamiento inadecuado desencadena, en ocasiones, que el inmigrante no regrese a la consulta y/o intente cambiar de médico.

Elementos que influyen el acceso relacionados con características del usuario

Entre estos elementos se encuentran el desconocimiento de los derechos de atención sanitaria y del funcionamiento del sistema sanitario; el desconocimiento de los idiomas locales; la situación socioeconómica desfavorable; y el rol que asume la mujer inmigrante. La dificultad de ausentarse del trabajo en horario laboral para acudir a un centro sanitario emerge como una de las barreras más importantes de la utilización de servicios para aquellos inmigrantes que trabajan. La red social emerge principalmente como elemento que ayuda en el acceso, pero también como barrera cuando la persona no puede acudir por la responsabilidad que la familia supone. Otro factor relevante en el acceso son las necesidades percibidas de atención de la salud.

3.1. Desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento

La mayoría de los entrevistados considera que una parte importante de la población inmigrada desconoce los derechos de acceso y el funcionamiento del sistema y de los servicios sanitarios de Catalunya, desconocimiento que se convierte en un factor que influye en el acceso a los servicios sanitarios, y desencadena estrategias alternativas ante un problema de salud. Las causas de este desconocimiento se relacionan tanto con la provisión de información por parte de proveedores y sistema sanitario como con factores relativos al usuario. Las causas relativas al usuario son, principalmente, el tiempo de estadía limitado, el desconocimiento del idioma y el escaso tiempo libre del que disponen para buscar información activamente.

El desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios provoca la no utilización o demora en la utilización de los servicios y automedicación, así como el uso de la TSI de otra persona y el acceso a los servicios de urgencias en vez de los centros de atención primaria.

En el discurso emergen diversas fuentes de información, si bien la principal (y, a veces la única) es el círculo social del individuo. Existen pocas diferencias entre grupos de informantes, y se centran en que el grupo de mediadores y representantes son los únicos que atribuyen el uso de urgencias al desconocimiento de los centros de atención primaria, los que principalmente identifican a los mediadores en salud como fuente de información, y los que diferencian grupos de personas con mayor o menor conocimiento sobre los servicios sanitarios.

Elementos del sistema sanitario que desconocen los inmigrantes

En el discurso de los informantes emerge el desconocimiento de diferentes aspectos de los servicios sanitarios. Sin embargo, en la mayoría de los discursos, este desconocimiento aparece referido al conjunto de “los otros inmigrantes”, conjunto en el cual los propios informantes no se incluyen.

Algunos inmigrantes consideran que el colectivo inmigrante desconoce, sobre todo al inicio de su estadía, sus **derechos** en relación a la asistencia sanitaria, la **gratuidad** en el punto de dispensación, así como la necesidad y función de la **tarjeta sanitaria** y los trámites necesarios para conseguirla.

“Ella viene de Colombia de un día para otro, [...]no tiene muchos recursos. Me dice ay ‘Nombre’ que yo estoy haciendo fuerzas que le vaya todo rápido a la muchacha porque para pagar aquí la clínica yo me voy a morir...[...] hay gente que cree que porque por ejemplo no está cotizando en la Seguridad Social, porque lleva 3 meses buscando empleo, entonces que no se puede enfermar o así y yo digo, no, no. Entonces falta un poco de información frente a ese sector de la cobertura sanitaria que se tenga o no tenga empleo.”(19R)

“...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles.”(11U – Marruecos)

Marginalmente emerge la opinión contraria, que en general los inmigrantes conocen sus derechos en relación al acceso a los servicios sanitarios.

“casi casi tothom ho sap, però me refereixo que és molt fàcil,[...] tothom sap que aquí en Espanya, perquè corre la veu, que aquí en Espanya pots no tenir paper però pots tenir la tarja sanitària, pots anar al metge gratis i sense pagar res”(28U – Marruecos)

Emerge también el desconocimiento por parte del colectivo de inmigrantes del **funcionamiento básico de los servicios sanitarios**, la existencia y características (ubicación, horarios, etc) de los diferentes niveles y centros asistenciales.

“[enferman y no acuden a los servicios sanitarios] porque no está informado de... de cómo funciona los servicios sanitarios o por cualquier otra cosa que no debería” (35U – Rumanía)

“Mucha gente de Pakistán, y otros extranjeros, no sabe que hay emergencia de ambulatoria, solo visita.” (12U- Pakistán)

“Muchos te pueden venir a las dos de la tarde o a las cinco de la tarde teniendo algo, se van a urgencias y no saben que las urgencias empiezan a las horas que ya no hay servicio, no hay servicio en inmediato.[...] Urgencias de los, de los...cómo se dice, de eso de..., de los ambulatorios.” (13R)

Causas del desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario

Muchos de los informantes atribuyen el desconocimiento sobre los servicios sanitarios a la corta estadía y al **desconocimiento del idioma** local, al dificultar la comprensión de la información. Según usuarios marroquíes, los inmigrantes en **situación administrativa irregular** desconocen en mayor medida el sistema de salud y su funcionamiento, así como los derechos de atención sanitaria.

“Para informarse a ver, depende del idioma, si domina el idioma porque si no domina vienes que buscar algo en rumano o traducir alguna página...” (35U – Rumanía)

“Quan una persona no té papers, no té suficient informacions, no hi ha ninguna persona que informar si en caso que està malalta i pot venir aquí [urgències] i demanar l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)

Algunos mediadores y representantes consideran que las **mujeres** en general tienden a estar más desinformadas, y en particular, si son solteras, ya que las mujeres casadas cuentan con el apoyo de sus maridos y de la familia para informarse. Asimismo, el **bajo nivel socioeconómico** emerge en el discurso de una mediadora como causa del desconocimiento, aquellos con un nivel de estudios bajo tiene más dificultades para estar informados.

“Crec que això de l’analfabetisme és una gran barrera, sí, és una barrera bastant important.[...] Té pot ser problemes que no tenir bastant informacions sobre serveis que n’hi ha per aquí i tot això” (25M)

Por otro lado, una parte del desconocimiento es atribuido a la **actitud del individuo**: la falta de voluntad para informarse relacionada con el desinterés general que muestran ciertas personas supondría un obstáculo al conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios. Asimismo, algunos informantes refieren no disponer de tiempo para informarse.

“Bueno creo que depende de la persona porque si la persona quiere informarse se puede informar. Así para caer sólo la información del cielo, no, bueno tiene que estar abierto a recibir información” (35U – Rumanía)

De algunos de los discursos emerge que la información que se obtiene a partir del círculo social puede ser incorrecta, y contribuir al desconocimiento sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios. Mediadores y representantes también atribuyen el grado de conocimiento de los servicios sanitarios a ciertas características del colectivo al que pertenece. Así, las personas de Senegal son consideradas más sociables y con más facilidades de obtener información al interactuar más entre ellos que las de Rumanía, que tienen una forma de ser y/o de inmigrar más “individualista” y por ello tendrían menos oportunidades de informarse a través de la red social.

Consecuencias del desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario

Este desconocimiento provoca diferentes consecuencias sobre el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios. En primer lugar, si el inmigrante no conoce los derechos de atención en los servicios sanitarios o los trámites de la tarjeta sanitaria, **demora** la búsqueda de atención. Asimismo, un informante atribuye el **uso de la tarjeta sanitaria de otra persona** al desconocimiento sobre la posibilidad de ser atendido cuando se posee la tarjeta sanitaria pero no se lleva encima.

“Va fer servir la targeta de la seva cunyada. Que ella en aquell moment vivia a casa del seu germà petit, però a Platja d’Aro, i quan es va posar malalta estava a casa de l’altre germà a Sant Feliu. Estava molt malalta i l’han portat a urgències de Sant Feliu i va fer servir la targeta de la cunyada. [...] Sí, perquè ella té, o sigui, si com està segura si un dia se va sense targeta, no li deixen entrar. [...] que pot entrar només quan dóna el nom, ella no ho sap.”(10U – Marruecos)

En segundo lugar, en ocasiones, cuando desconoce la organización y funcionamiento básico de los servicios sanitarios, gratuidad, ubicación y horarios, a menudo **no acude**, recurre a la **automedicación** y las **farmacias** para solucionar su problema de salud.

“No, no saben. [cómo y dónde acudir si se ponen enfermos] Quedan en casa o...toman medicinas sin receta de médico.” (17U – Senegal)

Asimismo, mediadores y representantes opinan que el tiempo de espera hasta ser atendido se puede ver alargado si desconocen los horarios de atención de los niveles de atención sanitaria, así como el funcionamiento interno de cada centro en la asignación de citas.

“Me encuentro con gente que tenía; debería venir para hacer análisis de sangre a la ocho, viene sentadito hasta las diez. Como yo siempre (...) para aquí (...) para allá, paseando a ver si algunos tienen problema, entonces cuando nos van paseando gente que han durado mucho tiempo no lo llaman, dicen, mira, estoy aquí hace mucho tiempo aún no me han llamado. Digo, no se puede ser, ¿cómo que no te han llamado? ¿A qué hora tenía visita? ¡Dame el papel! que mira que está aquí. Y yo lo miro. Pero no te puede llamar, tú tenía que darlo este papel, cuando ya esté te van a llamar, pero si te quedas con esto nadie (...) no sabe que tú esta aquí.” (15M)

Finalmente, del discurso de mediadores y representantes emerge el uso de los servicios de **urgencias hospitalarias** en vez de los centros de atención primaria (tanto con cita previa como las urgencias de primaria) en relación a la ignorancia sobre el funcionamiento y existencia de los centros de primaria.

*“en vez de llegar al ‘NombreHospital’ directamente, que hay un sitio dónde lo atienden mucho más rápido porque sí que es una **urgencia** pero que no es tan urgente que demande la atención del ‘NombreHospital’. Esa parte, todavía mucha gente no la conoce.” (19R)*

Fuentes de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario y los servicios de salud

Del discurso de los informantes emergen diferentes fuentes de información formales e informales. Entre las fuentes de información informales la mayoría considera que, en general, todos los inmigrantes obtienen la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios del **círculo familiar y social**, por la proximidad cultural y geográfica (a menudo comparten piso o residen en el mismo barrio) y por la posibilidad de comunicarse en su propio idioma. Habitualmente, se trata de personas que llevan más tiempo residiendo en el país, y por tanto con más experiencia sobre los servicios sanitarios. En el caso de las mujeres que llegan a Cataluña por reagrupamiento familiar, acostumbran a ser los maridos los que proporcionan toda la información necesaria.

“hay que preguntarle porque cuando llega alguien pues uno por el acento conoce que somos paisanos y uno pregunta. La mayoría de la gente que venimos de mi país ya sabemos a dónde vamos llegar, desde que venimos del país sabemos que vamos a llegar a este piso porque te conozco a ti o porque conozco a alguien. Entonces como cuando ya llegamos a los pisos, pues normal que informan a uno la otra persona que tiene más tiempo.” (20U- Colombia)

“Le ha pregunta (...) ha preguntado a la gente. [...] amigos de nosotros sabe. Él vive aquí mucho tiempo, sabe aquí. Si preguntamos estos, si cuando llegamos a ‘Nombre ciudad’ o ahí cogemos una taxi, el taxi podemos llevar hasta el médico [...] El médico el esta ahí. [...] Cuando tu llegas al pueblo puede tu pregunta, ahí también hay mucho amigos de nosotros, preguntamos donde está el medicament, y ya nos enseñar ahí. [...] Dice que, cuando llegas ahí hay gente (...) primero tú no sabes, pero tu, tu, tu amigo si estaban. Estaban ahí antes, él sabe. Si tú no tienes aquí también amigos, pero en cambio te has visto con africano otro africano, si tú le pregunta puede él darle dirección para ir al médico. Ya está. Si tu has visto un africano a la calle, tu puede preguntarlo, puede explicarlo esto” (16U – Senegal)

Si bien su papel como fuente de información es menor, en los discursos de los informantes emergen también fuentes formales de información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto relacionadas con el sistema de salud, como con el sistema social y laboral. Entre las fuentes de

información formales no relacionadas con el sistema de salud (las relacionadas con el sistema están descritas en el apartado de Provisión de información insuficiente) emergen los **ayuntamientos** como lugares donde según los informantes se recibe información sobre los trámites necesarios para obtener la tarjeta sanitaria, el funcionamiento del sistema sanitario y sobre la ubicación del centro de atención primaria que le corresponde.

“Del ayuntamiento me dieron dirección para hacerme tarjeta y también me daron dirección de (...) para (...) de una oficina de atención social, también. Por el (...) para ver (...) por si alguna vez tienes problemas con el salud o con (...)” (37U – Rumanía)

Por otro lado, todos los representantes entrevistados así como varios informantes usuarios consideran que las **asociaciones** de inmigrantes así como otras de tipo benéfico y/o de carácter social (Caritas, Cruz Roja, Salud y Familia) se facilita información sobre los servicios sanitarios y se deriva a las personas inmigradas a los centros de atención sanitaria para que sean informadas allí. Por otro lado, emergen también en las asociaciones el trabajador social, los cursos de idioma y aulas de adultos como personas y entornos que proporcionan información.

El **entorno laboral** emerge como fuente de información formal e informal sobre los derechos de asistencia sanitaria y los trámites necesarios para obtener la tarjeta sanitaria. En aquellos casos en que existe contrato en origen la empresa facilita información sobre varios aspectos que incluyen el funcionamiento de los servicios de salud. Además, algunas asociaciones acuden específicamente a informar a los trabajadores inmigrantes de ciertas empresas. Por otro lado, entre compañeros de trabajo se comparte también información relacionada con el sistema sanitario.

*“Información también damos porque ahora por ejemplo en verano en los **sitios donde trabajan** los temporeros [Salud y Familia] les vamos informando que existe esto, existe lo otro.[...] Para ir al médico, para poder enseñar al médico.” (04M)*

Finalmente, si bien de manera circunstancial, algunos informantes obtienen información a través de medios de comunicación (televisión) así como a través del material de información general para inmigrantes editado por La Caixa.

La tabla 7 recoge los resultados descritos en relación al desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento.

Tabla 7. Causas de los diferentes aspectos que desconocen los inmigrantes sobre los servicios sanitarios y sus consecuencias sobre el acceso y utilización.

Causas del desconocimiento	Elementos que desconoce	Consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios
<p>Corta estadía</p> <p>Desconocimiento del idioma local</p> <p>Situación administrativa irregular</p> <p>Bajo nivel socioeconómico</p> <p>Género femenino (en particular mujeres solteras)</p> <p>Falta de voluntad/desinterés</p> <p>Círculo social provee información incorrecta</p>	<p>Derechos de atención sanitaria</p> <p>Tramitación y uso de la tarjeta sanitaria</p> <p>Gratuidad de la atención en el punto de dispensación</p> <p>Funcionamiento y organización de los servicios sanitarios, ubicación y horarios</p>	<p>Demora en la búsqueda de atención sanitaria</p> <p>Uso de la tarjeta sanitaria de otras personas</p> <p>No acuden</p> <p>Farmacia / automedicación</p> <p>Demora en el tiempo de espera hasta ser atendido en el centro (por no comprender indicaciones y funcionamiento y organización internos de los centros)</p> <p>Acceso a urgencias de hospital</p>

3.2. El desconocimiento de los idiomas locales

En este apartado, cuando se habla del conocimiento o desconocimiento del idioma local sin especificar cuál de los idiomas oficiales que existen (castellano y catalán), se refiere a alguno de ellos (o ambos) sin que haya diferencia en el discurso de los informantes.

La mayoría de los informantes coinciden en señalar que el desconocimiento del idioma local supone una barrera para el acceso a los servicios sanitarios. Si bien no existen grandes diferencias de discurso entre los grupos analizados, los **mediadores** y, en menor medida, los **representantes**, otorgan siempre una **mayor importancia al idioma** y al papel de mediadores y traductores como facilitador del acceso cuando existe desconocimiento del idioma.

Por otro lado, en el colectivo **colombiano**, por coincidir su lengua materna con uno de los dos idiomas locales, el conocimiento del castellano emerge como elemento facilitador del acceso. Sin embargo, en este colectivo el desconocimiento del catalán en algunas ocasiones puede suponer una barrera a los servicios sanitarios, pues conlleva dificultades para entender la información escrita y oral que se les proporciona, así como para la comunicación con los profesionales sanitarios.

“los colombianos tenemos la facilidad que el catalán, de que el castellano el catalán lo sabe y lo entiende, entonces no hay como un problema de comunicación por ese lado. [...] No, el idioma no es barrera para nosotros por eso de digo porque como tú hablas en castellano y al catalán yo le hablo en castellano y a mí (...) está en castellano, entonces para nosotros no es barrera” (19R)

“los colombianos tenemos la facilidad que el catalán, de que el castellano el catalán lo sabe y lo entiende, entonces no hay como un problema de comunicación por ese lado. [...] No, el idioma no es barrera para nosotros por eso de digo porque como tú hablas en castellano y al catalán yo le hablo en castellano y a mí (...) está en castellano, entonces para nosotros no es barrera” (19R)

“no las cartas del niño[del pediatra] yo no las entiendo ninguna, todas vienen en catalán. Tengo que buscarme un español...aquí yo bajo al bar a preguntarle a alguien qué dice allí y porque yo no entiendo.[...] No yo eso es muy difícil. Eso tiene palabras italianas, las palabras italianas sí las entiendo más pero las catalanas no. Paso mucho trabajo. El niño sí, la pediatra...cuando va [...] sí me le hablan catalán.” (20U – Colombia)

El desconocimiento de los idiomas locales es identificado como una barrera, tanto de entrada al sistema como, una vez dentro del sistema, para el uso de los servicios de salud. En relación a la entrada al sistema sanitario, el desconocimiento de los idiomas locales dificulta la obtención de información así como la tramitación de la tarjeta sanitaria. En primer lugar, los informantes consideran que **dificulta la obtención de información** sobre el sistema sanitario, cuando esta se encuentra sólo en alguno de los idiomas locales, limita las fuentes de información a aquellas que están en el idioma o idiomas que domine el usuario, principalmente su círculo social, pero también otros canales como internet y agencias u organizaciones de su colectivo. Algunos de los informantes que dominan el castellano hacen referencia explícita al desconocimiento del catalán como barrera a la información sanitaria.

“Para informarse a ver, depende del idioma, si domina el idioma porque si no domina vienes que buscar algo en rumano o traducir alguna página... y entonces, pero (...) los más posibles, bueno... o llamar al consulado de Bucarest o informarte de alguna manera porque si no... pero lo más probable es que por algún conocido y así interesa...” (35U – Rumanía)

En segundo lugar, la incompreensión del catalán emerge, aunque débilmente, como barrera para la obtención de la **tarjeta sanitaria**, al dificultar la comprensión de la burocracia asociada a su tramitación.

Una vez han accedido al sistema sanitario, el desconocimiento del idioma actúa como una barrera en la solicitud y comprensión de las citas así como de la organización de las consultas en los centros (sistema de turnos, señalización de los lugares de espera e indicaciones sobre el procedimiento de entrada a la consulta).

“si uno va al médico, se fija primero en los letreros. Porque si tienes que ir al consultorio uno y te vas al siete a esperar ahí, “na” más que te pasan el nombre, tendrás que esperar hasta que terminen todos para poder pasar (pausa) y allí pierden mucho tiempo.[...] Por el idioma, claro.” (13R)

Por otro lado el desconocimiento del idioma **dificulta la comunicación** con los profesionales sanitarios, tanto la explicación de los síntomas, como la comprensión de la información que reciben sobre su diagnóstico y tratamiento. Algunos informantes, principalmente mediadores, indican que los inmigrantes muestran vergüenza a admitir y expresar que no entienden. Los mediadores atribuyen este sentimiento al deseo de sentirse integrados y, en ocasiones, a la sensación de rechazo que reciben por parte de algunos profesionales que consideran que es obligación del usuario inmigrante aprender el idioma. Este sentimiento de vergüenza cohibe al usuario inmigrante a la hora de expresarse y de plantear preguntas en la consulta, acentuando la barrera en la comunicación.

“Claro, porque si tu no hablas un idioma algo te duele, tú no puedes describir, tú no puedes decir que te duele, cómo te van a explicar? Claro, no te entiende” (06U- Senegal)

“Ella explica que ahora, porque ella sabe hablar un poco pero antes no, era difícil ir al médico.[...] Fins i tot li fa vergonya perquè no, com que no sap dir-li el que ja es un, clar, això li impedeix d’anar al metge [...] Me da vergüenza, no puedo [...] Dice que (...) para que no se ría de ella.[...]ha passat el fet de que ella s’ha sentit incòmoda.”(08U - Marruecos)

De manera marginal emerge la opinión contraria, que el desconocimiento del idioma local no constituye una barrera en la comunicación con el profesional sanitario durante la consulta.

“Antes tampoco hablaba bien. Y al mismo sitio donde me he ido, por ejemplo cuando yo me he ido sin tarjeta a la urgencia, nadie no me ha dicho que no me entiende (...) y yo no sabía de explicarle bien, no sabía explicarle, no me ha dicho ningún médico, ninguna enfermera, no me lo ha dicho esto, no, no, no es una problema el idioma, porque (...) un médico, que es un médico y quiere atenderte, sólo cuando te mira te ve que de verdad te encuentras mal [...]no lo es, la idioma no es un problema, la idioma. Porque te entienden, porque también es que hay muchas palabras que más o menos iguales con mi idioma,” (37U – Rumanía)

Causas del desconocimiento del idioma local relacionadas con el inmigrante

Los motivos de este desconocimiento son varios según los informantes. En primer lugar, la falta de tiempo para aprender el idioma, generalmente relacionada con los extensos horarios laborales.

“Cuando hay tiempo, cuando trabajas no tengo tiempo [de estudiar el idioma], tiempo libre, no tengo trabajo, voy siempre [a clase de idioma]” (34U – Pakistán)

Algunos informantes consideran que el aprendizaje del idioma depende de la necesidad de ello que tenga cada persona, determinada principalmente por el trabajo, pero también por el interés de

contribuir en la educación de los hijos y de interaccionar con la sociedad de acogida. En este sentido, también emergen la falta de necesidad de aprender catalán cuando ya se habla el castellano y la mayor dificultad que supone el aprendizaje del catalán en comparación con el castellano. Son los factores que aparecen que determinan que la mayoría de inmigrantes aprende antes, o solamente, el castellano.

“Català els hi costa molt més que no pas el castellà. [...] no t'ho sabria dir [per què], perquè clar, jo com que ho he après de petita doncs a mi per exemple no em costa, però gent que ve diu òstia, si ja el castellà em costa de parlar-lo doncs imagina't el català. Suposo que (...) es trenquen o perquè és més, diguéssim més difícil d'aprendre, no ho sé, jo sé que és més complicat escriure'l, perquè quan has de fer les apòstrofes o les neutres per exemple és molt més diferent que no pas quan has de parlar.” (27U – Marruecos)

Por otro lado, ciertas personas y colectivos tienen más habilidad de aprendizaje del idioma que otras. La edad y el nivel educativo condicionan, según algunos de los informantes, la capacidad de aprender el idioma: aquellas de más edad y aquellas con menor nivel de estudios tendrían mayores dificultades para aprender el idioma. Un representante afirma que el conocimiento del idioma depende del tiempo que lleve la persona inmigrada en el país.

Consecuencias del desconocimiento del idioma sobre el acceso

En primer lugar, del discurso de varios informantes emerge que el desconocimiento del idioma limita y retrasa la utilización de los servicios sanitarios: ante un problema de salud, si el inmigrante no sabe el idioma, no acude a ningún servicio de salud. En ocasiones, algunos usuarios que no conocen el idioma optan por acudir a los servicios de **urgencias** para evitar así los trámites (solicitud de cita) asociados a la atención primaria, para los cuales es necesario el idioma.

“Si no saben español y enfermos, quedan casa.” (12U – Pakistán)

“[si no saben el idioma] van a veces, van de urgencias, alguns que entenen otros no entenen otros eso se rallen y se van.[...] irían a urgencias o ni siquiera eso, van a descuidar el problema.” (01R)

Algunas personas que no dominan el idioma no acuden al centro asistencial hasta no disponer de una persona que les acompañe, o hasta que ya no toleran más la dolencia, originando un **agravamiento de los síntomas y de la enfermedad**.

“[si no hi ha ningú que pugui acompanyar-lo] Aniria quan ja es trobés molt malament a urgències. [...] Sí, quan ja es trobés molt malament. Si no té ningú que li expliqui.” (27U – Marruecos)

Por otro lado, la incomprensión de las indicaciones genera **esperas innecesarias** debido a incomprensión de la organización de las consultas (sistema de turnos, señalización de los lugares de espera e indicaciones sobre el procedimiento de entrada a la consulta), e **incumplimiento de las citas** programadas por malentendidos con las fechas y horas asignadas.

Finalmente, la dificultad y la vergüenza para expresar los síntomas cuando el paciente no domina el idioma puede desencadenar un **diagnóstico incorrecto y un tratamiento inadecuado**. De la misma manera, la dificultad del paciente para comprender las pautas del tratamiento asignado puede determinar errores en el cumplimiento del mismo.

“La comunicación y para qué a veces yo no me entiendo a mi entonces creo que es importante para la persona que pueda ayudarte te pueda entender correctamente [se refiere al idioma] qué te pasa, porque sino, no te va a entender correctamente seguramente que ni la medicación no va a ser lo correcto.” (35U – Rumanía)

Facilitadores del acceso y uso de los servicios relacionados con el usuario cuando existe desconocimiento de los idiomas locales

Una gran parte de los entrevistados identifican también elementos dependientes del usuario y de su entorno social que facilitan el acceso a los servicios sanitarios cuando se desconoce el idioma, elementos tanto de la entrada al sistema como relacionados con la atención. (Los facilitadores de la comunicación entre médico y usuario cuando existe desconocimiento del idioma relacionados con el sistema sanitario han sido descritos en el apartado correspondiente de 2.1.8 “Comunicación entre profesional y usuario.”)

Sobresale en primer lugar la figura del **acompañante**. Se trata de la persona que, conocedora de ambos idiomas (uno de los locales y el propio del usuario), acompaña a aquellos que no entienden el idioma a los servicios sanitarios, hace de traductor y ayuda tanto en las gestiones como en la comunicación con el profesional sanitario.

“Sí, no, siempre iba antes [cuando no sabía el idioma], siempre iba conmigo aquí con la amiga de mis padres [que sabía el idioma], siempre iba conmigo. [...] pero ahora, o sea, a veces cuando tengo algo siempre voy a verla y todo [...] Y cuando ya sé un poquito [de castellano], tampoco mi madre no sabía [castellano], cuando yo fui al cole, cuando he hecho el cuarto ya sé un poquillo [castellano], claro, cuando llevaba mi madre que no va a ningún sitio, ya me la acompaño, acompaño a mi hermano, y todo” (24U – Marruecos)

Asimismo, algunos entrevistados señalan que oenegés y asociaciones de colectivos de personas inmigradas ofrecen ayuda a las personas que desconocen el idioma para acudir a los centros sanitarios, bien presencialmente mediante una persona que acompañaría a la consulta, bien a través de un teléfono al que llamar para realizar traducción simultánea.

Otros informantes mencionan, si bien de manera más esporádica, otras estrategias que ayudan o solventan la problemática asociada al desconocimiento del idioma: la gesticulación en la interacción con los profesionales sanitarios, la preparación de la consulta sanitaria anotando y traduciendo previamente los términos al idioma local o al inglés, acudir a la consulta con un diccionario, así como ofrecer al profesional llamar por teléfono a su pareja, familiar o conocido que haga de traductor durante la consulta.

En la tabla 8 se resumen las causas del desconocimiento de los idiomas locales, los mecanismos por los cuales constituye una barrera así como las consecuencias que tiene dicho desconocimiento sobre el acceso y utilización a los servicios sanitarios.

Tabla 8. Causas del desconocimiento de los idiomas locales, mecanismos por los cuales constituye una barrera y consecuencias sobre el acceso y utilización.

Causas del desconocimiento del idioma	Desconocimiento del idioma como barrera	Consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios
<p>Falta de tiempo para aprenderlo por horario laboral</p> <p>Falta de interés y percepción de no necesidad</p> <p>Edad avanzada y nivel educativo bajo</p> <p>Breve estadía</p>	<p>Dificulta obtención de información sobre servicios sanitarios</p> <p>Dificulta tramitación de la tarjeta sanitaria</p> <p>Dificulta solicitud de citas y comprensión del procedimiento de las consultas en atención primaria</p> <p>Dificulta comunicación con los profesionales sanitarios (directamente por no saber expresarse en el idioma e indirectamente por el sentimiento de vergüenza asociado)</p>	<p>No utilización</p> <p>Retraso en la búsqueda de atención sanitaria (espera poder ser acompañado)</p> <p>Utilización de urgencias de hospital (para evitar solicitud de citas en atención primaria)</p> <p>Agravamiento de la enfermedad y síntomas</p> <p>Prolongación de la espera para ser atendido</p> <p>Incumplimiento de las citas</p> <p>Diagnóstico y/o tratamiento inadecuados</p> <p>Errores en el cumplimiento del tratamiento</p>

3.3. Situación socioeconómica y laboral desfavorable

La difícil situación socioeconómica que presentan algunos inmigrantes emerge en los discursos como barrera del acceso, en particular aquellos que se encuentran en situación administrativa irregular, condiciones laborales precarias, y aquellos con bajo nivel de estudios.

Situación administrativa irregular

En relación a la situación administrativa, del discurso de los informantes emerge el temor a constar en bases de datos sanitarias o que desde los centros asistenciales avisen a la policía y sean expulsados que presentan aquellas personas en situación administrativa irregular, a los que los informantes se refieren como personas “sin papeles” o “ilegales”. En consecuencia estas personas **no acceden** a los servicios de salud, o bien acuden a los servicios de salud pero **facilitando muy pocos datos** o con la **tarjeta de otra persona**.

“les que no tenen documentació, aquestes els hi costa moltíssim d'anar també [...] tenen por, però és clar, [...] Pel motiu de que... no, pel motiu de que si pot passar qualsevol cosa avisin a la policia o coses d'aquestes. Que si avisen i truques a la comissaria em tornaràn al meu país i coses d'aquestes.”(27U – Marruecos)

Sin embargo, algunos informantes del colectivo rumano declaran que, conocedores de que Rumanía forma ya parte de la Unión Europea, no perciben este miedo, incluso en situación irregular, ya que no pueden ser expulsados del país.

“Yo sigo trabajando sin papeles.[...] Sin permiso de residencia. Ahora somos como comunitarios, ahora somos normalmente.[...] Pues, también trabajo sin contrato, tranquila. No trabajo con contrato, trabajo en negro. En negro, porque no quieren hacerte contrato mucho,”(37U – Rumanía)

Condiciones laborales precarias

Si bien algunos informantes, de manera excepcional, consideran que el trabajo no les supone un problema para acudir a los servicios sanitarios, en la mayoría de los discursos emergen las condiciones laborales precarias como una barrera de acceso, principalmente por la dificultad para ausentarse durante la jornada laboral. El papel del trabajo como barrera también emerge indirectamente a partir de los discursos de aquellos informantes en situación de desempleo que refieren no tener dificultades para acceder cuando sienten la necesidad o para acudir a las citas independientemente del horario de las mismas (tabla 9).

“Desde mi punto de vista, no [tengo problema en ir al médico], porque no tengo trabajo y (Ríe) pues fui al médico. [...] Creo que sí, si voy a encontrar trabajo y voy a empezar a trabajar, no sé si voy a tener tiempo, para ir al médico”(36U – Rumanía)

“A mí no me digas porque mí no trabajar, no tengo trabajo.[...] así que si yo tengo dueles, me dicen, mañana a las novi (vol dir les nou), a la novi mí llega, si me ha dicho mañana a las onzi, a la onzi mí llega, porque yo no trabajar.” (07U-Senegal)

No emergen diferencias en el contenido de los discursos de usuarios, mediadores y representantes. Los inmigrantes que trabajan tienden a evitar acudir a los servicios durante su jornada de trabajo, causado por el miedo al despido, la disminución del salario que puede ocasionar, y la burocracia

requerida para ausentarse del trabajo. La dificultad de acudir a los servicios de salud en horario laboral favorece el uso de los servicios de urgencias y condiciona el acceso de otras personas que dependen de las personas trabajadoras para acudir a los servicios.

Factores que determinan la posibilidad de ausentarse del trabajo para acudir a los servicios de salud

Los motivos por los cuales es difícil ausentarse del trabajo para acudir a los servicios sanitarios en horario laboral están relacionados tanto con características del trabajo como con la situación socioeconómica del inmigrante.

En relación con las **condiciones de empleo**, emerge en primer lugar la **precariedad laboral**. Mientras que las personas que trabajan por cuenta propia no perciben dificultades para acudir a los servicios sanitarios cuando lo consideran necesario, para aquellas que no disponen de contrato o tienen empleos no declarados, el trabajo supone una barrera importante debido a la inseguridad laboral, se sienten amenazados por el posible despido. Asimismo, las personas con un contrato en prácticas, contrato “de prueba” y, en general, aquellas con contratos eventuales, evitan acceder al sistema sanitario en horario laboral por miedo a la pérdida de trabajo. En ocasiones depende directamente del empresario y de la relación entre éste y el trabajador. Algunos inmigrantes reciben una prohibición expresa por parte del superior o patrón a acudir a los servicios sanitarios en horario laboral, prohibición que vendría reforzada por la amenaza a la pérdida del puesto de trabajo.

“un que està treballant en negre això ja no podem dir, perquè clar això ja és ilegal directament, aquests no pot dir que mira que estic malalt perquè pot ser que passa, [...] aquest farà tot l'esforç que pot [...]perquè dius mira et farem un contracte de mes de prova i aquest mes hem d'intentar que no passi això, un cop ja té un contracte més alt doncs després pos clar si es troba una mica mal doncs no vindrà, segur perquè ja està cobert” (27U – Marruecos)

“Sí. Hay personas que no te dejan para ir ni al médico, hay muchas personas que lo hacen esto. Por ejemplo yo estuve trabajando en un sitio y lo dejé ese trabajo, porque por una vez me encontré mal, la verdad y (...) y estaba muy cerca, muy cerca el médico, [...] y lo pregunte, ‘mira señora NombreSeñora, quiero irme al médico porque me encuentro mal’. Se ha puesto como una fortuna, pues yo lo comente después, ‘mira, sabes que, yo cojo mi maleta y me marchó, búscate otra persona, porque (...) si un esclavo lo tienes en tu casa, tienes que dejarlo para cuidarse de su salud’.” (37U-Rumanía)

Por otro lado, las explicaciones que han de rendir a sus encargados sobre el motivo de la ausencia, así como la **burocracia** ligada a la obtención de un permiso para acudir al médico les supone una dificultad añadida.

Sin embargo, la posibilidad de recuperar las horas de trabajo que supone la asistencia sanitaria emerge como un facilitador del acceso a los servicios durante la jornada laboral. Asimismo, y aunque de manera marginal, también emerge la figura del empresario como facilitador del acceso al ayudar a sus trabajadores inmigrantes a concertar y acudir a las citas médicas.

En relación a **características del inmigrante**, emerge su **situación administrativa**: aquellos que no disponen de un permiso de trabajo se sienten más desprotegidos frente al posible despido y eludirán, en la medida de lo posible, acudir a los servicios sanitarios en horario laboral.

La situación socioeconómica del inmigrante también determina la dificultad para ausentarse. Así, en la mayoría de los casos un nivel económico bajo implica una mayor **dependencia del trabajo**, para mantenerse a sí mismos y a sus familias, considerando el trabajo de vital importancia. Para aquellas personas que cobran por horas, se añade la disminución del salario que supondría ausentarse como elemento que influye en la decisión de no acudir a los servicios de salud en horario laboral.

“No, hay personas, yo conozco personas que varias veces tienen sus dolores, sus problemas de algo y no van para los tratamientos ¿por qué?, por no dejar su trabajo porque tú sabes que uno aquí depende de su trabajo, este país, no el nuestro, entonces si uno se queda sin trabajo pasa mal.” (20U- Colombia)

Por último, opinan que la **frecuencia de asistencias** que requiere su problema de salud es un elemento que influye en la posibilidad de ausentarse del trabajo: si bien una ausencia puntual para acudir al centro de salud no suele constituir un problema en el trabajo, consultas repetidas en un corto espacio temporal sí.

Consecuencias de la dificultad de ausentarse del trabajo

Como consecuencia de la dificultad de ausentarse del trabajo, los inmigrantes trabajadores en general sólo se ausentan si consideran que lo que tienen es **grave**, y tienden a aguantar los síntomas leves, acudiendo en ocasiones a la farmacia. *“Dejar un día de trabajo (...) para ir al médico, hay mucha gente que hasta que la enfermedad no es muy grave, no deja el trabajo.” (15M)*

Asimismo, eluden concertar citas médicas que coincidan con su horario laboral. Según algunos mediadores, algunos inmigrantes **faltan a sus citas médicas** por motivos laborales y en el discurso de varios informante emerge que, en caso de enfermar durante la jornada de trabajo, **no acuden hasta haberla finalizado**.

“a lo mejor porque trabajan en empresas, no tienen bien contratos o lo que sea, o cobran por horas, o lo que sea, cuando hay paciente enfermos que necesitan acudir a visitas, hay muchos problemas, hay muchísimos, por eso hay mucho que faltan, no vienen a visitas por esto, por motivo del trabajo.” (32M)

“depèn de la feina però majoria arriba a la casa després set de la tarda i aquesta hora els metges han anat, està tancat el centre d'assistència, doncs també és un problema, perquè majoria és treballadora i tenim que fer el treball més regularment per la seva vida doncs [...] S'aguanten, s'aguanten. [...] Però no deixen la feina, s'aguanten però no deixen la feina.” (33U – Pakistán)

No obstante, algunos priorizan la salud por encima del trabajo, asumiendo las consecuencias que acudir al médico pueda suponer en el terreno laboral.

Del discurso de muchos de los informantes emerge que las personas inmigradas que trabajan tienen más tendencia a utilizar los servicios de **urgencias** que los centros de atención primaria. Esto se debe a varios motivos. En primer lugar, porque acuden cuando acaban su jornada laboral o los días libres, y los centros de atención primaria ya no atienden o atienden sólo de urgencia.

“Van a urgencias un sábado más que...porque yo aquí he visto muchos casos de mis amigas que no van los días de semana y los sábados que no trabajan van a urgencias, el dolores...” (20U- Colombia)

En segundo lugar, porque, en aquellas ocasiones que acuden durante el horario laboral, si acuden a urgencias estarán ausentes menos tiempo, dada la rapidez de la atención y la ausencia de cita previa. Y en tercer lugar, acuden preferentemente a urgencias porque, según un mediador, en el trabajo les exigen un certificado médico, y el informe o justificante de urgencias parece tener “mayor valor” acreditativo de situación de gravedad o necesidad de atención sanitaria urgente que el de atención primaria.

“Però si hi ha una persona que surt de la feina, tinc per exemple mal a la panxa, si vas a un metge de... [...] de capçalera [...] te donarà una altra visita, doncs per l'empresari, la gravetat de la malaltia que tens és una..., no real. Per tant si vens a urgències i ja tens un justificant que ja t'han fet l'atenció sanitària al moment perquè estàs malalt allà a la panxa i amb un informe mèdic ja..., ja se queda una mica diferent...” (25M)

Por otro lado, las dificultades de ausentarse del trabajo **condicionan el acceso de otras personas** que requieren de su apoyo para acudir a los centros sanitarios. Este es el caso de algunas mujeres que dependen para acudir al médico de sus maridos que trabajan.

Finalmente, el trabajo también emerge como barrera de acceso al **tratamiento adecuado**, ya que algunos inmigrantes tienen dificultades para poder cumplir las bajas laborales por motivo médico.

“Por ejemplo yo enfermo, no me ayuda España [...] Yo enfermo, trabajo, jefe dice trabajar, yo dice un día te vas a morir, pero sino trabaja no come, no casa. Médico dice no puedes trabajar, pero yo sí trabajar, sino no come, no le dice a mi jefe que yo enfermo, hay mucho trabajo.” (12U – Pakistán)

La tabla 9 resume las causas y consecuencias sobre el acceso de la dificultad de ausentarse del trabajo.

Tabla 9. Causas de la dificultad de ausentarse en el trabajo y consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Factores que intervienen en la dificultad de ausentarse en el trabajo	Consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios
<p><u>Condiciones laborales:</u></p> <p><i>Barreras:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Precariedad laboral – Burocracia, explicaciones y permisos exigidos para acudir al médico en horario laboral <p><i>Facilitadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Empresario ayuda a concertar citas médicas – Posibilidad de recuperar horas 	<p>No acuden hasta que la situación no es grave o urgente</p> <p>Evitan concertar citas médicas durante horario laboral</p> <p>Faltan a citas médicas</p> <p>No acuden hasta finalizar la jornada laboral</p>
<p><u>Características del inmigrante:</u></p> <p><i>Barreras:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Situación administrativa irregular – Dependencia de los ingresos del trabajo 	<p>Utilizan urgencias hospitalarias</p> <p>Dificulta acceso otras personas</p> <p>Barrera al tratamiento: incumplimiento de las bajas laborales</p>

Nivel educativo

El nivel educativo emerge como un factor que condiciona el acceso de aquellas personas analfabetas y/o “sin estudios”, si bien emerge siempre en tercera persona, referido al grupo de “inmigrantes sin estudios” en el cual el informante no se incluye.

Estas personas tienen más dificultades para entender el **funcionamiento del sistema sanitario**, y este **desconocimiento** provoca un menor acceso.

“No muy “instruido”, [instruido] no sabes mucho, le cuesta preguntar, no están tan informados. [...] No saben mucho, no saben, no saben.[...] Una persona que no sabes, no sabes. Y yo he visto mucha gente ahí y estaban malos y no sabe cómo hacer.[...] La información...nadie no les informa, tienes los papeles de ahí, pero nadie no les informa, no saben.” (06U – Senegal)

Algunos entrevistados opinan que las personas de bajo nivel educativo suelen utilizar más la **medicina tradicional** (remedios caseros y creencias religiosas en salud) y menos la formal, presentan mayor tendencia a la **automedicación**, y una **menor necesidad percibida** de atención sanitaria. Este hecho emerge como un elemento negativo, por el riesgo de empeoramiento de la salud.

“perquè per exemple els que no tenen estudis els hi costa més d'anar al metge perquè sempre estan amb plantes medicinals a casa, [...] es queden més... sí, diuen pos jo "me pongo un trapo en la cabeza, un par de limones, iestic a casa" no?, això, hi ha gent com aquesta que sí que n'hi ha, i són gent que els hi costa d'adaptar-se.” (27U - Marruecos)

De manera marginal emerge también que las personas con bajo nivel educativo tienen un menor conocimiento del autocuidado dental, lo que provoca una mayor frecuencia de patología, mayor necesidad y acceso a los servicios de odontología privados.

Sin embargo, algunos usuarios de Rumanía y Senegal consideran que el nivel de estudios no interfiere en la utilización de los servicios sanitarios. Concretamente mencionan que el hecho de no tener estudios no interfiere ni en la capacidad de explicar los síntomas ni en el trato con el médico.

En la tabla 10 se recogen los principales mecanismos por los cuales un nivel educativo bajo puede convertirse en una barrera de acceso y las consecuencias que tiene sobre la utilización de servicios sanitarios.

Tabla 10. Mecanismos por los cuales un nivel educativo bajo constituye una barrera de acceso y consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Bajo nivel educativo como barrera	Consecuencias sobre la utilización de los servicios sanitarios
Dificultad para entender la información sobre el sistema sanitario → desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios	Mayor utilización de la medicina tradicional Mayor automedicación Menor necesidad percibida Menor acceso a los servicios Riesgo de empeoramiento de la enfermedad
Menor conocimiento del autocuidado dental	Mayor probabilidad de patología odontológica Mayor necesidad y uso de servicios de odontología privados

En resumen, las condiciones sociolaborales de los inmigrantes influyen significativamente en su acceso a los servicios sanitarios. Aquellos inmigrantes que se encuentran en situación administrativa irregular tienen, en general mayores dificultades de acceso, vinculadas sobre todo al miedo a ser descubiertos por las autoridades. El trabajo y, en particular, la precariedad laboral, emerge como una barrera de acceso importante, principalmente por dificultar el acceso a la atención sanitaria durante el horario laboral así como limitar la posibilidad de cumplir las bajas laborales por razones médicas. Aunque con menos fuerza, el nivel educativo bajo también emerge como barrera al acceso, en

relación a la menor capacidad de comprensión del funcionamiento de los servicios sanitarios y, en menor medida, por relacionarse con una menor necesidad percibida de atención sanitaria y mayor tendencia a la automedicación y medicina tradicional.

3.4. El rol de género: ser mujer inmigrante

El rol de la mujer inmigrante emerge en algunas de las entrevistas como barrera al acceso a los servicios de salud, principalmente en el discurso de mujeres inmigrantes (aunque también algunos hombres) y mediadoras **marroquíes y pakistaníes**. Consideran que la mujer casada carece de autonomía y depende del marido para utilizar los servicios sanitarios. Esta dependencia es atribuida a su menor capacidad para desenvolverse en la sociedad, relacionada con un menor nivel de estudios y menor conocimiento del idioma; a sus obligaciones familiares dentro del hogar que no le dejan tiempo para relacionarse; y a una subordinación de la mujer a su marido, el cual no permite a la mujer ausentarse del hogar sin él. Dicha subordinación disminuye cuando la mujer tiene hijos.

“mujeres...no saben nada.[...] pero cuando llego, porque siempre viven con familia, en Pakistán y cuando llegas aquí, solas, con niños y luego muy pocas veces salen, siempre estar en casa con un marido, esto es problema.” (30R- mujer)

“Depèn del marit, també. Al principi els marits no confien molt de la dona. Tenen molta por.[...] Que la dona surti i aprengui l’idioma i tot això i pot demanar...li dóna massa llibertat, pots passar de límit [...] Però quan passa un any o dos anys, [...] ha tingut un bebè i ja està, ara l’home comença a estar segur de la dona. I per això la deixa sortir. Amb un bebè si que deixen sortir.” (10U – Marruecos - mujer)

Según algunas mujeres entrevistadas, esta situación está cambiando en los últimos años y las mujeres inmigradas casadas cada vez son más autónomas, asisten a cursos y aprenden el idioma con mayor frecuencia. Por otro lado, las mujeres solteras presentan más dificultades de conocer el funcionamiento del sistema sanitario al no disponer del marido como fuente de información.

Asimismo, del discurso de varias mujeres (usuarias y mediadoras) emerge que el **rol de cuidadora** que asume la mujer en el seno de la familia dificulta su acceso a los servicios sanitarios, debido a que anteponen la responsabilidad del cuidado de sus hijos al cuidado de su propia salud. Como consecuencia a la falta de autonomía y la prioridad de su rol de cuidadora, la mujer casada retrasa su acceso a los servicios hasta que puede ser acompañada por el marido y/o puede delegar el cuidado de las personas a su cargo en otra persona.

Finalmente, en el discurso de informantes de todos los grupos (usuarios, mediadores y representantes), tanto hombres como mujeres, el rol de género emerge como barrera al acceso a los servicios sanitarios cuando el **profesional sanitario** que ha de atender al inmigrante es de sexo contrario. Principalmente emerge el caso de la mujer inmigrada pakistaní, senegalesa y marroquina ante un profesional médico varón, sobre todo en el ámbito de la ginecología, pero también aparece el caso del paciente hombre y profesional mujer (si bien en este último caso no como barrera al acceso sino como preferencia de ser atendido por un profesional varón).

La atención por parte de un profesional varón como barrera de acceso de la mujer inmigrada se atribuye a varios factores. En primer lugar, emergen sentimientos de vergüenza y desconfianza a descubrir el cuerpo y expresar las dolencias al profesional si éste es hombre.

“hay mujeres que por ejemplo musulmanes que piden siempre mujer, sabes... más bien porque no sé, les da vergüenza... más bien lo ven como respeto... [...] A lo mejor hay, no te puedo asegurar nada, pero a lo mejor hay personas que no... Que no han podido visitar porque el médico es un hombre...” (29U – Marruecos- mujer)

Asimismo, con frecuencia son los maridos los que se oponen a que sus mujeres sean atendidas por un médico hombre. También emerge, pero débilmente, la religión (el Corán) como razón de no poder ser atendida por un profesional varón.

“Hay conflictos y los que no suelen resolverse son los religiosos. Por ejemplo, viene una mujer musulmana diciendo que no quiere que un hombre le visite. Quiero una ginecóloga, por ejemplo, no quiero que un ginecólogo me vea debajo un hombre” (04M- mujer)

“Són dones una mica...els marits són una mica radicals [...] però són poques dones.[...] sí, més pels marits [...]Per què vols canviar el metge, per això, doncs això no està prohibit per la religió, ¿qui ha dit que està prohibit? [que una dona sigui atesa per un professional home] Vale, el marit, el marit, t’he dit això” (25M- mujer)

“Había que incluso vino con el marido, el marido mismo quejándose que no quiere que un ginecólogo visite a su mujer [...]Dicen que es un pecado que a la mujer le visite un hombre” (04M- mujer)

La negativa de la mujer a ser atendida por un profesional de sexo contrario determina peticiones de cambio de médico, el abandono del centro sin haber sido atendida, y la no utilización de los servicios, así como la utilización de centros de salud privados.

“viene una mujer musulmana diciendo que no quiere que un hombre le visite. Quiero una ginecóloga, por ejemplo, no quiero que un ginecólogo me vea debajo un hombre. [...] Hay quien se niegan a hacer la visita estando embarazada, se van [...] Hay que lo aceptan, son musulmanas igual y aceptan el ginecólogo, pero hay que no, no hay manera. Hay que vienen que han ido a la clínica...[...] pagando [...] A la privada” (04M- mujer)

El rol del mediador en estas situaciones emerge, del discurso de los propios mediadores entrevistados, tanto como facilitador de la atención como barrera. Su intervención se erige como facilitadora cuando, ante la oposición por parte de la mujer o su marido a que la atienda un profesional varón, pretende conciliar las partes implicadas, mujeres, maridos y profesionales sanitarios, intentando que la mujer acepte ser atendida por un profesional varón. En este sentido, explican a las mujeres, y en ocasiones también a sus maridos, que la religión no prohíbe que la mujer sea atendida por un hombre cuando el motivo es la salud, pero también ofrecen a la mujer la posibilidad de solicitar un cambio de médico para que puedan ser atendidas por una profesional mujer.

“Primer li expliquem a la dona que no té res a veure amb la religió ni... Ella té dret, no, a demanar que li canvi el metge, té dret. Primer no entrem amb això, si vol canviar el metge, que canvi el metge. Però li expliquem, com li obrim una mica la ment. Per què vols canviar el metge, per això, doncs això no està prohibit per la religió, ¿qui ha dit que està prohibit? Vale, el marit, el marit, t’he dit això, on està escrit el Coral. Ella li fem de nosaltres a ella li obrim la...com he dit ara, les portes perquè ella dubte també del que li ha dit el marit i pugui preguntar, ¿per què m’has dit això?, que no està escrit al Coral. Ella no soluciona però de la seva manera, sense que nosaltres li obliguem. Sempre li creem un conflicte entre el marit i..., entre el seu marit i ella. Però nosaltres li fem arribar un missatge perquè li ajudi a preguntar, li ajudi a tenir confiança amb ella mateixa. ¿Per què m’ha dit això? Vale, el Coral, on està el Coral, “ensényame”. Hi ha un pas per a ella perquè ho entengui bé què és una cosa prohibida i què és una cosa que no és prohibida.” (25M- mujer)

Sin embargo, también emerge el mediador como barrera a la atención, en aquellas situaciones en que el mediador comunica a la mujer que no está contemplado el cambio de médico por razón del sexo del profesional, que no es posible que les atienda ningún profesional mujer y que la única

alternativa de que disponen para ser atendidos por un profesional del mismo sexo es que acudan a una clínica privada.

“la jovencita decía, mira el día del parto yo prefiero una mujer, puede ser posible un mujer, dice mira, como es un hospital público, depende, hay ginecólogos y ginecólogas, depende quien está libre, a lo mejor te toca la mujer, que tú te dejas que te toca una mujer y ya está [...]nosotras sí que decimos, mira si quieres solo una mujer vas a una privada y ya está” (32M-mujer)

“Quiero una ginecóloga, por ejemplo, no quiero que un ginecólogo me vea debajo un hombre. No hay manera que les expliques que eso son las normas. Se lo explicamos bien, que cada uno no puede decir, esto es lo quiero, es la Seguridad Social, esto es lo que hay, hay tantos ginecólogos como ginecólogas y a cada uno le toca quien le toque. Pero a veces no quieren entender esto. Ellos lo que quieren es lo que quieren por delante entonces cuesta de ponerles en razones.[...] Resulta algunos, aceptando lo que hay, si pagas la clínica que cuesta y a veces no.[...] Porque vienen, que quieren cambiar de médico, les explicamos que esto es lo que hay, no hay ginecólogas. No hay ginecólogas, pues no quiero visitarme.” (04M-mujer)

La tabla 11 recoge los principales aspectos del rol de género que influyen en su papel como barrera de acceso así como sus consecuencias.

Tabla 11. Mecanismos por los cuales el rol de género en la mujer constituye una barrera de acceso y consecuencias sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

El rol de género como barrera	Consecuencias sobre la utilización de los servicios sanitarios
Falta de autonomía y dependencia del marido Mayor desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario	Espera al marido para ser acompañada → Demora en la atención sanitaria
Rol de cuidadora de la familia (principalmente hijos): antepone la responsabilidad familiar frente a la propia necesidad de atención sanitaria	Espera hasta poder delegar temporalmente el cuidado de los hijos → Demora en la atención sanitaria
Negativa de la mujer (y/o de su marido) a ser atendida por un profesional sanitario varón	Petición de cambio de médico Abandono del centro Utilización de servicios de salud privados

3.5. El papel de la red social

Del discurso de los informantes emerge el círculo familiar y social como factor que influye en el acceso a los servicios de salud de diversas maneras, con un papel tanto de facilitadores como de barrera.

La familia y la red social extendida como facilitadores del acceso a los servicios de salud

Familia, amistades y conocidos, actúan principalmente como facilitadores del acceso de diferentes maneras. En primer lugar, por constituir la principal **fuentes de información** sobre los servicios sanitarios. En segundo lugar, por la ayuda que proporcionan en los **trámites** necesarios para acceder a los servicios de salud: empadronamiento, adquisición de la TSI, obtención de una cita, etc. Aquellos individuos que ya llevan un tiempo residiendo conocen los procedimientos requeridos para acceder a los servicios sanitarios y se lo explican a los recién llegados, les acompañan durante los trámites o bien se encargan de conseguir y gestionar los papeles necesarios.

“ya el que viene ya viene reagrupado, entonces como llega reagrupado su familia le dice, se empadrona y vamos allí y tienes derecho a la asistencia sanitaria, si me entiendes, ya llegan listos” (19R)

“yo tenía una amiga que venía en Senegal, hace ahora lleva casi, bueno un año y medio aquí. Y bueno como vino sin legal así [...] primero la llevamos como, ya sabes, antes de ir al médico tienes que ir al ayuntamiento a buscar empadronamiento.”(14U – Senegal)

Asimismo, tanto amigos como personas procedentes del mismo país, “paisanos”, posibilitan el **empadronamiento** en su domicilio cuando el recién llegado no dispone de uno propio; en ocasiones esta concesión se realiza a cambio de un pago.

“Me fui para buscar el empadronamiento este.[...] Para arreglar la tarjeta sanitaria. E después me ayudan con la tarjeta.[...] yo busco alguien que me pueda ayudar.[...] son paisanos. Yo le pago para que me arregle esa cosa.[...] Nada. Solamente llevo el pasaporte y...fuimos a la oficina del Ayuntamiento, y ya está.[...] Con mi pasaporte y su contrato de casa. Me han hecho la certificado.” (11U – Marruecos)

Asimismo, el entorno laboral, concretamente la **persona o empresa contratante**, aparece también como un facilitador del acceso ya que en ocasiones se hacen cargo de tramitar directamente la TSI a sus empleados extranjeros.

“Sí bueno, el proceso [de obtención de la TSI] no sé, porque a mí sólo me la dieron...[la TSI] [...] Los de la empresa del campo y después cada año me la enviaban por correo.[...] y aquí en Lérida me lo cambiaron.[...] Me lo cambiaron los de la empresa, si lo recuerdo bien estaba de color amarillo en la zona de Andalucía y aquí son los de colores azul.” (35U – Rumanía)

Por otro lugar, familiares y amistades facilitan el acceso al **acompañar** a las citas médicas, en especial cuando la persona inmigrada no domina los idiomas locales (el acompañante hace de traductor) o no conoce el funcionamiento del sistema sanitario. En ocasiones, sin embargo, el acompañamiento se convierte en un condicionante: no acuden al servicio sanitario hasta que no pueden ir acompañados.

“quan una persona no sap molt bé la llengua, per exemple, ni castellà, ni català, doncs és un sensació personal que...què explicarà al metge, que el problema té, doncs té que esperar d’un amic que, que pot acompanyar, o alguna persona que vol explicar al metge.”(33U – Pakistán)

Además, familiares y amigos contribuyen al acceso al asumir la responsabilidad de **cuidar a los familiares** que tiene la persona a su cargo mientras ésta acude a los servicios sanitarios.

“Estoy con mi familia, dejo al niño allí y me voy al médico[...] tú dejas al bebé con tu madre y vas [...]Eso, para ayudarnos, eso.” (14U – Senegal)

Las responsabilidades familiares como barrera de acceso a los servicios de salud

Algunos informantes consideran que la familia puede constituir un factor limitante del acceso a los servicios sanitarios a través de dos mecanismos. En primer lugar, cuando la persona tiene algún **familiar bajo su responsabilidad**, sobre todo mujeres con hijos de corta edad. El acceso a los servicios de salud por un problema de la mujer pasa a un segundo plano, ya que anteponen la responsabilidad del cuidado de sus hijos al cuidado de su propia salud. En consecuencia, no van a los servicios sanitarios, retrasan el uso de los servicios hasta estar más graves y/o hasta que disponen de alguien que pueda asumir el cuidado de los hijos durante el tiempo que requiere la asistencia sanitaria, o incluso viajan al país de origen en búsqueda de atención sanitaria, al disponer allí de una red social y familiar que puede ocuparse del cuidado de los hijos.

“Porque si estás enferma no (...) no sé (...) para coger niño, algo muy, muy (...) [...] Por ejemplo, si yo he estado enferma, yo quiero ir al médico tengo que coger las niñas, yo tengo que prepararles comida (...) si no tengo ayudante, muy (...) un poco difícil. [...] Sí, cuando yo he estado enferma, para ir al médico con las niñas es un poco difícil [...] Para (...) por ejemplo, si yo estoy enferma, si mi marido está en casa, él se puede preparar comida, las niñas, pero si él no está en casa (...) yo sola.” (17U – Senegal- mujer)

“I si es posa malalta la mare, qui pot cuidar el nen. O sigui és molt important que vingúes la mare quan es posa malalta, que vingúes el metge. [...] és molt important que la mare, si es posa malalta que demani visita amb el metge, perquè es curi, perquè sense la mare, qui cuidarà el nen [...] Per exemple li deixa a l’escola, o li deixa a la veïna, o li deixa a la guarderia...o li deixa a la mare, amb els pares, si estan al país.[...] hi ha alguns no poden deixar el nen a casa sol, per tant, no vindria. Alguns que ja prenguin només un calmant a casa i que amb aquest tractament s’ho curaran ràpid.” (10U – Marruecos- mujer)

En segundo lugar, emerge la obligación de **mantener económicamente a su familia**, tanto aquella que se encuentra en el país de acogida como aquella que dejaron en el país de origen. Esta obligación conlleva una necesidad de ingresos que provoca una dependencia del trabajo tal que, a veces, coloca la salud y la búsqueda de asistencia sanitaria por parte del individuo responsable del sustento económico en un segundo plano.

“Dejar un día de trabajo (...) para ir al médico, hay mucha gente que hasta que la enfermedad no es muy grave, no deja el trabajo [...] por problema de dinero, somos africanos (...) hermano depende de ti, padre, madre, sobrinos, primos, todo te llaman y tú también tiene gastos (...) tiene tu mujer, tiene tu hijo, con tantas hojas ves que si deja un día voy a perder veinte euro, dice que con este veinte euro (...) voy a cubrir unos gastos, entonces dices bueno como no es tanto enfermo no es la pena ir, me voy a trabajar.” (15M)

El papel de las oenegés y otras asociaciones en el acceso a los servicios sanitarios

Diferentes entidades ofrecen ayuda en el uso de los servicios sanitarios. En primer lugar, algunas oenegés, como Cáritas, Cruz Roja o Salud y Familia, y en asociaciones de colectivos de inmigrantes, constituyen una **fuentes de información**. Los representantes acostumbran también a derivarlos a su centro de salud más cercano para que sean informados allí.

Por otro lado, ayudan con los **trámites de la tarjeta sanitaria**, especialmente en los casos en que tienen dificultades para conseguirla.

“La Cruz Roja a buscar ayuda o cosas así también nos ayudan. O las entidades sociales sí. También les informan por dónde van y la empresa con la que trabajo, Salud y Familia también. Porque Salud y Familia ayuda mucho también a los inmigrantes, a los que tienen embarazos no deseados, les ayudamos también en el abortamiento y todo. Entonces también si quieren ir al médico y no tienen la tarjeta sanitaria también ayudamos en esto, la empresa ayuda mucho en esto.” (O4M)

Además, algunos mediadores opinan que cuando los inmigrantes han accedido a los servicios de urgencias sin tarjeta sanitaria y se les ha entregado una factura, a veces algunas entidades se hacen cargo del **pago**. De manera marginal emerge el papel de algunas de estas entidades como lugares donde se **ofrece asistencia sanitaria** a aquellas personas que por su situación administrativa no han accedido a los servicios sanitarios públicos.

Finalmente, algunos entrevistados señalan que algunas oenegés, organizaciones de caridad o asociaciones de colectivos de personas inmigradas, ofrecen ayuda a las personas que **desconocen el idioma** para acudir a los centros sanitarios, mediante una persona que acompaña a la consulta y hace de traductor.

En resumen, la red social del inmigrante influye de diferentes maneras sobre su acceso a los servicios sanitarios. En relación a la familia, los informantes la identifican principalmente como un facilitador del acceso, pero también como una barrera cuando las personas (sobre todo mujeres) tienen a su cargo el cuidado de familiares (hijos principalmente). El círculo de amistades y conocidos emerge siempre como un elemento que favorece el acceso a los servicios sanitarios, pues acompañan, informan y se responsabilizan de las personas a cargo de la persona mientras ésta acude. Por último, asociaciones benéficas y centros sociales facilitan el acceso proporcionando información, ayudando en los trámites necesarios para el uso de los servicios y ofreciendo atención sanitaria. La tabla 12 recoge estos aspectos, así como sus consecuencias sobre el acceso.

Tabla 12. Mecanismos por los cuales la red social influye sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Elementos de la red social	Consecuencias sobre la utilización de los servicios sanitarios
Red social como facilitador	Fuente de información Facilitan trámites de la TSI y solicitud de citas Acompañan a las consultas médicas Cuidan a los familiares que tiene a su cargo
Responsabilidades familiares como barrera	Cuidado de familiares (hijos, padres, etc) limita disponibilidad para acudir los servicios sanitarios Mantenimiento económico de la familia (necesidad de ingresos) contribuye a la dificultad de ausentarse del trabajo para acudir al médico
Oenegés y otras asociaciones de ayuda al inmigrante como facilitadores	Constituyen una fuente de información Facilitan trámites de la TSI y solicitud de citas Asumen el pago de las facturas que se originan de las consultas sanitarias Acompañan a las consultas, traducción en casos de desconocimiento del idioma local

3.6. Necesidades de atención de la salud percibidas por el usuario y uso de servicios

La percepción de la necesidad de atención sanitaria no solo influye el acceso sino también las estrategias de búsqueda de atención sanitaria que lleva a cabo el inmigrante. No existen diferencias relevantes entre grupos de informantes sobre la necesidad de atención de los usuarios adultos, excepto que las mediadoras opinan en mayor medida que las madres inmigrantes perciben una mayor necesidad de atención de sus hijos.

Percepción de la necesidad de atención sanitaria en función de los síntomas

Según el discurso de la mayor parte de los informantes, los inmigrantes no consideran necesario acudir a los servicios sanitarios si no sienten que están enfermos o si los síntomas que tienen son leves. Asimismo, si los síntomas que manifiestan son conocidos y/o consideran que pueden y saben cómo tratarlos (por haber sido diagnosticados y tratados previamente) se automedican y acuden a la farmacia. Por el contrario, perciben necesidad de atención sanitaria si los síntomas son graves o

consideran que su vida puede correr peligro, cuando después de un tiempo de expectativa estos no mejoran o se hacen intolerables, y en los casos en que interfiere con sus responsabilidades laborales.

“porque yo digo que no falta ir al médico. A veces me duele mucho el cuerpo, pero bueno, si voy también seguro que el médico me dará Eferelgan, pues voy a la farmacia a comprarlo, sí.” (14U – Senegal)

“aunque me encuentro malo voy aguantar [...] pero si ves que [...] no me pasaba nada aguanto, durante todo, durante el día, y si no me paso al día siguiente voy al médico. O, pfff, solo el dolor de cabeza voy a la farmacia, compro (...) y esto, y me lo tomo.[...] Bueno, si no fuera una enfermedad grave, si no fuera una cosa grave, para qué [ir al médico].” (18U – Senegal)

Emerge no obstante también, aunque de manera marginal, la conducta de acudir a los servicios de salud ante cualquier síntoma, por leve que éste sea, y antes de consumir cualquier medicamento, asociado al temor a la posible existencia de una enfermedad grave y a posibles efectos indeseados del medicamento.

“hay mucha gente que tienen por ejemplo enfermedades del cáncer y todo eso, entonces se ha nacido un sentimiento de (...) de (...) como se dice (...) de miedo, sí, que puede ser que eso causa después o son los principios síntomas de la enfermedad, entonces aunque sea algo pequeño siempre van al médico para preguntar, para saber si todo está bien o no.” (26U – Marruecos)

“¿Comprar medicamentos sin ir al médico? [...] A mi cuenta digamos? No, no, no me atrevo... yo tomarme algo o comprarme algo de mi cuenta no... no, no, porque no, no sé yo no tampoco entiendo mucho de medicina, no la verdad, no, si no voy a mi médico de cabecera o aquí, o a cualquier otro médico no, no, por mi cuenta no.” (23U – Marruecos)

Por otro lado, del discurso de los mediadores y de algunas usuarias madres emerge también una mayor percepción de necesidad en el caso de madres con hijos, las cuales buscan atención sanitaria con mayor celeridad si se trata de un problema de salud de los hijos.

“Si el nen es posa malalt de seguida ja és un costum o cultural, no sé. Així com la mare sempre està, la seva responsabilitat a casa és ser esposa i ser mare doncs només de ser mare, estan al marc de la maternitat i que ella s’hauria de cuidar el nen i vigila si està ben cuidat...o sigui en tots els sentits, educatiu o sanitat...Ella quan li passa alguna cosa pues de seguida s’espanta perquè ella crec que la primera culpable si al nen li passa alguna cosa és ella, per això ja de seguida urgències, no fa...a res ni..., com es diu això” (25M)

“Y si le cogiera[una enfermedad al hijo] lo llevaba al centro de salud y si no me lo atienden me voy a urgencias [hospital] [...] No, pero yo prefiero llevarlo al niño por sus problemas que tiene, si le coge algo yo prefiero llevarlo al hospital porque yo que sé, pero entonces me va a dar tiempo de llevarlo allí, me entiendes, de perder tiempo con el niño.[...] Sí, porque [centro de salud] hay mucha gente, porque es turno y en cambio que en el hospital, según el caso, lo atienden más rápido.” (20U – Colombia)

Estrategias de búsqueda de atención sanitaria

Del discurso de los informantes emergen diferentes estrategias de búsqueda de atención sanitaria cuando perciben la necesidad de ser atendidos por un profesional sanitario. Los inmigrantes acuden a los **centros de atención primaria** cuando la patología o los síntomas que presenta son percibidos como leves (“poca cosa”), y cuando puede tolerar las molestias que ello le genera hasta el momento de la cita asignada.

“Depèn, depèn. [...]si [...] no és més greu, doncs prefereixen del seu prop [centro de atención primaria].” (33U – Pakistán)

Sin embargo, cuando los síntomas son graves, interfieren con sus actividades y responsabilidades habituales y/o son considerados como una amenaza para la salud, acuden a los centros de **urgencias hospitalarios**. Asimismo, asisten al hospital cuando opinan que para la resolución de su problema de salud es conveniente disponer de médicos especialistas y/o de pruebas complementarias no disponibles en los centros de atención primaria, así como cuando creen que necesitarán ser ingresados.

“tienes que venir aquí a urgencias [hospital] aquí a urgencias para operarte, o para hacer cualquier cosa luego. Será más fácil si tienes que ingresar, aquí se lo suben con la camilla aquí para arriba y ya está.” (24U – Marruecos)

Finalmente, en ocasiones, acuden primero al centro de atención primaria y después a urgencias de un centro hospitalario, cuando consideran que su problema de salud no ha sido resuelto en el centro de primaria.

“Ella provarà primer el de més aprop, vale? Si allà no es troba bé i no es curarà doncs... vindrà aquí a urgències.[...] Ella provaria primer a ‘Nom de la seva ciutat- CAP’, si allà no es cura vindrà aquí a ‘Nom Hospital’.” (10U – Marruecos)

Del discurso de algunos **mediadores** emerge una **valoración negativa** de la conducta de no acudir a los servicios de salud hasta que la situación es grave, y reprochan también la tendencia de algunos usuarios a utilizar los servicios de urgencias hospitalarios en vez de los centros de salud. Si bien de manera marginal, emerge la valoración negativa de la tendencia a la automedicación y/o acudir a la farmacia en vez de al centro sanitario, y opinan que es incorrecto y que puede tener consecuencias negativas sobre su salud. A menudo, según refieren, informan e instruyen a los usuarios sobre cuándo y cómo utilizar los diferentes niveles asistenciales.

“hay veces (...) también hay gente que viene directamente al hospital sin papel, sin nada. Entonces lo comentas a ellos, que tú no puedes venir directamente aquí, al menos que sea de urgencia, si no es de urgencia, si tú vienes aquí, nadie no te vas a atender, tiene que ir a ver primero tu cabecera y luego él, si no puede resolver tu problema, tu enfermedad, te dará un papel para mandarte en hospitalX. Pero tú no puedes venir directamente para que te de la gana. Entonces le explican así. Y se van a ver la cabecera. Bueno (...) que así resuelven.” (15M)

De manera marginal emerge del discurso de algunos informantes de Rumanía, Marruecos y Senegal la costumbre de utilizar remedios caseros, naturales o tratamientos alternativos que ya consumían en su país de origen. Sin embargo, su relación con la necesidad percibida de utilizar los servicios sanitarios se limita al caso de algunas personas de edad avanzada, las cuales confían para la curación de sus dolencias en la medicina tradicional y alternativa (y en algunos casos en elementos religiosos) y no acuden a los centros de salud ni consumen medicamentos de la medicina formal, o lo hacen solo cuando la enfermedad es grave.

“nosaltres la gent major de la nostra del Marroc i tot això, aquesta gent no creu en els metges, ells creuen en altres coses sobre els santos [...] i en Déu, [...] ja no sé, si tengo que curar ya me curarà dios”, perquè tinc l'àvia de la meva dona que viu a Girona i que bueno tela, té el cor és que no pot, [...]Jella ha de prendre els medicaments perquè té moltes enfermetats i no pren els medicaments, "estoy harta de ... no quiero esto que si de a caso que me lleven a Marruecos a visitar a santo..." jo què sé, saps que vull dir, en la gent major sobretot, en la gent jove no crec.” (28U – Marruecos)

La tabla 13 resume las estrategias de búsqueda de atención sanitaria en función de la necesidad de atención percibida.

Tabla 13. Percepción de necesidad de atención sanitaria y estrategias de acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Percepción de necesidad de atención de salud	Estrategias de búsqueda y acceso a los servicios sanitarios
Síntomas leves, conocidos, previamente tratados	Farmacia, automedicación (No acuden a un centro sanitario)
Síntomas graves, que interfieren con su actividad laboral Síntomas que no mejoran tras un tiempo	Acuden a un centro sanitario (centro de atención primaria y/o urgencias)
Síntomas muy graves y/o urgentes Percepción de necesidad de médicos especialistas, pruebas complementarias y/o alta capacidad tecnológica Percepción de necesidad de ser ingresados Problema de salud no resuelto en atención primaria	Acuden preferentemente a un servicio de urgencias hospitalario

En resumen podemos decir que los inmigrantes, en general, no expresan necesidad de acudir a un centro sanitario si los síntomas son leves o conocidos, tratándose en casa o acudiendo a la farmacia. Sólo en el caso de los problemas de salud infantil y cuando perciben que la enfermedad es grave o que necesitan tratamiento urgente, acceden a los servicios sanitarios. Si bien emerge la utilización de la medicina alternativa y las creencias en salud en ciertos colectivos, lo hace de manera débil y no como elemento modulador de la percepción de necesidad de uso de los servicios sanitarios.

3.7. Ausencia de un sistema de transporte efectivo

La ausencia de un transporte público efectivo emerge como barrera de acceso a los centros sanitarios (principalmente hospitalarios y de atención especializada, y en menor medida a los centros de atención primaria) entre los informantes **residentes en áreas rurales** del Baix Empordà (colectivo marroquí). La mayoría considera insuficiente y complicado el sistema de transporte público existente (autobuses), porque no llega a todas las zonas, por los horarios restringidos y/o por el tiempo que comporta. Las mujeres son el grupo afectado en mayor medida, al no disponer de vehículo propio y necesitar con mayor frecuencia un sistema de transporte público.

“El té complicat, difícil, ella diu difícil, quan ha d’anar a Girona, perquè[...] Agafar dos autobusos. [...] [difícil] trayecto, espera mucho, espera, luego espera” (08U – Marruecos)

“Ahora voy pues cada... quincenas, tengo visita con el doctor de quimio. [...] a ver si mi hermano me... se enrolla a conducir o me deja el coche [...] porque sino como ir, en Sarfa [compañía de autobuses]... pues ya te digo, en Sarfa no me va a dar tiempo, porque Sarfa para aquí para allí, pasa por pueblos y claro... y al regreso igual, y al regreso igual, pasas todo el día por allí tirado y, ya te digo un poquito mal” (23U – Marruecos)

La ausencia de un transporte efectivo tiene algunas consecuencias sobre el acceso. En primer lugar, el traslado al centro sanitario se prolonga, lo cual supone una **demora en la atención sanitaria**. Asimismo, también se retrasa la atención porque el usuario inmigrante aplaza el acceso a los servicios hasta que encuentran a alguien con vehículo privado que les pueda transportar. Este retraso puede originar un **agravamiento** de los síntomas y de la enfermedad subyacente. En ocasiones, la distancia y la ausencia de un transporte efectivo determinan que el inmigrante **no acuda** a los centros de salud. Algunos informantes atribuyen su impuntualidad en las citas a la distancia y al autobús que se demora respecto al horario estipulado, impuntualidad por la cual en ocasiones se les ha denegado la atención. Otros casos manifiestan llamar a una **ambulancia** para trasladarse hasta el centro sanitario cuando el problema de salud es grave y urgente.

“El problema..., els pobles petits, [...] aquí si és lluny, com he dit abans, el tema de transport i tot això dificulta i pot ser que la persona té una cosa senzilla però pot empitjorà si només espera fins el marit torni o només espera fins l’autobús si passa i tot això, pues pot empitjorà més.” (25M)

“Hombre, si está más lejos y tienes alguna cosa grave, yo que sé, tienes que llamar a (...), tienes que llamar a la ambulancia, yo que sé, porque sino no puedes venir ahí corriendo.” (24U – Marruecos- mujer)

En conclusión, y como resumen a este apartado, entre los factores que influyen el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud vinculados con características de los propios inmigrantes, destacan como barreras el desconocimiento de los derechos de atención sanitaria y del funcionamiento del sistema sanitario; el desconocimiento de los idiomas locales; la situación socioeconómica desfavorable en términos tanto de situación administrativa como laboral y, en menor medida, educativa; y el rol que asume la mujer inmigrante. La dificultad de ausentarse del trabajo en horario laboral para acudir a un centro sanitario emerge como una de las barreras más importantes de la utilización de servicios para aquellos inmigrantes que trabajan.

Como elementos facilitadores relacionados con el usuario emerge la red social, que constituye una ayuda en el acceso, al acompañar al inmigrante a la consulta, ayudar cuando existe desconocimiento tanto del idioma como del funcionamiento del sistema sanitario, y ocuparse de las responsabilidades familiares para que el inmigrante pueda acudir a los servicios.

Las necesidades percibidas de atención de la salud constituyen un factor relevante en relación a la utilización de los servicios de salud que realizan los inmigrantes. En general, los inmigrantes acuden a los servicios solo cuando tienen un problema de salud grave o que interfiere con sus responsabilidades y actividades habituales, y sus estrategias de búsqueda de atención se relacionan con la urgencia de atención sanitaria y la probabilidad de ser ingresado que perciben así como con experiencias previas de atención recibida.

Percepción de discriminación en la interacción con los servicios sanitarios y consecuencias sobre el acceso

Varios informantes consideran que existe discriminación en distintos momentos de la interacción con el sistema sanitario. En algunos casos, esta percepción emerge indirectamente, como deseo de recibir un trato igualitario, y en otros se expresa de manera vacilante y dubitativa, eludiendo algunos informantes explícitamente el tema.

“Entrevistadora: alguna vez te han tratado diferente [en el médico] porque vienes de Senegal?’ ‘Informante: Ah! Aquí quería yo! Esto pasará siempre, toda la vida! [...] No quiero hablar ahora de esto. No me gusta hablar pero esto pasará toda la vida. [...] No lo sé, esto pasará toda la vida [...] Influye en las personas mucho [...] No quiero hablar de ese tema’.” (06U – Senegal)

No obstante, algunos informantes opina que no existe discriminación en el ámbito de los servicios sanitarios, aunque sí en otros entornos: *“Ni la idioma, ni la nacionalidad ni es una problema con los médicos, especialmente con los médicos. Hay personas que son racistas, pues no, en la sistema sanitario, no.” (37U– Rumanía)*

Por otro lado, un mediador considera que, en ocasiones, los usuarios tienden a exagerar o atribuir situaciones desagradables al hecho de ser inmigrantes cuando son situaciones que ocurren también en autóctonos.

“Hay casos cuando victimizan mucho, el usuario, porque, sí, no son santos, vienen aquí y le parece que a él tiene que esperar más por ser rumano o que la enfermera de turno le trata mal porque él es rumano. No, una enfermera te trata mal porque es su manera de ser y trataría mal a cualquiera. Que sí que se dan casos de discriminación sí pero no hay que generalizar.” (02M)

El trato discriminatorio emerge en distintos momentos de la utilización de los servicios sanitarios. En primer lugar, en relación a la entrada al sistema, emergen, aunque de manera marginal, dificultades en la **tramitación de la tarjeta sanitaria** atribuidas en parte al hecho de ser inmigrante: habiendo presentado todos los documentos necesarios se les denegó cuando a otros usuarios se la habían concedido presentando los mismos documentos. Esto origina una demora en la obtención de la tarjeta y con ello un retraso en el acceso al sistema sanitario.

Una vez ya han entrado en el sistema, en ocasiones se les ha **negado la asistencia por impuntualidad** en la cita, hecho que también atribuyen a su condición de inmigrante.

“he arribat una mica més tard perquè vaig treballar en Girona i tinc que arribar de Girona a Barcelona, el pobleXX, doncs he arribat una mica més tard i ha negat que no visitarà. Jo...¿què puc fer?, res. I com he parlat amb ella que si us plau, que estic treballant molt lluny, si és tan amable si us plau, dir que no, no és possible. A més quan he començat a discutir doncs m’ha portat al porteria i diu que no puc visitar aquest pacient i...i no vol. [...] Perquè han vingut la gent del...del barri també i ha visitat a tots i aquest temps no parlava molt bé de mi.[...] Però això no podem dir que..., saps que no podem dir, què té una persona en el seu cor, de cara sí que és més impressionant, “hola, què tal”, però racisme no puc eliminar 100%, això existe i existirà.” (33U – Pakistán)

En segundo lugar, varios informantes coinciden en atribuir **esperas prolongadas** a su condición de inmigrante, en particular si proviene de un país pobre. Así, manifiestan haber recibido citas para ser atendidos a más largo plazo, esperas en urgencias mayores, y demoras en operaciones.

“a mí me parece que hay un poquito de diferencia en, en gente de aquí y otra de otro país y también de otro país que es pobre o no, porque [...] en mi habitación ha pasado tres personas con misma cosa, ¿vale? El mismo día cuando me han ingresado yo ha venido uno, lo han operado rápido y ha salido, después ha venido otro y ha salido, después otro. [...] Y yo esperando, ¿sabes?. Un catalán, un francés y una española y yo he salido último. También cuando me han traído los papeles le han traído último.[...] Porque mi pie, no lo ha mirado, ¿vale? Y un catalán dentro de...[...] Cada día le estaba mirando. Como está y todo y a mí me ha pasado algo malo que he tenido...[...] Y después me ha dicho que no, no me puede operar porque mira que te ha pasado y tiene que esperar. Y cada día más malo, más malo, otra, otra, otra, y me ha dicho, no con riesgo no tiene que operarte y por qué tenía que esperar tanto para pasarme esta cosa y ahora arriesgamos para, para, como con riesgo te operamos hoy, con riesgo. [...] Porque me han puesto para firmar un papel que se puede infectar, y mira como está...[...] tampoco quiero hablar porque me han visto, me han pasado y no quiero comentar. Es de respecto para la gente. Cuando una persona se trata de una manera y otra se trata de otra manera y son los dos con el pie roto, los dos con misma fractura y uno se trata así y otro así.” (31U – Rumanía)

Algunos informantes consideran que existe un trato discriminatorio motivado por el **desconocimiento del idioma**. Así, del discurso de usuarios, mediadores y representantes emerge dificultad por parte de los profesionales a aceptar que desconocen la lengua y poca disposición a ayudar en este sentido. Concretamente los inmigrantes perciben un reproche por parte de algunos profesionales sanitarios por no saber el idioma, generándoles sensación de culpabilidad y vergüenza, en ocasiones limitando así futuros accesos y/o la comunicación por parte del paciente.

“Ella explica que ahora, porque ella sabe hablar un poco pero antes no, era difícil ir al médico.[...] Fins i tot li fa vergonya perque no, com que no sap dir-li el que ja es un, clar, això li impedeix d’anar al metge [...] Me da vergüenza, no puedo.[en consecuencia acude con] Una amiga. [...] Dice que (...) para que no se ría de ella.[...]ha passat el fet de que ella s’ha sentit incòmoda.”(08U - Marruecos)

Opinan también que existe poca disposición por parte del profesional a ayudarles con la dificultad de idioma. En ocasiones, el profesional dice no entenderle cuando en realidad el inmigrante opina que sí le entiende. Ante una situación de desconocimiento del idioma y disponibilidad de mediador, el profesional no lo solicita, y ante otra en la que según el usuario no era necesario, el profesional ha insistido en disponer de un mediador. Asimismo, emerge marginalmente que no permiten entrar a hijos de pacientes inmigrantes como traductores en aquellos casos en que el paciente no domina el idioma.

Por otro lado, emerge un **trato desagradable** por parte de los profesionales debido a su condición de inmigrante, tanto del personal administrativo como de los profesionales sanitarios. Si bien pocas veces se especifica en qué consiste exactamente este trato desagradable, refieren que a menudo les faltan al respeto y que su comportamiento es descortés, recibiendo muestras de desprecio. Algunos profesionales les gritan, el personal administrativo en relación a la impuntualidad y la incomparecencia de las citas, y los profesionales sanitarios en relación a problemas en la comunicación.

“hay gente, hay una..., siempre te encuentras una persona que es desagradable, que te habla mal. [...] Diferente [...] te daré un ejemplo, no sé, una vez fue... no sé si era para cambiar una hora o así, en la recepción, sí, y era para cambiar la hora porque yo... fue... y no era... era un viaje inesperado [...] porque mi padre se puso mal y he tenido que ir y no he podido pensar que tenía visita porque en ese momento cuando un ser querido que está que está mal y tienes que ir fue cuando he vuelto la visita se me había pasado y fue, cogí el papel y fui para cambiarla y he visto, me he encontrado con una persona muy desagradable porque claro me chillaba en la recepción que porque que claro que yo puedo, que porque no he venido ese día que porque me tenía que venir a devolver el papel para que podría otra persona usarlo... [...] me ha dicho que no (...) que no puede ser que vendréis cada dos por tres a cambiar la hora cuando os da la gana y todo esto. De esta forma me lo ha dicho.[...] yo pienso que me podría haber hablado de otra manera no era para tanto, no? que se me pasó la visita no era para tanto, una visita...” (29U – Marruecos)

“A veces yo pues normalmente pienso que los profesionales faltan respeto para la gente.[...] Médicos desde administrativo, todos los profesionales del hospital a veces yo pienso que ellos mismos hablan de alguna manera que mayormente no tendrían que hablar, ¿sabes?[...] Porque a veces tú entras en un sitio y..., mira el médico está de mal humor, y solo porque el paciente no habla se pone más nervioso, ¿sabes? y algunas veces yo tenía que decir, oye, por favor, no te enfadas, es que ellos pobres, están enfermos, tienen sus problemas y encima que el médico está gritando, ellos vienen a un sitio desconocido, y el mínimo, un poco de respeto. [...]solo porque no hablan, no saben por qué están aquí no sé qué, mira, dicen cosas que tú sabes que es porque son inmigrantes” (32M)

Finalmente, emerge también que la **calidad técnica** de la atención que reciben los inmigrantes es peor que la que reciben los autóctonos, emergiendo una exploración física más superficial y tratamientos menos efectivos, con el consecuente riesgo de empeoramiento de la enfermedad.

“hay personas que no se respecta los negros, no sé para qué. Si puedo decirlo.[...] aquí hay personas que no se les “va bien” los negros, no sé por qué [...] cuando yo fuiste si estaba urgente, no lo cogieron si no le miraba así, así, [gesto de repugnancia, de mirar de lejos] me dice que está bien, está bien solo, me dicen, está bien, si no si tiene tos, tos, me donaran una jarabe, no puede hacer nada, nada. Cada vez el médico cuando ella estaba en el colegio me llamaron, ven, tu niña estaba mal, voy a cogerlo el médico le mirabas así, así, [gesto de repugnancia, de mirar de lejos] me dice este jarabe está bien y ya está, ya está” (05U – Senegal)

“Me la gente dice la médicos...curan diferente si tú..., si tú africano, es blanco, van (...) tú va dice tú quiera, lleva eso, cura mejor, tú no lo cura mejor.” (07U – Senegal)

Ante el trato discriminatorio emergen algunas demandas de atención más igualitaria, si bien la mayoría de informantes no se pronuncian al respecto o aceptan la situación. En ocasiones, ante un trato considerado discriminatorio, solicitan un cambio de profesional y en otras emerge como motivo para no acudir al médico.

La tabla 14 sintetiza las diferentes situaciones que emergen como discriminación y sus consecuencias posibles sobre el acceso.

Tabla 14. Situaciones percibidas como discriminatorias y consecuencias sobre el acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes.

Situaciones percibidas como discriminación	Consecuencias sobre el acceso
Entrada al sistema	
Denegación de la tramitación de la tarjeta sanitaria (disponiendo de la documentación necesaria)	Demora en la entrada al sistema sanitario y en la atención
Una vez han accedido a los servicios	
Rechazo a ser atendido por impuntualidad Esperas prolongadas Recriminación por no saber alguno de los idiomas locales	Demora en la atención Sensación de vergüenza/culpabilidad por no saber idioma → no acude si no es acompañado
Poca disposición por parte del profesional a ayudar cuando existe desconocimiento del idioma Trato desagradable, descortés, falta de respeto	Mala comunicación → mala calidad del proceso diagnóstico-terapéutico No acude
Peor calidad técnica de la atención recibida	Mala calidad del proceso diagnóstico-terapéutico, empeoramiento de la enfermedad

Discusión

La opinión general es que el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud de Catalunya es fácil, si bien el acceso está supeditado a las posibilidades de conseguir la tarjeta sanitaria así como al conocimiento de los derechos de atención y del funcionamiento general de los servicios sanitarios. No obstante, una vez han conseguido entrar, los informantes identifican diversos elementos que influyen el acceso a los servicios sanitarios, determinantes relativos a los servicios sanitarios y relativos a la población inmigrante.

Del análisis de los discursos emerge la estrecha relación que existe entre muchos de los elementos que funcionan como barreras y facilitadores de acceso. Esta relación aparece no solo entre elementos propios de los servicios del sistema y servicios sanitarios por un lado, y de los inmigrantes por otro lado, sino que con frecuencia las barreras debidas a características de los servicios y las relativas a la población inmigrante están relacionadas entre sí. Así, por ejemplo, la barrera que supone la falta de conocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios se debe, por un lado, a la insuficiente provisión de información adaptada por parte del sistema y servicios sanitarios, y se potencia con la falta de búsqueda activa, desconocimiento de los idiomas locales y el bajo nivel educativo de algunos inmigrantes.

Esta interrelación forma parte de un proceso de adaptación bidireccional. Por un lado, el sistema y los servicios sanitarios que tratan de adaptarse a las características y particularidades de los inmigrantes que reciben, y por otro lado, la población inmigrante que intenta acomodarse a las normas y manera de funcionar de los servicios sanitarios del país. En consecuencia, las estrategias para mejorar el acceso deben tener en cuenta al mismo tiempo y de manera coordinada aquellos aspectos que contribuyen a las barreras y son susceptibles de ser modificados, tanto de los servicios como de los usuarios.

Algunos de los elementos que emergen podrían ser inherentes al sistema y propio de los servicios sanitarios, afectando por igual a todos los usuarios, tanto autóctonos como inmigrantes. Sin embargo, en algunos casos, y debido a la naturaleza de la barrera, algunos elementos solo afectan a inmigrantes, como es el caso de la barrera lingüística. En otros, la barrera es estructural pero parece agravarse cuando el usuario es inmigrante, como por ejemplo las dificultades para ausentarse del trabajo por su mayor nivel de precariedad. Finalmente, algunos resultados parecen indicar que ciertas barreras inciden más en el colectivo inmigrante, como por ejemplo la percepción de una peor calidad técnica de la atención recibida.

La Tarjeta Sanitaria: elemento clave para el acceso cuyos requisitos son controvertidos y, en ocasiones, inalcanzables

La percepción general de los informantes es que el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario es, en términos generales, fácil, pero que depende de las posibilidades de conseguir la tarjeta sanitaria individual (TSI). Este documento es identificado como elemento clave que otorga el derecho de acceder a los servicios sanitarios públicos, relacionándolo también con la gratuidad de la atención sanitaria y con la disminución del coste de los medicamentos. Por el contrario, cuando no se dispone de la TSI sufren importantes dificultades para poder ser atendido, constituyendo su carencia un verdadero obstáculo a la atención sanitaria.

La obtención de la TSI se percibe como algo más que una simple tarjeta, del elemento físico que se muestra cada vez que se accede a los servicios sanitarios, es la materialización de la adquisición de una titularidad del derecho al acceso en igualdad de condiciones que la población autóctona. Este hecho es identificado, aunque no siempre verbalizado explícitamente, por la mayoría de los informantes del estudio. Otros autores también encuentran que la adquisición de la TSI tiene, para algunos inmigrantes, un significado que va más allá de la titularidad del derecho a la atención de la salud (167,170). Así, por ejemplo, algunas mujeres inmigrantes lo viven como un logro social, por su fuerza simbólica (afirmación de una misma en un escenario altamente burocratizado), como por el cambio de estatus que materializa al pasar de percibirse como usuaria asistida por humanitarismo como usuaria por derecho social (167).

Los obstáculos que emergen para la obtención de la TSI, y con ello del derecho formal al acceso a la asistencia sanitaria, se convierten en barreras de entrada al sistema y, en consecuencia, de acceso a los servicios sanitarios. Entre estas barreras se encuentran, por un lado, las dificultades para empadronarse (relacionadas con los problemas para acreditar una vivienda e identificarse), para acreditar el alta en la Seguridad Social y los relativos a la acreditación de la identidad. Por otro lado, emerge el miedo a quedar registrados, tanto en las bases de datos del padrón como en la del sistema sanitario.

Otros autores encuentran también que las posibilidades de obtención de la tarjeta sanitaria determinan la percepción global que del acceso tienen los inmigrantes, y que existen barreras importantes para la obtención de la TSI (170,150,172,164,163,169,166,167,165,171). Solo un estudio, que recoge la opinión de profesionales de la salud en Barcelona, obtiene que el acceso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes no presenta ningún tipo de barrera y que no tienen dificultades para tramitar la TSI (174).

Como consecuencia de la dificultad en obtener la tarjeta algunos inmigrantes no reciben la atención sanitaria que requieren en el sistema público, la reciben pero con retraso o buscan una alternativa. En ocasiones se les exige el pago de la atención recibida. Cuando no disponen de TSI, algunos acuden a clínicas privadas (si disponen de recursos), o a farmacias y a oenegés (si no disponen de recursos), los cuales estarían supliendo en muchas ocasiones el papel que le corresponde a los servicios públicos.

El análisis crítico de las diferentes barreras de acceso encontradas en relación con la obtención de la TSI (como titularidad del derecho al acceso) nos lleva a considerar diferentes aspectos relacionados con las leyes que regulan el acceso y determinan los titulares del derecho a la asistencia en España y en Catalunya: el derecho a la protección a la salud recogido en la Constitución Española (64), el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria regulado principalmente a través de la Ley General de Sanidad, ley 14/1986 (65), y la “ley de extranjería” (Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre), que concreta dicho derecho y lo relaciona al empadronamiento, la edad y el nivel de asistencia (78). Por otro lado, en Catalunya, las medidas referentes a la creación y uso de la tarjeta sanitaria individual como documento identificativo y acreditativo de las personas usuarias para el acceso a los servicios sanitarios de cobertura pública y a cargo del Servicio Catalán de Salud quedan establecidas mediante el Decreto 90/1990, de 3 de abril, sobre la Tarjeta Sanitaria Individual (210). Diversos aspectos de estas leyes son incoherentes con el derecho universal a la salud y en algunos casos, los resultados de este estudio indican su incumplimiento.

La supeditación del derecho a la salud al requisito administrativo del empadronamiento

En primer lugar, es preciso reflexionar sobre el sentido y adecuación de condicionar el acceso a los servicios sanitarios al registro previo en el padrón. La “ley de extranjería” garantiza el acceso al sistema sanitario de cualquier persona que se encuentre en España, según la dicción literal de la propia Ley, la equiparación en el acceso al sistema sanitario solo se produce cuando en el extranjero se da una determinada situación jurídico administrativa (empadronamiento en un municipio) o condición personal (menores de edad y mujer embarazada) (80). Fuera de estos supuestos el derecho a la asistencia sanitaria solo se produce en situaciones de urgencia médica.

La vinculación del padrón a la titularidad de derecho a la asistencia sanitaria se podría considerar como un avance hacia la equidad del acceso entre inmigrantes y autóctonos, pues supera el requisito tradicional de la residencia legal en España o de la condición de trabajador como presupuesto para que la persona extranjera pueda gozar del derecho a la asistencia sanitaria plena, al acoger como mecanismo desencadenante de dicho derecho una situación jurídico administrativa mucho más flexible e informal, como es la inscripción en el padrón municipal. Sin embargo, desde un punto de vista tanto teórico como práctico, esta vinculación del padrón municipal con el derecho a la asistencia sanitaria no logra la consecución del derecho a la salud de todos los extranjeros tal y como se establece en la ley.

Desde una perspectiva teórica, esta vinculación se basa en unas premisas criticables teniendo en cuenta cuál es la naturaleza de la institución del padrón municipal. El padrón municipal trata de reflejar una situación fáctica como es la residencia de hecho en un municipio y la inscripción de la persona en el mismo marca el inicio de una relación del ciudadano con su municipio, provincia o Comunidad Autónoma denominada vecindad administrativa (80). En ningún caso la inscripción padronal es constitutiva de relación con la administración central o con una vecindad estatal. Y sin embargo, el derecho a la sanidad (derecho de carácter estatal) queda condicionado a una resolución de un Ayuntamiento aceptando o denegando la inscripción padronal. Se está vinculando o supeditando el ejercicio de un determinado derecho, definido por una norma de carácter uniforme

para el conjunto del Estado, a la inscripción padronal dependiente de una entidad local y con riesgo de actuaciones arbitrarias.

La dificultad práctica de los inmigrantes para demostrar una vivienda

Además de la incoherencia de carácter jurídico, en la práctica, el proceso del empadronamiento no está exento de dificultades para muchos inmigrantes (en particular, los irregulares), tal y como se deriva de los resultados de este y otros estudios (150,164,165,170–172), los cuales cuestionan la supuesta flexibilidad de este mecanismo como vía de entrada al sistema de los inmigrantes con independencia de su situación administrativa. La dificultad de demostrar un domicilio y la identidad conlleva la denegación del registro padronal por parte de los ayuntamientos, y el miedo a ser descubierto cuando se encuentran en situación de irregularidad, provoca la contención del inmigrante a iniciar siquiera el proceso de empadronamiento.

El único requisito legalmente exigido para acceder al padrón municipal consiste en la residencia efectiva del ciudadano en el término municipal que se trate (211,212). No obstante, las respuestas de los ayuntamientos denegando la inscripción padronal no suelen hacer referencia este requisito sino que, por lo general, suele hacer alusión a la falta de acreditación de la residencia habitual en el municipio y la falta de consignación de todos los datos obligatorios de la solicitud, básicamente la residencia en el municipio y la identificación del ciudadano (80). Es decir, se deniega el empadronamiento no porque no exista una residencia efectiva sino porque no aparecen los datos de dicha residencia.

En relación a la capacidad de demostrar una vivienda, los problemas aparecen cuando quien solicite el alta en el padrón carece de un domicilio en el municipio, aunque resida en el mismo, o cuando no tenga ningún documento que acredite la ocupación del mismo. A pesar del reconocimiento formal a nivel nacional (64) e internacional (67) del derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, el problema de la vivienda afecta a toda la sociedad. La urgencia de muchas personas extranjeras (en particular de aquellas en situación irregular) por conseguir una vivienda, unida a las dificultades para su consecución, convierten a este colectivo en especialmente vulnerable (80). Vulnerabilidad, por un lado, ante las condiciones abusivas de algunas inmobiliarias, que sitúan a la parte arrendadora en una posición de mayor fuerza negociadora que la arrendataria. Entre las distintas prácticas abusivas ejercidas por la parte arrendadora se encuentra la imposición de la no formalización por escrito del contrato de arrendamiento (80). No obstante, en el caso de inexistencia de contrato, la ley afirma que es suficiente la aportación de diversos documentos que prueben la residencia del vecino en el mencionado domicilio tales como los contratos de suministro de agua, luz, teléfono, etc., e incluso en el supuesto en que no exista ningún tipo de documento justificativo, el gestor municipal, bien a través de la policía local, bien a través de sus propios servicios, debe comprobar que realmente el vecino habita en dicho domicilio y, si es así, empadronarle (213). Sin embargo, este último supuesto no soluciona la barrera para aquellos inmigrantes que tampoco disponen de estos documentos (o no dirigidos a su nombre) ni mucho menos la de inmigrantes irregulares, para los cuales la opción de las autoridades comprueben el domicilio no solo no soluciona sino que contribuye a la barrera de empadronamiento.

La vulnerabilidad de este colectivo también se asocia al subarriendo de habitaciones o camas, estrategia habitual para acceder a un lugar donde vivir o, al menos, dormir, debido al alto precio de alquiler de los arrendamientos y al bajo nivel de ingresos de una parte de los inmigrantes (80). Asimismo, y con independencia de la situación administrativa, el subarriendo también se asocia directamente con la primera fase del proyecto migratorio de la persona. En estos casos, y siempre que no exista contrato de subarrendamiento escrito, la ley prevé que para el acceso al padrón es suficiente la autorización por escrito de una persona mayor de edad que figure empadronada en ese domicilio (211,212). Sin embargo, el problema que esta solución plantea es que el acceso al padrón queda en manos de la autorización de un tercero que puede no prestar dicho consentimiento o prestarlo solo a cambio de una compensación económica importante, tal y como aparece también en los discursos de algunos de los informantes de este estudio.

La necesidad de identificarse y el miedo (justificado) a quedar registrado en el padrón

Otras barreras al empadronamiento para la población inmigrante, en especial de la irregular, que aparecen como resultado de este estudio son la necesidad de presentar un documento acreditativo de la identidad del cual en ocasiones no disponen, y el miedo a facilitar este documento por el riesgo a ser descubiertos por la policía. Estas barreras también son identificadas por otros autores (150,164,165,170).

En este sentido, las últimas modificaciones que de estos datos introduce la LO 14/2003 (“Ley de Extranjería”), implican la mayor restricción a la acreditación de la identidad considerada válida y explican el miedo relacionado (78). El cambio, se produce por un lado, respecto al número de identificación de los extranjeros en España. Así, mientras la anterior redacción solo señalaba que, respecto a los extranjeros, el número identificativo debía ser el del “documento que sustituya al DNI”, la nueva redacción fija un orden cerrado sobre cuál debe ser el número identificativo a consignar, en función de la nacionalidad y la situación documental de las personas extranjeras. De esta forma, por un lado, para las personas extranjeras nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo la inscripción deberá contener el número de la tarjeta en vigor expedida por las autoridades españolas, o en su defecto, el número del documento acreditativo de la identidad o del pasaporte en vigor expedido por las autoridades del país de procedencia. Por otro lado, para los extranjeros no comunitarios la ley es más específica señalando que el número a inscribir será el que conste en el documento, en vigor, expedido por las autoridades españolas (permiso de residencia) o en su defecto, por no ser titulares de éste, el número de pasaporte en vigor expedido por las autoridades de su país de procedencia.

Además de impedir directamente el empadronamiento de personas de países no comunitarios que no disponen ni de permiso de residencia ni de pasaporte en vigor, esta modificación podría explicar una parte del miedo a inscribirse de las personas irregulares, ya que se facilita la identificación de las personas extranjeras que se hallan en situación irregular en España, tanto a nivel individual como colectivo. Con este nuevo sistema, quien esté inscrito con un número de pasaporte y no sea ciudadano de la Unión Europea será forzosamente una persona en situación irregular y quedará así perfectamente identificada en el padrón (80).

El otro cambio introducido en la LO 14/2003 que puede contribuir al recelo de los inmigrantes irregulares a darse de alta en el padrón, es la introducción de una habilitación genérica de acceso al padrón a favor de la Dirección General de Policía para la exclusiva finalidad del ejercicio de sus competencias sobre control y permanencia de los extranjeros en España. Además, el acceso al padrón por parte de la Dirección General de Policía no tiene por qué realizarse a través del Ayuntamiento, sino que, en virtud del artículo 83 del Reglamento de Población y Demarcación de Entidades Territoriales, la Dirección General de Policía puede acudir directamente al Instituto Nacional de Estadística para consultar estos datos (214).

El requisito de afiliación a la Seguridad Social como barrera contradictoria en un Sistema Nacional de Salud

De los resultados del estudio se desprende que en algunos centros de atención primaria exigen al inmigrante estar dado de alta en la Seguridad Social para la obtención de la TSI, resultado que también obtienen otros autores (172). Efectivamente, y tal y como especifica en su página web, el *Departament de Salut* de la *Generalitat de Catalunya* establece que, para obtener la TSI, además de presentar el certificado de empadronamiento y de un documento identificativo, es necesario mostrar la tarjeta de afiliación a la Seguridad Social (82). Según la Guía de acogida (215) (página web dirigida a las personas inmigradas y editada por el *Departament de Salut*), en los casos en que no se dispone de permiso de residencia (y por ende no es posible constar en el sistema de la Seguridad Social) es necesario una “declaración jurada de no contar con recursos económicos, si procede”. En este segundo supuesto, sin embargo, y según algunos de los informantes del estudio, el acceso a la tarjeta sanitaria parece que depende del informe favorable del trabajador social adscrito al centro, si bien aparece variabilidad en este sentido entre centros.

La necesidad de estar dado de alta en el Sistema de la Seguridad Social o, en su defecto, justificar insuficientes recursos económicos, para adquirir la titularidad del derecho a la atención sanitaria es incoherente según las leyes que actualmente rigen el derecho a la asistencia sanitaria en España dentro del territorio nacional. Según lo previsto en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, el derecho a la salud y a la atención sanitaria se basa en el concepto de ciudadano y no de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social, determinando que “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.”

La culminación de la separación entre atención sanitaria y Seguridad Social se llevó a cabo en enero 1999, con la entrada en vigor de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, según la cual, y como expresa el párrafo 14 de la Exposición de Motivos de dicha norma, el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, suprimiéndose la aportación de cotizaciones sociales y produciéndose la “desvinculación total de la Sanidad y la Seguridad Social” (216). Es pues, a partir de dicha fecha, que cesa el aporte de cuotas directas desde la Seguridad Social y la Sanidad pasa a financiarse íntegramente con impuestos generales a los que contribuyen todos los ciudadanos a través de las diferentes formas impositivas (IVA, IRPF, IS, etc.) con que el Estado se nutre para atender todos los servicios que ha de prestar (217).

Por tanto, y desde un punto de vista jurídico, con la Ley General de Sanidad, la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España, y por tanto la pertenencia o no a aquel sistema, alta y afiliación al mismo, y por extensión, la de la persona dependiente de afiliado y en alta, desaparece. Se esté o no en alta en un régimen de Seguridad Social y se dependa o no económicamente de una persona en alta, se tiene derecho a la asistencia sanitaria y por tanto al reconocimiento administrativo de este derecho con carácter personal y propio. Sin embargo, en la práctica y gracias a un complejo entramado jurídico-financiero que no es objeto de este estudio, se sigue exigiendo ser afiliado y en alta del Sistema de Seguridad Social o beneficiario de un afiliado y en alta para reconocer el derecho a la atención sanitaria (217).

El obstáculo que puede suponer el requisito de alta y afiliación a la Seguridad Social atañe, en teoría, por igual a inmigrantes y autóctonos. No obstante, es muy probable que afecte en mayor medida a los primeros dado la mayor precariedad laboral a la que se ven sometidos, (39,41,42,175) con frecuencia trabajando en el mercado informal y en especial aquellos que no disponen de un permiso de trabajo.

Variabilidad en el proceso y requisitos para empadronarse y obtener la tarjeta sanitaria

Los resultados de este estudio parecen indicar cierta variabilidad en los requisitos demandados tanto para la obtención de la tarjeta sanitaria como la del empadronamiento previo entre centros de atención sanitaria y entre Comunidades Autónomas (CCAA), variabilidad que no obstante, y dado que no era el objetivo principal, no ha sido suficientemente explorada.

La variabilidad y aparente “pluralidad de criterios” en el proceso y requisitos de obtención de la TSI entre centros de atención primaria es descrita también por otros autores, algunos de los cuales encuentran que responde a la falta de concreción de la normativa y de las excepciones de la misma, así como al desconocimiento parcial que sobre el marco jurídico del acceso y los requisitos para la atención sanitaria a inmigrantes tienen los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios (163–165,169,172,218). Algunos profesionales identifican en los últimos años un endurecimiento por parte del personal de atención al usuario de los centros de atención primaria en el momento de pedir los documentos necesarios para tramitar la TSI (165).

Simplificación del acceso al sistema sanitario en otras Comunidades Autónomas

En relación con la variabilidad entre CCAA es posible que una parte se deba a que, si bien el Estado conserva la competencia exclusiva sobre los derechos en salud de los ciudadanos y de la situación jurídico administrativa de las personas inmigrantes (entrada y salida de las personas extranjeras y las autorizaciones administrativas de trabajo), la prestación a los inmigrantes de los servicios públicos de educación, sanidad, vivienda, servicios sociales, etc. se vincula a diversos títulos competenciales sectoriales de las CCAA (80). Así, aunque la Constitución no reconoce a las CCAA competencia alguna sobre la población inmigrante ni introduce limitación expresa a la competencia estatal, en aras de diferenciar las políticas de regulación y control de flujos migratorios de las políticas en provisión de

servicios, se ha trasladado a las Administraciones autonómicas y locales la competencia en integración de las personas extranjeras, siempre dentro del marco que regula los derechos, deberes y la entrada de las personas inmigrantes en España como competencia exclusiva estatal (80).

Aunque en nuestro estudio emerge solo débilmente, es conocido que las administraciones de otras Comunidades Autónomas han desarrollado mecanismos que facilitan y/o posibilitan el acceso de los extranjeros que por dificultades para empadronarse, identificarse y/o acreditar afiliación a la Seguridad Social o insuficiencia de recursos económicos, no obtienen la tarjeta sanitaria individual.

Estos mecanismos están amparados dentro de la ley, concretamente en el Artículo 149.1.16 de la Constitución Española (64). Según esta, si bien la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad y por ende el establecimiento de las condiciones mínimas determinantes del acceso y del contenido del derecho corresponde al Estado, son las Comunidades Autónomas las competentes para organizar y desarrollar su sistema, incluso en la delimitación del contenido prestacional, como consecuencia de su potestad de gasto y autonomía territorial (80). Éstas en ningún caso podrán reducir los términos del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria que se lleva a cabo en la normativa estatal y delimitadas por la garantía de prestaciones de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (219), pero sí que podrán mejorarlo, siendo esto precisamente lo que han hecho determinadas Comunidades Autónomas en relación al acceso de los inmigrantes a la tarjeta sanitaria (80).

Así, por ejemplo, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Región de Murcia y Extremadura han desarrollado un sistema de “Tarjeta Solidaria” que no requiere empadronamiento previo, y permite el acceso a los servicios sanitarios de la misma manera que la tarjeta sanitaria individual convencional (83). Con algunas diferencias entre Comunidades, el objetivo es ampliar la cobertura a aquellos inmigrantes en situación administrativa irregular, no empadronados y/o con insuficientes recursos económicos, de manera temporal en la mayor parte de los casos y mientras normalizan su situación administrativa.

En Catalunya no existe, por el momento, ningún mecanismo similar que facilite el acceso de aquellas personas que por los motivos expuestos no consiguen acceder a los servicios sanitarios públicos. Sería recomendable estudiar la implementación de medidas similares a las llevadas a cabo por las Comunidades mencionadas que permitieran la eliminación, o al menos, reducción de las barreras de entrada al sistema relacionadas con la obtención de una tarjeta que determina la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria.

Limitada implantación de las políticas de inmigración en relación a la obtención de la TSI

Los resultados obtenidos sobre la dificultad de obtener la TSI que experimentan algunos inmigrantes contrastan con el esfuerzo e importancia que los planes de integración social, de salud y de inmigración, así como otras políticas sanitarias para la población inmigrada asignan a la accesibilidad de los inmigrantes a los servicios sanitarios (84). A nivel estatal, si bien el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud no contempla acciones específicas sobre la materialización de la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes ni sobre la tramitación de la tarjeta sanitaria en

este colectivo, el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración contempla como acción prioritaria de salud el garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario por parte del colectivo inmigrante (60).

En Catalunya, uno de los cuatro objetivos estratégicos del plan específico sobre la atención de la salud de los inmigrantes es precisamente “mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios” (56). Además, dentro del plan de acogida, se concreta como acción encaminada a la consecución de dicho objetivo, “facilitar la TSI a todas las personas inmigrantes o que estén en proceso de exclusión”, y en el capítulo del Mapa Sanitario se reconoce como uno de los principales retos del futuro “la mejora del acceso y la utilización de los servicios [...] a los servicios asistenciales normalizados” y “la captación activa de toda la población inmigrante por parte de los equipos de atención primaria mediante la implicación de las autoridades locales y los agentes comunitarios del entorno (universalizar la TSI)” (56).

Privación del derecho a la atención sanitaria gratuita cuando no se dispone TSI

Finalmente, los resultados del estudio ponen en cuestionamiento el acceso en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios públicos cuando no se dispone de TSI, al darse situaciones de demanda de pago y de negativa a la atención sanitaria. Especialmente relevantes son aquellas situaciones en las que se denegó la atención o bien se solicitó el pago previo o posterior a la atención, en casos de urgencias, embarazo y parto, y atención pediátrica. Estas situaciones de privación del derecho a la atención sanitaria y demanda de pago en ausencia de TSI no parecen ser la norma, ante una misma situación existen centros sanitarios en los cuales se atiende al inmigrante y otros en los que no. Otros autores encuentran también experiencias de rechazo a la atención en ausencia de TSI y de exigencia de pago (169,172). Esta variabilidad podría responder, en parte al menos, al desconocimiento de los profesionales administrativos y sanitarios sobre el marco jurídico del acceso y los requisitos para la atención sanitaria a inmigrantes (163–165,169,218). Los profesionales actuarían, por tanto, de acuerdo a la información que hubieran recibido y el conocimiento o creencias al respecto en el momento de recibir al inmigrante.

Estos resultados indican un incumplimiento de lo establecido en la legislación referente al acceso al sistema sanitario, tanto en general como en el caso particular de los inmigrantes. La Ley General de Sanidad establece, en su artículo 46, la universalización de la atención sanitaria a toda la población. Además considera “la gratuidad de la asistencia sanitaria incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para todas las personas con nacionalidad española y para las personas extranjeras con residencia en España” (65).

La Ley de Extranjería, establece el mismo derecho a la asistencia sanitaria que los españoles para aquellos extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente así como para todos los menores de edad (78). Además, y con independencia de su inscripción en el padrón, todos los extranjeros en territorio nacional tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia, así como todas las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por tanto, todos los inmigrantes con residencia en el territorio nacional deberían tener acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones que los autóctonos, incluso cuando no disponen de tarjeta sanitaria al menos en estas tres situaciones en las que se garantiza por ley el acceso a los servicios de salud: menores de 18 años, mujeres embarazadas y situaciones de urgencia (78). Y puesto que no se contempla en ningún apartado de esta ley el pago de la persona atendida por los servicios prestados en estas situaciones, se deduce que este acceso debería ser gratuito.

Por otro lado, en Catalunya, la reciente Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del *Servei Català de la Salut* (79), tiene como objetivo determinar las personas que disfrutan del derecho a la asistencia sanitaria pública a cargo del *Servei Català de la Salut*, de manera que “todos puedan acceder a los servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad y gratuidad.” Cuando en su artículo 2 concreta quienes son titulares de este derecho, se incluyen, además de las personas empadronadas en cualquier municipio de Catalunya, aquellas personas de Estados no miembros de la Unión Europea según lo especificado por el artículo 12 de la Ley orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Dicho artículo es precisamente aquel que contempla el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles de todos los extranjeros que se encuentren en España inscritos al padrón así como, en ausencia de empadronamiento, el de los menores de 18 años, las mujeres la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, y la asistencia de urgencia en cualquier circunstancia (7).

Es por ello que las negativas de atención y/o las prácticas de cobro llevadas a cabo por algunos servicios sanitarios que emergen de los discursos de los informantes, concretamente en los supuestos contemplados específicamente por la ley (atención de urgencias, atención al embarazo, parto y puerperio, y atención pediátrica) se interpretan en este estudio como una grave infracción de las leyes anteriormente mencionadas.

Tan solo existe un elemento de la Ley 21/2010, de ámbito de aplicación catalán, que posibilita la demanda de pago por los servicios en algunas situaciones. En el artículo 3, que hace referencia al derecho a la asistencia a urgencias que tienen todas aquellas personas no contempladas en el artículo 2 (aquél que determina los titulares del derecho de acceso a la asistencia sanitaria), especifica que esta atención se llevará a cabo “sin perjuicio de que estas personas o, en su caso, los terceros obligados legalmente o contractualmente a asumir estos gastos deban hacerse cargo del pago del coste de la asistencia recibida” (79). Por tanto, para aquellos extranjeros no contemplados como titulares del derecho podría aplicárseles, según esta normativa, la exigencia de la contribución económica por los servicios prestados. En este supuesto entrarían por tanto aquellos extranjeros no comunitarios que no estando empadronados, ni tuvieran menos de 18 años, ni se tratara de mujeres en situación de embarazo, parto o puerperio, ni el tipo de asistencia solicitada fuera de urgencia. Esta formulación de la ley es, por tanto, una clara limitación del acceso para el conjunto de inmigrantes, al legitimar el cobro por los servicios sanitarios fuera de los supuestos de embarazo, minoría de edad o emergencia.

El papel de las oenegés como facilitador de la asistencia sanitaria cuando no se dispone de TSI

En aquellas situaciones en las que el inmigrante no dispone de cobertura en la asistencia sanitaria pública, del discurso de los informantes así como de otros trabajos (164,170,171) emerge el papel que desempeñan algunas oenegés y entidades sin ánimo de lucro. Por un lado como prestadoras directas de la atención sanitaria o como intermediarias para el pago de los servicios prestados, y por otro como facilitadoras de la obtención de la TSI. La actividad que llevan a cabo dichas organizaciones permite superar algunas de las barreras y se facilita el acceso a la asistencia sanitaria de algunas de las personas que de otra manera se verían privadas de esta asistencia.

Sin embargo, es preciso reflexionar sobre la adecuación y el sentido de su acción en un contexto de Sistema Nacional de Salud y teórica atención sanitaria universal. Estas entidades están asumiendo no sólo un papel facilitador del acceso (al ayudar en la obtención de la TSI), función que podría estar justificada, sino que están también reemplazando al Estado en su responsabilidad de atención de la salud a personas que por ley deberían ser atendidas dentro del sistema y no lo están siendo, así como financiando su atención en los servicios públicos cuando ésta debería correr a cargo del sistema. Es razonable plantearse hasta qué punto estas organizaciones contribuyen a mantener las irregularidades detectadas (rechazo y/o cobro de la atención sanitaria a personas que por ley deberían ser atendidas gratuitamente), al asumir la cobertura sanitaria de estos casos y por tanto hacer menos visible la necesidad no cubierta de atención de este colectivo.

Derivación y utilización inadecuada de urgencias, desenlace frecuente de la carencia de la TSI

Los resultados de este estudio indican que una parte de los inmigrantes que acuden a los centros de primaria para ser atendidos y no disponen de tarjeta sanitaria están siendo derivados a servicios de urgencias, no porque así lo requieran las características de la patología que presentan, sino por no ser titulares del derecho de asistencia sanitaria. Asimismo, tanto éste como otros estudios indican que cuando no dispone de TSI, con frecuencia el inmigrante acude, *motu proprio*, a los servicios de urgencias para ser atendido (164,165,170,172). Por tanto, una parte al menos del “uso inadecuado” de urgencias se relacionaría con las barreras que se imponen a la tramitación de la TSI desde el propio sistema y la conducta para acomodarse a ellas tanto de los profesionales de atención primaria como de los usuarios inmigrantes.

Utilización de la tarjeta de otra persona como consecuencia de las dificultades de ejercer el derecho de asistencia sanitaria pública

Por otro lado, una de las estrategias para obtener asistencia sanitaria que emerge del discurso de los informantes mientras no disponían de TSI es la utilización de la tarjeta de otra persona como si fuera propia y con ella poder acceder a los servicios de salud, situación que también han descrito previamente otros autores (165,172). El intercambio de tarjetas, considerado muy inadecuado por los profesionales e instituciones sanitarios (165,169,171), tiene a menudo su origen en la dificultad

de obtener una propia así como en un desconocimiento de su papel como identificador dentro del sistema de salud y por tanto su información clínica, etc. Es por ello que si se pretende reducir este fenómeno no solo hace falta más información y “educación” al respecto, sino facilitar la obtención de la TSI. Este resultado es relevante ya que el uso inadecuado de urgencias por parte del colectivo inmigrante es un hecho ampliamente criticado y mediatizado, responsabilizándose únicamente a los inmigrantes, sin tener en cuenta el papel que el propio sistema sanitario y servicios sanitarios tienen en su origen.

La falta de provisión de información adaptada por parte de los servicios sanitarios provoca desconocimiento de los derechos de atención sanitaria y del funcionamiento de los servicios, limitando el acceso

Los resultados de este estudio indican que la información que se provee desde el sistema y los servicios sanitarios es insuficiente e inadecuada, que entre la población inmigrada existe un desconocimiento importante del funcionamiento de los servicios sanitarios y los derechos de acceso que tienen, y que la fuente principal de esta información es la red social.

El desconocimiento evidenciado se refiere, en primer lugar, a los derechos de asistencia que tienen los extranjeros en nuestro país y la necesidad y el proceso de tramitar la tarjeta sanitaria individual, desconocimiento que si bien no aparece con fuerza en este estudio es relevante puesto que influye directamente en la entrada al sistema. Por otro lado, sobresale el desconocimiento respecto al funcionamiento de los servicios sanitarios, de la existencia de diferentes niveles asistenciales y de sus horarios de atención.

El desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario como barrera de acceso al mismo aparece también como resultado de otros estudios cualitativos. Tanto aquellos que recogen la experiencia de los propios inmigrantes (150,164,167,169,218) como las de los que exploran las opiniones de los profesionales sanitarios (165,167,169,171,174), coinciden en considerar insuficiente la información que se provee desde el sistema sanitario y que la población inmigrante, o una parte importante de ella, tiene un conocimiento limitado sobre sus derechos de asistencia sanitaria y cómo se organiza el sistema sanitario, desconocimiento que supone una importante barrera al acceso.

El desconocimiento, una importante barrera para el acceso a los servicios

El desconocimiento sobre los derechos de atención y el funcionamiento del sistema sanitario comporta retrasos en la búsqueda de atención e incluso, en ocasiones, que no acuda a ningún servicio. En concreto, la causa de que no se busque atención sanitaria en el sistema público es debida en parte a la creencia de que no tienen derecho a utilizar los servicios sanitarios públicos (o solo pagando por ellos) si no disponen de un permiso de residencia, si no tienen un trabajo declarado

(están cotizando) o si no se encuentran empadronados. En el caso de aquellos inmigrantes en situación irregular, el desconocimiento relativo a los derechos de atención se relaciona también con el miedo a ser descubiertos por las autoridades en caso de acceder al sistema sanitario. En otras ocasiones, el desconocimiento sobre el derecho y el funcionamiento de la asistencia lleva al inmigrante a buscar solución a su problema de salud en la farmacia, a automedicarse. Las consecuencias descritas (demora en el acceso, no búsqueda de atención, automedicación o búsqueda de solución en la farmacia) tienen como posible desenlace el empeoramiento de la salud del individuo.

A veces, el desconocimiento de los servicios de atención primaria como punto de entrada al sistema sanitario lleva al inmigrante a buscar atención a los servicios de urgencia hospitalarios. Sin embargo, debe destacarse que esta circunstancia, la atribución del uso de los servicios de urgencias al desconocimiento de los centros de atención primaria, es descrita casi únicamente por los mediadores y representantes. Es posible que esto se deba a su mayor conocimiento del funcionamiento “deseable” y a su experiencia de trato con inmigrantes, pero también al ejercicio de un discurso a medio camino entre su rol como figura clave en la interacción entre el sistema sanitario y el colectivo inmigrante y su rol como inmigrantes. Además, en el caso de los mediadores, se añade la formación que han recibido la mayoría de ellos desde, o en colaboración con, el sistema sanitario. Si bien en esta circunstancia no se retrasaría la asistencia, es posible que una parte de estas visitas se consideren “inadecuadas” desde la perspectiva del sistema sanitario por no estar motivadas por un problema de salud de carácter grave y/o urgente sino por el desconocimiento de otros niveles de atención.

El origen del desconocimiento: desconocimiento de los profesionales potenciado por características de los inmigrantes

El desconocimiento que presentan los inmigrantes parece señalar hacia una insuficiente e inadecuada provisión por parte de los servicios sanitarios y una escasa implementación de las políticas contempladas en los planes de inmigración y salud, pero algunas características de los propios inmigrantes pueden potenciarlo.

La información que se provee desde el sistema y servicios sanitarios aparece en la mayoría de los discursos como insuficiente en cantidad, inconsistente en su contenido e inadecuada en formato, canal y lugar donde se ofrece. La información se ofrece muchas veces cuando el inmigrante ya ha entrado en contacto con los servicios sanitarios y desde los propios centros sanitarios, cuando ya está dentro del circuito asistencial, por lo que, en estas ocasiones, no es útil para informar sobre cómo acceder al sistema. Ninguno de los informantes usuarios identifica un lugar, una entidad o un momento en los que sistemáticamente se ofrezca información a los inmigrantes. Al contrario, emerge que a menudo la información se provee cuando se solicita, a demanda, por lo que también es necesario entrar en contacto con los servicios y por tanto saber a quién dirigirse para obtener dicha información.

Por otro lado, el canal utilizado con frecuencia es inadecuado para la población a la que se dirige ya que, aunque el nivel educativo medio de los inmigrantes de España sea superior a la media española

(41,42), el material escrito que se proporciona no es accesible para aquellos que desconocen los idiomas locales y/o aquellos con cierto grado de analfabetismo, bien por estar escrito en un idioma que no sabe leer la población inmigrante, bien por incorporar un vocabulario que no comprenden (tecnicismos). Otros estudios también relacionan las dificultades de comprensión de la información que se provee desde los servicios sanitarios con el hecho de que ésta se ofrece en el idioma local (164).

La dificultad de acceso y comprensión de la información provista desde el sistema sanitario exige, por parte del inmigrante, un esfuerzo para conseguirla y entenderla. Asimismo, ciertos perfiles tienen menos dificultades que otros para acceder a ella. Así, las personas que conocen el idioma local y aquellos de mayor nivel educativo tendrían mayor facilidad para acceder a la información y comprenderla. Otros estudios también encuentran relación entre el conocimiento del sistema sanitario y el nivel educativo alto (165). Las personas cuya situación administrativa está regularizada tendrían también mayor facilidad para obtener y acceder a la información desde los servicios sanitarios.

En relación a la inconsistencia de la información que se recibe, en concreto la referente a los derechos de atención y los requisitos para ser atendido, una parte de esta inconsistencia puede ser debida al desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre el marco jurídico de la atención sanitaria al colectivo inmigrante (163–165,169,218). Si los profesionales de instituciones públicas no están (correctamente) informados sobre los derechos de los inmigrantes ni de sus obligaciones para dar asistencia, es muy probable que en algunos casos no faciliten esta información o bien que la que faciliten sea incompleta, incorrecta o contradictoria con la que se facilita desde otros centros. De esta manera, la falta de información a los profesionales y por tanto, su desconocimiento, contribuiría al desconocimiento de los inmigrantes.

Por otro lado, la barrera que supone el desconocimiento es un elemento que afecta particularmente a inmigrantes, ya que el conocimiento de la población local sobre el funcionamiento básico del sistema sanitario debiera ser mayor al haber estado siempre en contacto con él, y en cualquier caso no experimenta las dificultades de comprensión de la información relacionadas con el idioma, entre otros.

Escasos resultados de la implementación de las políticas de salud e inmigración en relación a la información del sistema sanitario

Las acciones de divulgación de la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, el acceso y la organización del sistema de salud entre la población inmigrante son objetivos comunes a los planes nacionales y autonómicos de integración así como a los de inmigración y los de salud (60). El *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* de Catalunya establece el “plan de acogida” como uno de los tres ejes principales orientados a la mejora del acceso de los inmigrantes al sistema sanitario (56). Este plan pretende mejorar, coordinar y optimizar la información y acceso de la población inmigrada a la salud y los servicios a través de, entre otros: la elaboración de materiales de acogida sanitaria identificando la información necesaria para posibilitar un mejor acceso al sistema de salud, adecuar la información que se provee a los inmigrantes, elaborar información bien

adaptada para cada público (56). Además, en este plan se enfatiza particularmente la evaluación del material de acogida, de su usabilidad, para construir instrumentos que midan su efectividad y que generen nuevas estrategias de acceso a la información en el colectivo de inmigrantes.

Los resultados de este estudio indican que los objetivos de este plan, relativos a la difusión de la información, están lejos de haber sido alcanzados. Estudios previos encuentran también que la difusión e implementación de este plan, en su apartado de provisión de información al colectivo inmigrante para mejorar su acceso al mismo, es insuficiente y se debería reforzar (165).

La desinformación como característica del “conjunto” o “del otro”, rara vez del propio informante

Uno de los aspectos que llama la atención de los discursos de los informantes en relación a la información que desconocen es que, en general, se refieren siempre al desconocimiento de otros inmigrantes, a un grupo en el cual no se incluyen. Asimismo, cuando explican las razones de la desinformación siempre se refieren a otras personas del mismo país o de la población inmigrante en general, y a características de otras personas. Si bien este hecho podría obedecer a que estos informantes fueran personas con cierta “experiencia como usuarios de los servicios”, la variabilidad entre los informantes incluidos en el estudio en cuanto al tiempo de estancia en el país así como otras características que podrían estar relacionadas (situación administrativa, dominio del idioma local, etc) hace que este argumento sea poco plausible o, al menos, no explique del todo este fenómeno. Además, aunque fueran personas con experiencia y conocimiento del sistema, podrían hacer referencia a su situación cuando llegaron y no disponían de la información.

Este hecho más bien podría estar indicando el deseo de no incluirse en el grupo de personas desinformadas, por considerar (tal y como las describen) que este grupo tiene menor nivel educativo y son personas desinteresadas en los aspectos de salud y autocuidado. Asimismo, podría obedecer a la vergüenza que muestran los inmigrantes a admitir que no saben o que no entienden, según la opinión manifestada por algunos mediadores. Es razonable suponer que esta vergüenza a admitir el desconocimiento cohiba en algunos casos la búsqueda activa de información por parte del inmigrante y contribuya así al mantenimiento de la barrera de acceso que este desconocimiento supone.

Por otro lado, el atribuir el desconocimiento al conjunto y de no incluirse en el mismo es particularmente notable en el grupo de mediadores y representantes. En este caso sí que podría deberse a un mayor conocimiento debido a su formación y/o experiencia con los servicios sanitarios y colectivos inmigrantes.

El papel del círculo social como principal (y a veces única) fuente de información

La falta de información adaptada al colectivo inmigrante se compensa al menos parcialmente con la provisión de la información desde el círculo social. El círculo social es la fuente de información más importante y con frecuencia única de las personas inmigradas. Este círculo social está compuesto

fundamentalmente por todas aquellas personas que llevan cierto tiempo viviendo en España y son miembros de la familia, amigos, o simplemente comparten el idioma y/o el mismo país o zona geográfica de origen. A menudo se trata de las personas que viven en el barrio al cual llega y/o en el cual se instala la persona inmigrada. Los informantes también incluyen en este círculo a las distintas organizaciones, asociaciones y entidades dirigidas a los colectivos inmigrantes, que en algunos casos ofrecen también ayuda e información del ámbito sanitario.

Otros autores encuentran también que la fuente principal de información para la población inmigrante son los familiares, amistades y conocidos, y ante la falta de información o la incompreensión de la misma, la estrategia habitual es recurrir a ellos para informarse de cómo y dónde acceder a la asistencia sanitaria (164,172,218). Este papel se relaciona con su mayor accesibilidad (personas con las que convive o con las que interacciona con frecuencia) y cercanía cultural y lingüística.

Es evidente que la red social está, por tanto, asumiendo parte de la provisión de información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y el acceso a los mismos. Cabe preguntarse, sin embargo, si este papel de fuente de información se produce como consecuencia de la insuficiente provisión desde el sistema o independientemente de ella. Por un lado, podría interpretarse que dado que la información provista desde el sistema es insuficiente, el inmigrante busca en su círculo social la información que no ha recibido (o comprendido) del sistema. Sin embargo, podría interpretarse también que, como parte de la interacción que se produce de manera natural entre individuos de un mismo grupo social, de manera espontánea se transmite la información relativa a los servicios antes incluso que el inmigrante haya tenido ocasión de obtenerla desde los servicios sanitarios.

Aunque no se ha encontrado bibliografía que analice esta cuestión, es probable que ambas circunstancias estén teniendo lugar y contribuyan a explicar el papel que asume el círculo social como fuente de información. No obstante, al menos dos datos de este estudio indican que es principalmente la falta de provisión de información por parte del sistema la que empuja al inmigrante a informarse en su círculo social. En primer lugar, algunos informantes refieren acudir a la red social en búsqueda de información acerca del sistema sanitario cuando no dominan ninguno de los idiomas locales. Y en segundo lugar, aparece la preferencia explícita a ser informados desde el sistema, en relación al recelo o convicción de que la información que proporciona el círculo social pueda ser a veces errónea, contradictoria o incompleta; resultado que también obtienen otros autores (218). Además, la obtención de información a través de una asociación u oenegé no podría considerarse parte de dicha "interacción natural". Por tanto, la búsqueda selectiva de la red social ante la barrera del idioma, junto con el cuestionamiento manifiesto de la información que provee la red social y la predilección por el sistema sanitario como fuente de información, indicarían que se trata de un fallo del sistema a la hora de proveer información a la población inmigrante la que promueve la búsqueda de información a partir del círculo social.

Por otro lado, como se desprende de éste y otros estudios (172), este facilitador de la información se debilitaría cuando el inmigrante llega a un lugar en el que no conoce a nadie. En este caso, el círculo quedaría limitado a las diferentes organizaciones y entidades dirigidas a los colectivos inmigrantes.

Por tanto, si bien es lógico considerar que el círculo social siempre tendrá un papel como fuente de información, el sistema sanitario debiera reforzar desde la administración sanitaria la información

que se provee al inmigrante. No obstante, convendría asimismo estudiar fórmulas para informar conjuntamente a grupos de población inmigrada, en vez de individualmente, aumentando así el conocimiento que sobre el sistema sanitario tiene la población de inmigrantes. De esta manera se podría conseguir que la información que proveyera la comunidad a sus miembros recién llegados hubiera sido generada, en un origen, desde el propio sistema, aprovechando así la facilidad de acceso a la información que supone el círculo social y disminuyendo la posibilidad de que dicha información pudiera ser incorrecta.

Falta de ajuste entre la estructura y organización de los servicios sanitarios y las características de la población inmigrante

De los resultados de este estudio se desprenden una serie de barreras que parecen reflejar la falta de ajuste entre elementos estructurales y/u organizativos del sistema sanitario y las características socioeconómicas, laborales y culturales de los inmigrantes. Las más relevantes en relación con el acceso son cuatro. En primer lugar, la incompatibilidad del horario de los centros de atención primaria con la jornada laboral del inmigrante debido a la dificultad para ausentarse del trabajo. En segundo lugar, la demora y trámites necesarios para ser atendido en los diferentes niveles asistenciales, una barrera al acceso dependiente también de la gravedad y urgencia del problema de salud. Por otro lado, la distancia al centro sanitario se convierte en una barrera de acceso para aquellos inmigrantes que residen en áreas rurales en las que el transporte público es insuficiente, pero no en los núcleos urbanos. Finalmente, el rechazo a que la mujer sea atendida por un hombre puede convertirse en una barrera de acceso cuando desde los servicios sanitarios no se proporciona un profesional mujer.

La dificultad para ausentarse del trabajo, una barrera de acceso definida por la precariedad laboral y la dependencia económica del inmigrante y potenciada por los horarios de atención primaria

Las dificultades para ausentarse del trabajo durante la jornada laboral y la incompatibilidad de los horarios de apertura de los centros de atención primaria con dicha jornada se configuran en este estudio como una importante barrera de acceso a los servicios sanitarios. Esta dificultad para ausentarse del trabajo está relacionada con la subordinación económica que los inmigrantes tienen de su trabajo junto con la situación de precariedad laboral a la que con frecuencia están expuestos (175,220,221). Por otro lado, la precariedad laboral emerge como barrera al tratamiento adecuado, por la dificultad que en ocasiones tienen los trabajadores inmigrantes para hacer efectivas las bajas por enfermedad.

La precariedad laboral como barrera de acceso

El trabajo se constituye como barrera de acceso por la dificultad que tienen los inmigrantes trabajadores de ausentarse durante el horario laboral. Esta dificultad viene determinada por la precariedad laboral, es decir, por la inseguridad laboral, por la amenaza más o menos explícita de pérdida del puesto de trabajo si acuden a un centro sanitario en horas de trabajo; esta situación de vulnerabilidad es mayor cuando el contrato es eventual o no existe contrato. Asimismo, la precariedad laboral también determina una barrera de acceso al tratamiento adecuado, por la restricción a hacer efectiva la baja laboral por enfermedad que reciben, en ocasiones, de manera explícita. Otros autores obtienen resultados similares en cuanto a la situación laboral precaria como barrera de acceso a los servicios sanitarios (150,164,165,167,170,172,174,175) y al tratamiento adecuado (150,175).

Si bien una parte de esta dificultad para ausentarse durante el trabajo pudiera ser atribuida a un exceso de cautela o miedo al despido, o al desconocimiento de sus derechos como trabajador, el papel que juegan el empleador con sus prácticas abusivas por un lado, y el contexto socioeconómico del inmigrante que determina su dependencia económica por otro, son decisivas (175,194,220). En este sentido cabe destacar que no solo se trata de situaciones injustas moralmente, sino que algunas de las prácticas que se describen en este y otros estudios son ilícitas (222).

Las consecuencias que esta dificultad para ausentarse del trabajo tiene sobre el acceso son importantes. La mayoría de inmigrantes no buscan asistencia sanitaria hasta que la situación es grave o urgente, otros evitan concertar citas durante el horario laboral, faltan a las citas médicas si coinciden con su jornada, no pueden esperar en el centro una vez han acudido y se marchan, o buscan asistencia una vez terminan el día de trabajo, bien en centros sanitarios que se encuentran abiertos, generalmente servicios de urgencias, bien en farmacias. En la mayoría de estas situaciones se produce un retraso en la atención sanitaria, y por tanto retrasos diagnósticos y/o de tratamiento que pueden provocar un agravamiento de la enfermedad. En otras ocasiones se puede producir un uso inadecuado de urgencias, al estar motivadas estas consultas no por la gravedad o urgencia de los síntomas sino por ser un servicio disponible 24 horas. Por otro lado, la dificultad para cumplir las bajas laborales puede, asimismo, empeorar la enfermedad, o impedir o retrasar su curación. Por tanto, la barrera de acceso que supone el trabajo y las condiciones laborales son importantes en relación a la salud.

La importancia del trabajo y la mayor precariedad laboral entre los inmigrantes

La obtención y mantenimiento de un empleo es la principal prioridad para la mayoría de los inmigrantes, por encima de la salud, excepto que el deterioro se convierta en un impedimento para trabajar (167,170–172,174,175,221), debido a que el motivo de inmigración para la gran mayoría de los inmigrantes en España es económico, dependen económicamente de la remuneración laboral para garantizar su subsistencia en el país y, con frecuencia, la de su familia tanto en el país de acogida como en el país de origen (12,175).

Por otro lado, los inmigrantes económicos están sometidos a una precariedad laboral cuantitativa y cualitativamente mayor que los trabajadores autóctonos, con mayores tasas de desempleo, de temporalidad, contratos precarios y una mayor proporción de de trabajadores en la economía sumergida (39,42,43,220,221). Asimismo, un estudio que analiza las condiciones laborales de la inmigración en España y su influencia en la salud desde una perspectiva cualitativa, obtiene que el colectivo inmigrante está expuesto a diferentes formas de discriminación en el terreno laboral en comparación con el autóctono, desde limitaciones en los puestos de trabajo accesibles, condiciones laborales precarias y racismo y maltrato en el entorno laboral (175). Dada la situación actual de crisis económica, es lógico suponer que la situación de precariedad se haya visto agravada para el conjunto de los trabajadores en España.

Los horarios de apertura de los centros de atención primaria potencian la barrera de acceso

La barrera al acceso que supone la dificultad de ausentarse del trabajo se potencia con los horarios de atención de los centros de atención primaria, inaccesibles para los inmigrantes trabajadores, ya cerrados cuando el inmigrante termina su día de trabajo, en particular en las áreas rurales. En este sentido, algunos de los informantes de este estudio sugieren ampliar los horarios de los centros de atención primaria para permitir que los inmigrantes acudan una vez acabada la jornada laboral, recomendación reflejada en otros trabajos (165,167). Por otro lado, la posibilidad de escoger un médico según el horario de atención, de mañana o tarde, es valorada positivamente al facilitar el acceso a la atención primaria de algunos inmigrantes trabajadores.

Oportunidades desde el sistema sanitario para la reducción de la barrera de acceso que supone el trabajo para los inmigrantes

Las posibilidades de modificar estas condiciones directamente desde el sistema sanitario son reducidas, pero el sistema sanitario puede y debe denunciar la situación y ejercer presión sobre las administraciones competentes en el sector. Estas deberían, en aras de reducir la precariedad laboral, informar a los trabajadores y empresarios de los derechos de los trabajadores y velar por su cumplimiento de las condiciones de los trabajadores inmigrantes. Solo así se podría reducir efectivamente la barrera de acceso que supone el trabajo para los inmigrantes.

Por otro lado, una parte de las consecuencias descritas se podrían evitar si los centros de atención primaria tuvieran prevista la atención en horario vespertino, posibilitando la atención sanitaria de aquellas personas con jornadas laborales prolongadas y evitando consultas innecesarias a los servicios de urgencias. Asimismo, debería potenciarse la diversidad de horarios de atención y las posibilidades de escoger los profesionales sanitarios según dicho horario para poder ajustarlo a los horarios laborales.

La demora y trámites necesarios para ser atendido, barreras al acceso dependientes del nivel asistencial

Los resultados de este estudio indican que todos los tiempos de demora en la atención constituyen una barrera para el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud. Si bien existe acuerdo en que en la mayoría de las ocasiones cuando se busca atención sanitaria se debe esperar, no todos los tipos de espera son considerados ni valorados de la misma manera, depende del nivel asistencial en el que se produzca y de la patología que motive la consulta.

Las demoras que generan mayor preocupación en relación a las posibles consecuencias sobre el acceso y de insatisfacción respecto al sistema sanitario son aquellas que se producen en la sala de espera de los servicios de urgencia y las que se producen hasta ser visitado en la atención especializada. Los tiempos de espera en el nivel de atención primaria no son considerados, en general, como excesivos; sin embargo, en este nivel aparece como barrera la necesidad de tramitar una cita debido a la dificultad y demora que ello supone.

La demora en la sala de espera de urgencias es percibida como improcedente y peligrosa

En el caso de los servicios de urgencias, la demora se considera peligrosa ya que el motivo de acudir a urgencias generalmente requiere atención rápida y en caso de no recibirla puede empeorarse el estado de salud. Además, consideran inaceptable que haya una demora de hasta varias horas en un servicio que presta, teóricamente, atención urgente. Esta demora tiene importantes consecuencias sobre el acceso, pues lleva al inmigrante a abandonar el centro para buscar atención en otro lugar, un centro privado u otro centro público, o una farmacia. También tiene como consecuencia que, tras la experiencia de la demora, en futuras ocasiones de necesidad de atención urgente, no se acuda a dicho centro con el posible agravamiento de la enfermedad en los siguientes episodios de necesidad de atención.

La importancia que se le otorga a esta espera en el presente estudio contrasta con su escasa presencia en otros estudios (172). Además, la figura del profesional que clasifica y prioriza los pacientes en función de la gravedad y urgencia parece atenuar la relevancia de esta espera. Por todo ello, es razonable considerar que el impacto real de la espera en urgencias en términos de empeoramiento de la salud no alcanzaría (o lo haría en contadas ocasiones) la magnitud que emerge en alguno de los discursos, como por ejemplo el riesgo de muerte.

La demora en atención especializada provoca el uso de otros servicios

La demora entre que el día que se recibe la derivación desde atención primaria hasta ser atendido en el nivel de atención especializada, demoras con frecuencia de varios meses e incluso de más de un año, es considerada unánimemente como excesiva, hecho que concuerda con el que obtienen otros autores (150,170,171). Como consecuencia directa sobre el acceso, y debido al miedo al empeoramiento del estado de salud en el intervalo de tiempo hasta ser visitado, el inmigrante acude a centros privados, centros de urgencias, o incluso viaja a su país de origen para obtener allí atención

a su problema de salud (en el caso del país de origen se acude a un servicio privado, con un coste menor al que tendría en España).

Esta demora afecta teóricamente por igual a inmigrantes y población autóctona, pero es posible que la población inmigrada disponga de menos estrategias para reducir dicha espera y/o obtener atención sanitaria por otras vías, debido a su menor conocimiento y peor situación económica. En cualquier caso, la demora para ser atendido en la atención especializada constituye una importante barrera de acceso y desde el sistema sanitario se debería tratar de reducir los tiempos de espera, introduciendo algún sistema de priorización de pacientes, derivando algunas consultas a otros niveles o centros, y/o aumentando los recursos disponibles.

La burocracia en atención primaria, barrera y demora de acceso que fomenta el uso de urgencias

En atención primaria, la necesidad de solicitar una cita para ser atendido supone una dificultad y una demora que actúan como barreras en atención primaria. La dificultad para solicitar la cita y la valoración de que retrasa la atención sanitaria viene reforzada por la opinión de que ante un problema de salud se debe poder obtener atención médica inmediatamente. Estas percepciones, aunque aparecen de manera marginal en este estudio, coinciden con los obtenidos en otros estudios de índole cualitativa en nuestro entorno (164,165,167,170,171), y podría ser una de las causas de utilización de los servicios de urgencias, por su facilidad de acceso sin cita previa y por la similitud en el modo de acceder a los servicios que tenían en el país de origen. Por otro lado, parte de la dificultad inherente al proceso de solicitud de citas en atención primaria radica en el desconocimiento del idioma local por parte del inmigrante ya que dicho proceso se realiza generalmente en el idioma local.

Existe una gran variabilidad entre centros en el tiempo de espera entre el momento en que se solicita la cita y el día en que se obtiene, que va desde la posible programación el mismo día que se demanda hasta demoras de 2 semanas; es por ello que solo en ocasiones esta espera considerada como excesiva. La tolerancia a la demora es mayor (en comparación con la que aparece en los servicios de urgencias), probablemente relacionada con la menor gravedad de la sintomatología, y la posibilidad de acudir a los servicios de urgencias (tanto de primaria como hospitalarios) si se considera que la situación requiere una atención más pronta de la que se recibe solicitando una cita en atención primaria. Una de las causas por las cuales el inmigrante acude a los servicios de urgencia es precisamente la demora en atención primaria.

Por otro lado, la demora en ser atendidos debido al incumplimiento del horario de los profesionales de atención primaria, es decir, el intervalo entre la hora prevista de la cita y el momento en que se recibe la atención, aparece como un factor negativo cuando es prolongado (en ocasiones superior a una hora, según los resultados de este estudio). El hecho de que se les haya adjudicado un día y hora para ser atendidos reduce el nivel de tolerancia a la demora, y la consideran un aspecto negativo en la valoración que hacen de los servicios sanitarios. No parece, sin embargo, que esta espera tenga consecuencias sobre el acceso ni sobre la salud de los inmigrantes.

La percepción de discriminación en la demora

Una parte de esta espera, en particular en los servicios de urgencias y en atención especializada, es percibida como una forma de discriminación hacia el inmigrante, resultado que coincide con el de otros estudios (172). No obstante, no es posible discernir si las experiencias valoradas como trato discriminatorio son en realidad consecuencia de la saturación de los servicios, de la necesidad de brindar atención preferente al caso evaluado como más urgente, de los “atajos” que podrían tomar algunos pacientes que conocen algún profesional, etc., situaciones comunes a toda la población, que afectarían por igual a autóctonos e inmigrantes, reflexión que es compartida con otros autores (170,172).

Por otro lado, es posible que algunas de las situaciones relacionadas con la espera que consideran como discriminatorias se deban a un desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario español y/o a un traslado de la organización del sistema sanitario del país de origen (164,167); así, por ejemplo, es posible que en algunos de los países de origen no exista la práctica de clasificar y ordenar a los pacientes según su nivel de gravedad sino que el orden de entrada venga determinado por el orden de llegada. Sin embargo esto último es poco probable a la vista de los resultados de este estudio, que muestran que los inmigrantes valoran positivamente el sistema de clasificación en función de la gravedad y que las situaciones consideradas como discriminatorias eran de gravedad y urgencia.

El temor al agravamiento de la enfermedad durante la espera

Igualmente, es posible que una parte del temor al empeoramiento del estado de salud durante el tiempo de espera que manifiestan los inmigrantes pueda no estar justificado desde un punto de vista clínico. De la misma manera, puede influir en este temor la sensación de abandono por parte del sistema sanitario durante este periodo de tiempo, en particular en el caso de la demora en atención especializada. En este sentido la explicación de la gravedad y evolución probable durante el tiempo de espera, así como informar de la actuación a seguir en caso de empeoramiento de algún síntoma, podrían disminuir el efecto de la barrera sobre el acceso.

La distancia, una barrera de acceso para inmigrantes en áreas rurales con transporte público insuficiente

La distancia a los centros sanitarios solo es una barrera en las áreas rurales y cuando se combina con la falta de un transporte público efectivo. Los informantes de áreas urbanas, por el contrario, consideran que la cercanía de los centros sanitarios, en particular de los centros de atención primaria, es un facilitador del acceso. La distancia no aparece tampoco como barrera en los resultados de ninguno de los estudios que estudian el acceso de inmigrantes en nuestro contexto.

Si bien Catalunya cuenta con un elevado número de centros asistenciales en su territorio y la ubicación de los mismos se planificó estratégicamente para garantizar una distancia o tiempo de desplazamiento máxima desde el domicilio, dicha planificación y la evaluación de la misma se hizo

teniendo en cuenta el transporte privado por carretera (223). En consecuencia, es posible que la barrera detectada en este trabajo no sea exclusiva del área del Baix Empordà, sino que afecte también a otras áreas rurales de Catalunya cuyo sistema de transporte público sea asimismo poco efectivo.

Si bien la distancia y la falta de un transporte público efectivo es una barrera que podría afectar de igual manera a inmigrantes y autóctonos es posible que afecte más a los primeros por dos motivos, ambos relacionados con el peor nivel económico. En primer lugar, en relación al precio de la vivienda, es probable que los inmigrantes tengan mayor tendencia a establecer su residencia en áreas rurales y/o alejadas de los núcleos urbanos, y en zonas donde existe menos transporte (probablemente más económicas aun) (224). Y en segundo lugar, porque es posible que dispongan de vehículo privado en menor porcentaje que la población autóctona que residen en las mismas áreas rurales, también en relación con su peor situación económica.

Esta distancia y falta de transporte adaptado determina una demora en la atención sanitaria, con el posible riesgo de agravamiento de los síntomas. En particular aparece como una barrera de acceso grave en el caso de las embarazadas, al dificultar los controles del embarazo y comprometer el momento del parto. Por otro lado, la distancia y la inefectividad del transporte ocasiona impuntualidad a las citas, impuntualidad por la cual a veces se ha denegado la visita.

El rechazo a que la mujer sea atendida por un hombre, una barrera relacionada con el rol de género y el incumplimiento de los derechos del paciente

En los discursos de informantes de todos los orígenes y de todos los grupos (usuarios, mediadores y representantes) emerge el rol de género como barrera en algunas ocasiones en que existe un rechazo a que la mujer inmigrante sea atendida por un profesional sanitario varón; esta situación aparece sobre todo en el área de ginecología y obstetricia. El rechazo a que la mujer sea atendida por un hombre lo manifiesta tanto la propia mujer como su marido, y se justifica en base a sentimientos de vergüenza y desconfianza a descubrir el cuerpo y expresar dolencias a un hombre, trasgresión de los tabúes vinculados a la configuración de la sexualidad femenina, como a impedimentos de carácter religioso (167). Ante esta situación, la mujer o su marido solicitan un cambio de profesional de sexo mujer.

Esta situación se convierte en una barrera de acceso cuando no existe la posibilidad o la voluntad de que el profesional sea reemplazado por una mujer, ya que con frecuencia la mujer abandona el centro sanitario sin haber sido atendida, resultado que es compartido con otros estudios cualitativos e nuestro contexto, tanto a usuarios inmigrantes como a profesionales (165,167,171,172). En algunas de estas situaciones la mujer acude a un centro sanitario privado.

El derecho a ser atendido por un profesional de tu preferencia, un derecho en ocasiones no respetado

El derecho a escoger los profesionales y el centro sanitario aparece recogido en la Carta de derechos y deberes de los pacientes (225). En ella se especifica que “los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios públicos tienen derecho a que se respeten sus preferencias en relación al médico y al centro sanitario, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada y en la sociosanitaria, en los términos y condiciones que se establezcan, y en función de las disponibilidades de la red sanitaria de utilización pública. La entidad aseguradora orientará a los usuarios y pacientes que deseen ejercer este derecho, facilitando los datos necesarios [...]” (225).

Si bien esta carta no tiene carácter vinculante (226), sino que ha estado aprobada “con carácter de documento programático” (225), su contenido ha estado desarrollado con la colaboración y/o participación de diferentes sectores del entorno sanitario y de la sociedad (incluyendo profesionales y pacientes) y fue aprobado el 24 de julio del 2001 en sesión de gobierno del Consejo Ejecutivo de la *Generalitat de Catalunya* (225). A la vista de los resultados de este estudio, el derecho a escoger médico en el entorno hospitalario está siendo vulnerado en aquellas ocasiones en que no se ofrece o no se permite la atención de la mujer inmigrante por parte de un profesional mujer cuando la mujer así lo desea y existe disponibilidad en el centro.

Dado que pudiera ser fuente de confusión en este sentido, mencionar que el modelo de libre elección de médico establecido en Catalunya en el 2003 con carácter de normativa, concierne solo a los Equipos de atención primaria, del médico de cabecera, profesional de enfermería y pediatra (227). La libre elección del especialista no está contemplada jurídicamente en Catalunya (228). La Organización de Consumidores y Usuarios de España expone que “La mayoría de las comunidades ha establecido reglamentos que permiten la libre elección de médico de atención primaria, aunque con ciertas limitaciones. Sin embargo, la libre elección de médico especialista apenas está desarrollada” (229). Esta normativa se refiere a la asignación del profesional o equipo de atención primaria de referencia, no a la elección del profesional cuando se acude a otro centro sanitario, que sería el caso que genera la barrera de acceso en el caso de mujeres que acuden a los centros hospitalarios y solicitan ser atendidas por un profesional del mismo sexo.

El papel del mediador cultural ante el rechazo de la mujer a ser atendida por un hombre

El mediador cultural puede jugar en estas situaciones dos papeles. Por un lado, un papel conciliador intentando mediante el diálogo con ambas partes, paciente (y marido) y profesional, conseguir que la paciente acepte ser atendida por el profesional varón o bien hace lo posible para que pueda ser atendida por una profesional mujer.

Sin embargo, tal y como indican los resultados de este estudio, en ocasiones el mediador únicamente transmite a la paciente que no está contemplada la solicitud de cambio por este motivo y que la única alternativa que tiene si no desea ser atendida por un hombre es acudir a una clínica privada. En estos casos, el mediador estaría violando el derecho a escoger el médico de la paciente, reforzando la barrera del rol de género y fomentando el acceso a centros privados.

La barrera lingüística afecta todas las etapas del acceso y se potencia por la limitada respuesta desde el sistema y la percepción de discriminación

Cuando el inmigrante no domina alguno de los idiomas locales presenta dificultades para acceder a los centros sanitarios, barrera que se potencia si desde los servicios sanitarios no se provee un servicio de traducción o interpretación y más aun si el inmigrante se siente discriminado por no conocer el idioma local. El acudir acompañado de una persona que pueda hacer de traductor emerge como una importante estrategia para superar la barrera, estrategia que es controvertida cuando el acompañante se trata de un menor. La ayuda que ofrece la figura del mediador se considera insuficiente en general, aunque en ocasiones es cuestionada su necesidad. Las políticas previstas en relación a este tema no han sido, a la vista de estos resultados, suficientemente implementadas, al no conseguirse ni el despliegue de mediadores ni el nivel de competencia cultural entre los profesionales que en ellas se planteaba.

La barrera lingüística, principal obstáculo a la comunicación entre el profesional y el usuario inmigrante

En relación a los diferentes elementos que aparecen respecto a la comunicación entre el inmigrante y los profesionales sanitarios, el único que influye en el acceso a los servicios sanitarios es el idioma, las dificultades que se derivan del desconocimiento de los idiomas locales por parte del inmigrante. Estas dificultades de comunicación debidas al desconocimiento de los idiomas locales por parte del inmigrante se dan tanto con profesionales sanitarios como con profesionales de la administración. Prácticamente todos los estudios cualitativos que estudian el acceso a los servicios sanitarios en nuestro entorno obtienen que uno de los temas clave que afecta el acceso es el conocimiento del idioma local (150,164,165,167,169–172,174).

Las consecuencias que sobre el acceso tiene el desconocimiento del idioma local son diversas e importantes. Algunos inmigrantes no acuden a los servicios sanitarios si desconocen el idioma, esperan hasta poder ser acompañados de alguien que haga de intérprete, o acuden a los servicios de urgencias para evitar la solicitud de citas de atención primaria que no se ven capaces de realizar. Todo esto da lugar a un retraso en la búsqueda y utilización de los servicios sanitarios. Por otro lado, una vez ya han accedido, el desconocimiento del idioma provoca, en ocasiones, malentendidos en la citación que ocasionan incumplimientos de las mismas, así como incomprensión del funcionamiento interno de los centros que genera demoras innecesarias. En conclusión, el desconocimiento del idioma retrasa y puede llegar, en ocasiones, a impedir el acceso.

Por otro lado, para aquellos inmigrantes cuya lengua materna coincide con uno de los idiomas locales, el idioma no supone en general una barrera, sino que aparece como un facilitador del acceso. Sin embargo, el desconocimiento del catalán aparece en el colectivo colombiano, aunque de manera marginal, como una barrera de acceso en algunas ocasiones, al dificultar una parte de la comprensión de la información así como de la comunicación con los profesionales de los centros

sanitarios. No obstante, este tema no ha sido suficientemente explorado. Otro estudio realizado con inmigrantes de origen ecuatoriano en Barcelona encuentra también que el conocimiento de uno de los idiomas locales constituye un elemento facilitador del acceso, mientras que el desconocimiento del catalán en este caso no aparece como barrera (150).

La vergüenza y la discriminación potencian la barrera lingüística

De los discursos de los informantes de este estudio emerge la sensación de vergüenza y culpabilidad de algunos inmigrantes por desconocer el idioma. Esta vergüenza es la causa de que el inmigrante a veces no admita su desconocimiento y exprese conformidad con las indicaciones que recibe cuando en realidad no las entiende, según la opinión principalmente de mediadores y representantes.

Estos sentimientos de culpabilidad y vergüenza están generados o potenciados por el trato discriminatorio y/o rechazo que reciben por parte de los profesionales que muestran poca disposición a ayudar y a solicitar mediadores, consideran inaceptable que los usuarios inmigrantes no dominen el idioma y les manifiestan explícitamente que es su responsabilidad aprender el idioma. Esta situación es apreciada por los inmigrantes como trato discriminatorio, y acentúa la barrera del idioma al cohibir al usuario inmigrante de plantear preguntas o admitir que no entiende. Además de dificultar el proceso de consulta y diagnóstico, esta situación lleva al inmigrante a evitar utilizar aquellos servicios en los que se ha sentido discriminado, potenciando así la barrera al acceso que supone el desconocimiento del idioma.

Otros autores obtienen resultados similares en torno al idioma, la actitud del profesional y la discriminación que siente el inmigrante. En un estudio cualitativo sobre población marroquí la percepción de discriminación se relaciona entre otras con la dificultad idiomática (172). Un estudio que explora las necesidades de los profesionales en la atención a los inmigrantes, señala que la actitud negativa de algunos profesionales hacia el inmigrante se debe, entre otros, a que consideran que estos tendrían que aprender el idioma del país de acogida (165). La dificultad lingüística es considerada además un incremento en el tiempo de atención de los profesionales, lo que es percibido como un problema por los profesionales y podría influir su comportamiento hacia los inmigrantes (164). Finalmente, un estudio sobre inmigrantes y profesionales sanitarios realizado en Madrid encuentra asimismo que la actitud y comportamientos negativos por parte de los profesionales en relación a la barrera lingüística genera, por parte del inmigrante, una tendencia a asentir a las indicaciones que se le dan aun no habiéndolas entendido, a evitar volver a la consulta, recurrir a la automedicación o acceder únicamente a urgencias (170).

En conclusión, la percepción de recriminación y discriminación por desconocer el idioma provoca en el inmigrante un sentimiento de vergüenza y cohibición a plantear preguntas en la consulta y admitir que no entiende al profesional sanitario, reduciendo la calidad de la atención y limitando futuros accesos. Es por ello que los profesionales deberían evitar pronunciarse negativamente sobre el desconocimiento del idioma de sus pacientes y tratar de facilitar en lo posible el proceso de comunicación.

Esfuerzos del usuario para atenuar la barrera del idioma

En relación a las dificultades que genera el desconocimiento del idioma, los diferentes actores desarrollan diferentes estrategias encaminadas a facilitar el acceso en estas situaciones. Una parte importante de los usuarios inmigrantes que desconocen el idioma acuden acompañados de una persona que domina el idioma, ya sea un familiar o un amigo, o una persona de la comunidad o de alguna asociación u oenegé. Otros autores que analizan la perspectiva de los inmigrantes también recogen el importante papel que desempeña el acompañante cuando el usuario desconoce el idioma (167). Estudios realizados sobre profesionales destacan asimismo el importante papel de los acompañantes como traductores y facilitadores cuando no se domina el idioma, si bien los profesionales consideran que existe una posible pérdida de información cuando la persona que hace de traductor no es una persona entrenada específicamente para ello (165).

Cuando la persona que hace de traductor es un menor, en ocasiones no se le permite su entrada a la consulta o que ejerza de traductor, situación que en este estudio es valorada negativamente por los inmigrantes, los cuales reclaman su papel válido como traductores y enfatizan la ayuda que les proporciona. Si bien este estudio no ha profundizado en él, se trata de un tema controvertido que también aparece en alguno de los estudios realizados a profesionales, los cuales son de la opinión contraria, es decir, están en contra de que los menores puedan hacer de intérpretes de sus familiares en la consulta (165).

Por otro lado, algunos inmigrantes ya han aprendido el idioma, están en proceso o planean hacerlo. En este sentido, algunos manifiestan la dificultad de aprender el idioma debido fundamentalmente a la limitación horaria que tienen en relación a las responsabilidades familiares y laborales. Es posible que si se facilitaran las oportunidades y condiciones del aprendizaje de los idiomas locales, un mayor número de personas inmigradas pudieran acceder a él y, en consecuencia, se disminuyera a medio y largo plazo la barrera lingüística. Un estudio realizado sobre población marroquí también obtiene que las mujeres consideran su obligación el aprender el idioma, como elemento fundamental y necesario para acceder a los servicios sanitarios, mientras que los hombres reivindican la necesidad de traductores en los centros sanitarios (172).

Limitada respuesta del sistema ante la barrera del idioma: el papel del profesional

También se desprende de este estudio, aunque de manera marginal, el papel facilitador que tienen algunos profesionales que conocen otros idiomas como el inglés o el francés así como la presencia de profesionales de otras nacionalidades, pero parece existir la presencia de estos profesionales en nuestro entorno es insuficiente. Otros estudios recogen también el papel facilitador que podría tener la contratación de profesionales de otras nacionalidades o conocedores de otros idiomas, e identifican otros más como la gesticulación por parte del profesional y la utilización de contactos o pacientes que dominaban el idioma (165).

El controvertido papel facilitador del mediador

Aparece asimismo el papel relevante frente a la barrera del idioma que tienen los mediadores culturales en el entorno sanitario como elemento facilitador. Sin embargo, si bien mediadores, y en menor medida representantes, otorgan una gran importancia al papel que tiene la figura del mediador cuando existe desconocimiento del idioma, llama la atención que entre los informantes usuarios dicho papel no esté tan claro. Al contrario, algunos informantes declaran no conocer ningún mediador e incluso algunos desconocen esta figura y su función, mientras que otros cuestionan la necesidad de los servicios de mediación.

No obstante, algunos usuarios sí que valoran bien la figura del mediador y consideran relevante su papel, aunque consideran escasas las horas que están disponibles y demandan una mayor disponibilidad horaria, equiparable a los horarios del resto de profesionales sanitarios. Estudios que recogen la opinión de profesionales también obtienen este resultado, que los horarios limitados de los mediadores no se adaptan al uso de los servicios sanitarios que hace la población inmigrante (165). Es probable que una de las causas del desconocimiento del servicio de mediación entre los inmigrantes sea precisamente su horario reducido y no adaptado a la utilización de los servicios por parte de los inmigrantes.

Además, a la vista de estos resultados, el papel del mediador solo alcanzaría su objetivo una vez el inmigrante ya ha entrado en contacto con los servicios sanitarios, momento en el cual se le ofrece la posibilidad de la mediación en función de la disponibilidad. Sin embargo, si el inmigrante desconoce la existencia del mediador en los servicios sanitarios es posible que decida no acudir o retrase su acceso; es decir, la figura del mediador, si esta no es conocida, no tendría capacidad para evitar las consecuencias de la barrera lingüística previas al contacto con los servicios sanitarios. Es por ello que es primordial difundir y dar a conocer la existencia de los recursos de mediación para obtener el máximo beneficio de ellos en términos de acceso.

Por otro lado, emerge también que algunos profesionales, pudiendo disponer de un mediador no hacen uso de él, situación que es percibida como discriminatoria. Estudios diferentes realizados sobre profesionales (163,169) obtienen la paradoja de que si bien el idioma es considerado una de las barreras más importantes en la atención a inmigrantes, la incorporación y el uso de mediadores culturales en los centros sanitarios no son aspectos prioritarios para los profesionales. Otro estudio realizado con profesionales sanitarios señala que algunos profesionales desconocen el servicio de mediación, y que otros no consideran que les solucione las dificultades en la atención (165). Sin embargo, el mismo estudio también recoge que otros profesionales estiman clave la implementación de mediadores al ayudarles en gran medida en la comunicación con los pacientes (165). El hecho de que los profesionales no hagan uso del servicio de mediación contribuiría también a reforzar el desconocimiento de dicho servicio entre los inmigrantes.

Al menos una parte de la controversia generada en este y otros estudios en torno a la función y necesidad de la figura del mediador cultural en el entorno sanitario podría ser debida a la diferente asignación de la responsabilidad del idioma. Aquellos que están a favor de la mediación cultural entienden que los servicios sanitarios deben adecuarse a las características de los usuarios, y que por tanto es responsabilidad de la administración pública proveer herramientas para superar la barrera lingüística. Sin embargo, aquellos que están en contra de dedicar recursos a la mediación cultural

consideran que son los inmigrantes los que deben asumir el aprendizaje del idioma como parte del proceso de adaptación cultural al país de acogida.

En nuestro estudio, emergen ambos posicionamientos en todos los grupos de informantes (usuarios, representantes y mediadores), resultado que es compartido con otros estudios realizados tanto a profesionales como a usuarios (164,165,167,172). A pesar de la contraposición de estas dos posturas, existe un punto de acuerdo entre ambas: los servicios de mediación son necesarios y están justificados en el primer periodo del proceso migratorio, en los primeros momentos (espacio temporal no definido con exactitud) de la estadía del inmigrante en el país de acogida, durante los cuales se considera que el inmigrante no ha tenido tiempo de aprender el idioma. En el presente estudio aparece también otra excepción a la postura contraria a la mediación, que es el caso de los inmigrantes de mayor edad con dificultades para aprender el idioma.

En cualquier caso sería lógico, más en un contexto de racionalización de la prestación de servicios, adecuar y adaptar los recursos de mediación a las necesidades de los usuarios y profesionales para reducir la dificultad que el idioma supone tanto al acceso como en la consulta, incidiendo así en la utilización inadecuada de urgencias, los mayores tiempos de consulta, mayor número de pruebas diagnósticas, equivocaciones y retrasos diagnósticos y terapéuticos así como incumplimientos del tratamiento que se derivan de la barrera lingüística (164,165,167,170,171,174).

La mediación y la competencia cultural en las políticas en Catalunya

El *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* contempla la barrera lingüística en todos sus planes (56). Concretamente es en el Plan de Mediación y en el Plan de Formación donde estos aspectos se tratan más explícitamente. El Plan de Mediación tiene como uno de sus objetivos reducir las desigualdades de acceso de los inmigrantes debidas a diferencias culturales, sociales o lingüísticas entre los profesionales y la población inmigrante. Define la figura, perfil y competencias de los mediadores del Sistema de Salud, y propone un modelo basado en el modelo desplegado en la región de Girona. Esta aproximación inicial, dice, se irá adaptando en función de las necesidades de cada unidad territorial de salud (56).

El Plan de Formación, por otro lado, incluye entre sus objetivos facilitar a los profesionales de la salud los conocimientos y habilidades necesarias para alcanzar el grado de competencia cultural que garantice la calidad de la atención durante todo el proceso asistencial, en particular, en relación a las dificultades en la comunicación, tanto las barreras lingüísticas como de interpretación y comprensión (56).

A la vista de los resultados de este y previos estudios, en particular el desconocimiento de mediadores, la insuficiente (y poco adaptada) disponibilidad horaria, así como la no utilización por parte de algunos profesionales, es razonable concluir que no se ha conseguido el despliegue de mediadores tal y como se describe en el Plan. Es posible que los recursos de mediación previstos en un inicio se hayan quedado escasos o que la previsión no se haya realizado teniendo en cuenta la necesidad real en las nuevas áreas geográficas. En todo caso, es conveniente analizar de nuevo los

recursos y las necesidades actuales, ajustando el Plan y las intervenciones que se derivan en este sentido.

La percepción de mala calidad técnica como moduladora de futuros accesos

Los resultados de este estudio indican que algunos elementos del proceso diagnóstico-terapéutico y de la interacción con los profesionales sanitarios influyen en el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios. Por un lado procedimientos propios de atención primaria, como la conducta expectativa (esperar un tiempo y ver cómo evolucionan los síntomas y signos sin proponer ningún tratamiento), y la prescripción de medicamentos calmantes o sintomáticos son percibidos como una atención inadecuada y forma parte de la percepción de poca capacidad resolutoria que tienen algunos inmigrantes de nuestro sistema sanitario en general, y de la atención primaria en particular. Por otro lado, la brevedad del tiempo asignado a la consulta y la ausencia de o la insuficiente exploración física son considerados como mala calidad técnica por los inmigrantes. Otros estudios confirman estos resultados, en particular varios estudios señalan que la ausencia o insuficiencia de la exploración física genera dudas entre los inmigrantes en cuanto al diagnóstico, sobre todo si no se acompaña de pruebas complementarias (150,164,167,170,172). Asimismo, la actitud negativa del profesional sanitario en el trato al paciente inmigrante emerge como una falta de competencia cultural que en ocasiones se perciben como discriminación y limita futuros accesos.

La consecuencia más frecuente de esta mala calidad técnica percibida, y de la duda ante la adecuación del diagnóstico y/o el tratamiento, es la consulta a otro profesional, en búsqueda de una segunda opinión. Este profesional puede ser tanto del mismo centro (petición de cambio de médico), como de otros centros, generalmente públicos y de mayor capacidad tecnológica. De manera marginal aparece también la conducta de acudir al país de origen en búsqueda de esa segunda opinión. Asimismo, algunos inmigrantes acuden a la farmacia y/o se automedican. La desconfianza en la calidad técnica de la atención recibida es tal que algunos inmigrantes deciden no regresar a dicho profesional o centro.

La percepción de mala calidad técnica en atención primaria fomenta el uso de servicios de urgencias hospitalarios

En resumen, la mala calidad técnica percibida en la atención determina también retrasos en el acceso y favorece el uso de ciertos niveles asistenciales frente a otros. En particular, la percepción de pobre capacidad resolutoria (por no disponer de muchas de las pruebas complementarias) en los centros de atención primaria así como de insuficiente conocimiento clínico de los médicos de familia (por la experiencia de equivocaciones o retrasos en el diagnóstico) fomenta el acceso de los servicios de urgencias hospitalarios frente a los centros de atención primaria, contribuyendo probablemente al uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios.

Este resultado también lo obtienen otros autores, cuyos resultados indican que las mujeres inmigrantes priorizan los servicios de urgencias hospitalarios frente a la atención primaria ante la desconfianza que les genera un diagnóstico médico efectuado en escasos minutos y sin realización de pruebas complementarias, así como cuando el tratamiento pautado no da los resultados esperados (167).

Discriminación, el referente de la atención en el país de origen y altas expectativas

Algunos elementos referidos como mala calidad técnica, en particular la brevedad de la consulta, la exploración superficial y la escasez de pruebas complementarias, son percibidos en algunas circunstancias como discriminación en el trato recibido. Algunos inmigrantes asocian la exploración superficial que reciben a la actitud distante y en ocasiones hostil por parte del profesional, y consideran que a la población autóctona se le dedica más tiempo de consulta y se le realizan más pruebas complementarias. Un estudio realizado en inmigrantes en Cantabria también encuentra que algunas mujeres inmigrantes se sienten discriminadas por recibir una exploración superficial e infravaloradas en su cuerpo y conocimientos por venir de países más pobres (164).

Sin embargo, los resultados de este estudio (en particular las opiniones de representantes y mediadores, pero no sólo), así como de otros estudios (165,167,170), también indican que esta percepción de mala calidad técnica podría ser debida a factores relativos al inmigrante. Así, la percepción de escasez de pruebas complementarias y de tratamiento, podría estar influida por el referente del modo de diagnóstico y/o tratamiento del país de origen, así como de unas expectativas altas basadas en una opinión elevada de nuestro servicio sanitario. En concreto, algunos profesionales sanitarios consideran que los inmigrantes de países latinoamericanos son más exigentes y demandantes a la hora de pedir pruebas complementarias que el colectivo autóctono y otros grupos de inmigrantes (165,174). No obstante, y si bien este hecho no ha sido suficientemente explorado, es posible que esta valoración manifestada por profesionales, representantes y mediadores podría ser una justificación hacia la probable discriminación de los profesionales y de la peor calidad de los servicios sanitarios cuando el paciente es un inmigrante.

La falta de competencia cultural y actitud negativa del profesional son percibidas como discriminación y afectan futuros accesos

Algunos inmigrantes valoran el trato recibido por el profesional sanitario como desagradable, a veces descortés e irrespetuoso, situación que además de deteriorar el clima en la consulta y generar desconfianza en el paciente, en ocasiones lleva al inmigrante a no acudir más o solicitar un cambio de médico. El trato desagradable no solo aparece con los profesionales sanitarios sino también con el administrativo, y es percibido en ocasiones como trato discriminatorio.

Otros estudios encuentran que los inmigrantes, en particular los “latinos”, valoran la forma de atender y el trato en general como distante, indiferente y en ocasiones hostil, que no se establece el suficiente contacto visual ni el grado de acercamiento y confianza que ellos consideran necesario en la consulta, y sienten que falta empatía y sensibilidad cultural por parte de los profesionales

sanitarios (150,164,171). No obstante, en estos estudios dichas actitudes no parecen afectar directamente el acceso.

Un estudio realizado sobre profesionales apoyaría este resultado ya que señala que algunos de ellos tienen ideas preconcebidas sobre los inmigrantes que influyen negativamente su conducta durante el proceso de atención a este colectivo, en relación con los esfuerzos y el tiempo de consulta que les supone la atención a inmigrantes frente a los autóctonos y/o porque no les gusta atender a inmigrantes (165).

Por tanto, el trato desagradable que perciben algunos inmigrantes en el ámbito sanitario se debe probablemente a una actitud negativa de los profesionales hacia los pacientes inmigrantes, potenciada por el referente de los códigos culturales de conducta del país de origen. No parece pues que se haya conseguido el nivel de competencia cultural entre los profesionales que se planteaba en el Plan de Formación del *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* (56). Los problemas de discriminación percibidos en el trato a los inmigrantes así como las actitudes negativas hacia el desconocimiento del idioma que recogen tanto este como otros estudios coetáneos o posteriores al Plan son prueba de ello (164,165,170,172). Son necesarias por consiguiente estrategias efectivas de formación en competencia cultural que alcancen realmente a todos los profesionales y que tengan en cuenta como uno de los pilares fundamentales estos aspectos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que en general el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en Catalunya se considera fácil. No obstante, éste se ve dificultado por diferentes elementos relativos a las políticas, los servicios sanitarios y potenciados por algunas características de los inmigrantes. Una de las barreras más importantes está constituida por las dificultades que tienen algunos inmigrantes para obtener la tarjeta sanitaria (TSI), a la cual está supeditado el acceso, y sin la cual la entrada al sistema no está garantizada a pesar de ser un derecho. Sin embargo, una vez han obtenido la tarjeta, el acceso a los servicios sanitarios también se ve afectado por otros elementos, como la falta de provisión de información por parte del sistema, algunas barreras estructurales y organizativas de los servicios así como la mala calidad técnica percibida de la atención recibida. No se han encontrado diferencias importantes entre los discursos de usuarios, de mediadores y de representantes en relación a las barreras y su impacto sobre el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios.

En relación a la entrada al sistema mediante la **obtención de la TSI**, algunos de los requisitos para su tramitación no son adecuados desde un punto de vista teórico y son difíciles de conseguir para la población inmigrante. En primer lugar, la necesidad de empadronarse como paso ineludible para acceder a la titularidad del derecho a la atención sanitaria es incoherente con la jerarquía normativa, pues se vincula el derecho estatal a la asistencia sanitaria a la obligación de inscripción padronal en un municipio. Además, debido a la dificultad para demostrar una vivienda así como para identificarse y el miedo justificado a quedar registrados en el padrón, el empadronamiento entraña dificultades a nivel práctico para muchos inmigrantes, sobre todo para aquellos en situación irregular. En segundo lugar, el requisito de afiliación a la Seguridad Social constituye una barrera contradictoria con las bases de un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos generales y es contrario a la Ley General de Sanidad, afectando de manera especial a la población inmigrada que trabaja con frecuencia en el mercado informal y sin permiso de trabajo.

Además, los resultados de este estudio indican una gran **variabilidad entre centros sanitarios** en el proceso y requisitos para obtener la tarjeta sanitaria, que junto con las dificultades que entraña el proceso antes descrito, apuntan a una limitada implantación de las políticas de inmigración en salud y, en particular, de las estrategias definidas para facilitar la TSI a todas las personas inmigrantes.

Por otro lado, la **provisión de atención sanitaria en ausencia de TSI** tal y como indica la normativa no está siendo realizada. Las negativas de atención y/o las prácticas de cobro llevadas a cabo por algunos servicios sanitarios que emergen de los discursos de los informantes, concretamente en los supuestos contemplados específicamente por la ley (atención de urgencias, atención al embarazo, parto y puerperio, y atención pediátrica) se interpretan en este estudio como una grave infracción de las leyes anteriormente mencionadas. Los resultados señalan también una variabilidad importante en la manera de proceder de los profesionales y centros sanitarios, variabilidad posiblemente relacionada con la falta de concreción y el desconocimiento de dicha normativa. Estos hechos se

configuran como particularmente relevantes en la actualidad, ya que debido a la situación de crisis financiera y recortes en los recursos sanitarios, es posible que estas barreras se acentúen.

Algunas organizaciones facilitan la atención en aquellas situaciones en que el inmigrante tiene dificultades para acceder al sistema, pero es preciso reflexionar acerca de si, al asumir la atención de la salud de personas que por ley deberían ser atendidas en el sistema público, podrían estar contribuyendo a las irregularidades detectadas por parte del sistema. Asimismo, el origen de una parte de la utilización inadecuada de los servicios de urgencias y de la utilización de la tarjeta de otra persona está en el sistema, son situaciones que vienen determinadas a menudo por las barreras a la tramitación de la TSI. Es por ello que si se pretende reducir estas conductas “inapropiadas” desde la perspectiva del sistema, no solo hace falta más información y “educación” al respecto, sino facilitar la obtención de la TSI.

Emerge como barrera relevante la **falta de provisión de información adaptada**; la información que se provee desde el sistema sanitario es insuficiente, a menudo solo se obtiene a demanda y/o cuando el inmigrante ya ha entrado en el circuito asistencial y no está adaptada a las necesidades de los inmigrantes, lo cual genera el desconocimiento tanto de los derechos de atención sanitaria como del funcionamiento de los servicios. Por otro lado, la información facilitada a menudo es discordante entre centros o profesionales, debido en parte a la falta de concreción de las normativas y procedimientos y a una pobre difusión y conocimiento de los mismos entre los profesionales. Todo ello provoca retrasos en la atención sanitaria con el riesgo de empeoramiento de la enfermedad

Esta falta de provisión de información adaptada contrasta con el énfasis que las políticas sanitarias colocan en la información a inmigrantes, en el desarrollo y evaluación de diferentes estrategias y canales para conseguir que los inmigrantes estén bien informados sobre sus derechos de salud en nuestro país. Por tanto, si bien las acciones de divulgación de la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, el acceso y la organización del sistema de salud entre la población inmigrante están bien planteadas se puede concluir que, en vista de los resultados, han sido poco implementadas.

La falta de información adaptada al colectivo inmigrante se compensa al menos parcialmente con la provisión de la información desde el círculo social, que aparece como la fuente de información más importante y con frecuencia única de las personas inmigradas. Sin embargo, el sistema no debiera relegar el papel informador en este círculo, pues a menudo la información que se ofrece desde él es imprecisa, incompleta o incorrecta.

En relación a la falta de ajuste entre la estructura y organización de los servicios sanitarios y las características de la población inmigrante, una de las barreras más relevantes es la incompatibilidad entre los **horarios de atención de los centros sanitarios** (en especial, de atención primaria y en las áreas rurales) y los horarios laborales de muchos inmigrantes, barrera que viene reforzada por la dificultad para ausentarse del trabajo que tienen con frecuencia. Asimismo, el trabajo aparece como barrera al tratamiento oportuno, por la dificultad de poder ejercer las bajas laborales por enfermedad.

El origen de estas dificultades radica en la **precariedad laboral**, ligada a la dependencia económica del inmigrante, así como el horario de atención de los centros de atención primaria, incompatibles con los laborales. La inseguridad laboral, la amenaza más o menos explícita de pérdida del puesto de

trabajo si acuden a un centro sanitario en horas de trabajo o si hacen efectiva la baja laboral por enfermedad tienen como consecuencia el retraso diagnóstico y del tratamiento oportuno, y un posible empeoramiento de la enfermedad. Asimismo, la imposibilidad de acudir a los centros de primaria una vez acabada la jornada laboral propicia el uso inadecuado de los servicios de urgencias. Es importante destacar que algunas de las prácticas abusivas descritas en este y otros estudios por parte de los empleadores son ilícitas y merecen ser denunciadas desde los servicios sanitarios a las autoridades competentes.

Otra barrera importante de acceso a los servicios sanitarios es la **demora en la atención sanitaria**, en particular la que sucede en la sala de espera de los servicios de urgencias (desde que se llega hasta que se recibe la atención) y la atención especializada (desde el momento en que se solicita la cita hasta la fecha de la misma). Los inmigrantes perciben que esta demora puede conllevar importantes consecuencias sobre el problema de salud por el cual consultan, y a menudo buscan atención en otros servicios, tanto públicos como privados. La necesidad de tramitar una cita para ser atendido en atención primaria ocasiona una demora que además de la barrera burocrática que algunos inmigrantes perciben para solicitar la cita dificultan el acceso a este nivel de atención. La demora para ser atendido tanto en primaria como en el nivel de atención especializada provoca además la búsqueda de atención a los servicios de urgencias, contribuyendo así a una parte de la utilización inadecuada de estos servicios.

En relación a la **distancia** como barrera de acceso a los servicios sanitarios, sólo aparece en las áreas rurales que tienen un sistema de transporte insuficiente, y ocasiona parte de la impuntualidad a las citas de los inmigrantes. Esta barrera aparece sobre todo cuando no se dispone de vehículo propio, por lo que, aunque se trate de una barrera que teóricamente afecta por igual a todos los usuarios, es probable que incida más en los inmigrantes por su menor nivel económico.

El **rechazo a que la mujer sea atendida por un hombre** es una barrera de impacto limitado sobre el acceso que aparece relacionada con el rol de género de una parte de la población inmigrante (en concreto en la mujer pakistaní, senegalesa y marroquina) pero también con el incumplimiento de los derechos del paciente. El derecho a escoger los profesionales y el centro sanitario aparece recogido en la Carta de derechos y deberes de los pacientes, y los resultados de este estudio parecen indicar que este derecho en ocasiones no se respeta. El mediador cultural puede llevar a cabo un papel facilitador, intentando, mediante el diálogo con ambas partes, que la paciente acepte ser atendida por el profesional varón, o bien haciendo lo posible para que pueda ser atendida por una profesional mujer. Sin embargo, en ocasiones actúa reforzando la barrera del rol de género, al violar el derecho a escoger el médico de la paciente y fomentar el acceso a centros privados.

La **barrera lingüística** debida al desconocimiento del idioma local constituye una barrera relevante, ya que retrasa y, en ocasiones, impide el acceso. Esta barrera se potencia cuando el inmigrante percibe un trato discriminatorio por parte de algunos profesionales que le recriminan no dominar el idioma. A pesar de la existencia de un Plan de Mediación cuyo horizonte de ejecución se situaba en el 2007, los resultados de este estudio indican que las acciones previstas en dicho plan no han sido suficientemente implementadas y que la principal estrategia para superar la barrera lingüística sigue siendo la figura del acompañante, figura que de manera informal realiza la función de traductor. La red de mediadores aparece como insuficiente, siendo cuestionada su función y utilidad por algunos actores.

La **percepción de mala calidad técnica** en la consulta retrasa e impide futuros accesos, fomentando el acceso a centros de niveles resolutivos más altos, en particular servicios de urgencias hospitalarios. Por un lado los inmigrantes perciben que algunos procedimientos propios del nivel de atención primaria, como la conducta expectativa y la prescripción de calmantes, son conductas poco resolutivas. Por otro, la brevedad del tiempo asignado a la consulta y la ausencia o insuficiente exploración física son consideradas como mala calidad técnica. Si bien su papel como barrera de acceso probablemente no sea trascendental, la **actitud negativa de algunos profesionales** y el trato que parecen recibir algunos inmigrantes por parte tanto del personal sanitario como del administrativo, podrían estar indicando una peor atención y son percibidos por algunos inmigrantes como trato discriminatorio, llevándole en ocasiones a no acudir más o solicitar un cambio de profesional.

A lo largo de este estudio se han apuntado diferentes barreras de acceso como posibles causas del **uso inadecuado de los servicios de urgencias**. Por un lado, las barreras que se imponen a la tramitación de la TSI desde el propio sistema y la conducta tanto de los inmigrantes como de los profesionales de atención primaria para acomodarse a ellas: muchos de los inmigrantes que no disponen de TSI son atendidos en los servicios de urgencias, a los que acuden por iniciativa propia o derivados desde atención primaria. Por otro lado, la demora para ser atendido tanto en primaria como en el nivel de atención especializada provoca además la búsqueda de atención a los servicios de urgencias, contribuyendo así a una parte de la utilización inadecuada de estos servicios. Finalmente, la percepción de pobre capacidad resolutiva en los centros de atención primaria (por no disponer de muchas de las pruebas complementarias) así como de insuficiente conocimiento clínico de los médicos de familia (por la experiencia de equivocaciones o retrasos en el diagnóstico) fomenta la búsqueda de atención en los servicios de urgencias hospitalarios frente a los centros de atención primaria, contribuyendo probablemente así también al uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios.

En consecuencia, la reducción de las barreras descritas no solo mejoraría el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud sino que conllevaría una mayor adecuación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por parte de la población inmigrante, favoreciendo la eficiencia del sistema. Asimismo, dado que muchas de estas barreras y dificultades de acceso no son exclusivas de la población inmigrante, la reducción de estas barreras incidiría también en la mejora del acceso y la mejor utilización de los servicios sanitarios por parte de la población autóctona.

Recomendaciones

Toda investigación sobre sistemas de salud debe contribuir no sólo a generar conocimiento científico sobre un fenómeno, sino que debe aportar recomendaciones para el desarrollo de políticas y acciones que promuevan la mejora del funcionamiento del sistema y de la salud de la población a la que atiende. En relación a los resultados y conclusiones de esta investigación, a continuación se realizan algunas sugerencias para la mejora del acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios de Catalunya y del Estado Español.

En relación con las **políticas y administraciones públicas** no directamente relacionadas con la salud, **políticas intersectoriales**:

1. Denunciar, desde la autoridad sanitaria, la situación de **precariedad laboral e incumplimiento de los derechos de los trabajadores inmigrantes** en material de salud y ejercer presión sobre las administraciones competentes en el sector. Estas deberían, en aras de reducir la precariedad laboral, informar a trabajadores y empresarios de los derechos de los trabajadores y establecer mecanismos para velar por el cumplimiento de ley y las condiciones de los trabajadores inmigrantes.
2. Trasladar a las autoridades competentes la **insuficiencia del transporte público** en ciertas áreas rurales, así como sus consecuencias sobre el acceso.
3. Promover, ampliar y difundir, desde los estamentos responsables, la oferta de recursos para el **aprendizaje del idioma** entre la población inmigrante, adecuando en lo posible las características de esta oferta a las características de los inmigrantes.

Con relación a las **políticas y administraciones públicas relacionadas con la salud**:

4. **Desvincular el requisito del certificado de empadronamiento** del derecho a la atención sanitaria, por cuanto no es justificable desde un punto de vista jurídico e impide el acceso a la sanidad de una parte de los inmigrantes. Como alternativa a la inscripción en el padrón como requisito *sine qua non* para gozar del derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones, se podría implementar un mecanismo por el cual los extranjeros, eludiendo dicho requisito administrativo, pudieran probar una determinada estabilidad o asentamiento en territorio nacional.
5. **Desligar el requisito de la condición de afiliado o beneficiario de la Seguridad Social** del derecho universal del acceso. Esta asociación tenía su fundamento en la atención sanitaria como prestación del Sistema de Seguridad Social ligada a cotizaciones, actualmente obsoleta, dado que nuestro Sistema Nacional de Salud se financia través del pago de impuestos

generales, y el derecho a la asistencia sanitaria únicamente depende de la condición de ciudadano, tal y como establece la Ley General de Sanidad.

6. Mientras no se consiga la desvinculación de la titularidad del derecho universal del acceso al empadronamiento y a la Seguridad Social (es decir, como paso intermedio del desarrollo de las recomendaciones 4 y 5), facilitar la **implementación de algún sistema** similar al instaurado en otras Comunidades Autónomas (tarjeta solidaria), que permita el **acceso** a los servicios sanitarios de aquellos **extranjeros que no puedan obtener la tarjeta sanitaria** de otro modo.

En relación con el **Departament de Salut y la organización de los servicios sanitarios**:

7. En relación a la **tramitación de la TSI**, establecer unas directrices únicas y claras (y coherentes con las leyes actuales) en los requisitos y procedimientos necesarios, así como en la atención sanitaria que se debe prestar en ausencia de TSI, difundir estas directrices entre los profesionales y velar por su cumplimiento.
8. Dado que las estrategias de **difusión de información sobre el sistema sanitario** a inmigrantes ya están definidas y bien planteadas en los planes de inmigración y salud, implementarlas correctamente y de forma mantenida a lo largo del tiempo, adaptándolas tanto al perfil de los inmigrantes, como a la disponibilidad de recursos humanos, estructurales y materiales del conjunto de los servicios sanitarios. Asimismo, estudiar la difusión de esta información más allá de los canales y circuitos sanitarios, como por ejemplo las organizaciones de personas inmigradas, consulados, establecimientos regentados y/o dirigidos a personas inmigradas, oficinas de atención al ciudadano, centros de ayuda social, centros de enseñanza de los idiomas locales, aulas de adultos, etc.
9. Divulgar entre la población inmigrante trabajadora el **derecho de ausentarse del trabajo** para recibir atención sanitaria en caso de lesión o enfermedad.
10. Analizar el volumen y tipo de demanda de los servicios que realiza la población y **adecuar la capacidad y disponibilidad de los recursos**, reestructurándolos en caso necesario para disminuir los tiempos de espera en todos los niveles asistenciales (en particular las listas de espera en atención especializada y la espera en los servicios de urgencias) y estudiando la viabilidad de modificar los horarios de atención de los centros de atención primaria, adecuándolos a la disponibilidad horaria de los inmigrantes (en relación a su jornada laboral).
11. **Simplificar** el proceso de **solicitud de citas en atención primaria**, adaptando el procedimiento a las características de los inmigrantes (idioma, mediadores, etc).
12. Potenciar la figura del **mediador de salud**, adaptando la oferta de los recursos de mediación a las necesidades y priorizando su actuación en aquellas áreas, horarios o para aquellos colectivos e individuos con mayor necesidad en función del origen y el tiempo de estadía.

13. Difundir los **recursos disponibles de traducción** entre profesionales e inmigrantes, y estudiar la implementación de otras fórmulas que faciliten la traducción en todos los centros sanitarios, agilizando su acceso y posibilitando la demanda por parte del usuario

Recomendaciones dirigidas a los **profesionales de los servicios sanitarios**:

14. Asegurar y potenciar la implementación de los **programas de formación de profesionales en competencia cultural**, remarcando las importantes consecuencias de su actitud y comportamiento sobre el acceso de los inmigrantes. Estos programas deben incluir un capítulo sobre estrategias formales e informales y los recursos disponibles en caso de dificultades de comunicación, promoviendo una mayor y mejor utilización de los servicios de mediación cultural, considerando las necesidades y preferencias del usuario.
15. Poner en conocimiento de los profesionales de los centros asistenciales, incluyendo mediadores culturales, el **derecho a escoger los profesionales** que aparece recogido en la Carta de derechos y deberes de los pacientes, y velar por su cumplimiento.
16. Mejorar la **calidad de la atención**, procurando el tiempo suficiente de consulta para poder llevar a cabo la exploración y explicaciones necesarias, compartiendo con el paciente los motivos de la necesidad o no de pruebas complementarias así como del tratamiento indicado.
17. **Informar** a los usuarios inmigrantes sobre los **periodos de espera** en todos los niveles de atención, y sobre los riesgos de empeoramiento de los síntomas o de la enfermedad durante ese periodo, facilitando el acceso a la atención anticipada en caso de ser necesario.

Sugerencias dirigidas a promover la **investigación aplicada**:

18. Estudiar la **población** que está siendo **atendida por las oenegés** y las acciones que llevan a cabo, con el objetivo de descubrir otras posibles barreras de acceso así como integrar a la asistencia sanitaria pública a aquellas personas que, según la normativa vigente, tienen derecho a ella.
19. En relación a la difusión de la información sobre los derechos de acceso y funcionamiento de los servicios de salud, llevar a cabo por un lado estudios que evalúen las intervenciones y estrategias de difusión hasta ahora desarrolladas; y estudiar la viabilidad e impacto de **intervenciones sobre la red social** del inmigrante, como destinatario y herramienta de difusión de la información provista desde el sistema.
20. Profundizar en las posibles **diferencias de acceso entre nacionalidades** y según **género y clase social** entre inmigrantes.

Bibliografía

1. Malmusi D, Jansà J. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev. Esp. Salud Pública. 2007 Ago;81(4):399–409.
2. Borrell C. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya□: informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. 1o ed. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
3. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
4. Urquia ML, Gagnon AJ. Glossary: migration and health. J Epidemiol Community Health. 2011 May;65(5):467–72.
5. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration and perinatal health surveillance: an international Delphi survey. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2010 Mar;149(1):37–43.
6. Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición [Internet]. [citado 2011 Oct 10];Available from: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inmigrante
7. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado vol. 10. 2000.
8. INEbase. Cifras de población y Censos demográficos. Explotación estadística del Padrón [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. [citado 2011 Oct 5];Available from: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
9. Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuario Estadístico de Inmigración. 2009.
10. Mogollón A. Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d’Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva; 2004.
11. Riera I. Emigrantes y refugiados□: el derecho universal de la ciudadanía. 1o ed. Barcelona: Debolsillo; 2002.
12. Moreno I. Los determinantes de la inmigración internacional en España: evidencia empírica 1991-1999. Instituto de Estudios Fiscales; 2004.
13. López Sala A. Inmigrantes y estados□: la respuesta política ante la cuestión migratoria. 1o ed. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2005.

14. Beets G, Willekens F. The global economic crisis and international migration: An uncertain look. En: Vienna Yearbook of Population Research Volume 2009□: Impact of migration on demographic change and composition in Europe. 2010.
15. Haug W, Compton P, Courbage Y. The demographic characteristics of immigrant populations. Strasbourg: Council of Europe Pub.; 2002.
16. OECD-Publishing. International Migration Outlook 2011. Paris□:: Organisation for Economic Co-operation and Development,; 2011.
17. Coleman D. Migration and its consequences in 21st centuryEurope. En: Vienna Yearbook of Population Research Volume 2009□: Impact of migration on demographic change and composition in Europe. 2010.
18. Sobotka T. Migration continent Europe. En: Vienna Yearbook of Population Research Volume 2009□: Impact of migration on demographic change and composition in Europe. 2010.
19. Bernabeu Morón N. La enciclopedia del estudiante. [Madrid]: El País; 2005.
20. United Nations, International Migration. Message of the Secretary-General on the occasion of International Migrants Day, 18 December. 2010;
21. Zlotnik H. Globalization and Interdependence. Item 22(c): International Migration and Development. 2010;
22. Economy: Migration falls again but will pick up with recovery, says OECD [Internet]. [citado 2011 Oct 8];Available from: http://www.oecd.org/document/3/0,3746,en_21571361_44315115_48337411_1_1_1_1,00.html
23. Vasileva K. Citizens of European countries account for the majority of the foreign population in EU-27 in 2008. EUROSTAT; 2009.
24. Vienna Institute of Demography, International Institute for Applied System Analysis. European Demographic Data Sheet 2010 [Internet]. 2011;Available from: http://www.oeaw.ac.at/vid/datasheet/download/European_Demographic_Data_Sheet_2010.pdf
25. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. Int J Public Health. 2010 Oct;55(5):357–71.
26. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997 Mar;38(1):21–37.
27. Pietz K, Petersen LA. Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1- and 2 to 5-year mortality. Health Serv Res. 2007 Abr;42(2):629–43.
28. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant a Barcelona [Internet]. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008. Available from: http://www.bcn.cat/novacitadania/pdf/ca/estudis/salut_immigrants_ASPB_BCN_ca.pdf

29. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union. European Public Health Association; 2011.
30. Arnold M, Razum O, Coebergh J-W. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur. J. Cancer.* 2010 Sep;46(14):2647–59.
31. Bos V, Kunst AE, Garssen J, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in mortality within ethnic groups in the Netherlands, 1995-2000. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Abr;59(4):329–35.
32. Regidor E, Ronda E, Pascual C, Martínez D, Elisa Calle M, Domínguez V. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid. *Med Clin (Barc).* 2009 May 2;132(16):621–4.
33. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit.* 2008 Abr;22 Suppl 1:86–95.
34. Fennelly K. The «healthy migrant» effect. *Minn Med.* 2007 Mar;90(3):51–3.
35. Jasso G, Massey D, Rosenzweig M, Smith L. Immigrant health: selectivity and acculturation. Documento de trabajo WP04/23. London: Institute for Fiscal Studies; 2004.
36. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the «healthy immigrant effect»: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med.* 2004 Oct;59(8):1613–27.
37. Walker PF. Immigrant Medicine. *Emerging Infectious Diseases.* 2008 Jun;14:1007–8.
38. Parkin DM, Khlal M. Studies of cancer in migrants: rationale and methodology. *Eur. J. Cancer.* 1996 May;32A(5):761–71.
39. Moreno F. Inmigración y Estado de Bienestar en España. *Política y Sociedad.* 2007;44(2).
40. Idescat. Població estrangera. Evolució. Catalunya [Internet]. [citado 2011 Oct 9]; Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&nac=a&res=a>
41. Gobierno de España. Oficina Económica del Presidente. Inmigración y economía española: 1996-2006. Madrid: 2006.
42. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2009.
43. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Primer trimestre de 2011. 2011.
44. La immigració en xifres [Internet]. Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya; [citado 2011 Oct 9]. Available from: <http://www.gencat.cat/dasc/publica/butlletiIMMI/xifres6/index.htm>
45. Idescat. Población extranjera. Por países. Cataluña [Internet]. [citado 2011 Oct 9]; Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=12&lang=es>

46. Idescat. Població estrangera. [Internet]. [citado 2011 Oct 9];Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/>
47. García P. Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut, UPF;
48. Fundació Jaume Bofill.;Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona., Ajenjo M. Les condicions de vida de la població immigrada a Catalunya. 1o ed. Barcelona: Editorial Mediterrània □;Fundació Jaume Bofill □;IERMB Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona; 2008.
49. Gabinet Tècnic Servei d'Estudis i Estadístiques. Poblacióestrangera. Nota informativa: Enquesta de població activa. Departament de Treball, Generalitat de Catalunya; 2010.
50. Larios M, Nadal M. L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2007 [Internet]. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2008. Available from: <http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/483.pdf>
51. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. Gac Sanit. 2009 Dic;23 Suppl 1:47–52.
52. 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 Ago;69(3):370–8.
53. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350–63.
54. García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. Gaceta Sanitaria. 2009 Dic;23:38–46.
55. Consell de Collegis de Metges de Catalunya. Quaderns de la Bona Praxi N° 10. Els Inmigrants i la seva salut [Internet]. 2003 Oct;Available from: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi16.pdf>
56. Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. 1o ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006.
57. García P. Salud y utilización de recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. Presupuesto y Gasto Público. 2007;4(49):65–85.
58. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. 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.
59. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas□: un estudio de casos. [Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
60. Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Vargas I, Rodríguez D. Polítiques sanitàries per a la població immigrant en el context nacional i internacional. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya. Projecte encarregat i finançat pel Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut de Catalunya; 2007.

61. Canalls J. El Sistema Nacional de Salud. En: La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España. Fundación 1º de Mayo; 2010.
62. Freire J. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Claridad. Unión General de Trabajadores [Internet]. 2006 Verano;4 Sanidad. Available from: <http://www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf>
63. García-Armesto S, Abadía-Taira M, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 2010;12(4):1–295.
64. Constitución Española [Internet]. 1978;Available from: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
65. Ley General de Sanidad 14/1986 [Internet]. 1986. Available from: <http://www.aea.gob.es/media/59217/ley%2014.86%20de%20sanidad.pdf>
66. Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut [Internet]. Available from: <http://www.gencat.cat/diari/4940/07208034.htm>
67. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 Dic 10 [citado 2011 Oct 22];Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
68. Organización Mundial de la Salud.;UNICEF. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
69. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986;Available from: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
70. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud [Internet]. 2007 [citado 2011 Oct 22];Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
71. European Community. The Maastricht Treaty [Internet]. 1992;Available from: <http://www.eurotreaties.com/maastrichtec.pdf>
72. Alonso A. Guía de atención al inmigrante. 2o ed. Majadahonda: Ergón; 2006.
73. EUROPA - Tratado de Lisboa [Internet]. [citado 2011 Oct 22];Available from: http://europa.eu/lisbon_treaty/index_es.htm
74. International Labour Organization [Internet]. [citado 2011 Oct 22];Available from: <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>
75. Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales [Internet]. 2010 Jun;Available from: http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1101E77A-C8E1-493F-809D-800CBD20E595/0/ESP_CONV.pdf
76. European Committee of Social Rights [Internet]. [citado 2011 Oct 22];Available from: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/ecsr/ecsrdefault_EN.asp

77. The Lancet. Access to health care for undocumented migrants in Europe. The Lancet. 2007 Dic;370:2070.
78. Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social [Internet]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/21/pdfs/A41193-41204.pdf>
79. Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud.
80. Zarauz J. Incidencia del padrón municipal en el ejercicio de los derechos de las personas extranjeras en situación irregular. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007.
81. Obra Social La Caixa. ¿Cómo es este país? Información útil para las personas inmigradas y los nuevos residentes. Fundación La Caixa; 2005.
82. CatSalut. Els assegurats - Qui és assegurat del CatSalut? [Internet]. [citado 2011 Dic 8]; Available from: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/asseg_quies.htm
83. Health for undocumented migrants and asylum seekers (HUMA), Médicos del Mundo. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 E.U. countries [Internet]. 2007 [citado 2011 May 5]. Available from: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.biblio/mem.detalle/id.333/relcategoria.4998/reلمenu.134>
84. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gac Sanit. 2010 Abr;24(2):115.e1-7.
85. Plan estratégico de ciudadanía e integración [2007 - 2010].
86. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 2011 Dic 8]; Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
87. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. Nurs Outlook. 2005 Dic;53(6):274-80.
88. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México. 1985;27(5):438-53.
89. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva; 2009. Available from: <http://tesis.com.es/documentos/barreras-acceso-atencion-salud-modelos-competencia-gestionada/>
90. Cernadas A. Desigualdades e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios publicos. los colectivos socialmente desfavorecidos en Barcelona [Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2008. Available from: <http://tesis.com.es/documentos/desigualdades-inequidades-acceso-sistemas-sanitarios-publicos-colectivos-socialmente/>

91. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón A. El acceso a los servicios de salud. En: Reflexiones en Salud Pública. Bogotá: Universidad del Rosario; 2009. p. 160.
92. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México. 1992;34(1):36–49.
93. Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank Mem Fund Q. 1966 Jul;44(3):Suppl:94–127.
94. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del «cuánto» al «por qué»: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud pública Méx. 1997 Sep;39(5):442–50.
95. Mechanic D. The concept of illness behavior. Journal of Chronic Diseases. 1962 Feb;15:189–94.
96. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Published for the Commonwealth Fund by Harvard Univ. Press; 1973.
97. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981 Feb;19(2):127–40.
98. Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. Medical Care. 2008 Jul;46:647–53.
99. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9(3):208–20.
100. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Med Care. 1981 Dic;19(12 Suppl):4–27.
101. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. Health Serv Res. 1983;18(1):49–74.
102. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995 Mar;36(1):1–10.
103. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973;51(1):95–124.
104. Andersen R, Davidson PL. Improving access to care in America. Individual and contextual indicators. En: Changing the US health care system □: key issues in health services, policy, and management. San Francisco Calif.: Jossey-Bass; 2001.
105. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH, Richard AJ, Montoya ID. A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare. Am J Manag Care. 1999 Jun 25;5 Spec No:SP25–44.
106. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. Health Services Research. 1998;33(3):571–96.

107. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*. 1985 May;23(5):438–60.
108. Institute of Medicine. Access to health care in America. Washington, D.C.: National Academy Press; 1993.
109. Norredam M, Krasnik A. Migrants' access to health care. En: *Migration and health in the European Union*. 2011: European Public Health Association;
110. Sanderson CF, Hunter DJ, McKee CM, Black NA. Limitations of epidemiologically based needs assessment. The case of prostatectomy. *Med Care*. 1997 Jul;35(7):669–85.
111. Atri J, Falshaw M, Linvingstone A, Robson J. Fair shares in health care? Ethnic and socioeconomic influences on recording of preventive care in selected inner London general practices. Healthy Eastenders Project. *BMJ*. 1996 Mar 9;312(7031):614–7.
112. Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfjell E, Ekbohm A, Lambe M. Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening--a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control*. 2002 Feb;13(1):73–82.
113. Visser O, van Peppen AM, Ory FG, van Leeuwen FE. Results of breast cancer screening in first generation migrants in Northwest Netherlands. *Eur. J. Cancer Prev*. 2005 Jun;14(3):251–5.
114. McCormack VA, Perry N, Vinnicombe SJ, Silva I dos S. Ethnic variations in mammographic density: a British multiethnic longitudinal study. *Am. J. Epidemiol*. 2008 Ago 15;168(4):412–21.
115. Price CL, Szczepura AK, Gumber AK, Patnick J. Comparison of breast and bowel cancer screening uptake patterns in a common cohort of South Asian women in England. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:103.
116. Webb R, Richardson J, Esmail A, Pickles A. Uptake for cervical screening by ethnicity and place-of-birth: a population-based cross-sectional study. *J Public Health (Oxf)*. 2004 Sep;26(3):293–6.
117. Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ*. 2009;338:b2025.
118. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzler A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 2008 Abr;18(2):144–9.
119. Hemingway H, Saunders D, Parsons L. Social class, spoken language and pattern of care as determinants of continuity of carer in maternity services in east London. *J Public Health Med*. 1997 Jun;19(2):156–61.
120. Merten S, Wyss C, Ackermann-Liebrich U. Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *Int J Public Health*. 2007;52(4):210–22.
121. Borràs E, Domínguez A, Batalla J, Torner N, Cardeñosa N, Nebot M, et al. Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia (Spain). *Vaccine*. 2007 Abr 20;25(16):3240–3.

122. Rondy M, van Lier A, van de Kasstelee J, Rust L, de Melker H. Determinants for HPV vaccine uptake in the Netherlands: A multilevel study. *Vaccine*. 2010 Feb 25;28(9):2070–5.
123. Brabin L, Roberts SA, Stretch R, Baxter D, Chambers G, Kitchener H, et al. Uptake of first two doses of human papillomavirus vaccine by adolescent schoolgirls in Manchester: prospective cohort study. *BMJ*. 2008 May 10;336(7652):1056–8.
124. Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med*. 1997 Ago;45(3):485–96.
125. Cooper H, Smaje C, Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. *BMJ*. 1998 Oct 17;317(7165):1047–51.
126. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001 Oct;55(10):701–7.
127. Uiters E, Devillé WLJM, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *Eur J Public Health*. 2006 Ago;16(4):388–93.
128. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health*. 2006 Ago;16(4):394–9.
129. Aung NC, Rechel B, Odermatt P. Access to and utilisation of GP services among Burmese migrants in London: a cross-sectional descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:285.
130. Dyhr L, Andersen JS, Engholm G. The pattern of contact with general practice and casualty departments of immigrants and non-immigrants in Copenhagen, Denmark. *Dan Med Bull*. 2007 Ago;54(3):226–9.
131. Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2007;7:9.
132. David M, Schwartau I, Anand Pant H, Borde T. Emergency outpatient services in the city of Berlin: Factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *Eur J Emerg Med*. 2006 Dic;13(6):352–7.
133. Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, et al. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:153.
134. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:51.
135. Saxena S, Eliahoo J, Majeed A. Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. *BMJ*. 2002 Sep 7;325(7363):520.
136. Cacciani L, Baglio G, Rossi L, Materia E, Marceca M, Geraci S, et al. Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerg Themes Epidemiol*. 2006;3:4.

137. Robertson E, Malmström M, Sundquist J, Johansson S-E. Impact of country of birth on hospital admission for women of childbearing age in Sweden: a five year follow up study. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Nov;57(11):877–82.
138. Krasnik A, Norredam M, Sorensen TM, Michaelsen JJ, Nielsen AS, Keiding N. Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. *Soc Sci Med*. 2002 Oct;55(7):1207–11.
139. Norredam M, Krasnik A, Pipper C, Keiding N. Differences in stage of disease between migrant women and native Danish women diagnosed with cancer: results from a population-based cohort study. *Eur. J. Cancer Prev*. 2008 Jun;17(3):185–90.
140. Cuthbertson SA, Goyder EC, Poole J. Inequalities in breast cancer stage at diagnosis in the Trent region, and implications for the NHS Breast Screening Programme. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Sep;31(3):398–405.
141. Christopher D, Kendrick D. Differences in the process of diabetic care between south Asian and white patients in inner-city practices in Nottingham, UK. *Health Soc Care Community*. 2004 May;12(3):186–93.
142. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med*. 2008 Jul;9 Suppl 2:23–5.
143. Stirbu I, Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in The Netherlands. *BMC Public Health*. 2006;6:78.
144. Cuadra CB, Cattacin S. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework [Internet]. 2011 Ene; Available from: <http://files.nowhereland.info/757.pdf>
145. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Feb;121(2):143–51.
146. Schoevers MA, Loeffen MJ, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen ALM. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):421–8.
147. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):325–48.
148. Bischoff A, Hudelson P. Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Jul;7(7):2838–44.
149. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. 2003 Ago;57(3):503–12.
150. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):381–90.

151. Worth A, Irshad T, Bhopal R, Brown D, Lawton J, Grant E, et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2009;338:b183.
152. Meeuwesen L, Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*. 2006 Nov;63(9):2407–17.
153. Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns*. 2003 Oct;51(2):99–106.
154. van Wieringen JCM, Harmsen JAM, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*. 2002 Mar;12(1):63–8.
155. Bhopal RS. Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? *Eur J Public Health*. 2007 Jun;17(3):238–41.
156. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000 Jun;54(6):478–9.
157. Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:209–20.
158. Sanz LJ, Elustondo I, Valverde M, Montilla JF, Miralles M. Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2007 [citado 2011 Oct 1];27. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
159. Departamento de Evaluación y Calidad, Instituto de Salud Pública. Encuesta de Salud de ciudad de Madrid 2004-2005. Informe Final [Internet]. 2005. Available from: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/encuesta-salud2005.pdf>
160. Vall-Ilosera L, Saurina C, Saez M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):291–307.
161. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health*. 2007 Oct;17(5):483–5.
162. Sanz B, Castillo S, Mazarrasa L. Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid. *Metas de Enferm*. 2004;7(1):26–32.
163. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2006;37(03):154–9.
164. Cabria A, Pérez A, Prieto D, Pérez O. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria - 2007-2009 [Internet]. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010. Available from:

http://www.ospc.es/Docs/ESTUDIO%20DETERMINANTES%20SALUD%20POBLACION%20INMIGRANTE%20CANTBRIA_OSPC_2010.pdf

165. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit.* 2009 Oct;23(5):396–402.
166. García J, González C, Buil B, García M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(6):371–6.
167. Solé C. El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005.
168. Llácer Gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L, Martínez Blanco ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index de Enfermería [Internet]*. 2006 Mar [citado 2011 Oct 1];15. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
169. Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit.* 2001 Jul;15(4):320–6.
170. Godoy & Asociados P, Portero P, Mattieu G. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública [Internet]. Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2004. Available from: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d091.pdf>
171. Garaikoetxea A. Opiniones y expectativas de los inmigrantes económicos sobre nuestro sistema de salud. Tesis doctoral. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
172. Rodríguez E, Lanborena N, Juez O, Pereda C, Maura T. Actitudes y percepciones sobre determinantes de la salud y utilización de servicios sanitarios en la población inmigrante marroquí: estudio cualitativo. Euskadi: 2008.
173. Gabinete de Investigación Social y Estudios de Mercado. Salud y población inmigrante extracomunitaria en la CAPV. Estudio sociodemográfico y de salud. País Vasco: Medicusmundi; 2007.
174. Llosada J. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria.* 2011;
175. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med.* 2009 May;68(10):1866–74.
176. Castillo S, Mazarrasa L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. En: *Historias de vida e inmigración*. Madrid: Oficina Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales;
177. Moreno M. La asistencia al paciente inmigrante: un reto para los gestores sanitarios. *Gestión Hospitalaria.* 2004;15(3):85–92.

178. Alameda A, García A. La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común [Internet]. 2003. Available from: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/Ponencia3.pdf
179. Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:81.
180. Junyent M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias.* 2006;18:232–5.
181. Albares MP, Belinchón I, Ramos JM, Sánchez-Payá J, Betlloch I. Epidemiologic Study of Skin Diseases Among Immigrants in Alicante, Spain. *Actas Dermo-Sifiliograficas* [Internet]. 2011 Sep 13 [citado 2011 Oct 1]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21920489>
182. Jimenez D. Equity in the Use of Health Care Services by Immigrants in the Spanish National Health Care System. *Estudios de Economía Aplicada.* 2008;26(3):1–18.
183. Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, Monteagudo Piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit.* 2009 Jun;23(3):208–15.
184. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009 Dic;23 Suppl 1:4–11.
185. Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health.* 2006 Ago;16(4):383–7.
186. Soler-González J, Serna C, Rué M, Bosch A, Ruiz M, Gervilla J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria.* 2008;40(5):225–33.
187. Rue M, Serna M-C, Soler-Gonzalez J, Bosch A, Ruiz-Magaz M-C, Galvan L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): a 6-months prospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:35.
188. Vázquez M-L, Terraza-Núñez R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T. Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain. *Health Policy.* 2011 Jun;101(1):70–8.
189. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union--a comparative study of country policies. *Eur J Public Health.* 2006 Jun;16(3):286–90.
190. Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en otros países europeos; el caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2004.
191. Romero-Ortuño R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *eur j health law.* 2004 Sep;11(3):245–72.

192. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26(05):314–8.
193. Plaza F, Martínez L, Rodríguez J, Plaza M. Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas de Enferm*. 2008;10(10):27–30.
194. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, Ahonen E, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit*. 2009 Dic;23 Suppl 1:107–14.
195. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *J Immigr Health*. 2004 Ene;6(1):15–27.
196. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:35.
197. Vázquez Navarrete M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud: cursos GRAAL 5. 1o ed. Bellaterra Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
198. Patton M. *Qualitative research & evaluation methods*. 3. edition, 4. printing. ed. Thousand Oaks Calif.: Sage; 2004.
199. Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: An Exploration. *Journal of Holistic Nursing*. 2007 Sep 1;25:172–80.
200. Idescat. Població estrangera. Per municipis. Catalunya [Internet]. [citado 2011 Sep 30]; Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=6>
201. Idescat. Població estrangera. Per continents. Catalunya [Internet]. [citado 2011 Sep 30]; Available from: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?res=a&nac=a&b=11>
202. Reports (1990-2011) | Global Reports | HDR 2001 | Human Development Reports (HDR) | United Nations Development Programme (UNDP) [Internet]. [citado 2011 Sep 30]; Available from: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2001/>
203. Burón Pust, Andrea. Investigación cualitativa aplicada a la salud. Material docente del Master de Gestión Clínica de la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: UOC; 2010.
204. Ruiz Olabuénaga J. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
205. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.
206. Miles M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2o ed. Thousand Oaks Calif. [u.a.]: Sage; 1994.
207. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Coruña [?]; Madrid: Fundación Paideia Galiza [?]; Ediciones Morata; 2004.

208. Muhr T. ATLAS/ti□? A prototype for the support of text interpretation. *Qualitative Sociology*. 1991;14:349–71.
209. Calderón, Carlos. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):473–82.
210. Decreto 90/1990, de 3 de abril, sobre la tarjeta sanitaria individual en Cataluña. DOGC núm. 1282, de 23 de abril de 1990.
211. Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales [Internet]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/08/14/pdfs/A28645-28652.pdf>
212. Real Decreto 2612/1996, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado por el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio. [Internet]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/01/16/pdfs/A01665-01673.pdf>
213. Resolución de 21 de julio de 1997, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director general de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal.
214. Decreto 169/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación de Entidades Territoriales.
215. Guía de acogida [Internet]. Generalitat de Catalunya. [citado 2011 Dic 3]; Available from: <http://www10.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/es//Main/Home.jsp>
216. Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999.
217. González de las Heras, MP. El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes. *Noticias Jurídicas*. 2004 Dic;
218. Observatoire européen de l'accès aux soins. L' accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. [Paris]: Médecins du monde; 2009.
219. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
220. Ahonen EQ, Porthé V, Vázquez ML, García AM, López-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C, et al. A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Nov;63(11):936–42.
221. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007 Abr;33(2):96–104.
222. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores [Internet]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/03/29/pdfs/A09654-09688.pdf>

223. Prat E, Pesquer L, Olivet M, Aloy J, Fusté J, Pons X. La distribución territorial del sistema sanitario público catalán [Internet]. Available from: <http://www.creaf.uab.es/miramón/publicat/papers/8aSetGeo/ArticuloDepSalud-CREAF.pdf>
224. Trepat E, Vilaseca A. Ruralitat i immigració. La integració de les persones immigrades en el món rural català. Fundació del Món Rural; 2008.
225. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària [Internet]. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris; 2002. Available from: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/ass.pdf>
226. Síndic Defensor del Pacient. Carta de Drets i Deures [Internet]. [citado 2011 Dic 17]; Available from: http://www.sindic.cat/pacient/ca/dretdesdeures_quediullei_dretdesdeures.asp
227. Els assegurats - Informació sobre procediments - Lliure elecció d'equip d'atenció primària (EAP), metge de capçalera, professional d'infermeria o pediatre [Internet]. [citado 2011 Dic 9]; Available from: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/lliure_eleccio_eap.htm
228. CatSalut- Preguntes més freqüents- Especialistes i serveis de suport [Internet]. [citado 2011 Dic 9]; Available from: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/faq_lliuereleccio_especialistes.htm
229. Derechos del paciente: conózcalos; nos benefician a todos... - Informe de la OCU [Internet]. [citado 2011 Dic 9]; Available from: <http://www.ocu.org/derechos-del-paciente/derechos-del-paciente-conozcalos-nos-benefician-a-todos-s340594.htm#2>

Anexos

Anexo 1. Guías de entrevistas

Guía de entrevista al USUARIO

¡Anotar!

Fecha y lugar de entrevista:

Hora de inicio y de final de la entrevista:

Nombre:

Sexo:

Ocupación:

Origen:

Tiempo que lleva en España:

Situación regularizada:

I. General:

Experiencia migratoria (cómo y cuándo llegó, si fue reagrupación, etc)

II. Opinión general de los Servicios Sanitarios (SS) en nuestro país (*qué opina/qué le parece del sistema de médicos, de los ambulatorios y hospitales de nuestro país?*)

III. Información sobre los SS:

- Quién o dónde le informaron sobre los SS (*a dónde había que ir, qué había que hacer para poder ir al médico cuando uno está enfermo*) ? *cuándo? por qué? cree que le informaron bien?*
- Qué información le falta? Le gustaría haber recibido más información? Cuál? Quién (dónde) cree que se la debería dar?
- En general, cómo cree que es el conocimiento de las personas de _____ (país) tienen de los SS? (*cree que las personas de _____ saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas para ver un medico?*)

IV. Acceso a los SS:

- alguna vez se ha encontrado mal y no ha ido al médico?
- en general y desde que ha llegado cree que es fácil o difícil ir al médico para las personas de _____?
- Por qué? qué cosas hacen que sea fácil o difícil?

V. Problemas en el acceso a los SS (*que no hayan salido aun*): (*qué cosas hay que hacen que ir al médico sea más difícil, o que harían que se quedase en casa si se encuentra mal*)

- conocimiento de los SS (*no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc*)
- incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo

- Distancia; dificultad de transporte
- Idioma
- Vergüenza (a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)
- Nivel de estudios
- Espera (en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita)
- Percepción de discriminación
- Miedo a ir al médico (por falta de papeles, o de trabajo, etc)
- necesidad de ser acompañado
- relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
- Falta de confianza
- factor cultural diferencia de sexo entre paciente-médico (ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)

VI. Utilización de SS:

- SS q acostumbra a utilizar (*cuando se encuentra enfermo, a donde suele ir/dónde le atienden? especificar CAP, urgencias CAP, urgencias hospital*)
- Motivos; gravedad; urgencia; complejidad...que motivaron ir a un lugar u otro. (*CAP-cita del día/urgencias versus Urgencias Hospital*)
 - o cuándo fue a ... por qué fue allí...? pensó en ir a otro lugar?
 - o alguna vez va al médico si no se encuentra mal?
- Otros servicios fuera de la red pública:
 - o además de ir al CAP/hospital, alguna vez pide ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/cuando está enfermo (*si no dice nada, preguntar por Farmacia; Medicina Alternativa o remedios naturales*). Por qué esa vez fue allí y no al médico?

Guía de entrevista al MEDIADOR

¡Anotar!

Fecha y lugar de entrevista:

Hora de inicio y de final de la entrevista:

Nombre:

Sexo:

Ocupación:

Origen:

Tiempo que lleva en España:

Tiempo trabajando como mediador:

I. General:

Descripción general sobre su trabajo; actividades relacionadas con la salud y el acceso además de la mediación.

II. Opinión general de los Servicios Sanitarios (SS) en nuestro país (*qué opina/qué le parece del sistema de médicos, de los ambulatorios y hospitales de nuestro país?*)

III. Información sobre los SS:

- En general, cómo cree que es el conocimiento de las personas de _____ (país) tienen de los SS? (*cree que las personas de _____ saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas para ver un medico?*)
- Quién o dónde informa a los inmigrantes de su colectivo sobre los SS (*a dónde había que ir, qué había que hacer para poder ir al médico cuando uno está enfermo*) ? *cuándo? por qué? cree que le informaron bien?*
- Les falta información? Cuál? Quién (dónde) cree que se la debería dar?

IV. Acceso a los SS:

- alguna vez se encuentran mal y no han ido al médico?
- en general y desde que ha llegado cree que es fácil o difícil ir al médico para las personas de _____?
- Por qué? qué cosas hacen que sea fácil o difícil?

V. Problemas en el acceso a los SS (*que no hayan salido aun*): (*qué cosas hay que hacen que ir al médico sea más difícil, o que harían que se quedase en casa si se encuentra mal*)

- conocimiento de los SS (*no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc*)
- incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
- Distancia; dificultad de transporte
- Idioma
- Vergüenza (*a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...*)
- Nivel de estudios
- Espera (*en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita*)
- Percepción de discriminación

- Miedo a ir al médico (por falta de papeles, o de trabajo, etc)
- necesidad de ser acompañado
- relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
- Falta de confianza
- factor cultural diferencia de sexo entre paciente-médico (ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)

VI. Utilización de SS:

- SS q acostumbran a utilizar los inmigrantes de su colectivo (*cuando se encuentra enfermo, a donde suele ir/dónde le atienden? especificar CAP, urgencias CAP, urgencias hospital*)
- Motivos; gravedad; urgencia; complejidad...que motivaron ir a un lugar u otro. (*CAP-cita del día/urgencias versus Urgencias Hospital*); *en su opinión el inmigrante*
 - o cuándo fue a ... por qué fue allí...? pensó en ir a otro lugar?
 - o alguna vez va al médico si no se encuentra mal?
- Otros servicios fuera de la red pública:
 - o además de ir al CAP/hospital, alguna vez piden ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/cuando están enfermo (*si no dice nada, preguntar por Farmacia; Medicina Alternativa o remedios naturales*). Por qué cree que van allí y no al médico del CAP o urgencias?

Guía de entrevista al REPRESENTANTE

¡Anotar!

Fecha y lugar de entrevista:

Hora de inicio y de final de la entrevista:

Nombre:

Sexo:

Ocupación:

Origen:

Tiempo que lleva en España:

Tiempo trabajando como mediador:

I. General:

Descripción general sobre su trabajo como representante; actividades relacionadas con la salud y el acceso a los servicios sanitarios que realiza.

II. Opinión general de los Servicios Sanitarios (SS) en nuestro país *(qué opina/qué le parece del sistema de médicos, de los ambulatorios y hospitales de nuestro país?)*

III. Información sobre los SS:

- En general, cómo cree que es el conocimiento de las personas de _____ (país) tienen de los SS? *(cree que las personas de _____ saben qué es lo que hay que hacer y a donde tienen que ir si están enfermas para ver un médico?)*
- Quién o dónde informa a los inmigrantes de su colectivo sobre los SS *(a dónde había que ir, qué había que hacer para poder ir al médico cuando uno está enfermo) ? cuándo? por qué? cree que le informaron bien?*
- Les falta información?Cuál? Quién (dónde) cree que se la debería dar?

IV. Acceso a los SS:

- alguna vez se encuentran mal y no han ido al médico?
- en general y desde que ha llegado cree que es fácil o difícil ir al médico para las personas de _____?
- Por qué? qué cosas hacen que sea fácil o difícil?

V. Problemas en el acceso a los SS *(que no hayan salido aun): (qué cosas hay que hacen que ir al médico sea más difícil, o que harían que se quedase en casa si se encuentra mal)*

- conocimiento de los SS *(no saber a dónde ir, qué hay que hacer, etc)*
- incompatibilidad Horario: trabajo; obligaciones familiares; Personas a su cargo
- Distancia; dificultad de transporte
- Idioma
- Vergüenza *(a explicar el problema de salud; a no entender o saberse explicar...)*
- Nivel de estudios
- Espera *(en urgencias desde que llegas; para pedir cita; retraso en la cita)*
- Percepción de discriminación

- Miedo a ir al médico (por falta de papeles, o de trabajo, etc)
- necesidad de ser acompañado
- relación médico-paciente y si influye en posteriores visitas
- Falta de confianza
- factor cultural diferencia de sexo entre paciente-médico (ejemplo: mujeres que no quieren ser vistas por un ginecólogo varón)

VI. Utilización de SS:

- SS q acostumbran a utilizar los inmigrantes de su colectivo (*cuando se encuentra enfermo, a donde suele ir/dónde le atienden? especificar CAP, urgencias CAP, urgencias hospital*)
- Motivos; gravedad; urgencia; complejidad...que motivaron ir a un lugar u otro. (*CAP-cita del día/urgencias versus Urgencias Hospital*); *en su opinión el inmigrante*
 - o cuándo fue a ... por qué fue allí...? pensó en ir a otro lugar?
 - o alguna vez va al médico si no se encuentra mal?
- Otros servicios fuera de la red pública:
 - o además de ir al CAP/hospital, alguna vez piden ayuda en otros lugares para solucionar sus problemas de salud/cuando están enfermo (*si no dice nada, preguntar por Farmacia; Medicina Alternativa o remedios naturales*). Por qué cree que van allí y no al médico del CAP o urgencias?

Anexo 2. Carta de información sobre el estudio

Apreciado señor/ Apreciada señora,

Desde diversos centros sanitarios y de investigación en salud de Cataluña (Hospital del Mar, Hospital Arnau de Vilanova, Hospital de Palamós, y la Universidad de Girona) y en colaboración con profesionales de los centros de atención primaria y hospitalarios, llevamos a cabo un estudio sobre **“Determinantes de la utilización y las barreras de acceso a los servicios de urgencias y atención primaria de la población inmigrante de 3 provincias catalanas”**.

El principal objetivo del estudio es el de conocer las barreras de acceso a los servicios de urgencias hospitalaria y atención primaria en cinco colectivos de población inmigrante. Ello nos permitirá analizar estas barreras para poder plantear propuestas de mejora en el acceso a dichos servicios más acordes con la situación migratoria actual.

Entrevista

Su participación en el estudio consistirá en dedicarnos un tiempo (aproximadamente 1 hora) para explicarnos su experiencia y opiniones sobre la utilización de servicios sanitarios en nuestro país. Para obtener el máximo rendimiento de la entrevista y recoger con fidelidad todo lo que nos explique, la entrevista será grabada con una grabadora de voz. Si Usted así lo desea, no será grabado. Los datos de dicha entrevista serán tratados con total confidencialidad, en ningún momento se difundirán datos que puedan identificarle, ya que las entrevistas serán tratadas de manera anónima.

Implicaciones y beneficios de la su participación en el estudio

No habrá ninguna implicación por el hecho de participar del estudio, no interfiriendo en cuidados o asistencia clínica posteriores en ningún sentido. Los resultados del estudio no implican ningún beneficio individual directo para usted como persona que participa, pero sí un probable beneficio en el futuro para el colectivo ya que sobre la base de sus opiniones y experiencias se intentará mejorar el acceso a los servicios sanitarios.

Participación voluntaria y confidencialidad

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Toda la información recogida durante el mismo será tratada con extrema confidencialidad, sin desvelar en ningún momento su identidad.

Esperamos que, después de leer esta hoja informativa, usted haya sido suficientemente informado sobre los procedimientos del estudio. El/la investigador/a o entrevistador/a le contestará a cualquier pregunta o duda relacionada con este proyecto de investigación.

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Determinantes de la utilización y las barreras de acceso a los servicios de urgencias y atención primaria de la población inmigrante de 3 provincias catalanas”

Yo (nombre y apellidos):

.....

- He leído la nota informativa que me ha sido entregada.
- He podido realizar las preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio y la he entendido.
- He contactado con (nombre del investigador):
- Entiendo que mi participación es voluntaria.

Doy mi conformidad para ser entrevistado y así participar en el estudio.

Nombre, apellidos y firma

de la persona participante

del investigador

....., adede 200....

Anexo 4. Carta de aprobación del protocolo del estudio por parte del Comité ético de investigación clínica del Parc de Salut Mar

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **IMAS**
Institut Municipal
d'Assistència Sanitària

Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2008/3001/I titulado *"Determinantes de la utilización y las barreras de acceso a los servicios de urgencias y atención primaria de la población inmigrante y autóctona de 3 provincias catalanas"* propuesto por la Dra. Andrea Buron Pust del Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, del Hospital del Mar.

Que adjunta documento de consentimiento informado versión de fecha 01/04/2008.

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el Hospital del Mar por la Dra. Andrea Buron Pust como investigadora principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 11 de Marzo de 2008.

Lo que firmo en Barcelona, a 15 de Abril de 2008



Firmado:
Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo
Parc de Salut Mar, CSB
08003 Barcelona
Telèfon 93 248 30 00
Fax 93 248 32 54

Anexo 5. Tablas de resultados

1. Tramitación de la tarjeta sanitaria

Tabla 1.1. Ejemplos de las barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
Variabilidad según el centro sanitario	<p><i>“hay dos tarjeta diferentes [se refiere a la tarjeta sanitaria provisional y la definitiva] [...] Me dijeron que a falta un mes eso no se vale, tú debes cambiar. Para cambiarlo estaba muy difícil. Para tener otra.[...] Me dijeron que, el libro de familia, me pedieron el mucho cosas. Cuando yo fuiste allá me dijeron que tú debe ir en..., cómo se llama, en Seguros Social para tarjeta de tu marido, porque ellos ponerse aquí los números de todos, estaba muy difícil para, sí. [...] Sí, ellos que me lo hicieron. Una vez mi marido fuiste otro sitio, lo arreglaban muy fácil.[...] No...es...hay una médico que estaban en calle “carrerX”, no sé cuál, sí, él lo arreglaba muy fácil. Me en “lugarResidencia” me dijeron que [...] tú no deber tener esto, esto, tú debe ir. Me apuntaban el número para los todos que yo debe traer.[...] Muchos papeles, no sé cuánto.[...] no sabía para que ellos la hacen, sí, no sé para qué. Me dijeron, nosotras faltaban, tú no traes los papeles, esto, esto, yo no sé para qué, sí y mi marido fuiste otro sitio lo tenía muy fácil, ninguna papel, no sé.” (05U – Senegal)</i></p> <p><i>“En este momento no estoy segura de cómo han cambiado las cosas de la entrada en la Unión Europea porque antes se podía obtener una tarjeta sanitaria, una cobertura sanitaria por nada más que el empadronamiento. Hace poco tiempo me han venido casos que no les hacían la tarjeta sanitaria porque no pagaban seguridad social, no trabajaban, no tenían permiso de trabajo con lo cual no podían pagar seguridad social y no se les hacía tarjeta sanitaria. En algunos casos, sé que en los ambulatorios pueden ponerse en contacto con la trabajadora social y que si están en una situación de precariedad económica en la que valora la trabajadora social si que se les da la cobertura sanitaria. Pero en muchos casos no han llegado a obtener esto.[...] tal vez por el criterio de la trabajadora social, no te podría decir porque pero...y personas que te vienen y me dicen que no han conseguido la tarjeta sanitaria porque en el ambulatorio donde fueron, se les pidió la, no sé como se llama, el extracto este como que pagan la seguridad social y como no tienen permiso de trabajo porque ahora están todavía, antes no lo tenían para nada pero ahora aún estamos en situación de tránsito cuando no tienen derecho de trabajar por ser ciudadanos europeos todavía a menos que sean autónomos y luego tienes que pagar tu la mutua y...pagarte una seguridad social. Bueno que hay casos limitados que pueden obtener un contrato laboral.[...] me han venido casos de que tenían la tarjeta sanitaria con el empadronamiento y casos de otros ambulatorios que no pudieron, entonces yo aquí no sé como funciona bien lo he preguntado en la asociación [...] Al menos des de nuestra asociación se sabe que con el empadronamiento y su documento de identidad le tienen que hacer la tarjeta sanitaria pero yo me he encontrado casos que no.” (02M)</i></p>
Variabilidad según la persona que atiende	<p><i>“Cuando ha venido aquí creo sacar tarjeta sanitaria y también me han tratado muy mal...[...] De aquí, de ahí. Me han dicho, no, no pasa nada, no se puede sacar una tarjeta, que tiene que esperar...he salido de aquí, (...), hemos hablado con otra gente y se la dieron, sin pagar, toma.[...] al siguiente día he ido [...] y ha hablado con una señora y ha dicho que vale, puede sacarlo hoy”</i></p>

	(31U – Rumanía)
Falta de disponibilidad horaria	<p>“si hace un año (...) desde cuando tengo tarjeta sanitaria. [...] no más la tarjeta sanitaria me la hizo muy tarde (...) me (...) no sé, algo no es como que [...] No sé (...) me es casi como, no tenía ganas, no (...) por ejemplo hoy, me despertaba con el pensamiento que voy para hacer, para pedir la tarjeta sanitaria, más tarde (...) cambio de opinión, mira no puedo voy mañana, ahí estaba atrasando siempre, siempre. [...] No, por los papeles, sino lo sabía o por ejemplo ha sido trabajando tres años cerca de Girona y tenía que coger yo el tren muy temprano, a las siete de la mañana y (...) regresando a las nueve o diez de noche, ha sido tres años p arriba y pa bajo en el tren.” (37U – Rumanía)</p>
Dificultad para tramitar el cambio de centro de primaria al cambiar el domicilio	<p>“cuando llegan aquí encuentran un piso que se puede permitir en este momento y después de poco tiempo se tienen que trasladar y no van a volver a hacer el procedimiento para cambiarse de ambulatorio entonces sí que pasa que hay gente que tiene el ambulatorio en la Barceloneta y vive en Badalona y al revés. [...] el usuario tiene que ser diligente y tiene que hacer los cambios porque si él se ha trasladado de vivienda el ambulatorio no lo puede saber para operar automáticamente. [...]Entonces él sabía que tenía que volver a hacer el proceso y no tenía tiempo para hacerlo porque tiene que trabajar en el horario que puede hacer el proceso.. [...] Pero si que se podría tal vez facilitar y facilitar el cambio si el proceso no sería el mismo que el inicial, volver a hacer el empadronamiento, volver a pedir la tarjeta sanitaria en el ambulatorio, talvez tan sólo con el empadronamiento, desde el ayuntamiento le podrían operar el traslado porque cuando él va a hacerse el empadronamiento, supongo, a menos que cambie de provincia, si es en la misma ciudad yo creo que no sería tan difícil, que vivimos en la época informatizada. Pueden tener una evidencia de donde vivía esta persona y le cambiamos de ambulatorio.” (02M)</p> <p>“he comprat un pis en Badalona fa dos anys i quan he anat per...perquè la oficina de l’Ajuntament per empadronament i tot això, m’han dit que m’arribarà una carta amb informació del centre assistencial de prop, però...[...]Fins ara.[...] Fa dos anys, sí. I que em trucaran i em diran que “qual” és l’ambulatori més a prop i on tinc que anar (...) l’agència i tot això m’arribarà per correu, per correu i...[...] Sí, al CAP XX, però saps que hi ha del Besòs Mar a Badalona saps que per visitar al metge o per qualsevol cosa, tinc que anar del Badalona al Besòs Mar, doncs és millor que..., que tinc un centre més a prop de la meva casa.[...] He fet jo personalment, però el meu metge de capçalera m’ha dit que no han arribat els meus detalls als meus arxius.[...] La història no ha arribat i...” (33U – Pakistán)</p>

Tabla 1.2. Ejemplos de las barreras a la tramitación de la TSI relacionadas con con el usuario.

Causa	Ejemplos
Dificultad de obtención del certificado de empadronamiento	
Dificultad para demostrar un domicilio	<p>“el proceso [de obtención de la TSI] es bastante difícil porque primero tienen que tener un empadronamiento, y muchas veces para mucha gente es difícil obtenerlo porque no tienen los recursos para alquilar un piso para ellos y tener la titularidad del contrato y entonces no dependen de nadie, pueden ir tranquilamente a empadronarse y entonces tienen que vivir con otra gente i no son el titular y no les dan la titularidad para empadronarse. Por tanto estamos en</p>

	<p><i>un círculo. Necesito el empadronamiento para la tarjeta, pero no puedo obtener el empadronamiento porque no tengo la posibilidad de obtener la titularidad i el titular no la quiere conceder” (02M)</i></p> <p><i>“Yo he estado..., yo alquilé una habitación, ¿tú sabes? Entonces antiguamente, tú alquilabas una habitación pero la persona de su piso no lo quería empadronar a uno porque no sabía de dónde viene uno. Y si viene los problemas vienen al piso, ¿saben?” (20U – Colombia)</i></p> <p><i>“la barrera és el padró, si et demanen el certificat d’empadronament, no tenen, no ho fan[...] Ho intenten[...] Perquè li demanen contracte de lloguer i si estan amb amics i hi ha molts amics en una casa, doncs no li..., qui està contractat al seu nom no vol entrar més gent, que més gent entri a la seva casa, perquè ell també és controlat a través de l’Ajuntament. Ara m’han dit que surt tota la gent que està empadronat a la mateixa casa. Si passen de 4 persones no li deixen, i clar si són 5 o 6 persones a casa lo que té no vol per no tenir problemes i tot això.”(25M)</i></p> <p><i>“Solo fue por la tarjeta sanitaria.[...] Al ambulatorio. Entonces dijeron que tenía que traer el empadronamiento.[...] Pasaporte, empadronamiento y...ya está.[...] Y como no tenía papeles no podía conseguir [el empadronamiento] [...] quien era el propietario del piso, y que el nombre por el que tenía el contrato o lo que sea, dijeron que no podía porque solo dejaron aquellos que duerman en su casa, no podían dejar que ellos no tengan empadronamiento, entiendes?” (12U - Pakistán)</i></p>
<p>Necesidad de pago para poder empadronarse</p>	<p><i>“Ahora como tienen tarjeta no problema. Si tienes 100 euros puedes conseguir empadronamiento sin casa, pagas dueño piso o alquiler, y entonces tarjeta posible. Máximo 5, máximo 2 personas una habitación, 100 euros para dormir.” (12U - Pakistán)</i></p> <p><i>“Pero la persona que me había hecho el papel...[empadronamiento] [...] Me pide dinero.[...] 150 euros. E ahora hay personas que piden 200 euros, 300 euros.[...] Y hay, hay gente que no pide nada. Te ayudan a...personas que no tienen papeles.[...] Hay amigos y hay buena gente, sí. Pero hay pocos.” (11U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Me fui para buscar el empadronamiento este.[...] Para arreglar la tarjeta sanitaria. E después me ayudan con la tarjeta.[...] yo busco alguien que me pueda ayudar.[...]No, son paisanos. Yo le pago para que me arregle esa cosa.[...] Nada. Solamente llevo el pasaporte y...fuimos a la oficina del Ayuntamiento, y ya está.[...] Con mi pasaporte y su contrato de casa. Me han hecho la certificado.” (11U – Marruecos)</i></p>
<p>Carencia de los documentos requeridos</p>	<p><i>“Si tú no tiene pasaporte no se puede empadronar, sin el empadronamiento no vas tener tarjeta sanitaria.”(15M)</i></p> <p><i>“A ver, la tarjeta sanitaria, al final, todos consiguen, hablando con médicos, hablando con personas que conocen consiguen, entonces con eso no hay problema [...] Para conseguir certificado de empadronamiento, vale, y luego para ir ahí también, bueno normalmente necesitas factura de tu casa para decir vives en un sitio, sino también lo hacen, ¿eh?, normalmente llevas tu pasaporte y alguien confirmando que tú tienes, vives en un sitio, edificio, y tienes[...]Pero claro, si no tienes pasaporte ya las cosas van más...” (32M)</i></p> <p><i>“Tienen que estar empadronados.[...] Es un problema porque si no tienes piso, no tienes casa aquí, no puedes empadronarte ninguna persona te lo facilita y claro si no tienes papeles no puedes tener una casa y mucho menos empadronarte.” (04M)</i></p> <p><i>“Si tienes pasaporte y llevas una casa sé te puedes empadronar pero sin el pasaporte ni quien puede ayudarte, nada.” (14U – Senegal)</i></p>

Otras barreras relacionadas con el usuario	
Miedo a facilitar datos personales	<p>“Hay gente por ejemplo que le dice a uno, como que se supone que por estar empadronados, bueno para tener salud hay que estar empadronados [...] Pero mucha gente dice, no me empadrono. Por ejemplo hay una señora, lleva 3 años y medio aquí y yo le decía, podrías ya solicitar arraigo social porque cuando me dice es que yo no estoy empadronada, pero le dije, lo primero es el empadronamiento, es que yo no estoy empadronada, es que a mí me da miedo empadronarme porque dicen que van y le buscan luego en la casa [...] Es el miedo a empadronarse. Básicamente por miedo a una expulsión [...] Sí, claro por eso no van al médico, sí.” (19R)</p>
Desconocimiento de la necesidad de la TSI o de los trámites necesarios para conseguirla	<p>“Nadie le explicó ni lo sabía que puede conseguir una tarjeta”.(12U – Pakistán)</p> <p>“cuando no tienen tarjeta sanitaria y no tienen un domicilio estable porque aún no saben dónde vivir porque no son titulares de contrato de alquiler, entonces creen que no se pueden empadronar, les resulta muy difícil alegar la tarjeta sanitaria” (02M)</p>

Tabla 1.3. Ejemplos de las consecuencias de las dificultades de la tramitación de la TSI.

Subcategoría	Ejemplos
Vinculadas a los servicios sanitarios	
Rechazo a la atención sanitaria	<p>“...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles. Un día me piden dinero.[...]Sí, pero...no tengo la tarjeta sanitaria.[...] Porque no estoy empadronado [...] [fue al centro de atención primaria de su zona] me duele la espalda y...me dicen, tienes que pagar la visita para...para ver el médico.[...] Le di que no trabajo, no tengo dinero para pagar.[...] me dicen que no puedo visitar el médico si no tengo la tarjeta, sino tengo que pagar.”(11U – Marruecos)</p>
Cobro por la atención sanitaria en los centros de atención primaria y hospitalarios	<p>“...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles. Un día me piden dinero.[...]Sí, pero...no tengo la tarjeta sanitaria.[...] Porque no estoy empadronado [...] [fue al centro de atención primaria de su zona] me duele la espalda y...me dicen, tienes que pagar la visita para...para ver el médico.[...] Le di que no trabajo, no tengo dinero para pagar.[...] me dicen que no puedo visitar el médico si no tengo la tarjeta, sino tengo que pagar.”(11U – Marruecos)</p> <p>“otra vez que conocí a una chica que no estaba empadronada y se enfermó, ella fue al médico [urgencias hospitalarias], y después me dijo que le había llegado la factura a la casa, donde ella había dado que residía [...] Sí, esta chica fue y la pagó, sí.” (19R)</p> <p>“No, te vas al médico, no (...), vienes aquí a urgencias y pagas. Si no tienes papeles vienes a urgencias y pagas, y ya está. Una chica [...] que su marido todavía no arregló los papeles, se la ha traído aquí su marido. Su marido ya lleva muchos años aquí, y la ha traído aquí [hospital] y no, y todavía no arregló</p>

	<p>todos los papeles, y entonces tenía que venir aquí, y estaba embarazada, y ella no sabe para hacer los análisis y todo, le pidieron (...) noventa euros, en un (...) bueno, le pidieron noventa euros [...] ella tiene el DNI, pero para ir al médico no tiene la tarjeta sanitaria y si no tienes aquella tienes que pagar. [...] ha pagado una vez, porque yo fui con ella, y hemos arreglado los papeles y he venido con ella aquí, y le han dado una hoja, y le dijeron 'con esta vienes a hacer, vienes aquí al médico, y luego, al cabo de un mes te dan la tarjeta sanitaria, y ya está, ya tienes todo normal'. Pero la primera vez, la primera vez cuando no tienes la tarjeta sanitaria ni nada, tienes que pagar" (24U – Marruecos)</p> <p>"les que no tenen documentació, aquestes els hi costa moltíssim d'anar també, [...] tenen por, però és clar, dic home si tu no tens papers, no tens cap targeta sanitària lo que et faran una factura que pagaràs amb el banc i ja està, no t'han de fer res, però si estàs malalt has d'anar."(27U – Marruecos)</p> <p>"Antes...que no tengo yo papeles, he voy un veces a urgencias bajo[...] Ahí mándame una factura[...] Sí y me han mandado una factura, no sé, dos cientos cuanto, doscientos cincuenta euros, y me han mandado factura que a otros no le hacen pagar nada"(34U – Pakistán)</p> <p>"si no pueden conseguir cumplir ciertas condiciones [para obtener la TSI], pueden no recibir este servicio [atención primaria] y entonces vienen a urgencias vale, pero después se le va a enviar una factura, que es sustancial, y la segunda vez no vendrán a urgencias [...]Y muchas veces dejan de ir al médico o estar hospitalizados por fuerza porque la situación es tal que no pueden salir, a lo mínimo que estén capaces de caminar, piden el alta porque saben que cada día contabilizan más dinero a su cuenta y no se lo pueden permitir."(02M)</p>
Derivación desde primaria a un centro de urgencias hospitalario	<p>"en los CAP en día si no hay urgencias, no te atienden.[...] Si no hay urgencias no te atienden si no tienes tarjeta sanitaria. Si el centro no tiene urgencias y no tienes tarjeta sanitaria te mandan en el "HospitalXX".[...] Si viene una persona que no tiene tarjeta sanitaria no tiene papeles le mandamos al "HospitalXX" eso sí que lo sé." (04M)</p>
Provisión de atención sanitaria en los centros de urgencias hospitalarias	<p>"Sí, yo he visto que en el hospital...Aunque en el hospital si los atienden a uno hasta sin tarjeta sanitaria, con el pasaporte de su país de uno." (20U – Colombia)</p> <p>"sin el empadronamiento no vas tener tarjeta sanitaria.[...] ¿Cuando se enfermo que hago? o lo que es seguro, una vez que están enfermos si es de emergencia lo atienden" (15M)</p>
Demora en la atención por no disponer de tarjeta sanitaria	<p>"ahora que nació el niño, yo fui a sacarle una cita con el libro de familia porque no habían...no le había llegado ni la tarjeta ni la había pedido. Me mandaron a buscar...a que el padre lo metiera en la Seguridad Social de él y entonces se demoraron para atenderme el niño.[...] Tuve que hacer esas vueltas para poder empezar el control del niño con el pediatra. Porque con el libro de familia no me lo atendieron [...] Porque me han dicho que tengo que ir a Barcelona a hablar con unos abogados y eso. Ahora no estoy trabajando pero también el niño me quita tiempo, ¿eh?[...] con lo de los papeles en Valencia ya te...ahora yo en la próxima semana iré a Valencia a mirarle los papeles.[...] En Valencia yo no "lloro", yo siempre donde ando, ando con el libro de familia del niño. La tarjeta sanitaria ahora a veces se me olvida porque mi padre como vive allá pues a veces con la maleta, el coche mira voy, pero el libro de familia en el bolso mío nunca se me...Y en Valencia sí me lo atienden con el libro de familia." (20U – Colombia)</p>
Rechazo a la atención	<p>"Él [traductor habla por el entrevistado] dice que cuando tu estaba enfermo, yo fui al médico [...] el visitarlo, dice uh, mírale el tarjeta de tu médico, dice [...] tu no tienes este, este médico, este tarjeta de</p>

<p>sanitaria cuando el centro de atención primaria no es el asignado</p>	<p><i>aquí. Tiene que ir donde tu tener este tarjeta, este médico.[...] Mira la tarjeta y dice, tú tienes el tarjeta de este lugar, tiene que ir ahí, sí. [...] Él dice que esto difícil, para, porque cuando tu tienes una enferma, marcharte, marcharse ahí, el médico dice que tiene que marchar (...)" (16U – Senegal)</i></p> <p><i>"Sí, me había encontrado con casos que lo habían intentado y no les atendieron porque no estaban registrados en este ambulatorio. Aunque tengas tarjeta sanitaria si no tienes asignado un médico de cabecera en este ambulatorio no te van a atender. [...] Entonces llega en el hospital más cercano en servicio de urgencias." (02M)</i></p>
<p>Pago por los medicamentos como barrera al tratamiento y/o acceso</p>	<p><i>"Porque ya tienes la tarjeta, tienes la Seguridad Social, que estás pagando y cuando se te pasa algo, le va a coger encargo la seguridad social. [...] todo lo que te, te, te, te dan como recetas, lo comprarás a medias. Y esas que no tienen papeles es el problema que tienen [no tienen TSI], algo que compro yo a 3 eurillos y pico, ellos igual lo compran a seis eurillos [...]Tienen miedo sobretudo de lo que te estoy diciendo que se vayan allí y les van a recetar algunos medicamentos que no van a poder comprar" (13R)</i></p>
<p>Vinculadas al usuario</p>	
<p>No acceso, búsqueda de solución en la farmacia</p>	<p><i>"La majoria no té padró i si no tens padró, no tens dret a tenir la targeta sanitaria [...] [no van a cap centre de salut] Compren el medicament a la farmacia." (10U – Marruecos)</i></p> <p><i>"No [fui a visitar ningún médico], me fui a una farmacia, y le pedía al farmacéutico que por favor tengo vergüenza (...) pues tienes que mirarlo, porque yo no puedo ir al médico, porque yo no tengo tarjeta sanitaria, le estaba diciendo.[...] Que le decía mira, porque y no tengo; porque si me iría al médico, también tendría que pagar la receta, porque entonces no tenía la tarjeta. Al farmacéutico, igual, porque yo creo que al farmacéutico también son cosas que puede (...) tiene conocimiento de algo, y me ha ido muy bien aquella crema, me ha dado una crema, pues sí" (37U – Rumanía)</i></p> <p><i>"cuando estaba empadronado primero ir al médico, pero antes cuando no estaba empadronado no se podía ir y siempre los medicamentos a la farmacia. Claro, porque ya sabe, esto también digo que no puede ser. Primero tiene que pasar el médico, el médico te mira, te consulta y cómo tú está tu salud y te haga la receta y luego ir a la farmacia a comprar." (14U – Senegal)</i></p> <p><i>"Qui no tenen papers[ni per tant tarjeta sanitària] Dues coses, compren medicament de la farmàcia o fent canvi de targetes.[...]" (25M)</i></p>
<p>Acceso a un servicio de urgencias hospitalarias</p>	<p><i>"Sí, yo he visto que en el hospital...Aunque en el hospital si los atienden a uno hasta sin tarjeta sanitaria, con el pasaporte de su país de uno." (20U – Colombia)</i></p> <p><i>"Cuando no tiene tarjeta va al hospital, cuando sí tiene va al a 'Nombre Centro Primaria'."(03U – Pakistán)</i></p> <p><i>"otra vez que conocí a una chica que no estaba empadronada y se enfermó, ella fue al médico [urgencias hospitalarias]." (19R)</i></p> <p><i>"sin el empadronamiento no vas tener tarjeta sanitaria.[...] Ese es el problema, no he tenido este problema pero yo mismo me pregunto, ¿Cuando se enfermo que hago? o lo que es seguro, una vez que están enfermos si es de emergencia lo atienden" (15M)</i></p> <p><i>"cuando no tienen tarjeta sanitaria y no tienen un domicilio estable [...] les resulta muy difícil alegar la tarjeta sanitaria, no tienen otra opción que venir para cualquier constipado o cualquier cosa que no sea</i></p>

	<p>una urgencia real, en urgencias.[...] En esos casos van a urgencias” (02M)</p> <p>“en los CAP en día si no hay urgencias, no te atienden.[...] Si no hay urgencias no te atienden si no tienes tarjeta sanitaria. Si el centro no tiene urgencias y no tienes tarjeta sanitaria te mandan en el “HospitalXX”.[...] Si viene una persona que no tiene tarjeta sanitaria no tiene papeles le mandamos al “HospitalXX” eso sí que lo sé.” (04M)</p> <p>“Quan una persona no té papers, [...] pot venir aquí [urgencias] i demanar l’atenció sanitària. (Pausa) És una cosa que està molt ben feta, quan una persona no té papers, pot tenir dret a l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)</p>
<p>Acceso con la TSI de otra persona</p>	<p>“Y antes, no sé ahora pero antes cuando tú no tenías tarjeta alguien se la prestaba a uno.[...] Pero ahora no sé cómo funciona o si puedes pero antes sí. Antes tenían tarjeta no todos y cuando uno veía una persona uno se la prestaba ahora no sé cómo funciona lo de la tarjeta. [...] Y porque era el tiempo....estábamos recién llegados y de pronto pues no había una fórmula.” (20U – Colombia)</p> <p>“No vol dir mentides. Va fer servir la targeta de la seva cunyada. Que ella en aquell moment vivia a casa del seu germà petit, [...] quan es va posar malalta estava a casa de l’altre germà [...] l’han portat a urgències de Sant Feliu i va fer servir la targeta de la cunyada.[...] Sí, perquè ella té, o sigui, si com està segura si un dia se va sense targeta, no li deixen entrar.”(10U – Marruecos)</p> <p>“Qui no tenen papers [...] Dues coses, compren medicament de la farmàcia o fent canvi de targetes.[...] Un amic dóna, et deixarà la seva targeta per un altre que està malalt” (25M)</p> <p>“Yo cuando vine aquí en España, no conozco a nadie, solamente a ti pero tú...a ver..., a ver cómo te puedo explicar...pero tú ya sabes, como en tu casa ya viene mucha gente, yo no tengo sitio en tu casa para quedar. Un día me quedé enferma, no tengo sanitaria, ¿me vas a dejar así en la calle? Pues no, me prestarás tu tarjeta y yo me voy al médico y ya está, así. [...] Hay muchísimos africanos que están aquí sin papeles, sin tarjetas también, así solamente pasa. No ves que cuando quiero trabajar no tengo mi papel, no tengo papel, tú tienes mi papel, te doy mi papel para que tú puedas ir a trabajar, como así. [...]a mí no lo veo mal! Porque es la salud lo que importa, mucho más no? Pues por mí no lo veo nada mal. Está bien.”(14U – Senegal)</p>
<p>Acuden a la asistencia sanitaria privada</p>	<p>“la tarjeta sanitaria me la hizo muy tarde [...] trabajo en negro. [...] no sé, hay no sé qué pasa para no pagarte el seguro, para no pagarte. Yo ha sido pagándome una temporada (...) a Santa Lucia, el seguro, es una (...) [...] Es una compañía de seguros, sí. He ido pagando seguros de (...) plus familiar y como me salía mucho, bastante caro (...) empezaron para subir, tuve que pedir (...) para darme de baja. Y ahora no me estoy pagando en ningún sitio el seguro” (37U – Rumanía)</p>
<p>Acuden a asociaciones y asistentes sociales</p>	<p>“el paciente no tiene tarjeta sanitaria lo que hacen es porque no tienen pasaporte, necesitan un médico, qué hacen, se va a ‘Nombre Asociación’, y ‘Nombre Asociación’pues a través de allí intenta alguna manera las visitas pagar hasta que consigue tarjeta sanitaria [...]Porque si un paciente vienen aquí y no tienen tarjeta sanitaria y lleva la factura, llega a ‘Nombre Asociación’ entonces ‘Nombre Asociación’paga la factura” (32M)</p> <p>“A veces con la asistente social, porque hay veces hay gente que se van al hospital también no tienen tarjeta sanitaria (...) doncs si no tienen tarjeta sanitaria, no tienen datos propios, no tiene tampoco papeles. Con cosas, casos así tenemos que hablar con la asistente social (...) para que nos ayudan como resolver este problema, porque el paciente está enfermo, ¡hay que hacer algo! pero no tiene documentación, ni tarjeta sanitaria, ni nada. Entonces con la ayuda de la asistente social (...) bueno (...) llegamos a resolverlo.”(15M)</p>

2. Elementos que influyen en el acceso relacionados con los servicios sanitarios

2.1. Distancia a los centros sanitarios

Tabla 2.1.1. Ejemplos de la distancia al centro sanitario como barrera de acceso.

Subcategoría	Ejemplos
No influye acceso porque tienen centro de primaria cerca	<p>"Es muy importante [la distancia], pero aquí no hay ese problema. De pronto en otra provincia habrá pero aquí no. Pues aquí lo que es Girona tú tienes todo para ir a pie, o sea inclusive, ¿sabes?, todo es muy cerca entonces ya no sé Barcelona como lo manejan pero aquí a Girona no tenemos ese problema. Sí que es muy importante claro, la distancia puede por ejemplo en una urgencia de esto es muy importante pero aquí no tenemos ese problema." (19R)</p> <p>"Bueno [la distancia] no creo que influye mucho porque a uno siempre casi le atienden donde le cae más cerca. Si yo vivo, por decir, por esta zona, entonces atiende el CAP XX, está un poco retirado de aquí o sino está el hospital XX allí. El que le quede más cerca, es así." (22U – Colombia)</p> <p>"No [es importante la distancia], porque mira, donde vives tú o donde vivo yo, siempre hay un centro, donde hay nuestro médico o urgencia o algo." (30R)</p> <p>"Cada uno donde tú vives hay, hay un ambulatorio cerca tuya, cerca tuyo y... no está lejos." (14U – Senegal)</p>
Distancia al CAP dificulta acceso en áreas rurales	<p>"per exemple si està, una mica malalta pues se truca a la seva cosina i segons la cosina que li dirà si pot esperar dos hores, una hora...i s'aguanta el dolor fins que vingui la cosina...[...] Perquè ella viu també una mica lluny del CAP. O sigui si truca a la cosina perquè vingués a buscar a casa." (10U – Marruecos)</p>
Distancia al CAP dificulta en caso de personas mayores	<p>"Mejor cerca, claro, mejor cerca. A la muy importante que mejor cerca porque una persona mayor, no puedo caminar, la cita por ejemplo la tengo seis millas, él trabaja...por ejemplo yo, cuando yo me acerco cinco minutos, cinto, diez minutos caminar a lo mejor, cuando hay lejos, media hora, por la tarde, mejor cerca." (34U – Pakistán)</p> <p>"sí, porque si vives, por ejemplo yo aquí no, porque de aquí de calle 'Nombre A', de calle 'Nombre B' a calle 'Nombre A' son unos diez minutos, pero hay personas que viven más lejos y son mas mayor que yo (...) y no pueden ir al médico, no. Por ejemplo, yo conocí un abuelo que (...) vivía a 'Nombre barrio', entonces yo conocí a un abuelo que tenía ochenta y siete años u ochenta y ocho años, algo así (...) y nunca no podría ir al médico. Y tenía un hijo a 'Nombre ciudad', no venía ni para verlo (...) y los sábados, porque los sábados y los domingos siempre tengo fiesta, los sábados venía (...) para picarme la puerta y me decía, 'mira, por favor llama un taxi para llevarme al médico porque no puedo más'. Y le, sí la distancia, sí que hay personas" (37U – Rumanía)</p>

Tabla 2.1.2. Ejemplos de las consecuencias de la distancia al centro sanitario.

Subcategoría	Ejemplos
Demora en la atención sanitaria, agravamiento de	<p>"El problema..., els pobles petits, hi ha consultoris, només treballen mitja...[jornada] [...] i posen una mica més, més horaris és pràctic també. [...] si passa alguna cosa és més a prop ¿no?, no aquí si és lluny, com he dit abans, el tema de transport i tot això dificulta i pot ser que la persona té una cosa senzilla però pot empitjorà si només espera fins el marit torni o només espera fins l'autobús si passa i tot això, pues pot empitjorà més." (25M)</p>

<p>los síntomas</p>	<p>“Y sobretodo para las visitas de embarazo que por ejemplo la mujer embarazada viene a la SARFA a veces vomitando con una (...) me entiendes?, lo pasan mal y cuando vienen aquí un poquito tarde, (...) a veces pasa, sí, pero a veces (...) [...] por ejemplo que se dan algún tiempo que sea adecuado, cuando por ejemplo cogen las visitas que miran (...) bueno (...) la distancia; que hacen cuenta la distancia o por ejemplo si esta mujer trabaja (...) que buscan los dos, la mujer que va a venir y la de la administración para darle la visita que cojan en cuenta eso. [...] Me cuesta porque hay distancia, porque vivo muy lejos del CAP, si eso cuesta, no se si se puede hacer alguna solución o así [...] lo que quiero decir es que por ejemplo el (...) el centro, el parto por ejemplo aquí en ‘Nombre ciudad B’ es mejor que se siga por ejemplo más cerca para otro pueblos que son al lado, eso cuesta, eso cuesta claro, entonces va una mujer para parir y eso y viene del otro pueblo eso cuesta un poquito sí, por ejemplo para pedir algunas (...) análisis que se hacen aquí, eso cuesta un poquito, mejor que se acercan las cosas de la gente, sí.” (26U – Marruecos)</p> <p>“per exemple si està, una mica malalta pues se truca a la seva cosina i segons la cosina que li dirà si pot esperar dos hores, una hora...i s’aguanta el dolor fins que vingui la cosina...[...] Perquè ella viu també una mica lluny del CAP. O sigui si truca a la cosina perquè vingués a buscar a casa.” (10U – Marruecos)</p> <p>“La gent va caminant o... si és el CAP al mateix poble va caminant, no li costa, per exemple si és per venir a Palamós pues ha de venir amb autobús, que és una mica fins aquí, però ja perd tot el dia diguéssim [...] costa una mica, una persona per exemple tota la Costa tenim l'hospital de ‘Nombre ciudad B’, tenim CAPS però només tenim l'hospital de ‘Nombre ciudad B’ i tot ha de... per dir algo les dones embarassades que porten aquests temes... les dones embarassades que aquestes coses et vénen de cop, si una persona està a ‘Nombre pueblo A’ ja em contaràs, i a ‘Nombre pueblo A’, ‘Nombre pueblo B’, no sé si més a prop està de Girona que aquí, però ‘Nombre pueblo B’ també el mateix i la ‘Nombre pueblo C’, que ara bueno han fet la via aquella una autovia aquí que serà més a prop però amb la cua que hi ha és que no es pot, no sé eh... és una mica... hi ha dificultats amb això...” (27U – Marruecos)</p> <p>“Yo conozco una que hace poco (...) que vive en ‘Nombre pueblo A’, allí más lejos, y la gente que se tiene que parir, ‘Nombre pueblo B’, ‘Nombre pueblo A’, ‘Nombre pueblo C’, siempre tienen que venir aquí a parir, ¿me entiendes? Y un hombre (Rie U24), es español ¿eh?, no te digo, y entonces, como han tardado los (...) las ambulancias, pues lo ha parido él mismo. (Rie U24)” (24U – Marruecos)</p>
<p>Llaman a una ambulancia</p>	<p>“Hombre, si está más lejos y tienes alguna cosa grave, yo que sé, tienes que llamar a (...), tienes que llamar a la ambulancia, yo que sé, porque sino no puedes venir ahí corriendo.” (24U – Marruecos)</p>
<p>Impuntualidad en las citas</p>	<p>“[distancia] muy importante, claro, [...] yo antes vivía casi casi cerca del CAP, no sé, un (...) no llega a los cinco minutos andando, sí, y después he cambiado de domicilio y tengo que ir casi casi media hora, una hora menos cuarto, claro que la distancia ... y hay mucha gente por ejemplo que son más lejos, claro que la distancia influye mucho, claro...[...] a veces sí hay una problema es cuando tu llegas un poquito tarde, ehh la problema por ejemplo de la distancia a veces pasa la gente que vive por ejemplo a la ‘Nombre pueblo A’ o algun pueblo y que vienen aquí a ‘Nombre ciudad B’ y se cogen la SARFA a veces si tú tienes la cita a las diez, por ejemplo “a les deu, les deu del matí”, eh sabes que debes estar ahí a la SARFA a la ‘Nombre pueblo A’ por ejemplo, a las ocho y media, para que tu puedas estar aquí a las “deu” bien, me entiendes? si cojes la SARFA de las nueve o las nueve menos cuarto, a veces no llegas directamente y cuando vienes aquí a veces te dicen “vienes tarde” o “ya está no puedes pasar”, eso es una problema, es la (...) mucho problema, sí sí, yo quería hablar de eso.” (26U – Marruecos)</p>
<p>No acude a ningún centro asistencial, acude a la farmacia</p>	<p>“n’hi ha zones, ni arriba l’autobús allà i nosaltres [mediadores] ensenya l’autonomia de les dones. Si l’ensenyó l’autonomia, tingues que agafar l’autobús, fes parades, vale, jo ho faig això, però on està l’autobús, hi ha...només per les zones que estan més a baix, ‘Nombre pueblo’, i tot això, és un gran problema això del transport.[...] no pot venir per a la distància, m’entens o no.” (25M)</p> <p>“Me ha pasado un montón de veces que me voy directamente a la farmacia.[...] Para que es más cerca</p>

	<i>de mi casa” (06U – Senegal)</i>
--	------------------------------------

2.2. Pago por los medicamentos

Tabla 2.2.1. Ejemplos del pago por los medicamentos.

Subcategoría	Ejemplos
Pago por los medicamentos como barrera al tratamiento y/o acceso	<p><i>“Es posible si no tienen dinero, no para ir al médico, pero para medicinas. Si voy al médico me va a dar medicinas y si no las puedo tomar, ¿por qué ir?” (36U – Rumanía)</i></p> <p><i>“si tienes papeles, puedes acceder a los servicios sanitarios directamente.[...] Porque ya tienes la tarjeta, tienes la Seguridad Social, que estás pagando y cuando se te pasa algo, le va a coger encargo la seguridad social. Y así ya puedes llamar allí, ya puedes llamar dónde querías ir para coger cita y todo y todo lo que te, te, te, te dan como recetas, lo comprarás a medias. Y esas que no tienen papeles es el problema que tienen, algo que compro yo a 3 eurillos y pico, ellos igual lo compran a seis eurillos [...]Tienen miedo sobretodo de lo que te estoy diciendo que se vayan allí y les van a recetar algunos medicamentos que no van a poder comprar” (13R)</i></p>
Facilitadores cuando no disponen de recursos para el pago de medicamentos	<p><i>“Y esas que no tienen papeles es el problema que tienen, algo que compro yo a 3 eurillos y pico, ellos igual lo compran a seis eurillos.[...] Lo que suelen hacer mucho es ir a la Cruz Roja.[...]” (13R)</i></p> <p><i>“un ambulatorio, una enfermera, ‘nombre enfermera’, ¿eh?. Esta es mi mucho ayudar. Esta sabe que yo no tengo dinero, esta es mi de ayudar de una ‘rojo [recetas rojas] [...] Estas quiero, rojas, cita. No tengo tarjeta, no puedo trabajar.” (12U – Pakistán)</i></p> <p><i>“en el caso de los niños, bueno que les salen muchas cosas, pues sea unas pupitas, lo que sí ayuda a estas familias, según el médico claro, porque esto también se ha visto, es cuando se les dan, ¿no sé si se llaman muestras?, de cremas si tienen de estos granetes en la cara, pues hay médicos que les dan así un par de muestras, y esto está perfecto porque no tienen que gastar dinero porque a veces no lo tienen.” (01R)</i></p> <p><i>“En mi opinión, creo que todo el mundo (...) tiene la misma opinión que si (...) personas no tienen dinero, creo que se (...) sería mejor que podrían inscribirse a un sistema y no sé, tomar medicinas gratuitas de algún sitio o algo así, de la Cruz roja, no sé cómo funciona y si se puede hacer, si es posible que se hace, yo allí ya no sé.” (36U – Rumanía)</i></p>
Pago de medicamentos no supone una barrera	<p><i>“aquí los medicamentos no cuestan mucho, pero si fuera mi país, ¡sí! Que hay gente que ha estado en mi país, que ha estado enfermo pero no se van al médico porque tú tienes que pagar las visitas, luego las ordenanzas que te van a dar que tiene que ir a pagar a la farmacia (...) y tú no tiene nada, nada de dinero entonces prefiero quedarse en casa, hay mucho (...) mucho, muchos de estos en mi país. [...] Aquí no hay. Tú no tienes que pagar nada para hacer visitas, generalmente las ordenanzas que te van a dar para comprarlo el tratamiento, la receta no cuesta mucho dinero casi, como dice (...) el estado paga [...] setenta por ciento entonces no cuesta mucho dinero, por cinco euro o por cuatro euros (...) tú no te vas a morir delante de tus paisanos ¡nunca! alguien te vas a pagar eso, no si tú no tienes dinero.”(15M)</i></p>

2.3. Provisión de la información insuficiente

Tabla 2.3.1. Ejemplos de la categoría de provisión de información escasa

Subcategoría	Ejemplos
<p>Información difícilmente accesible por el idioma en que se ofrece</p>	<p><i>“todo sale en catalán y entonces es una barrera, mucha información que sale, que recoges tú, yo por ejemplo sí que lo entiendo y te lo hablo, entonces yo cojo siempre todo y me lo leo, lo que encuentro información en los centros de atención primaria, ¿cierto? Pero la gente...o sea, yo me pongo a mirar y la gente casi nunca coge esa información, ¿cierto? Por ejemplo..., primero porque no saben catalán, es que ni lo leen.”(19R)</i></p> <p><i>“Y como que aquí la gente está acostumbrada a hablar en català, ahí está el problema.[...] En el catalán, ahí está el problema. Porque muchos no entienden. Aún si entienden no pasa nada porque ya puedes contestar en castellano ya te entenderán pero el problema es que no entienden bien el “català” y ahí está el problema. [...] porque a veces...a ver aquí como que están...son conservadores, que muchas veces lo que escriben lo escriben en “català” y si no entiendes el “català” no te puedes...no puedes hacer nada, no puedes hacer nada. Y se ve que en los servicios sanitarios, casi todo está escrito en “català”, todo.” (13R)</i></p> <p><i>“Sí, todo [información sobre los servicios sanitarios] mi padre, claro sino como quien te contará la cosa, si no sabes hablar, nadie entenderá, claro mi padre, mi padre.” (23U - Marruecos)</i></p>
<p>Provisión de información oportunista o tras la búsqueda activa por parte del inmigrante</p>	<p><i>“Si en el CAP quan vas “escolta que estic malalt o tinc això” te diuen t’has de fer la tarja sanitària... t’atenen!, t’expliquen que has de fer la tarja sanitària, lo que has de portar, i si ja està, però normalment són els companys que diuen escolta, si estàs aquí enrecorda-te’n que has de fer-te la tarja sanitària” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“es que a veces se van a la Generalitat, vas a decir , yo no sabe nada puedes ir a la Generalitat a preguntar por ejemplo si tu sabes si conoces a una mediadora que trabaja allí, eh sabes el nombre vas a decirla vas a la Generalitat y buscas este nombre, vale? o a veces va al CAP, al CAP mismo, y pregunta por (...) por ejemplo por Nom o por alguien, me entiendes como mediadora para que le explican más, eso (...) aunque si no sabes algo bueno vas a decirla, va a Generalitat o al CAP.” (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>“hay gente que viene directamente al hospital sin papel, sin nada. Entonces lo comentas a ellos, que tú no puedes venir directamente aquí, al menos que sea de urgencia, si no es de urgencia, si tú vienes aquí, nadie no te vas a atender, tiene que ir a ver primero tu cabecera y luego él, si no puede resolver tu problema, tu enfermedad, te dará un papel para mandarte en hospitalX. Pero tú no puedes venir directamente para que te dé la gana. Entonces le explican así. Y se van a ver la cabecera” (15M)</i></p>
<p>No obtiene información necesaria</p>	<p><i>“Sí, con la tarjeta sanitaria (...) del (...) exactamente yo y mi novio me he mudado a otra parte y preguntaba si se puede (...) no, no le llevo la tarjeta hasta ahora, a nuestra dirección, ¿sí? Y fui a preguntar, ‘¿qué puedo hacer ahora, para tenerla esa tarjeta?’, y yo, lo fue muy (...) quise saber si puedo recoger la tarjeta de un sitio, para que no me envíen para casa[...] por correo y (...) no creo que me haya respondido a esa pregunta, fue muy raro, solo me ha dicho, ‘sí, puedes ir al centro de atención de primaria de tu zona y hacer la tarjeta sanitaria de nuevo’, pero no, no me ha podido decir si puedo recogerla de un sitio. [...] El cambio con el (...) centro de atención primaria, sí creo que es fácil. Pero conseguir la tarjeta, no, todavía no. Porque ahora esta persona de aquí, de atención al cliente, me ha dicho, ‘puede tu novio hacer la tarjeta de nuevo, con tus nuevos documentos, con el padrón de la nueva dirección y esto’, pero donde estamos ahora el</i></p>

	<p>propietario no sé, no quiere hacer empadronamiento, y si no tiene el empadronamiento, no puedes hacer la tarjeta sanitaria y todo esto, por eso preguntaba si puedo recoger la tarjeta ya hecha de un sitio. ” (36U – Rumanía)</p> <p>“Nadie le explicó ni lo sabía que puede conseguir una tarjeta”.(12U – Pakistán)</p>
<p>Fuentes de información formales relacionadas con el sistema de salud</p>	
<p>Centros sanitarios, profesionales sanitarios</p>	<p>“Si en el CAP quan vas "escolta que estic malalt o tinc això" te diuen t'has de fer la tarja sanitària... t'atenen!, t'expliquen que has de fer la tarja sanitària, lo que has de portar, i si ja està, però normalment són els companys que diuen escolta, si estàs aquí enrecorda-te'n que has de fer-te la tarja sanitària” (27U – Marruecos)</p> <p>“es que a veces se van a la Generalitat, vas a decir, yo no sabe nada puedes ir a la Generalitat a preguntar por ejemplo si tu sabes si conoces a una mediadora que trabaja allí, eh sabes el nombre vas a decirla vas a la Generalitat y buscas este nombre, vale? o a veces va al CAP, al CAP mismo, y pregunta por (...) por ejemplo por Nom o por alguien, me entiendes como mediadora para que le explican más, eso (...) aunque si no sabes algo bueno vas a decirla, va a Generalitat o al CAP.” (26U – Marruecos)</p> <p>“Sí, sí la enfermera [...] y después la enfermera (...) de una farmacia también me estaba explicando porque pregunté para comprarme algo y me estaba diciendo, ‘porque no te vas a hacerte la tarjeta sanitaria y vienes con eso, que te también puede atenderte un médico y vienes con una receta solo’, la diferencia es que con tarjeta pago un cuarenta por cien y que sin tarjeta tienes que pagar el cien por cien.” (37U – Rumanía)</p> <p>“hay gente que viene directamente al hospital sin papel, sin nada. Entonces lo comentas a ellos, que tú no puedes venir directamente aquí, al menos que sea de urgencia, si no es de urgencia, si tú vienes aquí, nadie no te vas a atender, tiene que ir a ver primero tu cabecera y luego él, si no puede resolver tu problema, tu enfermedad, te dará un papel para mandarte en hospitalX. Pero tú no puedes venir directamente para que te dé la gana. Entonces le explican así. Y se van a ver la cabecera” (15M)</p>
<p>Página web del Servei Català de Salut</p>	<p>“ahora con Internet casi puedes encontrar toda la información que necesitas [...] algo del CatSalut y de toda la cosa y de como cuando cambias de... de lugar... de cambiarte también para actualizar los datos y... [...] supongo que si alguna vez me pasa algo me voy a ir, voy a meterme por teléfono o por Internet que seguro que sale.” (35U – Rumanía)</p> <p>“Porque no sabía nada (Rie) por eso busqué en el internet. [...] En las páginas de de de CatSalut, pero no sé exactamente las páginas” (36U – Rumanía)</p> <p>“como el nivel de los colombianos lo permite, muchos utilizamos, que nos parece excelente, la página del “gencat” de salud, eso, eso sí, es una cosa para pedir visita, para todo porque y todos que ya tienen su ordenador, por eso te digo, como ya están organizados, ya tienen su “nuclófano” [ordenador] ya aquí, por eso te digo, es un prototipo diferente. Los hondureños por ejemplo, viven en habitaciones compartidas y todo esto, en cambio los colombianos que ya estamos, ya tenemos nuestro grupo de familia aquí entonces ya todos tienen su ordenador, el niño está en el cole...ta-ta-ta. Y a través de la página Web porque Internet ya te da la información, es excelente.”(19R)</p>

Tabla 2.3.2. Ejemplos de la categoría de consecuencias de la provisión de información escasa.

Subcategoría	Ejemplos
No acceso, búsqueda de solución en la farmacia	<p>“cuando no tienen tarjeta sanitaria y no tienen un domicilio estable [...], entonces creen que no se pueden empadronar, les resulta muy difícil alegar la tarjeta sanitaria” (02M)</p> <p>“La mayoría no té padró i si no tens padró, no tens dret a tenir la targeta sanitaria [...] [no van a cap centre de salut] Compren el medicament a la farmacia.” (10U – Marruecos)</p> <p>“No [fui a visitar ningún médico], me fui a una farmacia, y le pedía al farmacéutico que por favor tengo vergüenza (...) pues tienes que mirarlo, porque yo no puedo ir al médico, porque yo no tengo tarjeta sanitaria, le estaba diciendo.[...] Que le decía mira, porque yo no tengo; porque si me iría al médico, también tendría que pagar la receta, porque entonces no tenía la tarjeta. Al farmacéutico, igual, porque yo creo que al farmacéutico también son cosas que puede (...) tiene conocimiento de algo, y me ha ido muy bien aquella crema, me ha dado una crema, pues sí” (37U – Rumanía)</p> <p>“cuando estaba empadronado primero ir al médico, pero antes cuando no estaba empadronado no se podía ir y siempre los medicamentos a la farmacia. Claro, porque ya sabe, esto también digo que no puede ser. Primero tiene que pasar el médico, el médico te mira, te consulta y cómo tú está tu salud y te haga la receta y luego ir a la farmacia a comprar. Pero ya sabes aquí en la vida, hay gente que no vas nunca e irá a la farmacia a comprarlo directamente” (14U – Senegal)</p> <p>“Qui no tenen papers[ni per tant tarjeta sanitària] Dues coses, compren medicament de la farmàcia o fent canvi de targetes.[...]” (25M)</p>
Acceso a un servicio de urgencias hospitalarias	<p>“Sí, yo he visto que en el hospital...Aunque en el hospital si los atienden a uno hasta sin tarjeta sanitaria, con el pasaporte de su país de uno.” (20U – Colombia)</p> <p>“otra vez que conocí a una chica que no estaba empadronada y se enfermó, ella fue al médico [urgencias hospitalarias].” (19R)</p> <p>“sin el empadronamiento no vas tener tarjeta sanitaria.[...] Ese es el problema, no he tenido este problema pero yo mismo me pregunto, ¿Cuando se enfermo que hago? o lo que es seguro, una vez que están enfermos si es de emergencia lo atienden” (15M)</p> <p>“cuando no tienen tarjeta sanitaria y no tienen un domicilio estable [...] les resulta muy difícil alegar la tarjeta sanitaria, no tienen otra opción que venir para cualquier constipado o cualquier cosa que no sea una urgencia real, en urgencias.[...] En esos casos van a urgencias” (02M)</p> <p>“en los CAP en día si no hay urgencias, no te atienden.[...] Si no hay urgencias no te atienden si no tienes tarjeta sanitaria. Si el centro no tiene urgencias y no tienes tarjeta sanitaria te mandan en el “HospitalXX”. [...] Si viene una persona que no tiene tarjeta sanitaria no tiene papeles le mandamos al “HospitalXX” eso sí que lo sé.” (04M)</p> <p>“Quan una persona no té papers, [...] pot venir aquí [urgencias] i demanar l’atenció sanitària. (Pausa) És una cosa que està molt ben feta, quan una persona no té papers, pot tenir dret a l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)</p>
Acceso con la TSI de otra persona	<p>“Y antes, no sé ahora pero antes cuando tú no tenías tarjeta alguien se la prestaba a uno.[...] Pero ahora no sé cómo funciona o si puedes pero antes sí. Antes tenían tarjeta no todos y cuando uno veía una persona uno se la prestaba ahora no sé cómo funciona lo de la tarjeta. [...] Y porque era el tiempo....estábamos recién llegados y de pronto pues no había una fórmula.” (20U – Colombia)</p>

	<p>“No vol dir mentides. Va fer servir la targeta de la seva cunyada. Que ella en aquell moment vivia a casa del seu germà petit, [...] quan es va posar malalta estava a casa de l’altre germà [...] l’han portat a urgències de Sant Feliu i va fer servir la targeta de la cunyada.[...] Sí, perquè ella té, o sigui, si com està segura si un dia se va sense targeta, no li deixen entrar.”(10U – Marruecos)</p> <p>“Qui no tenen papers [...] Dues coses, compren medicament de la farmàcia o fent canvi de targetes.[...] Un amic dóna, et deixarà la seva targeta per un altre que està malalt” (25M)</p> <p>“Yo cuando vine aquí en España, no conozco a nadie, solamente a ti pero tú...a ver..., a ver cómo te puedo explicar...pero tú ya sabes, como en tu casa ya viene mucha gente, yo no tengo sitio en tu casa para quedar. Un día me quedé enferma, no tengo sanitaria, ¿me vas a dejar así en la calle? Pues no, me prestarás tu tarjeta y yo me voy al médico y ya está, así. [...] Hay muchísimos africanos que están aquí sin papeles, sin tarjetas también, así solamente pasa. No ves que cuando quiero trabajar no tengo mi papel, no tengo papel, tú tienes mi papel, te doy mi papel para que tú puedas ir a trabajar, como así. [...]a mí no lo veo mal! Porque es la salud lo que importa, mucho más no? Pues por mí no lo veo nada mal. Está bien.”(14U – Senegal)</p>
<p>Prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>“Muchos te pueden venir a las dos de la tarde o a las cinco de la tarde teniendo algo, se van a urgencias y no saben que las urgencias empiezan a las horas que ya no hay servicio, no hay servicio en inmediato.[...] Urgencias de los, de los...cómo se dice, de eso de..., de los ambulatorios. Porque allí según lo que sea, empiezan las urgencias a las ocho, de las ocho a las..., ocho de la mañana, me parece, y así, si te pasa algo y no has cogido cita, no te puedes ir porque si te vayas, si te vayas vas a tardar un montón de rato sin que te consulten”(13R)</p> <p>“Me encuentro con gente que tenía; debería venir para hacer análisis de sangre a la ocho, viene sentadito hasta las diez. Como yo siempre (...) para aquí (...) para allá, paseando a ver si algunos tienen problema, entonces cuando nos van paseando gente que han durado mucho tiempo no lo llaman, dicen, mira, estoy aquí hace mucho tiempo aún no me han llamado. Digo, no se puede ser, ¿cómo que no te han llamado? ¿A qué hora tenía visita? ¡Dame el papel! que mira que está aquí. Y yo lo miro. Pero no te puede llamar, tú tenía que darle esto papel, cuando ya esté te van a llamar, pero si te quedas con esto nadie (...) no sabe que tú esta aquí.” (15M)</p>

2.4. Horarios de apertura de los centros de atención primaria

Tabla 2.4.1. Ejemplos de los horarios de apertura de los centros de atención primaria.

Subcategoría	Ejemplos
<p>Consideran adecuado el horario de los centros de atención primaria</p>	
<p>Posibilidad de convenir horario de la visita i solicitar médico acorde a tus horarios</p>	<p>“el horario yo creo que está muy bien. Por ejemplo, te hacen por ejemplo, te dirán por ejemplo 'a las once de la mañana', si te va bien vale, si no te va bien pues te lo cambiará por otro día, o dos días más te ponen (...), ¿sabes?, o tres días, pero el horario que tú quieras. Pero el horario que él esté también. No no, yo lo encuentro muy bien muy bien muy bien, ya te digo.” (24U – Marruecos)</p> <p>“Està bé, jo no sé que és el que fan però fan de 8 a ..., o treballen al matí i treballen a la tarda poder, a pos no sé, jo mai he tingut problema perquè demano, demano una hora, a pos tens aquesta hora, ah doncs no em va bé, vols els dia següent o ... sí, sempre arribem a un acord sempre” (28U – Marruecos)</p>

	<p><i>"En general bien, sí. Si tu, a ver te preguntan si tu vas y pides una hora con tu médico te preguntan "tengo hora tal y día tal, si te va bien", te lo preguntan, creo que no hay problema en eso, te lo preguntan y tu le dices si me va esta hora, me va este día, no no, está bien." (29U – Marruecos)</i></p> <p><i>"por ejemplo si tienes la primera en el cole eh bueno y la más pequeña no, entonces por ejemplo si tienes una visita de la pequeña que está, bueno yo normalmente siempre cojo una visita por ejemplo a las 11 y media, a las 11 y cuarto, me entiendes?, para que me pueda visitar a mi hija y después va a "buscar l'altra" me entiendes?, entonces siempre necesitas coger una cita entre las nueve y las doce o bien de "tres a cinc"" (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>"como yo puedo cambiar de médico, de acuerdo con el horario que tenga, ¿cierto?, por decir algo. Si yo sé que mi doctora está todos los días por la tarde pero yo no puedo nunca por la tarde, pues cogeré uno de día, del centro de atención primaria. Es eso, yo pues el horario sí que no veo problema." (19R)</i></p> <p><i>"Porque aquí me voy, me dice tú necesita médico de la mañana o de tarde, me han preguntado eso.[...] Yo le dice, me necesita médico de la tarde porque eso...si, si yo (...) tengo residencia, si mi trabajando, si mi tengo dolor, voy a trabajar a la mañana, la tarde me voy a la médico." (07U – Senegal)</i></p>
Horarios amplios/ suficientes	<p><i>"Però els horaris estan bé, vull dir que no... de 8 fins a les 2, o sigui que pots sortir de treballar i anar al metge si estàs ... i per les tardes també n'hi ha. Un horari tipus així, no...[...]</i> La gent que treballa per exemple si surt a la una, pots anar a un quart de dues, arribar-hi o tenir a dos quarts de dues la visita perquè fins a les dues està el metge per si has d'agafar algun tipus de recepta o... no, apart que hi ha de les receptes [...] No per agafar receptes hi ha els números aquells que ja te fan la targeta que així no has d'anar al metge de capçalera per agafar..." (27U – Marruecos)</p>
Consideran justificado la existencia de un horario	<p><i>"a mí me parece bien. Pero de todas maneras todo el mundo tiene que someterse a un horario, ¿no?" (21U – Colombia)</i></p> <p><i>"por ejemplo si tienes la primera en el cole eh bueno y la más pequeña no, entonces por ejemplo si tienes una visita de la pequeña que está, bueno yo normalmente siempre cojo una visita por ejemplo a las 11 y media, a las 11 y cuarto, me entiendes?, para que me pueda visitar a mi hija y después va a "buscar l'altra" me entiendes?, entonces siempre necesitas coger una cita entre las nueve y las doce o bien de "tres a cinc", me entiendes?, eso pasa claro, te causa un poquito de ..., problemas o molestias, pero es normal claro porque hay mucha gente y si ellos van a organizar todo eso entonces no se, puedo en mi opinión, no sé." (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>"Durante el día hay visitas, hay médicos por todas partes y por las noches hay urgencias.[...] A ver, yo entiendo que los profesionales no pueden trabajar, tener tantas horas de..., porque los CAP's están abiertos todo el día, ¿no?, de ocho hasta las ocho de la noche o nueve, y después hay urgencias, entonces...horarios hay muchos." (32M)</i></p>
Limita el acceso a la atención primaria	
Incompatibilidad con el horario laboral o las responsabilidades familiares	<p><i>"Ha tenido un montón de problemas a veces también con el encargado para irme médico, no me deja el papel para salir y siempre, lo trae el papel del médico, hasta que hora quieres irte al médico, me lo complica mucho.[...] [sería más fácil] Si el mismo médico visitara por la mañana y por la tarde.[ahora visita] solamente por las mañanas." (06U – Senegal)</i></p> <p><i>"Bueno [el horario de los centros] depende de cada uno como trabaja porque si no es algo serio y</i></p>

	<p>solo quiere pasar a hacer una consulta seguramente que va a mirar en función de su trabajo después de el tiempo libre para ir, bueno, a mi me parece bien, porque yo estaba trabajando para turnos y siempre me quedaba tiempo para ir. Como no me ha afectado tanto no lo sé.” (35U – Rumanía)</p> <p>“crec que això...si posen una mica més, més horaris és pràctic també. Soluciona molt això del tema de la...problemàtiques de salut. Perquè si es treballa per exemple fins les 17h i si passa alguna cosa és més a prop ¿no?, no aquí si és lluny, com he dit abans, el tema de transport i tot això dificulta i pot ser que la persona té una cosa senzilla però pot empitjorà si només espera fins el marit torni o només espera fins l'autobús si passa i tot això, [...] Jo crec que el més pràctic és fer més hores als consultoris, jo crec, no sé.” (25M)</p> <p>“por ejemplo si tienes la primera en el cole eh bueno y la más pequeña no, entonces por ejemplo si tienes una visita de la pequeña que está, bueno yo normalmente siempre cojo una visita por ejemplo a las 11 y media, a las 11 y cuarto, me entiendes?, para que me pueda visitar a mi hija y después va a "buscar l'altra" me entiendes?, entonces siempre necesitas coger una cita entre las nueve y las doce o bien de "tres a cinc", me entiendes?, eso pasa claro, te causa un poquito de ..., problemas o molestias.” (26U – Marruecos)</p>
<p>Limita el acceso pero se compensa con servicios de urgencias</p>	
<p>Posibilidad de acudir a urgencias de los centros de primaria</p>	<p>“Las horas son bien, porque si no hay (...) las horas son bien, porque también hay urgencias en el ambulatorio y está abierto hasta muy tarde. Creo que, creo que también hay de noches urgencia en los (...) aquí en el ambulatorio. Los horario están bien, no son mal, porque nadie no se va, ellos suelen empezar a las ocho de la mañana y están bien el horario. [...]Al hospital hay cada día urgencia, de noche y de día, y por esto cuando algo me pasa y me encuentro mal y veo que no puedo, mejor para ir. A ver, si es de día (...) voy aquí al CAP 'Nombre CAP' (...) si estoy en casa (...) si no estoy en casa y estoy muy lejos de aquí, mejor que para coger un taxiirme a la urgencia de 'Nombre Hospital'” (37U – Rumanía)</p> <p>“[el CAP abre] De nueve por la mañana hasta ocho.[...] [por la noche] Sí, bien. Contra para quienes algo más duele mucho algo pues la urgencia, la CAP.” (34U – Pakistán)</p> <p>“No lo horarios no están mal, ¿eh?, no están mal, porque claro, tú siempre tienes una opción. Durante el día hay visitas, hay médicos por todas partes y por las noches hay urgencias.[...] En todo, porque allí también hay urgencias ¿no?, en el primario, entonces[...] si se encuentran mal van a ir a urgencias porque después cuando lleguen a casa a medianoche, a las diez, no hay visitas, van a ir a urgencias, pero esto como a todas partes. [...] los CAP's están abiertos todo el día, ¿no?, de ocho hasta las ocho de la noche o nueve, y después hay urgencias, entonces...horarios hay muchos.” (32M)</p>
<p>Posibilidad de acudir a urgencias hospitalarias</p>	<p>“hay mucha cobertura porque entonces a las siete de la tarde que se cierran los centros de atención primaria está abierto el 'Nombre centro', en urgencias, entonces yo puedo ir al 'Nombre hospital' y sino pues está (...). Yo pues el horario me parece pues, bien.” (19R)</p> <p>“24h no, de 8h de la mañana a 8h de la tarde y de 8h de la tarde a 8 de la mañana el CAP “XX”. [...] Está bien, porque antes solamente teníamos el “HospitalXX”, porque yo des del 2004 me cambié de médico aquí en el CAP “XXX” y no había urgencias. Cuando necesito urgencias siempre voy en el “HospitalXX”. [...] Ahora de 8h de la mañana a 8h de la tarde hay urgencias.” (04M)</p> <p>“Como hay un horario con las gente de cabecera, las cabecera hay un horario, ¿no? Entonces como los urgencias son de veinticuatro horas entonces (...)[...] A partir de las nueve, así se cierran los</p>

	<i>ambulatorios. Entonces para (...) cosas así se van directamente[...] si necesitan ayuda los CAP están cerrados, entonces tiene que llamar al hospital para que mande la ambulancia a buscarlo.” (15M)</i>
--	--

2.5. El tiempo de espera para ser atendido

Tabla 2.5.1. Ejemplos de la categoría de espera en atención primaria.

Subcategoría	Ejemplos
Tiempo de espera excesivo	
Programación de la visita	<p><i>“si te pasa algo [...] como no vengas aquí [hospital]...como no vengas aquí, allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora.. no vas a llegar y entrar, claro...el médico de cabecera, claro...[...] El médico de cabecera, sí, claro! cada vez que vamos tienes que... como no lo pidas imposible que entres allí, no, imposible. Claro tienes que pedir la visita si no... no... no o sea no... es que no vas a entrar, es que no... [...]No [para el mismo día no te pueden dar una visita] no, que va, no, siempre tienen todo ocupado, es lo que te decía, está ocupado, el día siguiente, mañana, sí, ocupado, pasa... te dicen el día a lo mejor... no sé, mañana o pasado, o el otro, la semana que viene... tal día, tal hora... però si vas al momento y entras no, imposible, es que no, no, no, no. Yo he ido una vez y no me dejaron entrar, no, no sé si fue una vez o dos, yo sé que me pasó algo en el trabajo ya digo, fui una vez para eso, claro es que la obra me pilla cerca, pues es el mismo pueblo sabes” (23U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Bueno, normalmente yo voy por las mañanas, pero si hay alguna cosa, ¿sabes?, tengo, aguanto, y hasta el jueves, si me voy por la mañana me da hora por la tarde, por ejemplo, porque como él está todo el día, porque si vas a otro (...) por ejemplo, un lunes o el viernes no te darán aquel día, aquel día mismo no te lo darán, por ejemplo, tienes que mirar porque él también tiene mucha gente, tiene que coger visita, y entonces tienes que (...) A ver, si vas el lunes te dan martes o miércoles, pero no te dan el mismo día que vas a coger visita, porque hay mucha gente, y entonces ya el jueves, no sé, me voy por la mañana, me dan visita por la tarde, por eso, está él toda la tarde, toda la mañana y toda la tarde” (24U – Marruecos)</i></p>
Incumplimiento en el horario asignado de la cita	<p><i>“no me gusta. Imagínate, tú, cuando llega te dicen que a las cinco y media tiene hora la visita, y no te tocará hasta las siete [...] En el ambulatorio [...] Hasta las siete, no entrarás. Eso, eso, eso mal. Si te dan hora tu horario tiene que ser puntual, puntual. O si no puede ser puntual, bueno que le pasen pocos minutos, pero más de una hora ahí no. Eso...eso es demasiado.” (14U – Senegal)</i></p> <p><i>“a veces te dan una visita por ejemplo a la una y podrías quedarte allí a las tres y no visitar, a veces un médico lleva un retraso increíble, sabes? Y tú no le puedes reclamar eso te podrías haber ... te vas a esperar porque tienes una visita y tienes que visitar y sobre todo a veces tienes una visita importante y claro no te puedes coger e ir! te tienes que esperar porque tienes visita” (29U – Marruecos)</i></p> <p><i>“si estic esperant fora, per exemple, l’hora és del quatre punt zero set, quatre i set minuts, doncs el millor que em visiten al cinc i quart.[...] De capçalera, sí. I que allí tampoc no respecten lo que hi ha apuntat a la visita, a la fulla de la visita.[...] Jo...quasi que a la vegada he sentit així, que mai a la hora no es visiten, no es visiten mai a la hora, es tarden potser mitja hora, potser 20 minuts, potser una hora, depèn.[...] Sí perquè...a veure, si a la fulla està apuntat, per exemple, 5 de la tarda, doncs jo em plego una hora abans.[...] Sí. A vegades estic treballant molt lluny, i si arribo de la feina a les 5</i></p>

	<p><i>i em visiten a les 6...m'entens no?" (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>"Que de vegades m'han apretat amb això del temps, que només ... (???) soroll), però a vegades et deixen explicar, entenen a vegades ho fan bé, perfecte. Passa que sempre tenim que esperar una mica més, a vegades si tenim hora per exemple a les 9 del dematí pos sempre entres a les 9 i mitja, més o menys eh, mai entres a les 9 puntual, són coses que a vegades s'han d'entendre que tenen feina [los usuarios]" (28U – Marruecos)</i></p>
<p>Demora en la atención de urgencias de los centros de primaria</p>	<p><i>"Entonces la gente claro, y ahora urgencias del centro de Atención Primaria claro, ya empiezan a colgarse también.[...] Que ya no es que te atiendan el mismo día, que te tocará esperar dos o tres días, porque es que también...[...] Ahí hay un médico que hace las urgencias pero entonces uno pide cita, para hoy ya no tiene, para mañana o para pasado mañana toca, pero es mejor dos o tres días que no 15 ¿cierto? Pero no puede ser. O sea, que lo que entendemos es que es normal pues por la demanda porque esto se llena de un momento a otro y...muchísima gente y eso es normal que pase." (19R)</i></p> <p><i>"porque la niña tenía un horario de la tarde cuando yo fuiste la mañana me dijeron que la niña tiene la tarde, puede esperar. Si es urgente, no se podemos esperar, ¿si?...[...] Yo me desesperé. La niña estaba mal y me dijeron, espera. Voy a hablar con ellos y ya está.[...] Yo no puedes entrar [...] me molestó mucho [...] Porque esto no es normal. Si alguien fuiste urgente porque estaba mal, no puede esperar. [...] Porque yo pienso que esto, si estara otra persona su niña está mal, deben verlo primero, antes de decir nada. Puede verlo. Porque ellos, no sé, no sé, lo que ellos se pasan, yo no sé, me eso no es normal, nada no es normal.[...] Mira, mi país si yo estaba mal, no falta coger cita, tu va cuando tu quieras. Aquí en general es diferente, sí. Allá no hace falta coger cita. Cuando estaba mal tu va, cuando tu va, la gente y esperan si usted es muy mal. Los personas que están te dejan pasar, aquí no sé, no sé si...(riu)[...] En Senegal si estaba mal las personas que están, si te ves mal, van a llamar al médico a dejarte pasar, ninguno problema.[...] porque yo no puedo entender si yo me duele mucho, no puedo ir en urgencias, jno hace falta esperar! Mira, esperar en 10 minutos piense es suficiente me una hora...si esto?" (05U – Senegal)</i></p>
<p>Causas del tiempo de espera excesivo</p>	
<p>Alta demanda de visitas y/o pocos recursos disponibles</p>	<p><i>"De cabecera. En este momento, más o menos en Girona tú te tardan dos semanas. O sea, yo vido cita y sé que me atienden en dos semanas. Aquí la oportunidad ya ha variado totalmente, ¿cierto? porque lo que te digo yo, la demanda, pero es que es normal." (19R)</i></p> <p><i>"pero si empiezas a encontrarte mal y no sabes que tienes... el más cerca... o sea pasar por los pasos legalmente: llamar al médico que te... como aquí ya te digo que todo no se puede hacer hoy te va a poner una fecha que va a tardar unos tres o cuatro días o lo que... [...] Bueno a ver... normal se va más rápido pero como hay mucha gente pues supongo que a esta cosa ... hay que tener un orden de las cosas y por eso se juega de esta manera." (35U – Rumanía)</i></p> <p><i>"a lo mejor no tienen hora. Le han dicho que no tienen hora, que están llenos. A lo mejor es falta de profesionales aquí también [...]Bueno, la verdad es que yo a veces si que me molesto por esto pero también la razón que te dan es que hay muchos que son como tú, y es verdad. Lo que tienen que hacer es poner más profesionales, la razón de todo esto es eso, que faltan profesionales [...]Porque si hay profesionales, la gente no espera tanto, se atiende cuando lo necesita" (04M)</i></p>
<p>Distracción del profesional médico (falta de</p>	<p><i>"[mi médico] Es una charladora [...] charla mucho [...] Bueno, yo no digo que me parece mal me yo no voy a decir que me parece bien, pero voy al médico, voy a decir lo que me ha llevado al médico, pero a veces también se olvidan que hay gente que está fuera esperándote. Bueno, como por ejemplo, tú eres mi...tú eres una amiga mía, trabajas ahí, tú eres mi médico de cabecera y yo va y te</i></p>

rigurosidad en el tiempo estipulado de visita?)	<i>voy a hablar hasta que olvidamos que estamos en...en una consulta [...] Claro que pasa, pero ya sabes, todo...aquí en todo...en España son familiares, claro.[...] ...no es que como digo que hay familiares...Por ejemplo tú...digo que son familiares tú...tú puedes tener una amiga. Tú amiga es la madre..., su madre trabaja en el ambulatorio, y su madre esa es tu..., como se dice...tu...[...] Tu médico. ¿Qué vas a hacer? Cuando llegas te va a jurar y te va a preguntar por tus padres y así siguiendo hablando poco a poco. Eso...es así.[...] No, no es importante. Tú...tú hablar con..., como se dice, con la paciente lo que ha pasado y ya está. Ya está y que se levante y que se ponga otra persona, pero seguirá hablando ahí como si fuera un mercadillo así...pues eso no.[...] Por eso te digo ahora que a veces te citan a las cinco y media y te esperas allí hasta las siete. Hasta las siete o así, porque hablan mucho.” (14U – Senegal)</i>
Tiempo de espera adecuado	
Programación de visita	<i>“en general no el médico de cabecera no, no suelen dar con mucho tiempo,no, en general es un buen servicio. [...] a lo mejor te dan dentro de dos días y a veces si tienes suerte te lo encuentras en el mismo día, no hay problema en esto” (29U – Marruecos)</i>
Espera para ser atendido el día de la cita	<i>“alguna vegada ha hagut d’esperar...ha hagut d’esperar uns 5 minuts, alguna vegada diu, si he esperat he esperat com a molt mitja hora[...] No és un problema [...] Quan el metge te dona hora, t’esperes perquè t’ha donat hora, quan vas a urgències, estàs malalta, urgències no és per esperar” (09U – Marruecos)</i> <i>“la verdad es que a mí me gusta muchísimo los servicios sanitarios, porque ahora pertenezco aquí al ‘Nombre del Centro de primaria’ (...) y que me gusta, porque puedes pedirte una cita por teléfono y ya no tienes que ir a la mañana para esperar hasta la tarde, no sé cuantas horas (...) para esperar para recogerte el médico. Te espera, bueno te recoge enseguida. Bueno, tienes que ir antes con cinco o diez minutos o algo así.” (37U – Rumanía)</i>
Consecuencias	
Agravamiento de la enfermedad y/o los síntomas	<i>“Aquí ambulatorio aquí he estado, seis meses, ahora tú siéntate, después doctor (...). Ahora, si tú muerto, tú muerto.” (12U – Pakistán)</i> <i>“si te pasa algo [...]allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora [...] no vas a entrar ya, que va imposible, ya te cuesta ir, pff, caerte, morirte, pero es que no vas entrar es que no, es que no, no, no, no...” (23U – Marruecos)</i>
Mejora de la enfermedad y/o los síntomas	<i>“Aquí en España por ejemplo yo enfermo, yo quiero un doctor, esta va a dar hora, después dos meses , después dos meses gente sentir mejor.” (12U – Pakistán)</i> <i>“Pues depende a ver los... a ver si después te vas a encontrar mejor [cuando ha pasado el tiempo de espera hasta la cita de primaria] no sé si te vas a ir o no la fecha que lo tienes...” (35U – Rumanía)</i>
Acuden a urgencias hospitalarias y/o	<i>“Y si le cogiera lo llevaba al centro de salud y si no me lo atienden me voy a urgencias [hospital] [...] No, pero yo prefiero llevarlo al niño por sus problemas que tiene, si le coge algo yo prefiero llevarlo al hospital porque yo que sé, pero entonces me va a dar tiempo de llevarlo allí, me entiendes, de perder tiempo con el niño.[...] Sí, porque [centro de salud] hay mucha gente, porque es turno y en cambio que en el hospital, según el caso, lo atienden más rápido.[...] Sí, porque el día que yo llegué</i>

de primaria	<p>con la hemorragia había mucha gente, pero como yo llegué muy desangrada, los médicos “de uno”, me metieron ahí. Porque como te van a tratar a ti si tienes un dolor de cabeza y una persona que está (...) la van a dejar de un tirón.” (20U – Colombia)</p> <p>“Porque cuando uno se sienta mal lo que quiere es que le atiendan cuando se sienta mal. A mí mismo me pasa porque me siento mal, voy al médico y me dan para dentro de 2 o 3 días, si no vas a urgencias, claro. A urgencias si que te atienden en seguida [urgencias primaria] Ahora sí que está puesto en el CAP unas urgencias pero antes no había en todos los CAP. Tienes que coger cita con tu médico de cabecera o te esperas. O tendrás que ir al HospitalXX que tardas 3 o 4 horas allí. Ahora sí, se ha mejorado mucho. Cada CAP tiene urgencias, el fin de semana también tenemos el CAP “XX” que está abierto las 24 horas, bueno, algo es” (04M)</p> <p>“De cabecera. En este momento, más o menos en Girona tú te tardan dos semanas. O sea, yo pido cita y sé que me atienden en dos semanas. Aquí la oportunidad ya ha variado totalmente, ¿cierto? porque lo que te digo yo, la demanda, pero es que es normal. Entonces pero uno a veces, por eso está ahora tan congestionado el ‘Nombre hospital’ o el ‘Nombre centro especialistas’ porque claro, es que yo pido una cita hoy porque es que la necesito hoy o mañana pero ya dos semanas puede ya que esto se me haya pasado.[...] No, súper mal. Entonces hay gente que qué hace, ¡ah, no!, me voy por urgencias o a urgencias del Centro de Atención, que también hay médico de urgencias. Entonces pues toca eso, porque claro, hay cosas, por ejemplo, si...si o sea hay cosas que (...), ya si esto es normal, esto qué hacer. Ya hace dos semanas yo digo al médico de cabecera, yo para qué, ya no, no es oportuno. Cosas como que uno sabe que puede esperar, ¿cierto?. Por ejemplo, que tengas medicinas ¿sabes? Para quince días antes pues todas esas cosas que no sabes que si puedes esperar. Pero uno al médico va a consultar es porque es algo puntual y inmediato (...).” (19R)</p> <p>“si te pasa algo [...] como no vengas aquí [hospital]....como no vengas aquí, allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora.. no vas a llegar y entrar, claro... [...] digo voy aquí un momento, me atiendo allí y... que va, que va! no, no, te han ver urgencias.” (23U – Marruecos)</p> <p>“Bueno pues porque a veces pues cuando uno va a urgencias es directamente lo atienden a uno urgente, ¿no?, rápido, para eso se trata de urgencias. Que si hay que hacerles (...) lo hacen inmediatamente ¿sí? Mientras que si usted va al ambulatorio y todo eso, entonces tiene que esperar, que si hay mucha cola, que si esto, o sea...En cambio en las urgencias lo atienden más rápido, (...) dolor horrible pues uno busca aunque haya una solución rápida, pero eso es [...] Bueno mientras uno no vaya apurado no tiene nada que ver que el que esperar, como todo. Pero si pronto va uno bien apurado pues hombre, no quisiera uno esperar” (21U – Colombia)</p>
Acude a la farmacia	<p>“va a la farmàcia directament a agafar per treure diguéssim el costipat i ja està. [...] Per no agafar visita diguéssim i te la donen d'aquí una setmana per exemple, perquè triguen a donar-te visites, per exemple no te la donen per l'endemà o pel dia següent, però vull dir ja li vaig dir jo a una noia, pues truca a les 8 del dematí que te donaran el mateix dia l'hora.” (27U – Marruecos)</p>
Acude a un centro privado	<p>“a ver a veces también puedes ir a una privada, a un médico privado y... porque no vas a esperar tanto, puede ser depende de cada persona.” (35U – Rumanía)</p>
No acude	<p>“Pues depende de ver los... a ver si después te vas a encontrar mejor no sé si te vas a ir o no la fecha que lo tienes... a ver ahora me encuentro bien ya no voy o.... [...] a ver la fecha, el tiempo de espera entre y... porque si el tiempo se alarga [hasta la obtención de una cita en el CAP] ya lo dejas” (35U – Rumanía)</p>

Tabla 2.5.2. Ejemplos de la espera en urgencias hospitalarias

Subcategoría	Ejemplos
<p>Tiempo de espera excesivo en relación a la gravedad/urgencia del problema de salud</p>	<p><i>“no es lo mismo como las urgencias...aquí [hospital] vines aquí. Aquí Urgencias viene uno...por cualquier cosa que le pasa, viene uno, viene uno pero te hacen tardar mucho, la verdad... [...] la Urgencias de ‘Nombre Hospital’, sí, aquí..o sea, dos, tres horas... cuatro.. Tranquilamente...ahí esperándote, sabes? [...] Por la noche hay los médicos de guardia no sé si porque no habrá suficiente.... o porque mucha gente... no lo sé la verdad... te hacen esperar bastante tiempo esto sí. Y lo único que destacar y a parte de ahí no... [...] A ver primero son muchas horas aquí de entrada, no, te tiras aquí toda la noche, estuvo aquí casi toda la noche y claro...” (23U – Marruecos)</i></p> <p><i>“En mi país, es un país más pequeño, más pobre y una urgencia es una urgencia, todo el mundo está aquí y qué, un niño que se ha roto un pie o tiene algo en la cabeza...[...] hay alguien que entra por la puerta de urgencia y lo cogen y lo arreglan, no tiene que esperar tú cinco horas aquí para mirar (...). Y España como un país grande que es... ¿rico?, que hay dinero algo no funciona, algo no funciona.” (31U- Rumanía)</i></p> <p><i>“El problema que hay, en urgencias, por la tarde, te quedas cuatro horas cinco horas, por la tarde.[...] a ver, por la mañana te cogen cuando pueda[...] Pero por la tarde, es que no te puedes ni imaginar de sentarte y [...] es que hay gente o no hay gente, te hacen sentar mucho, allí en urgencias, no te cogen rápido. [...] A ver, yo he venido, por ejemplo, he venido con mi madre, he venido con mi hermano, a ver, mi hermano ha hecho un accidente y he ido con él. El pequeño con la moto. Claro, cuando hemos venido con él, ha tardado mucho, ya te digo, para operarlo, se le ha operado de la rodilla. Y mi hermana también se tenía que parir, mi hermana, cuando he venido a urgencias, y no veas, tiene muchos dolores, y le digo 'espérate', y ¿sabes?, tienes que esperar mucho. [...] En urgencias no sé, a ver, o sino, sino te sientan allí, bueno, sientan dos horas allí, después cuando te entran te ponen en la camilla y ahí te quedas, hasta que te llega tu turno. [...] aunque en la sala no hay tanta gente, se te hacen esperar mucho” (24U – Marruecos)</i></p> <p><i>“amb el tema d'urgències, que clar jo a vegades he portat el meu fill a vegades el petit que està amb febre amb 41 a casa i quan arribes aquí i donen el d'això i t'has d'esperar dos hores, és un tema que no sé si... jo sempre ho he dit, o canviem el nom o fem algo... [...] no posar urgències, perquè clar aquest nom té un significat, dic jo eh, i dos hores no és una urgència, crec, [...] però jo no ho sé, però canvia el nom o algo... s'han de fer, perquè urgències és urgències, jo posaria hospital de nit o hospital de... sobre horari.. però no poseu urgències perquè una persona que va a urgències ja va... amb... i jo he vist més d'un cop que he portat els fills aquí però han ido que... donaré patades... perquè clar, estem parlant d'una cosa, és com aquests que dius arribes i veus una persona que acaba d'atropellar el teu fill, és que el mates, aquest concepte no?, mates de la ràbia que tens, tu portes un nen, que parlem d'un nen o igualment un de 10 o de 15, un adult que el portes a l'hospital amb el cap mig obert... però si encara els nens els agafen una mica més aviat, que no pas els adults... però tens un nen que tu quan vas veure ja estaves així i estaves desesperat per arribar a l'hospital i quan arribes... i t'asseus i al principi et comences a posar nerviós a poc a poc i després, després... i clar, he corregut tan per arribar aquí i assentar-me una hora i mitja i tan de... la carrera més ràpid que una ambulància i arribar en aquí i això...” (28U – Marruecos)</i></p> <p><i>“, jo...he anat molt poques vegades [urgencias hospital] però lo que he anat ha passat bé. El problema només és que es tarda molt ¿eh?. Per exemple, la meva tia, tenia un problema dels ulls i hem anat, hem anat a l'emergència i saps que hem d'esperar per 4 hores en aquest situació d'emergència.[...] A un hospital del pobleXX i...tenia molt dolor i tot això. I m'ha passat a mi de vegades, quan tinc problemes de respiració, doncs tinc que anar a l'emergència i tinc que esperar</i></p>

	<p><i>molt...” (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“Y ahí me mandaron al hospital XY, pero estuve como hasta las tres de la mañana para que me atendieran [...] Desde...como desde las ocho de la noche hasta las tres de la mañana y voltando y...yo es que me voy de aquí si no me atienden...pero al fin me atendieron. Pero el trato a la atención es muy mala.[...] Se llega de urgencias ahí y tienes que esperarse 4, 5 o 6 horas malísima. [...]de lo que más me quejo es del trato. Todo el mundo dice que el trato, allí llega un enfermo pero grave, grave, y espera 4 o 5 o 5 horas ahí para que lo atiendan. Entonces allá si me quejo en el Hospital XX. En el `Nombre centro especialistas`, a veces cuando no es muy grave lo pasan, atienden a uno, no demoran mucho, 20 minutos, media hora pero el `Nombre Hospital` es espantoso.” (22U – Colombia)</i></p> <p><i>“No, no me ha gustado porque me ha pasado en hospital muy cercal del ‘Hospital Nombre 1’ y he entrado en urgencia en ‘Hospital Nombre 1’, después me han mandado a otro hospital, no sé cómo se llama, arriba de todo y después aquí, mándalo en ‘Hospital Nombre 2’.[...] Más de seis horas con la ambulancia, por aquí, por ahí, por aquí.[...] A mí, con un pie roto y (...) esperando para venir una ambulancia para cogerme y no, a mí me pareció muy mal.[...] Porque usted tiene que esperar, porque hay tanta gente, tanto urgencias, no es una urgencia mayor para venir rápido, rápido.” (31U – Rumanía)</i></p> <p><i>“Són urgències, no s’ha d’esperar. Quan el metge te dóna hora, t’esperes perquè t’ha donat hora, quan vas a urgències, estàs malalta, urgències no és per esperar” (09U – Marruecos)</i></p>
Tiempo de espera excesivo en relación al tiempo que se ausenta del trabajo	<p><i>“A ver, el hospital dan justificantes, esto muy bien, porque te tienen sabido que salen a esa hora pero tú sabes que a lo mejor el paciente dice, mira he faltado dos horas del trabajo y el jefe dice, vale, 2horas no pasa nada. Pero luego vienes al hospital y hay un retraso y estás aquí toda la mañana y luego ahí el jefe llamando al paciente, dónde estás. Porque muchas veces cuando vienen paciente, están por teléfono, ahora venimos, ahora venimos, es que (...) están preocupados, el trabajo, que hemos faltado...esto sí, porque esto no lo puedes evitar, eso sí que siempre hay retraso y para venir al hospital tienes que pedir un día de fiesta y entonces...son cosas que...no sé.” (32M)</i></p>
Valoración positiva de la priorización de usuarios según la gravedad/urgencia	<p><i>“ahora en el `Nombre Hospital` lo están haciendo, por decir algo, y es como un médico seleccionador de urgencias, digamos, que clasifica, clasificador. Cierto, porque no es lo mismo una urgencia que otra, y ustedes saben que (...), claro, no es lo mismo. Por ejemplo, no es lo mismo que yo llegue con una apendicitis, ¿cierto?, suele ser una cosa que es urgente” (19R)</i></p> <p><i>“La meva experiència és que quan estàs per (...) jo quan vaig estar embarassada vaig tenir un esguinç, pos sí que trigues! que triguen un parell d’hores o a vegades fins a tres a entrar, m’he trobat un cas que sí, però la resta més de dues hores d’esperar, però suposo que també hi ha gent que hi ha més urgent que tu que no pas que estiguis amb un esguinç però per exemple quan estava embarassada amb la pressió vaig venir i me van entrar de seguida, no vaig tenir que esperar, suposo que ja saben més o menys quan t’has d’esperar i quan no.” (27U – Marruecos)</i></p>
Tiempo de espera adecuado	<p><i>“hi havia molta gent. No pot ser que passi ella primer, abans de la gent. [...] a ella li agradaria poder passar el més aviat possible però si no hi ha possibilitat no passa res.” (10U – Marruecos)</i></p>
Causas	
Excesiva demanda	<p><i>“bien, la verdad. Aunque te hagan esperar un poco en las urgencias pero supongo que es algo normal, no? tanta gente pues supongo que no dan abasto,no...[...] La espera supongo porque no</i></p>

<p>de atención sanitaria y/o pocos recursos</p>	<p>hay suficientes médicos, no, supongo, digo yo, vamos no sé, tampoco entiendo mucho y no he visto nada, pero supongo que será por eso porque los médicos no dan abasto por la gente, que tiene tanta gente también... es que este hospital pertenece a toda esta zona de aquí, [...] uff, son muchos pueblos por aquí cercanos y vienen todos aquí, si se te acumula pues ya me explicarás.” (23U – Marruecos)</p> <p>“Mi opinión es que sí [se puede arreglar el tema de la espera] con paciencia sí porque todo se puede arreglar. Todo no se puede mejorar, se mejora <u>cuando hay dinero</u>, cuando hay dinero, no hay dinero.[...] Porque cuando hay dinero hay más médicos, hay más médicos, se arregla rápido. Porque también cuando hay un médico y trabaja ocho horas cada día, hará lo más y trabaja diez, se puede mejorar, no hay médicos.” (31 – Rumanía)</p> <p>“en urgencias, por la tarde, te quedas cuatro horas cinco horas, por la tarde.[...] No sé, yo, a ver yo lo digo, ¿sabes? A ver, se tienen que poner más, alguien, porque eso, eso no puede ser[...] es que hay gente o no hay gente, te hacen sentar mucho, allí en urgencias, no te cogen rápido. A lo mejor falta personal, yo que sé, [...] no sé, hay dos o tres allí no van a hacer nada, ¿me entiendes?[...] Bueno, a ver, yo digo que tienen mucho trabajo, ¿me entiendes?, porque hay poco personal, pero yo que sé, tienen que poner más gente, para urgencias. [...] Antes no esperabas mucho, antes. Pero ya te digo, ahora ya hay mucha gente enferma (Rie U24), y tampoco, aunque en la sala no hay tanta gente, se te hacen esperar mucho” (24U – Marruecos)</p> <p>“amb el tema d'urgències, [...] t'has d'esperar dos hores, és un tema que no sé si [...]jo sé que aquí que he sentit parlar a la meva dona que treballa en aquest... món i tot això, que sempre falten enfermeres, que sempre falten metges i falten i que la gent fa lo que pot, que... [...] jo no sé fins a que... no ho dic jo tampoc és una queixa, jo ho dic una...entre comilles... que pot un si es pot arreglar...” (28U – Marruecos)</p> <p>“Y claro, yo le explico a la gente, es que no es lo mismo, hace nueve años, es que cuánta gente ha llegado. Entonces no es lo mismo, porque la misma planta de médicos, porque es la misma cosa, hombre, entonces hay tiempo de espera de cinco y seis horas para una urgencia.” (19R)</p>
<p>Utilización incorrecta de los servicios por parte de los autóctonos</p>	<p>“No sabe emergencia, (...) Aquí en España por ejemplo yo enfermo, yo quiero un doctor, esta va a dar hora, después dos meses , después dos meses gente sentir mejor. Aquí ambulatorio aquí he estado, seis meses, ahora tú siéntate, después doctor (...). Ahora, si tú muerto, tú muerto. Aquí mucho pakistani muerto (...). Yo vomito, yo rápido una taxi aquí. Ah, vale siéntate. Después 4 horas sentado, 4 media. Esta emergencia, también tontería. Emergencia que gente mucho enfermo... Después yo voy enfermo más tarde. [...] Aquí España nunca sabes, qué está mal, si enfermo o no espérate, 3 horas o 4 horas sentado. Puede estar mucho alta, puede morir, ¿sí?. No, está enfermo primero, atención, primero. Mi país, por ejemplo emergencia no puedes tú. Tú mucho enfermo sí emergencia, y poco tiene fiebre...no, tu doctor ambulatorio, casa paracetamol. No, mi país, por ejemplo, tú mucho enfermo, tú emergencia. [...] Aquí tú mucho enfermo, no llega aquí mañana tiene (...) y puede tiene fiebre, se acaba puede que mueras, puede que mueras. Aquí 2 amigos muertos. [...] en mi país también sabe en Pakistán primero estudiar niño niña que fiebre no niño pastilla, que más grande 21...que sabe, cabeza duele, paracetamol, aspirin, no mucha cada 8 horas, muchas pakistanies saben, si frío ya saben.[...] En España mucha gente mayor emergencias, no sabe que no tan grave como para emergencia, puede curarse en casa [...] En Pakistán mucha gente enferma en casa, porque también padre madre, hermanos en casa, aquí solo. Aquí personas rápido ambulatorio. Las personas de Pakistán preguntan por qué fiebre, comida, mucho frío, mucho trabajo..., paracetamol, si fiebre no pasa entonces ambulatorio.”(12U – Pakistán)</p>
<p>Consecuencias</p>	

<p>Agravamiento de la enfermedad y/o de los síntomas</p>	<p>“y yo por ejemplo, he visto por ejemplo hay un chico colombiano, ¿qué tuvimos que hacer? Llevarlo para la ‘Nombre clínica privada’ porque pues yo decía, es que me parece el colmo, o sea...[...] Una clínica privada. ¿Por qué? Porque el chico es que si no se lleva allá se muere. O sea, era una apendicitis pero mejor dicho ya (...). El chico pálido, no respiraba, y dos horas y media allí en el ‘Nombre hospital’ sentados. O sea, yo decía, esto es el colmo pues entonces la mamá dijo, así no tengamos que pagar, vámonos del ‘Nombre hospital’ y vamos para la ‘Nombre clínica privada’. Llegó de una cirugía, ya tenía peritonitis imagínate el tiempo que llevaba que esperaba, ya llevaba peritonitis.” (19R)</p> <p>“No sabe emergencia. Aquí en España por ejemplo [...] Aquí mucho pakistani muerto (...). Yo vomito, yo rápido una taxi aquí. Ah, vale siéntate. Después 4 horas sentado, 4 media. Esta emergencia, también tontería. Emergencia que gente mucho enfermo (...) Después yo voy enfermo más tarde.[...] Aquí España nunca sabes, qué está mal, si enfermo o no espérate, 3 horas o 4 horas sentado. Puede estar mucho alta, puede morir, ¿sí?. No, está enfermo primero, atención, primero. Mi país, por ejemplo emergencia no puedes tú. Tú mucho enfermo sí emergencia, y poco tiene fiebre...no, tu doctor ambulatorio, casa paracetamol. No, mi país, por ejemplo, tú mucho enfermo, tú emergencia. Emergencia tiene rápido buscar trabajo, esta, esta, esta, no puede dejar morir. Aquí tú mucho enfermo, no llega aquí mañana tiene (...) y puede tiene fiebre, se acaba puede que mueras, puede que mueras. Aquí 2 amigos muertos.” (12U – Pakistán)</p> <p>“Ves que pasa cualquier cosa, vienes a urgencias, pues a ver aquí te tiras toda la noche, toda la noche no, pero tres o cuatro horas tranquilamente vamos y aquí puedes morir de dolor claro y espérate claro porque la gente...” (23U – Marruecos)</p> <p>“Todo el mundo dice que el trato, allí [urgencias hospital] llega un enfermo pero grave, grave, y espera 4 o 5 o 5 horas ahí para que lo atiendan. Entonces allá si me quejo en el Hospital XX. [...] el ‘Nombre Hospital’ es espantoso. Allá hay que ir... toda la gente, los comentarios es de que no has de ir al ‘Nombre hospital’, es esperarse y morirse.[...]” (22U – Colombia)</p> <p>“Ellos dicen, allí te vas y te puedes estar por la mañana, de momento te puede tener un dolor fuerte y te puedes morir, [...] urgencias es fatal y una historia que no sé, alguien vino al hospital, no sé qué hospital era, tenía que esperar tres horas antes que le atendieron con un dolor fuerte y al final al momento que atendieron al paciente, se murió, porque en estas tres horas tendrían que haber atendido ¿no? al paciente y tal en tres horas (...) no sabes lo que te está pasando y te vas y te hacen esperar y murió el hombre, pero no sé, eso en la comunidad Pakistání, si pasa una cosa así, se circula por todo el mundo ¿eh? Como están tan unidos, pasa alguna cosa, se hablan, mira eso ha pasado, el otro habla, habla, habla y ya en toda la comunidad se circula” (32M)</p> <p>“también mi prima le ha pasado algo en una noche, tenía que esperar a partir de las nueve de la noche, a las cinco de la mañana para mirar, para que mire un doctor y qué te ha pasado, esta mujer está muy grave, muy grave, porque tenía algo en la cabeza. Un vaso de sangre que sí y está mareada, no sabía dónde está, no sabía y tenía que esperar aquí..., no entiendo, te lo juro que no entiendo.[...] no me parece difícil [el acceso] porque la puerta está abierta. ¿sabes?, no te empuja nadie a fuera, te deja entrar y te ponen en espera” (31U – Rumanía)</p>
<p>Acuden a otros centros privados o públicos</p>	<p>“y yo por ejemplo, he visto por ejemplo hay un chico colombiano, ¿qué tuvimos que hacer? Llevarlo para la ‘Nombre clínica privada’ porque pues yo decía, es que me parece el colmo, o sea...[...] Una clínica privada. ¿Por qué? Porque el chico es que si no se lleva allá se muere. O sea, era una apendicitis pero mejor dicho ya (...). El chico pálido, no respiraba, y dos horas y media allí en el ‘Nombre hospital’ sentados. O sea, yo decía, esto es el colmo pues entonces la mamá dijo, así no tengamos que pagar, vámonos del ‘Nombre hospital’ y vamos para la ‘Nombre clínica privada’. Llegó de una cirugía, ya tenía peritonitis imagínate el tiempo que llevaba que esperaba, ya llevaba</p>

	<p>peritonitis.” (19R)</p> <p>“Ves que pasa cualquier cosa, vienes a urgencias, pues a ver aquí te tiras toda la noche, toda la noche no, pero tres o cuatro horas tranquilamente vamos y aquí puedes morir de dolor claro y espérate claro porque la gente... [...] Claro será por eso supongo, si hay una persona que tiene algo importante, que vaya a Gerona claro, que vaya a ‘Nombre hospital de referencia-Gerona’” (23U – Marruecos)</p> <p>“Porque por otro lado se quejan que vienen a urgencias y te atienden después de doce horas. [...] Si han venido alguna vez y han tenido que esperar mucho [...] y entonces van directamente a una privada. [...] preferiría venir a un centro donde la asistencia sanitaria es gratis no?, pero si tienes que esperar demasiado y no se lo puede permitir y puede permitirse pagar una consulta, irá a pagar la consulta” (02M)</p>
Acuden a farmacia y/o se automedican	<p>“Un calmant. Ha pres un calmant i ja està.[...] perquè hi havia molta gent. No pot ser que passi ella primer, abans de la gent. Si el seu germà...era el seu germà que tenia pressa [...] el seu germà que tenia pressa i li van dir que s’ha d’esperar dos hores perquè l’agafin. El seu germà no volia esperar i ha anat a casa sense passar per la visita aquí a Palamós.[...] la deixa a casa i ell va a treballar. Ella ha pres la pastilla.[...] Però és necessari que vagi al metge perquè vol saber perquè li fa tant de mal aquí.[...] a ella li agradaria poder passar el més aviat possible però si no hi ha possibilitat no passa res.” (10U – Marruecos)</p> <p>“és més pràctic anar a comprar una capsula de pastilles que anar a urgències, esperar dos hores per a que te receptin un medicament” (25M)</p>
Abandonan las urgencias	<p>“en urgencias hay veces que hay una espera [...] A veces que hay un doctor, por ejemplo, un médico y ya está en urgencias. Entonces, eh, vienen casos que hay muchísima gente que está esperando, sí, hay espera, hay espera. Esta sí, [ríe] claro que deben tener en cuenta que hay muchísima gente que está esperando, sobre todo para los niños que no aguantan mucho, me entiendes?, y tienen por ejemplo (...), los niños aunque tienen algo pequeño para pasar a urgencias pero ellos no aguantan quedarse esperando, me entiendes?, lloran y (...) no aguantan mucho. Eso para los niños y también para los grandes si la espera es demasiado eso influye claro. [...] Sí pasa eso, sí a veces pasa, claro, sí. Si no tienes mucho tiempo por ejemplo y necesitas ir a urgencias y tú siempre, bueno tienes un aire aquí que puedes esperar a urgencias, claro que eso influye. Si no tienes algo importante dices ya está me voy que voy a aguantar o hasta otro día” (26U – Marruecos)</p>

Tabla 2.5.3. Ejemplos de la espera en atención especializada

Subcategoría	Ejemplos
Tiempo de espera excesivo	<p>“que cuando te dan una visita que no te la den a muy largo plazo.[...] cuando te dan una visita es para mucho tiempo dentro de tres meses, de dos meses, de seis meses...[...] el ginecólogo, con digestivo, no sé, con dermatólogo...” (29U – Marruecos)</p> <p>“Però generalment està bé però saps que és un procés una miqueta més llarg, si tenim que sol·licitar una visitar amb algú especialista és...el procés és més llarg. [...] Per exemple he tingut l’operació del genoll al Maig passat, no era aquest Maig, però el procés ha començat un any i mig abans i després d’un any i mig he solucionat el problema.” (33U – Pakistán)</p>

	<p>“una cosa que te digo, que me parece ilógica, [...] tuve que esperar año y medio para que me operaron de coágulos en la vesícula, bueno si no me da el cólico yo no tengo ningún problema pero eso fue mi tiempo de espera.” (19R)</p> <p>“el sistema no funciona. El sistema...todo el sistema no funciona. [...] Porque te tienes que esperar tanto tiempo para mirarte algo que te ha pasado. Mira, hay una lista, que me ha pasado en hospital ahora cuando me han operado y también he visto la tele con una lista para esperar para operarse y a partir de hoy en seis meses o...porque no hay quirófano, no hay...no sé qué no hay.” (31 – Rumanía)</p> <p>“A ver que le digo yo...pues no, (...) yo pienso que si la gente está pagando su Seguridad Social tiene más derecho de exigir que lo atiendan y con más rapidez un poco mejor, yo creo. Uno paga una Seguridad Social aquí, cuando es gratis, gratis es diferente pero si uno está trabajando y paga la Seguridad Social, a uno le descuentan todos los meses de su sueldo, tanto de Seguridad Social, entonces pienso que tiene un derecho adquirido ya, pues necesita que lo atiendan con un poco más de eficacia.[...] como más...un poco más rápido. Porque ya le digo, si le ponen una cita para 3 meses, 4 meses, no se justifica.” (22U – Colombia)</p>
<p>Consecuencias</p>	
<p>Empeoramiento de la enfermedad y/o los síntomas</p>	<p>“Al momento tengo un amiga que le duele el pecho, siempre va al médico, le hace radiografías, le hace de todo y le da calmantes. [...] Ya ha ido al médico para programarse de una eco que le tienen que hacer y que la van a llamar y ya hace más de 2 semanas y no la han llamado. [...] se va a su país a ver que pasa. Coge el billete, se va al aeropuerto, se cae, la cogen, la llevan al médico, le miran y tenía cáncer de hígado, se murió ese mismo día. El mismo día se murió.[...] Claro, porque no se sabe qué tiene lleva años sufriendole ese dolor y ahora que le duele más le hacen esperar. Claro, la enfermedad no para si no se calma. Si no se para no para, la enfermedad sigue. [...]cuando esperas, esperas y esperas, al final te cansas. No solamente los inmigrantes, los españoles también” (04M)</p> <p>“La única cosa que quejan es de la espera, [...] y siempre dicen mientras que esperamos nos podemos morir, [...] Por ejemplo, tema de digestivo, llevan años con hepatitis pero no saben porque allí no hacen tantas pruebas, cuando llegan aquí, hacen las esperas, se encuentran de repente, ¡ah! tenemos esa enfermedad, los médicos entonces cuando dan visitas y además no dan medicamento, (...), un año de prueba, no sé qué cuanto tiempo de pruebas, de visitas, de pedir permiso no sé qué y dicen en todo ese tiempo podemos haber morido [muerto]”(32M)</p> <p>“Yo tengo la problema rodilla. Mi rodilla izquierda [...] Yo vengo aquí, para CAP XX, para 2007 a Julio, Julio, que yo pedir cita aquí, y ya pasa...luego manda a Hospital XX, para radiografía, luego manda “hospital XY”, luego la otro...no sé como llama...[...] Sí, otro centro. A 3, 4 lados centros me han mandado para radiografía. Ya ha pasado nueve meses, diez meses que cuando algo (...) rápido, algo no sé qué, dolora mucho y ya ha pasado uno año para solo, solo para verme qué es o algo. Siempre tarda un hospital, dos meses. Otro, dos meses. Otro, dos meses, ¿entiende? Por ejemplo, otro (...) que eso ya ha pasado la tarda, siempre. Por ejemplo, yo vengo, eso no culpa de CAP XX, eso ya me han mandado en Hospital grande, donde especialista, doctor, la XX, la del hospital XX. Ellos llaman a dos meses, un mes i medio, tarda, yo voy. Luego mándame otro cita, un mes. Eso la muy peligrosa (...) cuando no controlo la temprano, eso ya morto gente. [...] Claro, esperar tanto, dos meses a uno doctor, luego otro, otro, ya ha pasado eso muy importante algo. Eso controla uno más, antes [...] Por ejemplo tengo Hepatitis C, eso es muy peligrosa, eso dos amigos con dolor médico, ha muerto gente, es muy peligrosa, otro azúcar. Por ejemplo tengo yo esa mi cosa que quiero médico, cuando te deja lo médico ya ha muerto (...).” (34U – Pakistán)</p> <p>“una cosa que te digo, que me parece ilógica, [...] tuve que esperar año y medio para que me operaron de coágulos en la vesícula, [...] Pero lo que veo mal, [...] yo lo que no veo lógico, desde mi</p>

	<p>punto de vista, es que a mí me hagan [...] todos los exámenes preclínicos para una operación [...] que me lo hagan hoy y me operen dentro de año y medio. Y que dentro de año y medio ni siquiera revisen nada. ¿Por qué? Porque yo no sé mi organismo como puede evolucionar en año y medio. Y yo le decía, ¿ay y me vas a operar? Pero si no me has hecho nada. Yo le dije, por ejemplo, (...) yo nunca he sufrido de la presión ahora la mantengo alta y estoy tomando un medicamento, pero jesús no me ha preguntado y me mete a quirófano. A mí eso me parece pues, que no está bien. No sé, por eso ya te digo es de mi ignorancia pues médica pero yo digo, me hacen hoy unos exámenes para operarme dentro de un año y medio, además el médico ya sabe, porque yo me acuerdo que el médico mira, te tocará esperar entre año y medio más o menos, en diciembre o en enero te estaremos operando. Yo digo, si ya saben, porque obviamente por problemas lo saben, más o menos cuando, pues hombre, que me llaman un mes antes, perfecto, hacerme las pruebas. Eso lo cambiaría yo. Ahora tengo una chica colombiana que también van a operar y me dice llevo ocho meses que me hicieron los exámenes ah eso no es nada, no te preocupes, a mí me los hicieron un año y medio antes, tú no te preocupes. Pero yo no lo veo lógico, ¿me entiende?” (19R)</p>
Mejora y/o curación de la enfermedad y/o síntomas	<p>“Mi país es muy diferente la medicina porque en mi país...es diferente porque en mi país cada cosa...en las clínicas hay de todo, como aquí ¿no?, pero inmediatamente a usted le detectan una enfermedad lo mandan allí donde la persona, no como aquí que la citan para un año, para meses. Porque yo sufro de la vista, la gente que me manda son para seis meses o un año. Que tengo que ir donde para el oculista o oftalmólogo, como le llaman aquí. Vale, pues oftalmólogo y oculista es lo mismo [...] Me son citas de seis u ocho meses y en mi país no es así.[...] en mi país tú tienes un problema y te mandan, a donde el oculista, ve.[...] Mira, ayer tuve una cita en oftalmología y ni sé...y es que para que se me pasa, de tantos meses que se me dan.” (20U – Colombia)</p>
Acuden a consulta privada	<p>“[Si] han llamado para una visita en ginecología y tienen que esperar 6 meses para que se les dé la cita, que es lo que suele pasar, y entonces van directamente a una privada.[...] preferiría venir a un centro donde la asistencia sanitaria es gratis no?, pero si tienes que esperar demasiado y no se lo puede permitir y puede permitirse pagar una consulta, irá a pagar la consulta” (02M)</p>
Farmacia	<p>“El que si que tengo de algo y me voy a morir para esperar 3 meses. Estoy malísimo y tengo esperar 3 meses, antes de ir al médico, imagínate.[...] La verdad no tengo muchas ganas de irme al médico. La verdad no tengo muchas ganas de irme al médico. Paso la farmacia me voy a tomar algo y...ya.” (06U – Senegal)</p>
Acuden a país de origen en búsqueda de atención	<p>“Al momento tengo un amiga que le duele el pecho, siempre va al médico, le hace radiografías, le hace de todo y le da calmantes. Ayer la llamé y ha dejado todos los calmantes porque dice ya estoy cansada. Ya ha ido al médico para programarse de una eco que le tienen que hacer y que la van a llamar y ya hace más de 2 semanas y no la han llamado. [...] se va a su país a ver que pasa. Coge el billete, se va al aeropuerto, se cae, la cogen, la llevan al médico, le miran y tenía cáncer de hígado, se murió ese mismo día. El mismo día se murió.[...] Claro, porque no se sabe qué tiene lleva años sufriendole ese dolor y ahora que le duele más le hacen esperar. Claro, la enfermedad no para si no se calma. Si no se para no para, la enfermedad sigue. [...]cuando esperas, esperas y esperas, al final te cansas. No solamente los inmigrantes, los españoles también” (04M)</p>
Olvido de la cita	<p>“como una persona necesita algo o así, tiene problemas algunos problemas, a veces tardan mucho, un mes, dos meses y luego olvidar.[...] Que él pensaba que ya no venía.[...] Porque yo sé que especialistas siempre muy ocupados y entonces yo he estado, tardado horas, tardan mucho, entonces qué puedo hacer, nada” (30R)</p>
Resignación ante	<p>“Y a veces también en las otras..., como de la ‘Nombre centro especialistas’ a veces te dan como un</p>

la espera	que..., tiene que programar...que no tendrá una programación hasta dentro de 2 meses o así y luego te llaman, eso también peor ...esto mal.[...] siempre te dirán que aún no hay visita de eso y tiene que esperar cuando hay. Bueno, y tú qué vas a hacer, esperar , esperar y ya está.[...] A dónde vas a ir? Ninguna parte , solamente esperar.” (14U – Senegal)
-----------	--

2.6. Programación de citas en atención primaria como barrera de acceso

Tabla 2.6.1. Ejemplos de la programación de citas en atención primaria

Subcategoría	Ejemplos
Programación de citas en atención primaria como barrera de acceso	<p>“Mira, mi país si yo estaba mal, no falta coger cita, tú va cuando tú quieras. Aquí en general es diferente, sí. Allá no hace falta coger cita. Cuando estaba mal tú va, cuando tú va, la gente y esperan si usted es muy mal. Los personas que están te dejan pasar, aquí no sé, no sé si...(riu)”(05U-Senegal)</p> <p>“allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora.. No vas a llegar y entrar, claro... [...] no vas a entrar ya, que va imposible, ya te cuesta ir [...] digo voy aquí un momento, me atiendo allí y... que va, que va!” (23U – Marruecos)</p> <p>“De cabecera. [...] O sea, yo pido cita y sé que me atienden en dos semanas. [...] es que yo pido una cita hoy porque es que la necesito hoy o mañana pero ya dos semanas puede ya que esto se me haya pasado....[...] No, súper mal. Entonces hay gente que qué hace, ¡ah, no!, me voy por urgencias o a urgencias del Centro de Atención, que también hay médico de urgencias. Entonces pues toca eso, porque claro, hay cosas, por ejemplo, si...si o sea hay cosas que (...), ya si esto es normal, esto qué hacer. Ya hace dos semanas yo digo al médico de cabecera, yo para qué, ya no, no es oportuno. Cosas como que uno sabe que puede esperar, ¿cierto?. Por ejemplo, que tengas medicinas ¿sabes? Para quince días antes pues todas esas cosas que no sabes que si puedes esperar. Pero uno al médico va a consultar es porque es algo puntual y inmediato (...).” (19R)</p> <p>“si te pasa algo [...] como no vengas aquí [hospital]....como no vengas aquí, allí [centro de atención primaria] pa que te atiendan es imposible....si vas ahí es que no te van a dejar ni entrar....[...] Porque tienen que dar la visita, el día...la hora.. no vas a llegar y entrar, claro... [...] digo voy aquí un momento, me atiendo allí y... que va, que va! no, no, te han ver urgencias.” (23U – Marruecos)</p>

2.7. Calidad técnica de la atención sanitaria

Tabla 2.7.1. Ejemplos de la calidad técnica de la atención recibida.

Subcategoría	Ejemplos
Brevedad del tiempo asignado a la consulta	<p>“Ellos quieren hacer la faena más rápida y se va, es lo que tienen, que tienen prisa....[...] Y también, el problema, cuando hacen visita, hacen la visita a la misma casi, o por cinco minutos, o por dos minutos, eso no puede ser. Y la gente va allí de golpe, y entonces van retrasados....[...]. Hacen unas visitas, justas, no hacen por ejemplo diez minutos cada visita, si hacen todo junto, allí todo el mundo allí, y una que tarde más, y una que tarde menos, y entonces allí van retrasadas, entonces ya” (24U –Marruecos)</p> <p>“quizá que los médicos dediquen un poco más de tiempo, claro como está todo así tan cargado...va</p>

	<p>súper rápido no? Entonces que dediquen un poco más de tiempo [...] creo que es lo más importante” (01R)</p>
<p>Ausencia de exploración física o insuficiente</p>	<p>“No me gusta [el centro de atención primaria] porque debería ser como en el hospital. Si hay una urgencia, pues atienden pero solo lo requisan [miran] a uno, como me parece a mí que como por encima y ya le mandan cualquier medicina y ya.[...] Y ya te dicen que si la medicina no te este pues...¿entiendes?[...] en el centro de salud. En el hospital no lo dejan salir a uno hasta que no le hagan exámenes de todo ¿eh?” (20U – Colombia)</p> <p>“que intentan de mirar más la cosa, mirar más la cosa porque, por ejemplo, igual vas al médico, si te pregunta qué te pasa, ¿qué te pasa?, me duele el estómago.[...] Te dan una pastilla y venga, ala. [...] Que haya más atención, que se me miren con todo lo que tienen que mirar.[...] Me refiero a utilizar todos los medios para saber lo que le pasa a éste.” (13R)</p> <p>“Dice que si viene una persona al médico quejándose de algo, que le hagan una radiografía, que les hagan las pruebas necesarias para saber lo que le pasa, para poder curarla, no solamente darte calmantes. Lo que le digo, que la enfermedad avanza. [...] Lo que deben hacer cuando vas a tu médico de cabecera quejándote de algo, no te manden tantas veces calmantes. Este calmante no te va bien, te cambio de calmantes, que te hagan las pruebas que hagan falta y salimos de dudas todos. Siempre la duda lo que la trae es esto, que no sabes claramente qué es lo que tienes.” (04M)</p> <p>“mi amiga. En el centro de salud mi amiga nunca le salió la enfermedad.[...] siempre iba, pero nunca sabían que lo tenía. Ella decía que le dolía y que este..., pero nada más. Cuando fue al hospital de (...)le dijeron, tienes cáncer en el colon.[...] No me gusta [el centro de atención primaria] porque debería ser como en el hospital. Si hay una urgencia, pues atienden pero solo lo requisan [miran] a uno, como me parece a mí que como por encima y ya le mandan cualquier medicina y ya.[...] Y ya te dicen que si la medicina no te este pues...¿entiendes?[...] en el centro de salud. En el hospital no lo dejan salir a uno hasta que no le hagan exámenes de todo ¿eh?” (20U – Colombia)</p> <p>“Y tampoco te mira (...) porque has venido. Tengo dolor de cabeza, vale, vuelves después de 3 semanas. [...] Una urgencia sólo para mirar, no es una urgencia. Una urgencia yo creo que es cuando te mira y te arregla y a casa. Creo que sólo urgencia tiene Hospital XX, que es más grande, Hospital XY ellos te pueden arreglar, también con paciencia, tienes que esperar, dormir un poquito...después te miran” (31U - Rumanía)</p> <p>“Mucha gente tiene tuberculosis, porque viven mucha gente junta. Si tos pastilla, sino mucha tos a ambulatorio. Porque no saben hablar muchos [médicos] no saben. Saben [en Alemania] que si tos, prueba rápido. Aquí no, aquí tos, pastillas, 6 meses prueba. Alemania mucho más rápido, tos prueba.[...] Mucha gente se va a Alemania si enfermo, que allí es más fácil, menos pastillas, más rápido, el ejemplo de la tuberculosis, que los especialistas te miran todo en 3 días, hay poca gente en Alemania,[...] En Pakistán menos pastillas, menos antibióticos...[...] Yo no solo, mucha persona extranjera habla que muy malo médicos españoles, perdona. Por ejemplo un chino en mi trabajo, por ejemplo yo enfermo cada vez mas enfermo yo, después pastilla chino, y bien. Si urgencias yo muerto. Aquí muy fácil médico, pastillas...pero yo no quiero mucha pastilla, si yo tomo pastilla 3 meses, por qué no mejor.[...] El doctor no pregunta aquí (...) doctor no pregunta(...) ah! más pastillas, después de esta pastilla más puede tú enfermo, “side effect” sabes? (...) después por ejemplo yo aquí enfermo, doctor provas, prova sabe yo enfermo, sin prova no. Mi país toca aquí sabe tu enfermo, sin prova, por ejemplo yo fiebre no aquí yo máquina doctor toca eh, eh, es aquí, ah vale, esta está enfermo, entonces esta pastilla, no más esta, no esta. Después muchos muchos enfermos no saben después puede prova, esta prova es dentro de cámara, 2 aquí mujer muerto, yo no muerto, estos 2 muertos, yo no quiero, yo no quiero prova. Un periodico, esta prova hay 2 muertos. Yo ahí medico periodico que si prova dos muertos porqué a mí prueba...? yo ahora siempre garganta malo... (...)pensar no máquina, no directamente máquina, maquina, una prova bueno, 2 malo.” (12U – Pakistán)</p> <p>“Esto no me gusta porque puedes mirar la niña bien. Mira, hay una vez, yo fuiste en su médico</p>

	<p>porque estaba en tos [...] No le miraba como se va la niña, me dice (...) está bien, [...] dale este jarabe solo. La niña no se puede dormir, lo llevo a urgencias en hospitalX hasta la 4 de la noche. Eso no bien, [...] me parece mal porque es médico no puedo, mirarlo y que le duele y tocarlo y...mirarlo bien! Después, antes de decir que este jarabe está bien, debe mirar la niña antes de decir que este jarabe volver a darle este jarabe. Cuando yo fuiste en hospitalX me dijeron, este jarabe no le das, más me apuntaba otra receta. [...] Mira, porque yo no, yo me gustaba que el médico le miras más, para saber. [...] Porque ellos no pueden hacerle revisas a la niña, porque la niña no..., si ella tiene tos ¿sí?, no es mucho tos, ellos no sabían, es tos u se duele la cabeza, u su barriga u no sé. Ellos no la hicieron ninguna revisa, le dijeron que sí, sí esta tos, vale este solo vuelve a dárselo, esto me molesta.[...] Porque, mira, los médico estaban para verlos (riu), las personas que estaba mal, no es pereza. Si tú estaba, si usted fuiste en médico, le dice que, estoy mal a mi cabeza, te dice que, te hace revisa. Otra vez tú vuelve allá, le dice que no hace falta. Tú coges este médica, este..." (05U – Senegal)</p> <p>"Alguno que no está contento se queja, que lo médico solo sabe decir, tómate esta pastilla, tómate esta pastilla. Te da pastilla y no busque entender mucha cosa, te da pastilla y ya está.[...] Que te revisan primero para saber qué es. Me ha pasado una vez que me duele la cola de aquí abajo, que me duele mucho, que no ves ahora pues una radiografía para saber pero qué me ha dicho el médico, tómate esta pastilla, se va a mejorar. Me, hasta ahora siempre me viene ese dolor, a veces me viene, cuando hace mucho frío me viene y no sé. [...] Te preguntan de qué trabajas y le dices. Es posible que tú esté muy cansada porque a mi trabajo ando mucho. Pero me gustaría que me...ah! O antes algún radiografía para mirar qué ha pasado...[...] No, te pasará, te pasará así te va a contestar.[...]Me ha pasado pero después me ha venido otra vez el mismo dolor.[...] No me ha gustado para que no es...nunca se sabe si es algo que me pasó ahí atrás va siguiendo solamente para que la pastilla calma solamente el momento del dolor pero no sé qué va a pasar mañana, solamente calmar el momento del dolor, están viviendo de esto.[...] [me gustaría] Hacer una radiografía para mirar[...] para saber si no lo miran no pueden saber qué tengo dentro.[...] Me voy buscar la misma pastilla, me lo compro en la farmacia y lo tomo. No hace falta ir, para qué va mirar para la misma pastilla para calmar, entonces no hace falta ir otra vez.[...] Que no te den tanta pastilla, que te miren bien a ver qué te pasa.[...] Para saber qué duele a una persona hay que mirarla. No se la puede calmar solamente con pastillas. Tómate esto, se va el dolor pero si aquello está dentro, va a estar dentro. La pastilla quita solamente el dolor" (06U – Senegal)</p> <p>"la sola cosa que es muy poco raro para mí, que soy de Rumania. En Rumania cuando te vas al médico, dicen diagnóstico, él te dice o te pasa la receta (...) te dicen diagnóstico y después las medicinas (...) sí, las medicinas. Aquí no te dicen (...) tú le dices los síntomas y después me da la medicina (...) y eso es todo, adiós. [...] No me dicen diagnóstico o podría tener esto, esto o esto, solamente la medicina que tengo que tomar.[...] por eso me preguntaba si tengo gastritis, si tengo úlcera (...) y no me han dicho nada, solo me dio el tratamiento, que lo hice también en Rumania, lo mismas medicinas, sí (...) y ese tratamiento se puede también tomar para úlcera y para gastritis, y si no me ha dicho (Rie U36) no sé si lo tengo, porque son regímenes un poco diferentes para gastritis puedes comer más o menos todo, pero para úlcera no, no, muchas cosas no puedes comer." (36U – Rumanía)</p>
<p>Conducta expectativa</p>	<p>"Y tampoco te mira (...) porque has venido. Tengo dolor de cabeza, vale, vuelves después de 3 semanas. [...] Una urgencia sólo para mirar, no es una urgencia. Una urgencia yo creo que es cuando te mira y te arregla y a casa. Creo que sólo urgencia tiene Hospital XX, que es más grande, Hospital XY ellos te pueden arreglar, también con paciencia, tienes que esperar, dormir un poquito...después te miran" (31U - Rumanía)</p> <p>"La gente está acostumbrada bastante, bueno, en Rumania, bueno ir a un médico, decirle lo que le pasa y salir de allí con una receta. O sea, imprescindible salir con una receta, que no se les diga, espérate que va a pasar. Entonces quieren la solución y quieren que sea rápida. O sea, aunque este tratamiento no sea el mejor pero que se les de algo y mejorar, les da igual, a veces aunque sea psicossomático pero bueno da igual no. Aquí muchas veces han venido y la niña digamos de la familia</p>

	<p>tenía tos y el médico la vio y le dijo bueno, está bien, no tiene nada, pues no salieron muy contentos de esto" (01R)</p>
<p>Prescripción tratamiento sintomático</p>	<p>"que intentan de mirar más la cosa, mirar más la cosa porque, por ejemplo, igual vas al médico, si te pregunta qué te pasa, ¿qué te pasa?, me duele el estómago. Te recetan unos, unos, unos..."obeprazol" y te dicen, bueno va esto yo lo veo mal. Porque si una cosa se puede curar no veo la razón para calmarlo, que se cura y ya está. Así esto aprovechará a los servicios sanitarios y al paciente, también. Porque si lo tienes curado ya no tendrás que ir otra vez al médico.[...] Te dan una pastilla y venga, ala. [...] Que haya más atención, que se me miren con todo lo que tienen que mirar.[...] Me refiero a utilizar todos los medios para saber lo que le pasa a éste, y si se puede curar, que se pongan a curarlo y no a calmarlo. [...] Influye...porque yo me digo que me está curando tal, un señor tal y veo que no estoy mejorando, yo me digo, igual me lo voy a cambiar. Pero si veo que a este siempre que voy, pase lo que me pase, me siento mejor, pues todo lo que me va a pasar en la vida, seguramente lo voy a ver. Que sea una cosa grave o no grave, lo voy a ver, seguro." (13R)</p> <p>"Sí porque a veces una persona va al médico y luego no..., le dice va a veces que sufre por dolores, va porque está mal y claro le dice que no tienes nada y le receta algún calmante y ya está lo manda a casa. Yo como a mí me han contado algunas personas. [...] Les recetan algún calmante y ya está"(29U – Marruecos)</p> <p>"dicen que solamente les dan calmantes y calmantes y no se curan. [...]dicen que no les curan, sino solamente les dan calmantes y esto les da miedo porque te crees que la enfermedad va avanzando. Si no se cura y solamente se calma, claro, si es un virus que avanza, avanzará igual.[...] Si vas tantas veces, tantas veces te dan calmante y no se te cura piensas que no se testan curando bien. [...] Dice que si viene una persona al médico quejándose de algo, que le hagan una radiografía, que les hagan las pruebas necesarias para saber lo que le pasa, para poder curarla, no solamente darte calmantes. Lo que le digo, que la enfermedad avanza. [...]Pero dice que es lo que le da el médico cuando va, pues se toma su calmante y se queda tranquilo. [...] Lo que deben hacer cuando vas a tu médico de cabecera quejándote de algo, no te manden tantas veces calmantes. Este calmante no te va bien, te cambio de calmantes, que te hagan las pruebas que hagan falta y salimos de dudas todos. Siempre la duda lo que la trae es esto, que no sabes claramente qué es lo que tienes." (04M)</p>
<p>Desconocimiento y/o equivocación sobre diagnóstico y/o tratamiento</p>	<p>"Yo tengo un problema en el dedo gordo del pie derecho, un hongo, hace 3 años y me dan algunas medicina que se unte esto, que se ponga esta pomada y la uña igual me sale pero vuelve y se cae otra vez. [...] Eso lo tengo hace 3 años, entonces fui y le dije al doctor, mira, mire doctor, este problema [...] Pero es que mientras la infección esté ahí, nunca se acabará. Usted me tiene que, primero tratar la infección porque la uña sale, ella crece, pero vuelve y se cae. Ah, bueno, es que hay que dar antibióticos muy fuertes para eso, pero nunca me los han recetado. Entonces ahora fui, hace como 15 días, me dijo que...me quitaron un trocito de uña y me lo mandaron al laboratorio para hacer un cultivo. Tengo que ir en este viernes"(22U – Colombia)</p> <p>"Aquí yo conozco una mujer, ella tiene un problema de con médico o una su ginecóloga o enfermera, yo qué sé y ella tiene una problema con ella. [...] Ella pone el "DIU", anticonceptivo y puesto mal. Yo la veía muy mal esa chica, tiene niña pequeña, y luego ya mucho hospital y...yo creo que culpa de esa enfermera o no sé"(30R)</p> <p>"lo teníamos que operar de "adenoides [...] consultaba con el pediatra en Colombia, yo le decía mira, te voy a mandar de escanear las radiografías, si sí, si no. Bueno, así no le hice la cirugía porque dice, ay, yo no. El pediatra de 'nombre Niño' me decía ese niño sufre "adenoides", por eso ronca y no sé qué pero bueno, no me dijo nada más. Dice que hay gente que le parece bien esa cirugía, otra no la quiere hacer. [...] A los 2 años yo veía que 'nombre Niño', el maxilar superior no se le estaba desarrollando igual que el inferior, [...] pues lo llevé al odontólogo. El odontólogo me dijo, eso en Colombia, me dice esto es un problema de ortodoncista y aquí hay uno mejicano, buenísimo, no sé qué. [...] Me dice, tú hijo no está respirando, no está viviendo está sobreviviendo día a día. Dice, la columna vertebral ya la torció [...] Pues al otro día me fui con el pediatra y le dije, mira, esto, si tú me lo explicas, yo meto a quirófano a mi hijo porque es que claro yo te preguntaba qué</p>

	<p>contraindicaciones hay si no lo opero [...] el pediatra no sabía nada. [...] Cosas tan mínimas que uno dices pero eso en Colombia no pasa.” (19R)</p> <p>“mi hijo tuvo un accidente hace 2 años. [...] se fracturo la clavícula [...] lo mandaron operar en Barcelona, pero muy mal, muy mal. [...] pues ya no puede subir el brazo, le dolía mucho. Él me dice que el médico se equivocó al operarle y en lugar de...si la soldan, la ponen así, le ponen una platina con unos tornillos, [...] pero este no le hizo eso, le hizo así, [...] él vino aquí muy mal, no podía, no podía, muy mal. Entonces se fue y le tomaron unas radiografías. Bueno, pero a usted quién le hizo esto, aquel traumatólogo, me operó en Barcelona, es que no le hicieron nada, está muy mal. Lo mandaron al de otro traumatólogo, es que es el mejor del mundo, no sé, y lo operó pero que muy bien, pero la primera operación, muy mal. O sea me hace que falla un poco la medicina aquí, no es de mucha, mucha confianza.” (22U – Colombia)</p> <p>“Yo pienso que [...] Se equivocan, de pronto de equivocan. Por ejemplo en Colombia hay una enfermedad del estómago que le llaman “Amebas”, [...] Aquí parece que no las conocen. A mí me ha dado, a veces, me molesta el estómago, me da diarrea y toda cosa, entonces una vez fui al médico porque estaba mal del estómago, entonces la doctora me atendió, [...] dijo bueno, le duele la barriga o el estómago, qué es lo que le duele. [...] Ah! que es una pasa. Siempre le dicen a uno que es una pasa [gastroenteritis]. [...] me senté al lado de un señor, es mayor y nos pusimos a hablar. Bueno me dijo que conocía Colombia, conocía el Ecuador, conocía muchos países de Latinoamérica y me dijo, me enfermé aquí de las “Amebas”, están las “Amebas”, pero aquí no las conocen, aquí no saben qué es una amebiasis. Allá la conocen mucho los médicos, van y le dicen y le toman una muestra de materia fecal, ah es una amebiasis lo que tiene, y le dan un tratamiento, aquí no le tratan, es el médico. Yo estuve muy mal, con diarrea 15 días, estuve muy mal. Pero me tocó irme al Ecuador y allá me las curaron, me dijeron, tienes una amebiasis y digo, allá me las curaron, aquí no las conocen” (22U – Colombia)</p> <p>“Mucha gente tiene tuberculosis, porque viven mucha gente junta. Si tos pastilla, sino mucha tos a ambulatorio. Porque no saben hablar muchos [médicos] no saben. Saben [en Alemania] que si tos, prueba rápido. Aquí no, aquí tos, pastillas, 6 meses prueba. Alemania mucho más rápido, tos prueba.[...] Mucha gente se va a Alemania si enfermo, que allí es más fácil, menos pastillas, más rápido, el ejemplo de la tuberculosis, que los especialistas te miran todo en 3 días, hay poca gente en Alemania,[...] En Pakistán menos pastillas, menos antibióticos...[...] Yo no solo, mucha persona extranjera habla que muy malo médicos españoles, perdona. Por ejemplo un chino en mi trabajo, por ejemplo yo enfermo cada vez mas enfermo yo, después pastilla chino, y bien. Si urgencias yo muerto. Aquí muy fácil médico, pastillas...pero yo no quiero mucha pastilla, si yo tomo pastilla 3 meses, por qué no mejor.[...] El doctor no pregunta aquí (...) doctor no pregunta(...) ah! más pastillas, después de esta pastilla más puede tú enfermo, “side effect” sabes? (...) después por ejemplo yo aquí enfermo, doctor provas, prova sabe yo enfermo, sin prova no. Mi país toca aquí sabe tu enfermo, sin prova, por ejemplo yo fiebre no aquí yo máquina doctor toca eh, eh, es aquí, ah vale, esta está está enfermo, entonces esta pastilla, no más esta, no esta. Después muchos muchos enfermos no saben después puede prova, esta prova es dentro de cámara, 2 aquí mujer muerto, yo no muerto, estos 2 muertos, yo no quiero, yo no quiero prova. Un periodico, esta prova hay 2 muertos. Yo ahí medico periodico que si prova dos muertos porqué a mí prueba...? yo ahora siempre garganta malo... (...)pensar no máquina, no directamente máquina, maquina, una prova bueno, 2 malo.” (12U – Pakistán)</p>
--	---

Tabla 2.7.2. Ejemplos de las consecuencias de la mala calidad técnica de la atención sanitaria.

Consecuencia	Ejemplos
--------------	----------

<p>Búsqueda de atención con otro profesional u otro centro asistencial</p>	<p>“Podría ser que no porque algunos a los mejor van al médico y...van al médico y más o menos saben que llevan arrastrando algo hace años, van al médico y se ve que todavía lo llevan arrastrando. Y así no tienen la confianza que tienen que tener en los servicios médicos.[...] Porque si te vas una vez y no te da confianza, igual no volverás más.[...] muchos igual como vayan al médico y vean que no se han mejorado sus estado, tienen...tienen dudas y eso que este está capaz de sacarme de aquí o tal y otro y muchos, teniendo este presentimiento no vuelven.[...] Influye...porque yo me digo que me está curando tal, un señor tal y veo que no estoy mejorando, yo me digo, igual me lo voy a cambiar” (13R)</p> <p>“ambulatorio también urgencias, pero no voy porque esta no sabe mucho, [...] esta solo doctor de enfermo, de garganta, tiene fiebre, poca cosa sabe. Siempre yo enfermo directamente aquí [hospital]” (12U – Pakistán)</p> <p>“Mucha gente se va a Alemania si enfermo, que allí es más fácil, menos pastillas, más rápido, el ejemplo de la tuberculosis, que los especialistas te miran todo en 3 días, hay poca gente en Alemania” (12U – Pakistán)</p> <p>“mi hijo tuvo un accidente hace 2 años. [...] se fracturo la clavícula [...] lo mandaron operar en Barcelona, pero muy mal, muy mal. [...] pues ya no puede subir el brazo, le dolía mucho. Él me dice que el médico se equivocó al operarle y en lugar de...si la soldan, la ponen así, le ponen una platina con unos tornillos, [...] pero este no le hizo eso, le hizo así, [...] él vino aquí muy mal, no podía, no podía, muy mal. Entonces se fue y le tomaron unas radiografías. Bueno, pero a usted quién le hizo esto, aquel traumatólogo, me operó en Barcelona, es que no le hicieron nada, está muy mal. Lo mandaron al de otro traumatólogo, es que es el mejor del mundo, no sé, y lo operó pero que muy bien, pero la primera operación, muy mal. O sea me hace que falla un poco la medicina aquí, no es de mucha, mucha confianza.” (22U – Colombia)</p> <p>“bueno no hay que, bueno hay que confiar no tanto porque puedes verificar porque si vas al otro médico y coincide sí que entonces hay que confiar más pero no lo sé, también hay que verificar porque algún médico también se puede equivocar.” (35U – Rumanía)</p>
<p>Farmacia, automedicación</p>	<p>“dicen que solamente les dan calmantes y calmantes y no se curan. [...]dicen que no les curan, sino solamente les dan calmantes y esto les da miedo porque te crees que la enfermedad va avanzando. Si no se cura y solamente se calma, claro, si es un virus que avanza, avanzará igual. Entonces esto no les da mucha confianza [...] Creen que no se ha hecho bien. Creen que no han hecho bien la faena, que lo que tienen que hacer no se lo han hecho.[...] Si vas tantas veces, tantas veces te dan calmante y no se te cura piensas que no se te estan curando bien. [...] Por ejemplo, la chica que te dije que se murió el día que iba a su país a curarse ésta, ni sus familiares y sus amigos tendrán tanta confianza. Porque un cáncer se puede detectar aquí, pero no se miró.[...] Dice que si viene una persona al médico quejándose de algo, que le hagan una radiografía, que les hagan las pruebas necesarias para saber lo que le pasa, para poder curarla, no solamente darte calmantes. Lo que le digo, que la enfermedad avanza. [...] Se cansan de tantos viajes sin nada, con lo mismo. Porque si tú crees que cuando voy hoy me van a dar calmante, me voy a la farmacia y me compro un calmante. Yo no la hago pero mi marido sí. Yo me peleo siempre con él que se vaya al médico, pero nunca va. Baja a la farmacia, compra el medicamento, viene y se queda tranquilo. “Niboprufeno” siempre hay en casa, ahora es su postre, yo le digo, ahora es tu postre, no es tu medicamento, al final no te va a curar. Pero dice que es lo que le da el médico cuando va, pues se toma su calmante y se queda tranquilo. [...] Lo que deben hacer cuando vas a tu médico de cabecera quejándote de algo, no te manden tantas veces calmantes. Este calmante no te va bien, te cambio de calmantes, que te hagan las pruebas que hagan falta y salimos de dudas todos. Siempre la duda lo que la trae es esto, que no sabes claramente qué es lo que tienes.” (04M)</p> <p>“Medicamentos tradicionales, sí. Porque algunos lo traen de nuestro países y lo utilizan aquí. Sí, sí.</p>

	<p>Cuando la enfermedad es tan grave, hace tiempo le están tratando, tratando, ahora dicen, ya casi no confío a eso ¡eh! (Ríe M15) no porque ya llamo a mi país y que me traigan medicamento [...] Entonces empieza a tener miedo, dice, ¡Ah!, hace mucho tiempo que hemos ido al hospital pero no me han detectado, ¿sabes? Voy a llamar a mi país y voy a decir a mi padre (...) que me mande el medicamento que si no voy a morir." (15M)</p>
No acceso	<p>"Hombre hay gente que no quiere volver más. Sí porque a veces una persona va al médico y luego no..., le dice va a veces que sufre por dolores, va porque está mal y claro le dice que no tienes nada y le receta algún calmante y ya está lo manda a casa. Yo como a mí me han contado algunas personas. [...] Les recetan algún calmante y ya está, porque le dice que no tienes nada... yo conozco una persona que me dice (...) me ha dicho que una vez fue al médico, porque se quejaba del dolor y le ha dicho que tu siempre estás mala, por ejemplo, que es que no se qué quiere decir con esto pero ninguna persona va al hospital porque no tiene nada, creo!"(29U – Marruecos)</p> <p>"quizá que los médicos dediquen un poco más de tiempo, claro como está todo así tan cargado...va súper rápido no? Entonces que dediquen un poco más de tiempo y que estén más abiertos a explicar cosas y concienciar a la gente, creo que es lo más importante, o sea no sólo debes hacer tal, debes hacer tal, pero también explicar qué puede pasar si no lo haces [...] tenemos un caso de sífilis, pues le dices, vamos a hacer unos análisis en grupo porque, claro a todo el mundo le parece normal, en plan, porque me acusas a mí de tener esto, pero les debe explicar qué puede pasar si no lo hacen, si la enfermedad pues evoluciona y...El caso es que bueno, hay veces que no es un simple resfriado, son más complicados y que se tiene que explicar a largo plazo que puede pasar.[...] la única cosa que noto es de parte de los mismos usuarios que comento que muchas veces no van o descuidan su salud si no es una de las citas concertadas y tienen que ir ellos mismos porque dicen seguramente no me van a atender bien" (01R)</p> <p>"Podría ser que no porque algunos a los mejor van al médico y...van al médico y más o menos saben que llevan arrastrando algo hace años, van al médico y se ve que todavía lo llevan arrastrando. Y así no tienen la confianza que tienen que tener en los servicios médicos.[...] Porque si te vas una vez y no te da confianza, igual no volverás más.[...] muchos igual como vayan al médico y vean que no se han mejorado sus estado, tienen...tienen dudas y eso que este está capaz de sacarme de aquí o tal y otro y muchos, teniendo este presentimiento no vuelven.[...] Influye...porque yo me digo que me está curando tal, un señor tal y veo que no estoy mejorando, yo me digo, igual me lo voy a cambiar" (13R)</p>

2.8. Comunicación entre profesional y usuario

Tabla 2.8.1. Ejemplos de la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario.

Subcategoría	Ejemplos
Proceso de comunicación adecuado	<p>"te atienden bien [...] hay médicos por ejemplo aquí en España, yo, médicos que te hablan muchas veces, [...] te habla como de persona a persona, esto te van bien, cuando el médico te está hablando de esta manera y te está explicando las cosas, el no hagas esto. Por ejemplo, también se trata del ginecólogo aquí (...) me ha cogido para hacerme una analítica y me encontraron una cosa que (...) ni, no lo sabía, ni no lo pensaba. [...] Y me estaba diciendo. 'mira, sabes que te vas a tomar esto o te vas a poner enferma, bien enferma, tienes que tomarte', y me dieron el medicamento, y tenía que tomármelo, porque te explican las cosas, y esto sí que (...) hay personas que le gustan, y a mi por ejemplo me gusta, cuando me explican de donde viene esto, porque como me encontraron aquella cosa (...) que no lo esperaban, que ni no lo pensaban, sí no voy nunca, porque son cosas que nunca sabes. Entonces me estaba explicando, porque yo</p>

	<p>me quede un poquito [...] asustada. Porque cuando me dijeron y me explicaron, ‘esto no tienes que asustarte, porque no es una cosa que (...) se cura, se puede curar, pero tienes que tomarte este medicamento, porque si no te pones enferma’ y estas son cosas que (...) en mi país no le hacen los médicos.” (37U– Rumanía)</p> <p>“ personalmente me quedo muy tranquila, es sobretodo porque pregunto a las preguntas que me molestan. Por eso. Por ejemplo, voy al médico de cabecera y le dices por ejemplo que tienes así, eso, eso, eso. Me refiero a las análisis por ejemplo si tengo análisis y siempre mi cabecera me coge las análisis y me explica qué es eso, eso, eso, eso bajo, eso alto... me entiendes?, así, entonces me quedo muy tranquila, muy asegurada, tengo mucha confianza y todo, sí.” (26U – Marruecos)</p>
<p>Información insuficiente sobre la enfermedad, las pruebas y/o el tratamiento</p>	<p>“Cuando se van a la cabecera hablan con ella claro, sí, y explica un poco, pero en la mayoría de los casos le faltan explicaciones [...]’a dónde voy a terminar aquí mismo al CAP o no?, voy a Nombre Ciudad?’ Y que van a hacer?” vale? “me han pedido una ecografía, qué es una ecografía?’ por ejemplo, me entiendes? [...] porque cuestión de la lengua, me entiendes?” (26U – Marruecos)</p> <p>“quizá que los médicos dediquen un poco más de tiempo, claro como está todo así tan cargado...va súper rápido no? Entonces que dediquen un poco más de tiempo y que estén más abiertos a explicar cosas y concienciar a la gente, creo que es lo más importante, o sea no sólo debes hacer tal, debes hacer tal, pero también explicar qué puede pasar si no lo haces [...] tenemos un caso de sífilis, pues le dices, vamos a hacer unos análisis en grupo porque, claro a todo el mundo le parece normal, en plan, porque me acusan a mí de tener esto, pero les debe explicar qué puede pasar si no lo hacen, si la enfermedad pues evoluciona y...El caso es que bueno, hay veces que no es un simple resfriado, son más complicados y que se tiene que explicar a largo plazo que puede pasar” (01R)</p> <p>“Mira, si ellos, si el médico dice que, debe coger este pastis [pastillas], es yo quien debe preguntarle, ese pastis [pastillas], para qué. Ellos pueden explicar.[...] soy yo quien debe preguntar en mi médico u ellos deben explicarme mucho cosas?[...] Que para qué yo debe coger este, para qué se cura, y todo, ¿sí?. Es yo quien debe. Me si yo, si ellos comprenden que él no, no sabe, no sabe hablar castellano, son ellos quien deben explicar porque él, ella te comprenda bien.” (05U – Senegal)</p> <p>“la retroalimentación de la información, o sea, que el médico te explique todo. [...] Por eso te digo yo, es un trabajo de muchos años y se supone que los médicos han hecho un juramento (...) y todo esto, se supone, pero en la realidad no es así. Entonces digo pues una estrategia es eso, yo por eso a todas las asociaciones digo trabajen mucho la parte cultural, que los conozcan, que los persigan, que los conozcan, pues que es tan sencillo.” (19R)</p> <p>“cuando yo voy con un médico aquí, muchas veces no hay ese intercambio de información. Porque por ejemplo a mí me gusta que me expliquen todo, si tengo esto o (...) y esto qué y esto qué, cuáles son las consecuencias. Entonces primero que nosotros vemos que la atención del médico como tal no hay mucha retroalimentación, ¿cierto?, de información.[...] porque esto es lo que te digo yo esto es una solicitud que hace todo el mundo, la retroalimentación de la información, o sea, que el médico te explique todo. [...]Bueno, hay catalanes que también, o sea no es que sean todos, pero el hecho de que os sientas que te están poniendo cuidado y de que les estás explicando y te están explicando consecuencias o diagnósticos que puede tener la enfermera que esté teniendo o lo que sea, eso por un lado.” (19R)</p> <p>“que doctor sabe que gente enfermo, no muchas cosas habla, no habla con persona, por ejemplo yo enfermo de corazón, no mi doctor habla “uy, tiene corazon problema, muy grande problema, tu puede muerto”, aquí en España, mi país corazón problema doctor pero no habla así, tiene</p>

	<p>dolor aquí, poca grasa. Doctores en España no habla, no tratan bien, por ejemplo especialista yo pregunto qué problema, después esta gente mucho pensar; en Pakistán tu doctora, tu sabes problema corazón, mejor tu mañana caminar, no alcohol, no cigarro... aquí no, aquí no hablan y gente no sabe, no sabe grasa malo... Mi país ahora tu cigarro tu no pastilla, primero tu cigarro no, después pastilla, a las 6 tu mañana caminar un parque es bueno, tiene peso baja, mucha beber agua" (12U – Pakistán)</p> <p>"porque todas las personas no son iguales. Este, esa, no son iguales eh? Para tenerlos confianza, es para hablar, como se hablan, como se tratan la gente...eso es, ¿sí? me yo todavía no sabía cómo, cómo ellos...cómo...yo no puedo tenerlos confianza porque ellos no saben cómo eran.[...] Mira, si una persona se fuiste en médico, su médico, la persona debe hablar bien, comunicar...me no es venir sólo, sí dime, ¿qué te duele?, antes de decir esto, ¿cómo estás?, ¿bien?, ¿y tú?. Hablar mucho, sí, esto es... [...] Por ejemplo, si yo fuiste en médico, si el médico (...) ¿qué te duele?, dice esto (riu) y ya está. Hace, quita tu ropa, y voy aquí, no sé habla...esto, esto me da miedo.[...] Sí, porque los médicos deben hablar con los personas que estaban mal, sí. Para (riu) sí, para, para ayudarle el dolor, todos olvidan el dolor...sí, dice, mira todo se hará bien ¿vale?, ¿te duele?, vale, todo se hará bien. Hablar muy bien con ellos!! Esto es bien!, sí." (05U – Senegal)</p>
<p>Información poco comprensible</p>	<p>"Y es una chica que no entiende ni habla el catalán y hay médicos que no te cambian el idioma [...] Entonces a veces hay enfermeras y hay médicos que no te cambian el chip y te hablan en catalán. Entonces la señora se queda, es que me dice en catalán y yo no lo entendí y para qué le pido que me repita si sé que me va a pegar un grito"(19R)</p> <p>"És que depèn també de cada metge. Hi ha metge que té més possibilitat, o l'actitud també, també facilita la relació entre metge i pacient. No sé, amb gestos...amb això facilita molt i dóna, o sigui crea molta confiança entre les dues parts. Si hi ha metge que és molt serio i explica tan, tan, tan, per exemple, paraules tècniques doncs sempre hi ha una barrera. Ni el metge pot arribar al pacient ni el pacient pot entendre el metge i crec que és l'actitud, també."(25M)</p>
<p>Usuario necesita preguntar para obtener información</p>	<p>"Pero siempre yo digo por eso te he dicho la primera vez que necesitas preguntar y buscar tus cosas, me entiendes?, porque yo creo que eso pasa a cualquier sitio, y en mi país (...) en mi país y también puede pasar aquí, eso de que por ejemplo aunque sea español o que sea marroquino, siempre debía preguntar sobre sus cosas, su salud, preguntar para saber lo que pasa exactamente, porque bueno gracias al médico claro, pero el médico va a decirte pero tiene montón de gente este día, va a explicarte, pero claro que tu si preguntas va a ayudarlo a explicar más, a (...) y así, me entiendes?" (26U- Marruecos)</p> <p>"Mira, si ellos, si el médico dice que, debe coger este pastis [pastillas], es yo quien debe preguntarle, ese pastis [pastillas], para qué. Ellos pueden explicar.[...] soy yo quien debe preguntar en mi médico u ellos deben explicarme mucho cosas?[...] Que para qué yo debe coger este, para qué se cura, y todo, ¿sí?. Es yo quien debe. Me si yo, si ellos comprenden que él no, no sabe, no sabe hablar castellano, son ellos quien deben explicar porque él, ella te comprenda bien." (05U – Senegal)</p>
<p>Consecuencias comunicación desagradable</p>	<p>"Muy fuertes al expresarse. [...] Nosotros no estamos acostumbrados así...[...]Mira yo hablo por experiencia. Ahora ya tuve que ir al psicólogo porque mi hijo nació, se me tomó el líquido [...] Me le salió una manchita en la cabeza [...] la enfermera, la doctora, la médica, como les llaman, me dijo algo muy fuerte que no me gustó y yo no quise. Yo fui a la asistente social y yo le dije [...] que me pusieran un psicólogo porque eso me había afectado mucho." (20U – Colombia)</p> <p>"És que depèn també de cada metge. Hi ha metge que té més possibilitat, o l'actitud també, també facilita la relació entre metge i pacient. No sé, amb gestos...amb això facilita molt i dóna, o sigui crea molta confiança entre les dues parts. Si hi ha metge que és molt serio i explica tan,</p>

	<p><i>tan, tan, per exemple, paraules tècniques doncs sempre hi ha una barrera. Ni el metge pot arribar al pacient ni el pacient pot entendre el metge i crec que és l'actitud, també."(25M)</i></p> <p><i>"Y es una chica que no entiende ni habla el catalán y hay médicos que no te cambian el idioma [...] Entonces a veces hay enfermeras y hay médicos que no te cambian el chip y te hablan en catalán. Entonces la señora se queda, es que me dice en catalán y yo no lo entendí y para qué le pido que me repita si sé que me va a pegar un grito"(19R)</i></p>
--	---

Tabla 2.8.2. Ejemplos de facilitadores de la comunicación entre profesional y usuario por parte del sistema sanitario cuando existe desconocimiento del idioma.

Subcategoría	Ejemplos
Mediadores facilitan la comunicación y la atención	<p><i>"Las mediadoras en general están siempre en las habitaciones que... que sabes que les traducen, la gente que está ingresada por ejemplo, explicándole cómo va, lo sube a las habitaciones, de la comida, de todo." (29U – Marruecos)</i></p> <p><i>"No, no es muy importante venir con personas.[...] Sí, amigo no vengo, no pasa nada, voy yo solo. Cuando por ejemplo tengo problema con el castellano, no sabe, ahí tengo la mediadora.[...] cuando venir solo, (...) solo, no sabe castellano yo intento ayudarme porque por ejemplo no sabe yo nada, para la cita qué día, qué hora, pues la mediadora me puede ayudar."(34U- Pakistán)</i></p> <p><i>"Bueno el problema del idioma ahora casi casi no existe porque hay mediadoras y ya está, esto [rie] está solucionado con las mediadoras.[...] Porque si alguno no sabe o no entiende con la mediadora facilita muchísimo las cosas, claro, porque lo explica en su idioma y entonces es más cerca y también bueno el inmigrante es más cerca también de su cabecera (...) del organismo medico en general." (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>"Pero cuando tuve que ir al ginecólogo, me olvide, no pensé, hasta que cuando llegué ahí estaba, ¿cómo se dice esto? ¿cómo se dice esto? Y me preguntaba si quería un traductor, pero no. Me trataron bien. [...] Un traductor, sí, un intérprete."(36U – Rumanía)</i></p> <p><i>"en ambulatorio también mediadoras y gusta. Muchas mujeres pakistaníes no pueden estudiar, mujer no sabe que problema, espera al marido. No habla de muchas cosas si el médico es hombre, y mejor mediadora." (12U – Pakistán)</i></p> <p><i>"[les dones marroquines] ja saben que hi ha aquest servei [i per això] Venen soles [...] servei de mediació és molt important que es faci servir molt. O sigui, com he dit sempre, no vol dir una persona que parla una mica l'idioma que ja ha entès tot. Hi ha alguns que li diuen, per exemple, un cas que vaig tenir, té un tumor i parla perfectament el castellà però no ha entès què té com a malaltia [...] no s'haurien de confondre entre una persona que parla perfectament el castellà o el català a una persona que entengui el missatge del metge [...] Que quan tens un problema i tu no entens bé, pues s'hauria de preguntar, si no saps un no l'entén bé, s'hauria de fer servei de mediació." (25M)</i></p> <p><i>"tienen una dificultad para entenderse con el médico. A veces no saben cómo explicar lo que les pasa, a veces cuando el médico explica qué hacer también es un problema porque no le entienden bien, si no tienen intérprete.[...] Es un problema, porque es por ejemplo la chica que te dije. Si entendiera lo que le dijeron ese día que viniese a hacerse la analítica no faltaría a esa analítica porque esta prueba al final no se la hizo, y si le sale algo al niño, es un problema. [...] poniendo más horas a la mediadoras [se evitarían problemas], las horas que están los profesionales, los médicos, las mismas horas que están los médicos.[...] Facilitaría el trabajo." (04M)</i></p> <p><i>"todos los médicos yo creo que saben paquistaniés, mujeres o...cómo es, sí, ellos saben. Y aquí hay muchas mediadoras también paquistaniés, sí.[...] Yo creo que muy importante porque como una mujer que el marido siempre trabaja, una mujer necesita algo como dirían embarazada, ella tiene dolor, algo y ella quiere hospital, luego ya fue hospital y no poder explicar qué ella es lo que tiene de dolor, o algo y</i></p>

	<p><i>luego es muy mal. Entonces no entendí lo que decían ni entendía los médicos. Entonces muy importante mediadoras, muy importante.[...] por el idioma también y también alguna vez...cosas que como paisana. Ella sabe de su cultura y todo y más importante esa cosa también, que como ayudar a ella, sí, las dos cosas [...] El problema de idioma, pero ahora como hay...como trabajan mediadoras la gente, yo creo que toda la gente sabe que en 'nombre de hospital' hay mediadoras, mediadores y mediadoras y allí te ayudarán mucho. Entonces ellos sí van al hospital.” (30R)</i></p>
<p>No conoce el servicio de mediación o no es bien valorado</p>	<p><i>“[ante la pregunta de si conoce los mediadores] No he visto.[...] No. [explicándole que son personas que están en los centros sanitarios y ayudan con el idioma...] No, yo me he buscado siempre la vida para hablar.” (06U – Senegal)</i></p> <p><i>“perquè no està bé per la gent jove, jo no ho trobo bé per la gent jove, per què? perquè tenen temps d'aprendre. Ara, un avi que està aquí que no li vas a demanar a un avi que està aquí aprendre castellà o aprendre vasc [...] n'hi ha que no en saben i no els pots obligar, tampoc és que no ho faran, un de 70 anys [...] però per la gent jove no sé potser que és molt útil, però clar que la gent vaga que diguem que no volen aquestes coses, si tenim sempre mediadors perquè volem saber el castellà, perquè aprenem el castellà o el català o el que sigui, perquè aprenem el castellà si tenim mediadors, això ho posa més fàcil, clar ho pots fer, en el treball m'ajuden, en el d'això m'ajuden, a l'hospital m'ajuden, a l'ajuntament m'ajuden, a la policia m'ajuden, no fas un esforç per això....” (28U – Marruecos)</i></p>
<p>Médicos que se comunican en alguno de los idiomas que conoce el usuario</p>	<p><i>“Mi experiencia los médicos (...), la verdad ha estado muy bien, te digo, porque, a ver, hay médicos de muchos países que están aquí, ya te digo, hay muchos muchos, más de la mitad no son españoles, más de la mitad que no son españoles. Médicos, por ejemplo, de operadores, de ginecólogos, no son españoles [...] entonces allí una ginecóloga, que sabe árabe” (24U – Marruecos)</i></p> <p><i>“[médicos] tiene estudiar un poquito de otra lengua, de un inglés porque aquí nadie te pregunta. Hablas inglés o no, no entiende y ya está. [...] inglés, un poquito de francés, un poquito de..., o dos o tres porque hay mil o diez mil de personas en un hospital y no todos son de aquí, hay inglés, hay polaco, hay de todo. Tiene que, con esta gente qué. Lo dejamos aquí y...han pasado, han visto todo el mundo, más o menos, en Francia, Irlanda, Alemania, por todo el mundo se habla inglés. [...] Aquí, muy poco.” (31U – Rumanía)</i></p>
<p>Promoción del aprendizaje del catalán por los mediadores</p>	<p><i>“al principi estaven tots, tots contra el català. I com ha arribat el missatge que aquí el català és necessari perquè estem a Catalunya i és una norma per totes les novingudes que s'hauria d'aprendre el català. L'han acceptat poc a poc. I hi ha possibilitat de treballar, si parles amb una persones en català no és lo mateix que ho parles en castellà, per exemple, t'obren més les portes. El tema de professionals, si hi ha una persona marroquina, perquè nosaltres estem treballant que totes les novingudes parlin català, ja almenys els primers anys,[...] escoles d'adults [...] Segons el missatge que li facis arribar. Diuen que el català no és necessari i perquè els catalans estan tan fanàtics del català i tot això. [...] els catalans, també els interessa, que vosaltres els immigrants que parleu en català, almenys si com facis un gran favor per a ells. Aquí és veritat, abans del català, a Catalunya no parlar català és una mica absurd ¿no? Doncs no volen entendre [...] els catalans defensen el català, doncs posa't al lloc dels catalans [...] I doncs, van acceptar d'aquesta manera, ah, bé, bé i ara el català i tot això.” (25M)</i></p>

2.9. Actitud y comportamiento del profesional

Tabla 2.9.1. Ejemplos de la actitud y comportamiento del profesional sanitario.

Subcategoría	Ejemplos
Actitud y comportamiento	<p><i>“Quan venia amb l'embaràs que...sempre li han rebut bé, l'han tractat bé i fan la feina bé. Que tots li han tractat bé.” (09U – Marruecos)</i></p> <p><i>“En general, tota la família li agrada molt el sistema d'aquí, de sanitat, i l'atenció sanitària</i></p>

<p>agradable</p>	<p>d'aquí d'Espanya o d'Europa, en general. I comenten això al Marroc mateix. Es tracten en un exemple sobre l'atenció sanitària aquí. Estan molt a gust.[...] Son cariñosas[...] El carinyo és molt important a la vida. Sense el carinyo no rebràs bé el missatge...O sigui en general aquí la sanitat molt bé."(10U – Marruecos)</p> <p>"en los médicos no. Porque yo tengo experiencia y no creo que..., pero es normal, normal gente. No todos, no la gente de calles, vecinos o alguien así, pero con médicos no porque ellos con todos igual, sí, yo creo que sí, porque conmigo...siempre que yo conozco gente todos te dicen que muy bien, muy, muy bien, muy contentos. [...] Yo creo que muy bien esto, es que respectan mucho. Muy amables." (30R)</p>
<p>Comportamiento desagradable por parte del profesional</p>	<p>"yo con él no estoy cómodo, no me gusta la atención. Yo tengo un problema en el dedo gordo del pie derecho, [...] pero a mí no me ha gustado la forma como él, me mira así el pie y casi le digo un día, no pero es que yo me baño todos los días porque miraba así de lejos.[...] Pues...yo le digo, le soy franco, no me gusta casi ir al médico porque no me gusta el médico que me atiende. Claro que de pronto le reclamé algún día y ha cambiado, ha cambiado, sí. Ahora (...), saluda bien, esto es otra cosa, él ha cambiado. Pero no estoy a gusto con él, me gustaría que me volvieran a poner o la doctora "A" o la doctora "B", porque ellas me atendieron muy bien"(22U – Colombia)</p> <p>"Ayer había una chica en casa, una colombiana, y dice, le dije al médico, le va a operar, creo que es el menisco, ¿cierto? y ella tiene una goma al pie de la rodilla pues como esto que van haciendo allí, al pie de la rodilla donde se tiene el menisco. Entonces ella le dice al ortopedista, doctor, es que yo ya le he dicho en las dos citas que he tenido con usted...que me mire esta goma porque no sé si tiene que...esto que te lo miren después y tú no tienes que decirme a mí qué te tengo que mirar. Y ella le dijo, no lo que pasa es que yo ya le he preguntado varias veces porque esa goma me duele mucho y sabiendo que me va a abrir para el menisco pues yo no sé si es que puede aprovechar y sacarme eso y... es que tú no me tienes que decir a mí yo qué te tengo que hacer, tú qué te crees. Ella le dijo, no me creo nada, no, simplemente es mi cuerpo y yo quiero preguntar pues ¿es que no puedo? Le dice, es que yo soy el médico. Me decía, me provocaba (...)" (19R)</p> <p>"Porque no se, atiende a la gente que no, no atiende a la gente bien, porque yo fui con mi prima, mi prima vivía allí, y ¿sabes?, le da igual las cosas si no, ¿sabes? [...] Por ejemplo, ahora te toca a ti, pues venga vámonos. Te hacen unas cosas que, que te sientan mal, porque yo fui con mi prima, y entonces incluso aquí mi prima cuando (...) se tiene que hacer algo, tiene que venir aquí, pero dice 'yo no voy allí', siempre viene aquí mi prima. [...] Sí, no tienen contacto y no, ¿sabes? A ver, no te hablan unas cosas que, a ver, que sienta bien, ¿me entiendes?, ellos les da igual, ¿sabes?, que vengas y te hago rápido y te vas." (24U – Marruecos)</p> <p>"para mejorarlo lo que pienso yo es que haya más contacto entre los pacientes y los médicos [...]que sean amables, que sean abiertos [...] Porque eso inspira confianza. Porque si vienes y ves que el médico tiene mala cara...igual "pa" decirle algunas cosas, te dará vergüenza porque si tienen...porque nosotros estamos en un país que algunas cosas no se pueden decir entre hombre y mujer [...] tienen vergüenza a veces de comentarse algunas cosas como te he dicho. Y si están más abiertos, se ve que..., si están más abierto que podéis hablar muchísimas cosas aunque no sea relacionado con lo que te está pasando. Y sobre la manera de hablar y todo esto según cómo te dejan entrar ya te haces una idea más o menos de cómo está el tipo este." (13R)</p> <p>"porque le dice que no tienes nada... yo conozco una persona que me dice (...) me ha dicho que una vez fue al médico, porque se quejaba del dolor y le ha dicho que tu siempre estás mala, por ejemplo, que es que no se qué quiere decir con esto pero ninguna persona va al hospital porque no tiene nada, creo!"(29U – Marruecos)</p>

Consecuencias actitud desagradable	
<p>No se establece clima de confianza, dificulta proceso diagnóstico</p>	<p>“para mejorarlo lo que pienso yo es que haya más contacto entre los pacientes y los médicos [...] que sean amables, que sean abiertos [...] Porque eso inspira confianza. Porque si vienes y ves que el médico tiene mala cara...igual “pa” decirle algunas cosas, te dará vergüenza porque si tienen...porque nosotros estamos en un país que algunas cosas no se pueden decir entre hombre y mujer [...] tienen vergüenza a veces de comentarse algunas cosas como te he dicho. Y si están más abiertos, se ve que..., si están más abierto que podéis hablar muchísimas cosas aunque no sea relacionado con lo que te está pasando. Y sobre la manera de hablar y todo esto según como te dejan entrar ya te haces una idea más o menos de cómo está el tipo este.” (13R)</p> <p>“És que depèn també de cada metge. Hi ha metge que té més possibilitat, o l’actitud també, també facilita la relació entre metge i pacient. No sé, amb gestos...amb això facilita molt i dóna, o sigui crea molta confiança entre les dues parts. Si hi ha metge que és molt serio i explica tan, tan, tan, per exemple, paraules tècniques doncs sempre hi ha una barrera. Ni el metge pot arribar al pacient ni el pacient pot entendre el metge i crec que és l’actitud, també.”(25M)</p>
<p>No acude una siguiente vez al mismo médico</p>	<p>“Porque no se, atiende a la gente que no, no atiende a la gente bien, porque yo fui con mi prima, mi prima vivía allí, y ¿sabes?, le da igual las cosas si no, ¿sabes? [...] Por ejemplo, ahora te toca a ti, pues venga vámonos. Te hacen unas cosas que, que te sientan mal, porque yo fui con mi prima, y entonces incluso aquí mi prima cuando (...) se tiene que hacer algo, tiene que venir aquí, pero dice ‘yo no voy allí’, siempre viene aquí mi prima. [...] Sí, no tienen contacto y no, ¿sabes? A ver, no te hablan unas cosas que, a ver, que sienta bien, ¿me entiendes?, ellos les da igual, ¿sabes?, que vengas y te hago rápido y te vas.” (24U –Marruecos)</p> <p>“la única cosa que noto es de parte de los mismos usuarios que comento que muchas veces no van o descuidan su salud [...] porque dicen seguramente no me van a atender bien” (01R)</p>
<p>Solicita cambio de médico</p>	<p>“El trato siempre influye, siempre tiene una consecuencia. Yo por mi parte esto no me obligaría a no ir al médico, siempre que tengo que ir voy y ya está, pero todos no son iguales.[...] Hay algunos que vienen que quieren cambiar de médico. Esto pasa mucho..[...] Por el trato. Por a ver si hay otro mejor.[...] Claro, porque no se sientan a gusto. Entonces prefieren cambiar de médico que no tener que ir al médico.” (04M)</p>
<p>Reclama un cambio de comportamiento al profesional</p>	<p>“yo con él no estoy cómodo, no me gusta la atención. Yo tengo un problema en el dedo gordo del pie derecho, [...] pero a mí no me ha gustado la forma como él, me mira así el pie y casi le digo un día, no pero es que yo me baño todos los días porque miraba así de lejos.[...] Pues...yo le digo, le soy franco, no me gusta casi ir al médico porque no me gusta el médico que me atiende. Claro que de pronto le reclamé algún día y ha cambiado, ha cambiado, sí. Ahora (...), saluda bien, esto es otra cosa, él ha cambiado. Pero no estoy a gusto con él, me gustaría que me volvieran a poner o la doctora “A” o la doctora “B”, porque ellas me atendieron muy bien”(22U – Colombia)</p>

3. Elementos que influyen en el acceso a los servicios sanitarios relacionados con los el usuario.

3.1. Desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento

Tabla 3.1.1. Ejemplos de las causas del desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento

Causa	Ejemplos
Brevedad del tiempo de estadia	<i>“acaba de entrar, acaba de entrar aquí a España, y todavía no (...), la chica todavía no, no sabe” (24U – Marruecos)</i>
Desconocimiento del idioma	<i>“Sí, todo [información sobre servicios sanitarios] mi padre, claro sino como quien te contará la cosa, si no sabes hablar, nadie entenderá, claro mi padre, mi padre.” (23U - Marruecos)</i> <i>“Para informarse a ver, depende del idioma, si domina el idioma porque si no domina vienes que buscar algo en rumano o traducir alguna página... “ (35U – Rumanía)</i>
Situación administrativa irregular	<i>“Quan una persona no té papers, no té suficient informacions, no hi ha ninguna persona que informar si en caso que està malalta i pot venir aquí [urgències] i demanar l’atenció sanitària.” (10U – Marruecos)</i> <i>“...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles.”(11U – Marruecos)</i>
Ser mujer	<i>“Porque Pakistán es un país muy diferente y entonces ellos no tienen ninguna información, de cómo ir a hospital, o como ir a coger metro, como...muy difícil. Ellos no saben nada. Como cuando llego aquí, primera vez mucho como un choque. Yo ahora aquí ya puedo ser como una mujer porque maridos todos saber aquí, viven aquí, trabajan aquí, pero mujeres...no saben nada” (30R)</i> <i>“segons també si està casat o si està soltera, [...] perquè si és soltera, arriba aquí, no té targeta sanitària, no té informacions, però si ja és una senyora casada, en general ha vingut aquí a través pel reagrupament familiar, o sigui, lògicament el marit ja sap com es fa la targeta sanitària i tot això” (25M)</i>
Nivel socioeconómico bajo	<i>“Crec que això de l’analfabetisme és una gran barrera, sí, és una barrera bastant important.[...] Té pot ser problemes que no tenir bastant informacions sobre serveis que n’hi ha per aquí i tot això” (25M)</i>
Actitud del individuo	<i>“Además hay gente también que no tiene tiempo o que no le gusta, ¿entiendes? Porque aquí hay muchos paisanos pero yo no te puedo decir, ve a ver a mí amiga por esto, yo sé que o no tienen su genio o no les gusta ¿sí? Dirán, no, no yo ya tengo la tarjeta, sí. Y no van a querer</i>

	<p>informarse.” (20U – Colombia)</p> <p>“Bueno creo que depende de la persona porque si la persona quiere informarse se puede informar. Así para caer sólo la información del cielo, no, bueno tiene que estar abierto a recibir información” (35U – Rumanía)</p>
Falta de tiempo	<p>“la chica todavía no, no sabe, [...] no tenía tiempo” (24U – Marruecos)</p>
Círculo social provee información incorrecta	<p>“varias veces nosotros mismos, los paisanos no nos sabemos explicar.[...] Porque ponemos varias veces vueltas a las personas, (...) no, de verdad. Entonces no le explicamos a uno a donde uno tiene que ir concretamente. Le explican por encima y uno a ver si entendió o no” (20U-Colombia)</p>
Colectivo inmigrante	<p>“Y lo que pasa es que nosotros [los senegaleses] no somos..., no somos como la gente de aquí, somos más sociables que la gente de aquí. Que nosotros nos transmitimos los sentimientos como si fuera que estuviéramos viviendo en Senegal porque nosotros tenemos el costumbre allí que si uno no sepa algo, aunque se lo pregunta a uno que ni conoce, se lo va a contestar. [...] Aunque no lo conozca, si lo preguntas una cosa que no sabes, se te va a decir lo que sé él. Lo que sabe él te lo dice.” (13R)</p> <p>“Bueno, nosotros los senegaleses siempre solemos tener contacto entre nosotros, por la mayor parte. Este año han entrado mucho que claro no tenían ningún conocimiento, pero hay muchos que les he visto yo que vienen con otra persona que conoce a alguien aquí, entonces siempre están informados.” (04M)</p> <p>“Tienen [los rumanos] más bien una manera de inmigrar bastante individualista, van a algún lugar que conocen puntualmente una persona, que en el primer momento les está ayudando con una información que tengo o incluso con unos cursos, pero después se tienen que arreglar solos, pero no participan, no tienen una red participativa, no funciona la asociación participativa, como en los colectivos pakistaníes, por ejemplo. [...] Influye mucho porque si la información no circula, muchas veces ellos no tienen conocimiento de los circuitos sanitarios, no tienen conocimiento” (02M)</p>

Tabla 3.1.2. Ejemplos de las consecuencias del desconocimiento sobre el sistema sanitario y su funcionamiento

Consecuencia	Ejemplo
Demora en la búsqueda de atención	<p>“pero eso ya no es así, me he cambiado de domicilio, he ido digamos al CAP más cerca de casa y ... bueno todavía no me ha llegado[...] Estoy solicitando los que... están más cerca de ‘Nombre Lugar’ no sé cómo...” (35U – Rumanía)</p>
Utilización de la tarjeta de otra persona	<p>“Va fer servir la targeta de la seva cunyada. Que ella en aquell moment vivia a casa del seu germà petit, però a Platja d’Aro, i quan es va posar malalta estava a casa de l’altre germà a Sant Feliu. Estava molt malalta i l’han portat a urgències de Sant Feliu i va fer servir la targeta de la cunyada. [...] Sí, perquè ella té, o sigui, si com està segura si un dia se va sense targeta, no li</p>

	<p>deixen entrar. [...] que pot entrar només quan dóna el nom, ella no ho sap."(10U – Marruecos)</p>
<p>No acude, acuden a la farmacia, automedicación</p>	<p>"Mucha gente de Pakistán, y otros extranjeros, no sabe que hay emergencia de ambulatoria, solo visitas, y que después toman pastillas en casa, y no van [se refiere al centro sanitario]." (12U- Pakistán)</p> <p>"No, no saben. [cómo y dónde acudir si se ponen enfermos] Quedan en casa o...toman medicinas sin receta de médico." (17U – Senegal)</p> <p>"[enferman y no acuden a los servicios sanitarios] porque no está informado de... de cómo funciona los servicios sanitarios o por cualquier otra cosa que no debería" (35U – Rumanía)</p> <p>"Ella viene de Colombia de un día para otro, [...] pues de gente pobre, pues que no tiene muchos recursos. Me dice ay 'Nombre' que yo estoy haciendo fuerzas que le vaya todo rápido a la muchacha porque para pagar aquí la clínica yo me voy a morir...[...] Y la otra ahí pues que lleva aquí cinco años. Pero seguro, ella seguramente no ha hecho uso de sus servicios o qué, y yo le digo, pero es que tú no te preocupes que a ti no te van a colar ni un duro, o sea que no tienes que pagar nada [...]Pobre señora, este es el problema tan impresionante. [...]Que si me quedo sin trabajo, claro, venimos con esas cosas. Creen, hay gente que cree que porque por ejemplo no está cotizando en la Seguridad Social, porque lleva 3 meses buscando empleo, entonces que no se puede enfermar o así y yo digo, no, no. Entonces falta un poco de información frente a ese sector de la cobertura sanitaria que se tenga o no tenga empleo."(19R)</p> <p>"...pero no visito mucho los médicos.[...] Porque yo creo que no tengo derechos para...[...] Para ver al médico.[...] Porque no tengo papeles."(11U – Marruecos)</p>
<p>Prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>"Muchos te pueden venir a las dos de la tarde o a las cinco de la tarde teniendo algo, se van a urgencias y no saben que las urgencias empiezan a las horas que ya no hay servicio, no hay servicio en inmediato.[...] Urgencias de los, de los...cómo se dice, de eso de..., de los ambulatorios. Porque allí según lo que sea, empiezan las urgencias a las ocho, de las ocho a las..., ocho de la mañana, me parece, y así, si te pasa algo y no has cogido cita, no te puedes ir porque si te vayas, si te vayas vas a tardar un montón de rato sin que te consulten"(13R)</p> <p>"Me encuentro con gente que tenía; debería venir para hacer análisis de sangre a la ocho, viene sentadito hasta las diez. Como yo siempre (...) para aquí (...) para allá, paseando a ver si algunos tienen problema, entonces cuando nos van paseando gente que han durado mucho tiempo no lo llaman, dicen, mira, estoy aquí hace mucho tiempo aún no me han llamado. Digo, no se puede ser, ¿cómo que no te han llamado? ¿A qué hora tenía visita? ¡Dame el papel! que mira que está aquí. Y yo lo miro. Pero no te puede llamar, tú tenía que darle esto papel, cuando ya esté te van a llamar, pero si te quedas con esto nadie (...) no sabe que tú esta aquí." (15M)</p>
<p>Uso de urgencias hospitalarias en vez de atención primaria</p>	<p>"hay gente que viene directamente al hospital sin papel, sin nada. Entonces lo comentas a ellos, que tú no puedes venir directamente aquí, al menos que sea de urgencia, si no es de urgencia, si tú vienes aquí, nadie no te vas a atender, tiene que ir a ver primero tu cabecera y luego él, si no puede resolver tu problema, tu enfermedad, te dará un papel para mandarte en hospitalX. Pero tú no puedes venir directamente para que te dé la gana. Entonces le explican así. Y se van a ver la cabecera" (15M)</p> <p>"en vez de llegar al 'NombreHospital' directamente, que hay un sitio dónde lo atienden mucho más rápido porque sí que es una urgencia pero que no es tan urgente que demande la atención del 'NombreHospital'. Esa parte, todavía mucha gente no la conoce. [...]ese proyecto que pusieron, que (...) especialistas 'Nombre Centro Atención Primaria', la gente va para cosas que no son tan urgentes, pues me parece buenísimo, sin embargo todavía hay mucha gente que no</p>

	sabe, que no sabe.” (19R)
--	---------------------------

Tabla 3.1.3. Ejemplos de las fuentes de información sobre el sistema sanitario y su funcionamiento

Fuente de información	Ejemplos
Fuentes de información informales	
Círculo familiar y social	<p>“Me fui enterando porque mis hermanas tenían más años aquí. Tienen muchos años en Europa, entonces me explicaron donde tenía que ir y todo, ahí buscando la tarjeta sanitaria y eso.”(20U – Colombia)</p> <p>“Bueno, como yo tenía aquí el hijo, entonces él me empadronó y me dijo, mira aquí tienes que ir a la Seguridad Social, y me llevó...” (22U – Colombia)</p> <p>“Sí se enteran a través de otros que hay aquí, claro se explica, yo mismo no, a cualquier otra persona, llega aquí esa persona y que hace, preguntar a su paisano claro, aunque no es su familia ni su amigo de confianza, vaya, pero le cuenta como si fueras hermanos claro, le cuenta todo lo que tienes que hacer, sí sí.” (23U – Marruecos)</p> <p>“casi casi tothom ho sap, però me refereixo que és molt fàcil,[...] tothom sap que aquí en Espanya, perquè corre la veu, que aquí en Espanya pots no tenir paper però pots tenir la tarja sanitària, pots anar al metge gratis i sense pagar res i clar ells sempre s'informen d'aquestes 3 coses i això per exemple l'empadronament... i això s'empadronen perquè és tenir una... és una prueba a l'hora d'arreglar els papers que sempre demanen l'empadronament, doncs un cop s'empadronen després se'n van al metge, aquesta jugada sempre la fan casi tothom ho fa”(28U – Marruecos)</p> <p>“hay que preguntarle porque cuando llega alguien pues uno por el acento conoce que somos paisanos y uno pregunta. La mayoría de la gente que venimos de mi país ya sabemos a dónde vamos llegar, desde que venimos del país sabemos que vamos a llegar a este piso porque te conozco a ti o porque conozco a alguien. Entonces como cuando ya llegamos a los pisos, pues normal que informan a uno la otra persona que tiene más tiempo.” (20U- Colombia)</p> <p>“Sí claro porque es que la mayoría son familiares o por lo menos son de la misma etnia entonces hay más confianza. [...] porque dentro del grupo están las tías, las abuelas, una tía más lejana, un primo o simplemente otro familiar que bueno, ya que te relacionas más con ella y ves que ha hecho lo mismo.”(01R)</p> <p>“Le ha pregunta (...) ha preguntado a la gente. [...] amigos de nosotros sabe. Él vive aquí mucho tiempo, sabe aquí. Si preguntamos estos, si cuando llegamos a ‘Nombre ciudad’ o ahí cogemos una taxi, el taxi podemos llevar hasta el médico [...] El médico el esta ahí. Esto pueblo, es un pueblo a casi un kilómetro. Cuando tu llegas al pueblo puede tu pregunta, ahí también hay mucho amigos de nosotros, preguntamos donde está el medicamento, y ya nos enseñar ahí. [...] Dice que, cuando llegas ahí hay gente (...) primero tú no sabes, pero tu, tu, tu amigo si estaban. Estaban ahí antes, él sabe. Si tú no tienes aquí también amigos, pero en cambio te has visto con africano otro africano, si tú le pregunta puede él darle dirección para ir al médico. Ya está. Si tu</p>

	<p><i>has visto un africano a la calle, tu puede preguntarlo, puede explicarlo esto” (16U – Senegal)</i></p> <p><i>“si los hombre vienen antes y viven en pisos compartidos, uno se entera se explica a los demás, ellos vienen, traen las familias, entonces los hombre se encargan de explicar a las mujeres, eso es como funciona ¿no?, con tiempo, todos. A lo mejor las primeras veces vienen y no se saben explicar pero después se espabilan solos ¿eh?”(32M)</i></p> <p><i>“muchos pakistanís aquí, otros que saben más tiempo, teléfono. No problema preguntar. Otro pakistaní médico hospital, otro papel, no problema, mucho pakistaní aquí”(12U – Pakistán)</i></p> <p><i>“un amigo marroquí que trabajaba con él en el Mercadona le explicó, le comentó..., claro él sabía que estaba mal y él le dijo que si estás muy mal ve allí, a la Cruz Roja.” (12U – Pakistán)</i></p>
<p>Fuentes de información formales (o esencialmente formales) no relacionadas con el sistema de salud</p>	
<p>Ayuntamientos (y centro cívicos)</p>	<p><i>“y también [me informaron] del ayuntamiento cuando me empadroné la primera vez.” (37U – Rumanía)</i></p> <p><i>“Del ayuntamiento, sí. Del ayuntamiento me dieron dirección para hacerme tarjeta y también me daron dirección de (...) para (...) de una oficina de atención social, también. Por el (...) para ver (...) por si alguna vez tienes problemas con el salud o con (...) [...] Hay muchas informaciones que se dan en la tele.[...] En la televisión [...] tengo aquí el TDT y recoge varios, varias canales. Sí, hay un canal donde te dan muchas informaciones del médico. Del sistema sanitaria” (37U – Rumanía)</i></p> <p><i>“és fàcil, un cop que se'n vagin, un que no té papers se'n va a empadronar... la noia que te fa l'empadronament te diu "mira con esto puedes sacar la tarjeta sanitaria”(28U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Lo mismo (...) a la comunidad a preguntar, a los Ayuntamientos, las asistentes sociales, o sea, o ya Caritas que Caritas es un puerta abierta para...[...] Que la gente llega y allá toda la información la consigue uno.” (22U- Colombia)</i></p> <p><i>“Sobre la tarjeta sanitaria yo creo que en el Ayuntamiento. A mí al menos, cuando llegué aquí, fue el ayuntamiento quien me explicó estas cosas” (02M)</i></p> <p><i>“De la seva experiència amb els professionals de ‘Nombre ciudad’ de centre cívic, ella veu que estan fent el possible perquè arribi les informacions [del sistema sanitari] a...” (10U – Marruecos)</i></p>
<p>Asociaciones de inmigrantes y oenegés</p>	<p><i>“Caritas es un puerta abierta para...[...] Que la gente llega y allá toda la información la consigue uno.” (21U- Colombia)</i></p> <p><i>“solamente ir a ver a la asociación y allí ya te dirán lo que tienes que hacer [para poder ir al médico].” (13R)</i></p> <p><i>“en vez de llegar al ‘NombreHospital’ directamente, [explicamos desde la asociación] que hay un sitio dónde lo atienden mucho más rápido porque sí que es una urgencia pero que no es tan urgente que demande la atención del ‘NombreHospital’. Esa parte, todavía mucha gente no la conoce. [...]ese proyecto que pusieron, que (...) especialistas ‘Nombre Centro Atención Primaria’, la gente va para cosas que no son tan urgentes, pues me parece buenísimo, sin embargo todavía hay mucha gente que no sabe, que no sabe.” (19R)</i></p> <p><i>“lo que hay una...una trabajadora social. Aquí por la asociación ‘Nombre’ hay una que se llama ‘Nombre persona’.[...] ...a ver, es una casa donde atienden los extranjeros, muchos extranjeros,</i></p>

	<p><i>de todas partes. Y uno y va ahí y dice que necesita (...) que lo vea un médico o que necesita una ayuda...” (22U- Colombia)</i></p> <p><i>“a les escoles així d'adults i per immigrants. [...] També ho expliquen (...) explicava per exemple quan anaves al metge què li havies de dir, a part de quan has d'anar a comprar o has d'anar a un altre puesto. [...] Jo ho trobo que està molt bé, perquè hi ha gent que per exemple viu sola i no sap què ha de fer.” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“En clase de español enseña cómo hablar con el medico. Dicen ambulatorio también urgencias, que tos si fumas malo...” (12U – Pakistán)</i></p> <p><i>“La Cruz Roja a buscar ayuda o cosas así también nos ayudan. O las entidades sociales sí. También les informan por dónde van y la empresa con la que trabajo, Salud y Familia también. Porque Salud y Familia ayuda mucho también a los inmigrantes, a los que tienen embarazos no deseados, les ayudamos también en el abortamiento y todo. Entonces también si quieren ir al médico y no tienen la tarjeta sanitaria también ayudamos en esto, la empresa ayuda mucho en esto. Información también damos porque ahora por ejemplo en verano en los sitios donde trabajan los temporeros les vamos informando que existe esto, existe lo otro.[...] Para ir al médico, para poder enseñar al médico.” (04M)</i></p>
Entorno laboral	<p><i>“como venía con el contrato del país, contrato del país, estaba explicando los de la empresa que me contrataban en principio y ya había empezado a preocuparse de los documentos necesarios y eso es... ya tenía la información[...] Los de... bueno... los derechos que tenemos, policía, de todo los que... que es un país europeo y... dicen de la seguridad social de... bueno... de alta y de baja en el sistema, como funciona digamos el Estado” (35U – Rumanía)</i></p> <p><i>“Información también damos porque ahora por ejemplo en verano en los sitios donde trabajan los temporeros [Salud y Familia] les vamos informando que existe esto, existe lo otro.[...] Para ir al médico, para poder enseñar al médico.” (04M)</i></p> <p><i>“un amigo marroquí que trabajaba con él en el Mercadona le explicó, le comentó..., claro él sabía que estaba mal y él le dijo que si estás muy mal ve allí, a la Cruz Roja.” (12U – Pakistán)</i></p>
Medios de comunicación (TV)	<p><i>“Hay muchas informaciones que se dan en la tele.[...] En la televisión [...] tengo aquí el TDT y recoge varios, varias canales. Sí, hay un canal donde te dan muchas informaciones del médico. Del sistema sanitaria” (37U – Rumanía)</i></p>
Material escrito específico	<p><i>“un guía de Caixa, de la Caixa, es un guía de, por lo inmigrantes creo que eso, estos tipos de guías.[...] La guía, sí. Sale todo, todo sobre leyes todo esto... [lo conseguí] Aquí en la asociación.[...] pero se puede recoger también en la Caixa [...] leí un artículo del [...] Del periódico, sí. Y ahí era (...) creo que era un periódico rumano de aquí y estaba escrito, ‘si tú quieres, necesitas informaciones de si estas nuevo aquí, no sé que, puedes tomar esta nueva guía, guía de la Caixa, te puede ayudar a encontrar información’” (36U – Rumanía)</i></p>

3.2. Desconocimiento de los idiomas locales

Tabla 3.2.1. Ejemplos del papel del desconocimiento de los idiomas locales como barrera al acceso y uso adecuado de los servicios sanitarios

Subcategoría	Ejemplos
Barrera de entrada al sistema sanitario	
Dificulta obtención información	<p>“Para informarse a ver, depende del idioma, si domina el idioma porque si no domina vienes que buscar algo en rumano o traducir alguna página... y entonces, pero (...) los más posibles, bueno... o llamar al consulado de Bucarest o informarte de alguna manera porque si no... pero lo más probable es que por algún conocido y así interesa...” (35U – Rumanía)</p> <p>“Sí, todo [información sobre los servicios sanitarios] mi padre, claro sino como quien te contará la cosa, si no sabes hablar, nadie entenderá, claro mi padre, mi padre.” (23U - Marruecos)</p> <p>“Y como que aquí la gente está acostumbrada a hablar en català, ahí está el problema.[...] En el catalán, ahí está el problema. Porque muchos no entienden. Aún si entienden no pasa nada porque ya puedes contestar en castellano ya te entenderán pero el problema es que no entienden bien el “català” y ahí está el problema. [...] porque a veces...a ver aquí como que están...son conservadores, que muchas veces lo que escriben lo escriben en “català” y si no entiendes el “català” no te puedes...no puedes hacer nada, no puedes hacer nada. Y se ve que en los servicios sanitarios, casi todo está escrito en “català”, todo.” (13R)</p> <p>“Ah! no las cartas del niño [pediatra] yo no las entiendo ninguna, todas vienen en catalán. Tengo que buscarme un español...aquí yo bajo al bar a preguntarle a alguien qué dice allí y porque yo no entiendo.” (20U – Colombia)</p> <p>“todo sale en catalán y entonces es una barrera, mucha información que sale, que recoges tú, yo por ejemplo sí que lo entiendo y te lo hablo, entonces yo cojo siempre todo y me lo leo, lo que encuentro información en los centros de atención primaria, ¿cierto? Pero la gente...o sea, yo me pongo a mirar y la gente casí nunca coge esa información, ¿cierto? Por ejemplo..., primero porque no saben catalán, es que ni lo leen.”(19R)</p>
Dificultad en la tramitación de la TSI	<p>“[el proceso de obtener la tarjeta sanitaria] fue bien, me pidieron el NIE, el empadronamiento y el pasaporte. Y fue raro, fue muy raro, o sea no tienen mucha conexión con la, con la (...) persona, pero (...) estaba en catalán, ya así, y (...) el empadronamiento estaba escrito que él tal parte, no sé qué año, [...] yo llegue aquí a España (...) y el documento estaba en catalán, yo entiendo un poco el catalán, porque yo sé también el francés, y es una combinación [...].Y el catalán no supe, no supe (Rie U36) yo creía que estaban de otra cosa, creía que ese documento está inscrito aquí en la data de no sé qué año o así, estoy año, esto era el año que yo llegue aquí en España.” (36U – Rumanía)</p>
Barrera en el uso adecuado de los servicios sanitarios (una vez dentro)	
Dificultad gestión de citas y organización de visitas	<p>“tuve una chica, acababa de llegar, no hablaba nada y le apuntan el día que tiene que volver a hacer la analítica, ella habla inglés, se lo apuntan en inglés, se va, falta a la visita, se la vuelven a programar una segunda vez, se lo vuelven a apuntar en inglés, falta a la visita y la tercera vez,[...]viene cuando yo estoy ahí y me lo explican la enfermeras. [...] esa chica vino 2 veces y en el ordenador se pone siempre cuando ha venido, pues yo no sabía que tenía que quedarme con ese papel pero claro esa chica no hablaba nada de nada.” (04M)</p> <p>“si uno va al médico, se fija primero en los letreros. Porque si tienes que ir al consultorio uno y te vas al siete a esperar ahí, “na” más que te pasan el nombre, tendrás que esperar hasta que terminen todos para poder pasar (pausa) y allí pierden mucho tiempo.[...] Por el idioma, claro.” (13R)</p>
Dificulta la comunicación con el médico	<p>“Antes yo no entiendo como ahora, sí, esto me preocupa mucho también.[...]Porque antes si yo fuiste médico, si yo no puedo comprender, hablar, sí? Es difícil para mí. Eso me preocupa mucho. Ahora yo entiendo poco a poco sí.” (05U- Senegal)</p>

	<p>“Claro, porque si tu no hablas un idioma algo te duele, tú no puedes describir, tú no puedes decir que te duele, cómo te van a explicar? Claro, no te entiende” (06U- Senegal)</p> <p>“Para explicar bien las cosas, para que el médico entiende bien qué me pasa. Si no hablo bien yo no puedo, no puedo explicar bien las cosas.” (11U – Marruecos)</p> <p>“Sí, sí és que és una dificultat molt gran i... és que a vera, estem parlant d'una persona que arriba aquí i que no sap parlar res de castellà i que ha d'anar al metge i només a vera et fa mal el cap i... sí potser el que faries així [señala la cabeza], però què.. què es lo que... què sona... i és una mica difícil a vegades,” (28U – Marruecos)</p> <p>“la gent li costa de fer-se entendre o d'entendre al metge (...) és lo principal diguéssim, perquè per exemple li puc dir gastroenteritis i li dic tinc una diarrea i li estic dient que em fa mal a la panxa, faig així i no m'entén gaire, que hi ha moltes diferències.” (27U – Marruecos)</p> <p>“Cuando se van a la cabecera hablan con ella claro, sí, y explica un poco, pero en la mayoría de los casos le faltan explicaciones [...]’a dónde voy a terminar aquí mismo al CAP o no?, voy a Nombre Ciudad?’ Y que van a hacer?” vale? “me han pedido una ecografía, qué es una ecografía?’ por ejemplo, me entiendes? [...] porque cuestión de la lengua, me entiendes?” (26U – Marruecos)</p> <p>“No yo eso es muy difícil. Eso tiene palabras italianas, las palabras italianas sí las entiendo más pero las catalanas no. Paso mucho trabajo. El niño sí, la pediatra...cuando va al “Celia” sí me le hablan catalán. [...] Ah! no las cartas del niño yo no las entiendo ninguna, todas vienen en catalán. Tengo que buscarme un español...aquí yo bajo al bar a preguntarle a alguien qué dice allí y porque yo no entiendo.” (20U – Colombia)</p> <p>“Y es una chica que no entiende ni habla el catalán y hay médicos que no te cambian el idioma [...] Entonces a veces hay enfermeras y hay médicos que no te cambian el chip y te hablan en catalán. Entonces la señora se queda, es que me dice en catalán y yo no lo entendí y para qué le pido que me repita si sé que me va a pegar un grito”(19R)</p>
<p>Vergüenza en la comunicación</p>	<p>“Ella explica que ahora, porque ella sabe hablar un poco pero antes no, era difícil ir al médico.[...] Fins i tot li fa vergonya porque no, com que no sap dir-li el que ja es un, clar, això li impedeix d'anar al metge [...] Me da vergüenza, no puedo.[en consecuencia acude con] Una amiga. [...] Dice que (...) para que no se ría de ella.[...]ha passat el fet de que ella s’ha sentit incòmoda.”(08U - Marruecos)</p> <p>“quan no saps parlar sents la diferència.[...] el meu sentiment és perquè no sé parlar[...] sent la diferència però diu que ells també els agradaria que jo parli que jo...¿saps? Que ells els agrada que...Jo no surto, jo no treballo...jo no...clar, ella...Que a l’hospital moltes vegades alguna li ha dit que hauries d’aprendre, hauries de parlar...clar, ha sigut només casa, hospital...” (09U - Marruecos)</p> <p>“sí, jo he entès tot i també agafa com una...no vol dir que no entén perquè per a ell és una vergonya, ¿saps? Per a una persona dir, ¿jo no entenc? Per a ell és una vergonya de dir això. Doncs...la millor opció...[...] Perquè tenen vergonya. Millor per a ells...jo entenc tot i...si com ell diu ho entenc tot, estic més integrat amb vosaltres, ¿saps què vull dir? Entenc tot i estic més integrat, estic igual, igual com vosaltres.”(25M)</p> <p>“Entienden lo bastante pero tienen vergüenza de reconocer cuando no entienden algo y no indagan, no preguntan, y se les preguntas has entendido y dicen sí y luego resulta que no han entendido pero al hablar algo del idioma no se han atrevido a decir que no han entendido algo tan bien por la actitud que emprendan. Porque hay profesionales que les hacen sentir, has llegado aquí tú te tienes que esforzar a aprender el idioma y a comunicarte conmigo y si no lo haces es tu problema. Entonces tienen un poco esta reserva de no reconocer que no hablan el idioma suficiente y que hay cosas que no han entendido y se imaginan no? Donde les queda un hueco, lo tratan en el contexto, y empiezan a imaginarse el resto para intentar llenar el hueco y muchas veces se llega a unas historias...[...] Por esta barrera, porque tienen miedo que se les va a reprochar que no hayan hecho las diligencias necesarias para aprender el idioma. Tienen un poco el temor que se les reproche que no han hecho lo suficiente para integrarse,”(02M)</p> <p>“Muchos no saben decir no entiendo. Los hablas, los explicas, vale. Has entendido? Sí sí sí y no se llevan nada, se van vacíos.[...] Yo creo que es para no darle dolor de cabeza al profesional o por complejo...[...] que tienen vergüenza de decir que no sé, es lo que creo, pero muchos no saben decir no entiendo,</p>

aunque no entiendan, no lo dicen, te dicen sí sí sí vale o creen que lo han entendido cuando es que no y eso sí que es un problema.”(04M)

Tabla 3.2.2. Ejemplos de las causas que influyen en el desconocimiento de los idiomas locales.

Factores	Ejemplos
Falta de tiempo relacionada con horarios o carga laboral	<p>“si està treballant no hi anirà, què vols que et digui perquè no tindrà temps, però si no està treballant doncs encara, ahhh anda ya y poco a poco y fan així perquè és lo més important quan un arriba aquí és la feina, és lo més important, no saps que l'idioma, o sigui lo que és el dialecte... lo important és la feina, per ells casi be és més important treballar i siestic treballant de paleta o de peó o el que sigui.” (28U – Marruecos)</p> <p>“Cuando hay tiempo, cuando trabajas no tengo tiempo [de estudiar el idioma], tiempo libre, no tengo trabajo, voy siempre [a clase de idioma]” (34U – Pakistán)</p> <p>“Porque el “català” “pa”, “pa”, “pa”, “pa” hablarlo tienes que ir al colegio y tener que ir algunos curtillos “pa” aquí y “pa” allá y mucho “na” más llegar aquí el problema que tienen es que no tienen tiempo.[...] Que no tienen tiempo “pa” ir a aprender el “català”. Y ya que no tienes tiempo, lo que vas haciendo es hablar con unos paisanos y eso y estos si no te hablan el idioma de tu país, te van a hablar el castellano en vez de hablarte catalán” (13R)</p>
Interés/necesidad de aprendizaje del idioma local	<p>“L’idioma és un pilar para integrar-se a un país que és diferent. [...] Per a ella, per exemple, si tingués fills, és molt important que una mare sàpiga l’idioma que una mare no sap parlar l’idioma, per ajudar els nens, els fills.” (10U – Marruecos)</p> <p>“Que sea importante en el entender el idioma...Para que vio mucha gente no te da igual tener al lado de casa. La tele, las canales, ni se entera no miran ni la tele de ahí.[...] pero para los extranjeros hay que integrar primero” (06U – Senegal)</p> <p>“otro que acaba de llegar, en vez de estar concentrado en aprender el “català”, lo que aprenderá primero es el castellano, que es lo que se habla más.[...] Entre nosotros[...] Hablamos más castellano. Si no hablamos nuestro idioma, hablamos más castellano. [...]Los paisanos que tengan aquí, ya que acabas de llegar y esto, en vez de hablarte catalán, aunque lo entiendan ellos, te hablan castellano. Y así pillas primero el castellano que el “català”.[...] Y va pasando el tiempo, va pasando el tiempo que no tenga tiempo de hacer curtillos, ya se te quedará...te quedarás unos años aquí sin entender el català” (13R)</p>
Habilidad propia de la persona y/o el colectivo	<p>“los rumanos aprenden bastante rápido el idioma, tienen facilidad, salvo algunos casos que no tengan esta capacidad pero en general aprenden rápido el idioma.” (02M)</p>
Dificultad de aprender el catalán	<p>“Català els hi costa molt més que no pas el castellà. [...] no t'ho sabria dir [per què], perquè clar, jo com que ho he après de petita doncs a mi per exemple no em costa, però gent que ve diu òstia, si ja el castellà em costa de parlar-lo doncs imagina't el català. Suposo que (...) es trenquen o perquè és més, diguéssim més difícil d'aprendre, no ho sé, jo sé que és més complicat escriure'l, perquè quan has de fer les apòstrofes o les neutres per exemple és molt més diferent que no pas quan has de parlar.”(27U – Marruecos)</p> <p>“la meva tieta, pues és una dona gran de 54 anys, casi 55 en té, sí, i va fer el curs de català i va aprendre a parlar català, una dona gran vull dir, a part de que ja el castellà el sap parlar perfectament, porta molts anys en aquí, però el català sempre li va costar d'aprendre'l i va fer el curs, se va apuntar a l'ajuntament i molt bé, aprèn a parlar en</p>

	<p><i>català i quan vaig al metge o quan vaig a ... doncs fa gràcia parlar en català, i el parla i molt bé doncs així m'agrada que ho practiquis.”(27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“otro que acaba de llegar, en vez de estar concentrado en aprender el “català”, lo que aprenderá primero es el castellano, que es lo que se habla más.[...] Entre nosotros[...] Hablamos más castellano. Si no hablamos nuestro idioma, hablamos más castellano. [...] les sale mucho más fácil hablar castellano que “català”. Porque el “català” “pa”, “pa”, “pa”, “pa” hablarlo tienes que ir al colegio y tener que ir algunos cursillos “pa” aquí y “pa” allá y mucho “na” más llegar aquí el problema que tienen es que no tienen tiempo.[...] Que no tienen tiempo “pa” ir a aprender el “català”. Y ya que no tienes tiempo, lo que vas haciendo es hablar con unos paisanos y eso y estos sí no te hablan el idioma de tu país, te van a hablar el castellano en vez de hablarte catalán aunque lo entiendan ellos, no te van a hablar en catalán, te hablarán en castellano.[...] Los paisanos que tengan aquí, ya que acabas de llegar y esto, en vez de hablarte catalán, aunque lo entiendan ellos, te hablan castellano. Y así pillas primero el castellano que el “català”.[...] Y va pasando el tiempo, va pasando el tiempo que no tenga tiempo de hacer cursillos, ya se te quedará...te quedarás unos años aquí sin entender el català” (13R)</i></p>
Edad y Nivel educativo	<p><i>“A mí...puedo estudiar pero hay personas mayores que no pueden.[...] no pueden aprender bien [el idioma]” (11U – Marruecos)</i></p> <p><i>“suposo que quan ets petit t'adaptes més, que no pas la gent gran quan vénen que suposo que els hi costa una mica més d'anar i expressar "em fa mal això" o "tinc aquest problema mateix des de fa... tant de temps” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“porque cuando sabes leer y escribir, nada no te puede estar...difícil[...]En las señoras mayores, porque ya sabe, hay un montón de señoras mayores africanas, senegalesas, [...] si no sabes leer ni escribir, ipor qué va! ¡Por qué va! Tú solamente lo que te puede ayudar es la tele, claro, para hablar es la tele pero...nada, no puede ir, pero si parece uno de esos que habla, escribe y vuelve a leer, qué vas a hacer allí. Pues nada, mejor se sienta en su casa y arregla su casa y ya está” (14U – Senegal)</i></p>
Tiempo de estancia en el país	<p><i>“bueno para mí la mayor traba es la falta de bueno, el idioma, ¿no?. El hecho de que no pueden expresarse o de entender a veces, según el tiempo que lleven en España.”(01R)</i></p>

Tabla 3.2.3. Ejemplos de las consecuencias del desconocimiento de los idiomas locales sobre el acceso y uso adecuado de los servicios sanitarios

Subcategoría	Ejemplos
No utilización de los servicios sanitarios	<p><i>“Si no saben español y enfermos, quedan casa.” (12U –Pakistán)</i></p> <p><i>“[si no saben el idioma] otros no entienden [el idioma] eso se rallan y se van.[...] van a descuidar el problema.” (01R)</i></p> <p><i>“Depende, depende porque obviamente si están enfermos quieren ir atender, porque saben que por su salud, pero a lo mejor no por cosas pequeñas, a lo mejor se quedan en casa ¿sabes? o no hacen tantos control, no saben qué hacer. Claro, tú vas a un médico y no sabes hablar, no sabes qué decirle, cómo vas a decir”(32M)</i></p>

<p>Urgencias</p>	<p><i>"[si no hi ha ningú que pugui acompanyar-lo] Aniria quan ja es trobés molt malament a urgències. [...] Sí, quan ja es trobés molt malament. Si no té ningú que li expliqui [en su idioma]." (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>"[si no saben el idioma] van a veces, van de urgencias, [...] irían a urgencias." (01R)</i></p>
<p>Retraso en la atención sanitaria, agravamiento de los síntomas y/o la enfermedad</p>	<p><i>"[si no hi ha ningú que pugui acompanyar-lo] Aniria quan ja es trobés molt malament a urgències. [...] Sí, quan ja es trobés molt malament. Si no té ningú que li expliqui." (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>"[si no saben el idioma] van a veces, van de urgencias, algunos que entienden otros no entienden otros eso se rallan y se van. [...] irían a urgencias o ni siquiera eso, van a descuidar el problema, se van a esperar. O sea tenemos algunos que no son capaces de ir a hacer una, a pedir una cita, o sea, a pedir una hora con el médico o sea tienen dolores de vientres, de muelas y se esperan para que nosotras vengamos a la próxima cita y entonces [con la ayuda del representante] en ese momento pedir otra cita, o sea una cita cualquiera que tengamos para yo que sé, en ginecología y en ese momento pedir una para...o sea no lo hacen ellos mismos. Pues esto, lo que ha pasado a varios es que han ido a urgencias, no se han enterado, ah pues no, no me hacen caso, pues eso, con urgencias a caso, aguanto el dolor" (01R)</i></p>
<p>Esperas innecesarias</p>	<p><i>"si uno va al médico, se fija primero en los letreros. Porque si tienes que ir al consultorio uno y te vas al siete a esperar ahí, "na" más que te pasan el nombre, tendrás que esperar hasta que terminen todos para poder pasar (pausa) y allí pierden mucho tiempo.[...] Por el idioma, claro. Porque si no sabes por dónde está el consultorio...te puedes perder por allí y después cuando vendrán ya habrá pasado tu turno y te tocará esperar hasta el final, hasta que terminen todos para poder entrar." (13R)</i></p>
<p>Faltan a citas médicas</p>	<p><i>"tuve una chica, acababa de llegar, no hablaba nada y le apuntan el día que tiene que volver a hacer la analítica, ella habla inglés, se lo apuntan en inglés, se va, falta a la visita, se la vuelven a programar una segunda vez, se lo vuelven a apuntar en inglés, falta a la visita y la tercera vez, [...]viene cuando yo estoy ahí y me lo explican la enfermeras. [...] esa chica vino 2 veces y en el ordenador se pone siempre cuando ha venido, pues yo no sabía que tenía que quedarme con ese papel pero claro esa chica no hablaba nada de nada." (04M)</i></p>
<p>Diagnóstico incorrecto, tratamiento inadecuado</p>	<p><i>"La comunicación y para qué a veces yo no me entiendo a mi entonces creo que es importante para la persona que pueda ayudarte te pueda entender correctamente [se refiere al idioma] qué te pasa, porque sino, no te va a entender correctamente seguramente que ni la medicación no va a ser lo correcto." (35U – Rumania)</i></p> <p><i>"de vegades els pacients tampoc no podem explicar bé i no, no saben res de la llengua i en aquestes circumstàncies és molt difícil pel metge per imaginar-ho que què condició té el pacient.[...] depèn de persona, el pacient també que si pot explicar el problema, el que té o no, sinó...[...] si tinc un problema del cor i no em puc explicar bé, doncs el metge no té màgic, saps?[...] Perquè per tema de la llengua.[...] Que no sapiguem.[...] Perquè quan una persona no sap molt bé la llengua, per exemple, ni castellà, ni català, doncs és un sensació personal que...què explicarà al metge, que el problema té. [...]Ens tracten amb molta paciència i...està bé, no hi ha ningun problema. Però saps que generalment si la gent no..., no, no sap la llengua, potser ningú relació ni solució del problema que porta un."(33U – Pakistán)</i></p> <p><i>"Sí, tienen una dificultad para entenderse con el médico. A veces no saben cómo explicar lo que les pasa, a veces cuando el médico explica qué hacer también es un problema porque no le entienden bien, si no tienen intérprete. [...] Porque vienen, el médico va a explicarlo, van diciendo que sí, que sí, has entendido? Sí sí sí cuando es que no ha entendido nada. Porque si no ha entendido lo que ha dicho que hagas...como lo va a hacer, no lo va a hacer. Y la mayor parte es lo que hacen, sí sí sí, y nada."(04M)</i></p>

Tabla 3.2.4. Ejemplos de los elementos facilitadores del acceso y uso de los servicios relacionados con el usuario cuando existe desconocimiento de los idiomas locales

Facilitador	Ejemplos
Acompañante	<p><i>“Si no saben español y enfermos, quedan casa o un amigo acompaña. Solo casa, o por ejemplo amigo bueno acompaña ambulatorio. Si no sabes español te hacen muchas preguntas, es más difícil. [...] Sino acompañar, pero no tienen tiempo para acompañar.” (12U – Pakistán)</i></p> <p><i>“Después de dos tres veces, que le han acompañado, después sí que (...), ella sola sí. [primero marido], y luego mi hija.[...]” (08U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Sí, no, siempre iba antes [cuando no sabía el idioma], siempre iba conmigo aquí con la amiga de mis padres, siempre iba conmigo. [...] pero ahora, o sea, a veces cuando tengo algo siempre voy a verla y todo [...] Y cuando ya sé un poquito, tampoco mi madre no sabía, cuando yo fui al cole, cuando he hecho el cuarto ya sé un poquillo, claro, cuando llevaba mi madre que no va a ningún sitio, ya me la acompañó, acompañó a mi hermano, y todo” (24U – Marruecos)</i></p> <p><i>“de vegades te trobes que si us plau em pots acompanyar a veure si em pots traduir, explicar-li amb el metge.” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Home depèn de la gravetat que té l'assumpte, un que fa mal el cap prendrà una aspirina i es quedarà allà i li costarà una mica, però un altre que li fa mal algo de veritat anirà igualment a espavilar-se com sigui o portarà algú. Sempre el que nosaltres fem casi casi és tenir un familiar, un amic, qualsevol que té tens aquí i que pot acompanyar que sempre et pot acompanyar a l'hospital, sempre busquem aquestes coses, per nosaltres, per un mateix per ell és una mica difícil, sempre lo que fa és buscar un parent, un amic o lo que sigui...[...]No, sobretot per l'idioma, no perquè... si hi ha una anàlisi que et faci, què t'ha dit el metge, què tens? Clar, mira tens mal al fetge, vale què m'ha dit, ah no ho sé, clar ... perquè em va passar a mi un cop que em van portar a mi sabent que jo entenia una mica el català i bueno el parlo una mica, i hi ha coses que m'envien en català i molts dels col·legues, amics que em coneixen sempre ... “mírame esto, no sé lo que me han dicho aquí” clar, i jo dic “esto es un analisis, yo no puedo yo no sé, que quieres que te diga, qué te ha dicho el médico?” el cas es aquest.” (28U – Marruecos)</i></p> <p><i>“si no sabes hablar, tienes que llevar siempre una persona contigo, un traductor. Al médico, al supermercado incluso, porque si no sabes hablar no te puedes... claro. [...] A ver, si no sabes hablar tampoco te puedes..., a ver, si tu eres médico yo vengo y me preguntas qué es lo que te pasa si no sabes hablar no le puedes responder, tienes que llevar siempre una persona contigo que te pueda traducir, me entiendes? [...] A ver en general en el ambulatorio siempre si una persona va, siempre trae con ella una persona o su hija, o una amiga, o su hijo que sabe hablar y le traduce.” (29U – Marruecos)</i></p> <p><i>“quan una persona no sap molt bé la llengua, per exemple, ni castellà, ni català, doncs és un sensació personal que...què explicarà al metge, que el problema té, doncs té que esperar d'un amic que, que pot acompanyar, o alguna persona que vol explicar al metge. Això és un raó més.”(33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“hay veces porque no hable español bien que me acompañan para ver el médico porque no puedo hablar español” (11U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Cuando se van a la cabecera hablan con ella claro, sí, y explica un poco, pero en la mayoría de los casos le faltan explicaciones y vuelven para preguntar a unos del mismo país, paisanos, para pedir informaciones, por ejemplo “a dónde voy a terminar aquí mismo al CAP o no?, voy a Palamós? Y que van a hacer?” vale? “me han pedido una ecografía, qué es una ecografía?” por ejemplo, me entiendes? buscan informaciones con paisanos más que con la cabecera, porque cuestión de la lengua, me entiendes? ehh así entienden más.” (26U – Marruecos)</i></p>
ONG,	<p><i>“Bueno hay que buscar alguien que sabe o un amigo o... a través de alguna ONG o... [...] Alguna asociación que me parece que te ayuda en cosas de traducir... sí...[...] por ejemplo alguien viene aquí lo va ayudando, alguna persona que domina mejor se propone para ir al médico para traducirlo.” (35U –</i></p>

asociación	Rumanía)
Gesticulación, señalización	<p>“porque si estás enfermo vas y no te importa si sabes hablar o (...) si puedes explicarlo con dedos... si tú estás enfermo vas y no creo que te hace falta ir en ese momento hablar...” (29U – Marruecos)</p> <p>“Claro que vas al médico, y le (...), así con la mano, con la mano y donde te duele le pones bien la mano y ya está. [...] Si te duele la cabeza, pones la mano en la cabeza. [...] Si uno habla bien, aunque no habla bien, pero para decirle al médico me, me encuentro mal, me duele esto, esto es fácil decirlo” (18U – Senegal)</p> <p>“mes espabilo como puedo no, explicas al médico pues ya con las manos o yo qué sé. Habrá que hacerlo.” (23U – Marruecos)</p> <p>“gente que no entiende nuestro diálogo, esperar que somos del mismo países pero no entiende mi dialecto, entonces [...] yo lo digo dame con gestos.” (15M)</p>
Preparación previa de la visita (traducción de términos)	<p>“No, yo me lo he buscado, sola, con mi diccionario en casa. Para que si alguien habla al lado de mi, no lo entiendo y me molesta, como soy tan curiosa. Me molesta mucho, entonces me lo he buscado rápido para saber lo esencial.” (06U – Senegal)</p> <p>“Sí, yo personalmente como soy de leer todo... (ríe) antes de ir al médico, he buscado todos los términos que podría usar en el internet.”(36U – Rumanía)</p>
Llamada telefónica a persona que traduce	<p>“Encuentro gente que no entiende nuestro diálogo, esperar que somos del mismo países pero no entiende mi dialecto, entonces su marido entiende español entonces yo, [...], yo enseño teléfono, teléfono aquí marido. Como sabes algunas palabras, cuando dices marido entiende, ¿no? Con esto yo lo digo, ¡marido! ¡teléfono! entonces me dan el número, y yo llamo (...) a su marido para hablar con él en castellano.” (15M)</p>

3.3. Situación socioeconómica y laboral desfavorable

Tabla 3.3.1. Ejemplos de la situación administrativa irregular como barrera de acceso a los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
No acuden por miedo a ser denunciados o descubiertos	<p>“Miedo de parar guardia, si no papel,...por ejemplo ambulatorio guardias iban de busca... si todos casa, trabajo y casa. Miedo todos.[...] No tengo papel, de guardias y eso el problema.[...] Miedo guardias... [...] Dice que todos tenían miedo que la guardia civil le van a coger. Si van a cualquier sitio, entonces dice que iban a trabajar y luego después de trabajar a casa, no querían estar en ningún sitio fuera de...[...] lo que quiere decir que atrae tanto la atención a su aspecto físico que la guardia civil siempre notaba. Que su aspecto físico, y les preguntaban tienes papeles y ellos no tenían papeles los metieron 72 horas en la cárcel.” (12U - Pakistán)</p> <p>“hombre miedo si no tiene papeles, tiene miedo de ir [a los servicios sanitarios] porque le expulsan de aquí claro, o bien no aquí no lo van atender porque si no tiene papeles esta gente, como van atender a</p>

	<p>esa persona. [...] si no tiene estos papeles en regla[...] Lo pueden atender en ese momento no, pero supongo que los... le costará un poquito no, a esta persona le da un poquito de miedo[...] pues un poco de miedo el hombre no se va a atrever, claro, como, no? y si voy allí y llaman a la policía, ¿qué? Claro el hombre no va supongo por eso, si voy y llaman a la policía ves a saber lo que puede pasar, ¿no?[...] Si viene la policía... sin papeles, sin idioma, y encima esto, claro... se quedan pues el pasaporte, esto está clarísimo.” (23U – Marruecos)</p> <p>“Hay alguna persona que sí, no van al médico... que había conocido hace mucho que no tenían papeles y claro se pusieron enfermas o han tenido algún accidente y no... tenían miedo de ir al hospital porque como estaban... sabes? sin papeles... y no han podido... [...] ellos pensaban que tenían alguna relación con... que avisaban la policía o yo que sé.” (29U – Marruecos)</p> <p>“les que no tenen documentació, aquestes els hi costa moltíssim d'anar també [...] tenen por, però és clar, [...] Pel motiu de que... no, pel motiu de que si pot passar qualsevol cosa avisin a la policia o coses d'aquestes. Que si avisen i truques a la comissaria em tornaran al meu país i coses d'aquestes.”(27U – Marruecos)</p> <p>“n'hi ha molts que tenen por d'accedir als serveis de salut per aquest motiu. Tenen por de la policia i tot això.[...] Si no té targeta pues li poden agafar del..., per exemple de servei, el metge o la secretaria, aquest persona no té targeta sanitària, no té papers, després que venen a buscar-lo de l'Hospital, per exemple. O sigui, així com arriba a urgències, no té targeta, ell pensa que a través de la secretària o a través del metge li pot trucar la policia i venen a buscar per exemple, d'urgències” (25M)</p>
Facilitan poca información por miedo a que llegue a la policía	<p>“Si viene aquí una persona que trabaja en negro o que pide en la calle y tiene un problema cardíaco. Y el médico hace preguntas del protocolo; a qué te dedicas, de qué trabajas porque claro tiene que saber cómo va a salir del hospital después de un infarto y si puede seguir haciendo las actividades o le tiene que aconsejar reposo o...tiene que conocerle un poco. Entonces el médico pregunta a qué te dedicas, y no le va a decir la verdad, estoy de paso, turismo, no sé, pero no le va a contestar.[...] no creo que el médico vaya a llamar a la policía y decirle tengo aquí una señora que pide en la calle o un señor que trabaja en negro, no, pero el paciente no lo sabe esto [...]Tiene este temor” (02M)</p>
Situación administrativa irregular no influye en el acceso	<p>“[miedo] ninguno porque de ser expulsados ya no es posible porque somos comunitarios, no.” (01R)</p> <p>“Yo sigo trabajando sin papeles.[...] Sin permiso de residencia. Ahora somos como comunitarios, ahora somos normalmente.[...] Pues, también trabajo sin contrato, tranquila. No trabajo con contrato, trabajo en negro. En negro, porque no quieren hacerte contrato mucho,”(37U – Rumanía)</p> <p>“Bueno antes sí [tenían miedo], antes de entrar en la comunidad Europea, me parece que algunas personas lo habían comentado pero yo les decía que no hay problema para ir a la policía ni nada porque ya lo saben que estás aquí, si no haces algo... alguna infracción puedes ir tranquilamente, pero ahora casi nadie me ha comentado de esa cosa, eso que no sea tanto y que no quiera informarse, eso ya no hay que hacer [...] pero antes sí que alguna persona por alguna razón podría preguntarte por los papeles que no lo tiene en regla pero ahora...”(35U – Rumanía)</p>

Tabla 3.3.2. Ejemplos de las causas de las condiciones laborales precarias y la dificultad de ausentarse del trabajo como barrera de acceso a los servicios sanitarios.

Causa	EJEMPLOS
-------	----------

Relativos a las características del trabajo y del empleo	
Trabajador por cuenta propia	<p><i>“No porque como el trabajo mío...yo soy comercial, y uno anda por su cuenta, sí, entonces todo tu tiempo está libre, entonces no tiene uno que estar ahí seis, siete, ocho horas ahí, no, [...] yo tengo a las diez una cita, yo voy al médico, que a las dos, voy al médico, o sea, no tengo ningún problema. Cuando ya uno está como empleado de una empresa que tiene que cumplir un horario ahí ya tiene que mirar, que mire, que me dé permiso, ahí está si los patrones están de acuerdo para dejarlo salir a uno a esa hora o no...”(21U-Colombia)</i></p>
Precariedad laboral	<p><i>“un que està treballant en negre això ja no podem dir, perquè clar això ja és ilegal directament, aquests no pot dir que mira que estic malalt perquè pot ser que passa, [...] aquest farà tot l'esforç que pot [...]perquè dius mira et farem un contracte de mes de prova i aquest mes hem d'intentar que no passi això, un cop ja té un contracte més alt doncs després pos clar si es troba una mica mal doncs no vindrà, segur perquè ja està cobert” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“excepcionales o algo así, que les contratas por cosas puntuales, trabajas estos 3 días y después veré si te necesito más, obra y servicio pero 3 días, ni siquiera tienen un contrato de 3 meses que ya es algo. Entonces como saben de esta inestabilidad laboral y no quieren que la persona que los emplee se moleste porque tienen un trabajador que a menudo está inhabilitado por cuestiones de salud, pues no lo va a llamar más, porque le está complicando las cosas,” (02M)</i></p> <p><i>“muchas veces no acuden al médico para hacer una visita que sería importante y la podrían hacer porque tienen médico de cabecera pero no van porque no les permite la situación laboral, porque saben que si piden, aunque muchos saben que tienen derecho a pedir un día para ello ir al médico y pedir un justificante. Aunque sepan esto no lo hacen por represalias, por las consecuencias que podría tener, porque hay mucha demanda de trabajo y poca oferta, entonces podría ser sustituido en cualquier momento.”(02M)</i></p> <p><i>“Se aguantan poco a poco hasta que se pongan peor (riu), claro. [...] A veces también es por miedo [...] Porque ya sabe, hay algunas empresas cuando tú siempre faltas mucho, mucho...un día te van a rajar, un día te sacarán.” (14U- Senegal)</i></p> <p><i>“a lo mejor porque trabajan en empresas, [...] hemos tenido problemas con pacientes ¿eh? que han echado fuera del trabajo por motivos que estaban faltando mucho del trabajo por temas de tipo médico y al final dicen mira, no es que quieren echar pero dicen, tú estás enfermo, nosotros necesitamos una persona, y si tú estás siempre en el médico aquí no hay alguien, tenemos que coger alguien.” (32M)</i></p> <p><i>“Depèn de l'empresari, això depèn de l'empresari. Hi ha gent que és més comprensiva i hi ha gent que no.”(27U-Marruecos)</i></p> <p><i>“Sí. Hay personas que no te dejan para ir ni al médico, hay muchas personas que lo hacen esto. Por ejemplo yo estuve trabajando en un sitio y lo dejé ese trabajo, porque por una vez me encontré mal, la verdad y (...) y estaba muy cerca, muy cerca el médico, [...] y lo pregunte, ‘mira señora NombreSeñora, quiero irme al médico porque me encuentro mal’. Se ha puesto como una fortuna, pues yo lo comente después, ‘mira, sabes que, yo cojo mi maleta y me marchó, búscate otra persona, porque (...) si un esclavo lo tienes en tu casa, tienes que dejarlo para cuidarse de su salud’. [...] ahora, no puedo decir que lo paso esto, porque esta persona donde trabajo ahora, si ahora le llamo por teléfono y le digo, ‘mire señora NombreSeñora, me encuentro mal hoy, no puedo venir al trabajo’, no pasa nada, nada, nada hoy, absolutamente nada me pasa, puedo ir al médico o cuando lo necesito.” (37U-Rumanía)</i></p>

<p>Características del empresario como facilitador del acceso a los servicios sanitarios</p>	<p>“Bueno digo el trabajo porque a veces tienen en su trabajo que el jefe o así que la ayuda a coger la visita exacta y todo” (26U – Marruecos)</p> <p>“Si te trobes malament o tens una hora que has d'anar al metge pos hi vas i ja està. I sense estar malalt, vull dir jo havia d'anar a agafar per exemple el certificats i tota la paperassa aquesta que et donen, tota la informació de la nena i estava treballant a 'Nom Empresa' i vull dir que són l'hora que has de fer i amb el (cap???) cap problema, [el patrón] em va donar el dia sencer, vés tranquil·la, agafa la teva documentació i vine. [...] Sí, o si havia d'anar al metge o per qualsevol cosa que m'havien de preguntar o així hi anava i cap problema.” (27U – Marruecos)</p>
<p>Burocracia y explicaciones</p>	<p>“yo por ejemplo me voy a trabajar la mañana, empiezo a las 6:30h hasta las 14h, mi médico está siempre por la mañana, a veces costa. Te tienes que coger un papel el trabajo, después justificante, te complica. Ah, porque tu no cambias de tu médico porque no le cambias por la tarde. Tu vienes ahí y el médico, aquí van te decir, no el médico está solamente por la mañana no puede recibir por la tarde. [...] A veces me pasa que no voy al médico, porque no quiero tener problemas en mi trabajo.[...] Primer cosa que no entienden, dicen porque tú no has cambiado los horario del médico? Tu puedes esperar por la tarde. A veces te gusta explicar en el trabajo que tu médico sólo está por la mañana, pero no te entienden.[...] Ha tenido un montón de problemas a veces también con el encargado para irme médico, no me deja el papel para salir y siempre, lo trae el papel del médico, hasta que hora quieres irte al médico, me lo complica mucho.” (06U – Senegal)</p>
<p>Posibilidad de recuperar horas</p>	<p>“si estoy mal sí que voy, pase lo que pase, aunque esté trabajando yo me voy. A ver, luego, luego hablo con el jefe, a ver, me lo puedo recuperar aquel día, o, ¿sabes?, yo siempre he recuperado los días que falté [...] lo recupero aquel momento, por ejemplo, una hora o dos horas lo recupero y ya está.” (24U – Marruecos)</p>
<p>Relativos a las características del inmigrante</p>	
<p>Situación administrativa irregular</p>	<p>“el que no té papers sempre fan més que no el que tenen, perquè el que tenen ja està cobert, cobrarà igual,” (27U – Marruecos)</p>
<p>Nivel socioeconómico bajo y dependencia económica del trabajo como barrera</p>	<p>“Però per immigrants que tenen que controlar aquí i al seu país també, doncs a ells més important és la feina, treball i diners.” (33U – Pakistán)</p> <p>“No, hay personas, yo conozco personas que varias veces tienen sus dolores, sus problemas de algo y no van para los tratamientos ¿por qué?, por no dejar su trabajo porque tú sabes que uno aquí depende de su trabajo, este país, no el nuestro, entonces si uno se queda sin trabajo pasa mal.” (20U- Colombia)</p> <p>“Lo que es más importante el trabajo como el médico, [...] Porque las dos cosas, son importante. Yo trabajo, igual es importante porque tienes que ganarte la vida, y el médico también es importante por el salud, porque (...) cuando te encuentras mal, te gusta o no te gusta tienes que ir al médico, ¿no? No, esto es.” (37U-Rumanía)</p> <p>“Se aguantan poco a poco hasta que se pongan peor (riu), claro. [...] A veces también es por miedo. [...] vas a aguantar poco a poco para que te dure, para tener trabajo, para trabajar. Si estás sola tienes que trabajar porque tienes que vivir.” (14U- Senegal)</p> <p>“Saps que...per immigrants, més important és la feina, el treball. Vosaltres com teniu molts relatius</p>

	<p><i>aquí i teniu els pisos dels vosaltres avis i no teniu tan complicat el problema, no teniu que pagar tan hipoteca, no teniu que enviar els nens, els relatius als seus familiars, doncs per vosaltres és fàcil. Però per immigrants que tenen que controlar aquí i al seu país també, doncs a ells més important és la feina, treball i diners.” (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“nadie te puede detener en el trabajo para no ir al médico, pero a veces lo dejas porque, me voy cuando voy a tener tiempo libre. [...] si vas a trabajar por hora... no lo sé... hay personas que no quieren ir para no perder las horas del trabajo porque cobra por horas y...”(35U – Rumanía)</i></p> <p><i>“cobran por horas, [...] no vienen a visitas por esto, por motivo del trabajo, Primero es ganar dinero, para ti y para tu familia” (32M)</i></p> <p><i>“Dejar un día de trabajo (...) para ir al médico, hay mucha gente que hasta que la enfermedad no es muy grave, no deja el trabajo [...] por problema de dinero, somos africanos (...) hermano depende de ti, padre, madre, sobrinos, primos, todo te llaman y tú también tiene gastos (...) tiene tu mujer, tiene tu hijo, con tantas hojas ves que si deja un día voy a perder veinte euro, dice que con este veinte euro (...) voy a cubrir unos gastos, entonces dices bueno como no es tanto enfermo no es la pena ir, me voy a trabajar.” (15M)</i></p>
Nivel socioeconómico bajo no es barrera de acceso	<p><i>“Pero yo, por ejemplo, si ahora voy, yo, cuando estoy enferma ni nada, primero yo. Primero mi salud, me voy al médico, no voy a aguantar nada. Si me echen, me echen, ya está. ¿Qué voy a tener en el trabajo? nada, primero yo misma. Voy a...voy a...como se dice, primero voy a curarme y luego volver el trabajo. Si me cogen, me cogen sino me cogen busco otro oportunidad.” (14U – Senegal)</i></p>
Frecuencia de las asistencias	<p><i>“a veces tienes muchas visitas, a veces no te dejan, me entiendes, si tienes algún trabajo (...) no sé, bueno digo eso y no es mi experiencia, pero, hay casos así que no te (...) si no tienes una cita con un tiempo más largo entre ellas entonces no te ayudan a ir, en tus visitas cada vez, al trabajo.” (26U – Marruecos)</i></p>

Tabla 3.3.3. Ejemplos de las consecuencias de la dificultad de ausentarse del trabajo como barrera de acceso a los servicios sanitarios.

Consecuencia	Ejemplos
Solo acuden si la enfermedad es grave	<p><i>“Entrevistadora: Y si cuando tú estás trabajando, mientras estás trabajando te encuentras mal o te duele algo, puedes ir al médico?”</i></p> <p><i>Informante: No, no vale ni un (...) así. [...] No, no.[...] Sí, puedo cuando hay algo duele mucho o algo (...), puedo, habla con el jefe que yo voy casa, que yo voy médico y no pasa nada.”(34U-Pakistán)</i></p> <p><i>“Dejar un día de trabajo (...) para ir al médico, hay mucha gente que hasta que la enfermedad no es muy grave, no deja el trabajo.” (15M)</i></p>
Evitan concertar citas	<p><i>“cuando por ejemplo, yo estoy trabajando, cuando yo tengo festa, ya voy con el médico que ese día quiero cita.”(34U-Pakistán)</i></p>
Faltan a citas	<p><i>“muchas veces no acuden al médico para hacer una visita que sería importante [se refiere a una que ya tienen programada] y la podrían hacer porque tienen médico de cabecera pero no van porque no les</i></p>

médicas	<p>permite la situación laboral.”(02M)</p> <p>“a lo mejor porque trabajan en empresas, no tienen bien contratos o lo que sea, o cobran por horas, o lo que sea, cuando hay paciente enfermos que necesitan acudir a visitas, hay muchos problemas, hay muchísimos, por eso hay mucho que faltan, no vienen a visitas por esto, por motivo del trabajo.” (32M)</p>
No acuden hasta finalizar jornada	<p>“depèn de la feina però majoria arriba a la casa després set de la tarda i aquesta hora els metges han anat, està tancat el centre d’assistència, doncs també és un problema, perquè majoria és treballadora i tenim que fer el treball més regularment per la seva vida doncs [...] S’aguanten, s’aguanten. [...] Però no deixen la feina, s’aguanten però no deixen la feina.” (33U – Pakistán)</p> <p>“si tu vas a trabajar en campo depende de los horarios del trabajo bueno y... por ahí... y depende del horario que haces para ir al médico porque algunos, si tiene la necesidad si que puede ir, porque nadie te puede detener en el trabajo para no ir al médico, pero a veces lo dejas porque, me voy cuando voy a tener tiempo libre”(35U – Rumanía)</p>
No acceso, farmacia	<p>“Ha tenido un montón de problemas a veces también con el encargado para irme médico, no me deja el papel para salir y siempre, lo trae el papel del médico, hasta que hora quieres irte al médico, me lo complica mucho. [...]Me ha pasado un montón de veces que me voy directamente a la farmacia.”(06U – Senegal)</p>
Urgencias	<p>“Van a urgencias un sábado más que...porque yo aquí he visto muchos casos de mis amigas que no van los días de semana y los sábados que no trabajan van a urgencias, el dolores...” (20U- Colombia)</p> <p>“si se encuentran mal van a ir a urgencias porque después cuando lleguen a casa a medianoche, a las diez, no hay visitas, van a ir a urgencias.” (32M)</p> <p>“Però si hi ha una persona que surt de la feina, tinc per exemple mal a la panxa, si vas a un metge de... [...] de capçalera [...] te donarà una altra visita, doncs per l’empresari, la gravetat de la malaltia que tens és una..., no real. Per tant si vens a urgències i ja tens un justificant que ja t’han fet l’atenció sanitària al moment perquè estàs malalt allà a la panxa i amb un informe mèdic ja..., ja se queda una mica diferent...” (25M)</p> <p>“si estoy trabajando y me pongo mal me voy al médico, sí aquí [se refiere a hospital, a urgencias] directamente, sin ir a mi médico [centro de atención primaria] porque no me va a atender allí, no a mi, sino a cualquier persona digamos, no, que va que va... como no vengas aquí que... con el informe de aquí que tienen aquí, allí no, no...” (23U-Marruecos)</p>
Limita acceso otras personas	<p>“Hombre (...), no sé, si va su marido con él, por ejemplo, si su marido se tiene que ir, tiene que plegar e ir con ella, porque nadie se va a ir con ella, y tampoco no (...).” (24U – Marruecos)</p> <p>“La tercera vez [después de dos visitas fallidas por malentendido a causa del idioma] viene con su marido y le digo, tú hablas español porque la dejas venir sola? Es que yo trabajo y le digo, vale, el trabajo es importante pero la salud, la vida de tu familia también.[...] a veces vienen solas y no saben defenderse, esto es el origen de esta situación.[...]Por lo que digo, los maridos se van a trabajar y no faltan ni un minuto para acompañarlas.[...] En el trabajo, eso eso es. Y si no tienes alguna amiga que te acompañe es un problema.” (04M)</p>
Barrera al tratamiento adecuado (incumplimiento)	<p>“Por ejemplo yo enfermo, no me ayuda España [...] Yo enfermo, trabajo, jefe dice trabajar, yo dice un día te vas a morir, pero sino trabaja no come, no casa. Médico dice no puedes trabajar, pero yo sí trabajar, sino no come, no le dice a mi jefe que yo enfermo, hay mucho trabajo.” (12U – Pakistán)</p> <p>“Bueno, depende del jefe, por eso le digo. Cuando a mí me dieron de baja, el jefe mío se enfadó mucho.</p>

bajas laborales)	No, tienes que trabajar porque yo te pago por (...), usted me paga pero ahora estoy de baja, no trabajo. No, que tienes que venir a abrir la tienda y que tienes que estar aquí. No voy a venir porque a usted no le conviene y a mí tampoco porque mande una inspección y si usted está de baja porque está trabajando. Ah, no es que tienes que venir. Este fue el motivo para tener que salir de allí.” (22 U – Colombia)
------------------	---

Tabla 3.3.4. Ejemplos del nivel educativo de los inmigrantes y su relación con el acceso a los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
Desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario	<p>“a veces que (...) bueno si por ejemplo vienen de un pueblo de Marruecos que no saben ni la (...) cómo lo puedo decir (...) ni la (...) la escritura aquí, de la medicina por ejemplo, hay un CAP, hay un hospital más, hay una cabecera, hay un especialista ... me entiendes? tienes que hacer ecografías, me entiendes?, fotografías, radiografías y todo eso. Es que (...) no tienen mucha (...) cómo te lo puedo decir, mucha (...) mucha información, mucha educación sobre eso. [...] necesitan un nivel mejor que (...) que necesitan un nivel. [...] De estudios o así, pero aquí es para todos claro, pero a veces en algún caso necesitan, claro, necesitan saber, tener un poquito de nivel, claro, sí.”(26U – Marruecos)</p> <p>“Crec que això de l’analfabetisme és una gran barrera, sí, és una barrera bastant important.[...] Qui té estudis no, (...), no té problemes.[...] Sí, no té problemes. Té pot ser problemes que no tenir bastant informacions sobre serveis que n’hi ha per aquí i tot això, però d’accedir als serveis no n’hi ha problemes. Per tant, una persona analfabeta, ja té les dos coses, no pot accedir i no té informacions. No té informacions i no pot accedir, al revés.”(25M)</p> <p>“Y mucho también el problema que tengan es que no, no, no, no, no han ido al colegio, no han ido al colegio y...[...]Hay una grande diferencia.[...]Porque los que han ido al colegio, ya “na” más para un folleto así ya entiendo todo lo que tienen que hacer para llegar al médico. Y los que no han ido, tienen que preguntar. Y si reciben mal la información, se van a perder.”(13R)</p> <p>“es totalmente diferente [se refiere a las personas con nivel cultural alto]. Primero, porque tiene pues como la claridad en las actuaciones, si me entiendes, porque no es lo mismo cuando las personas no saben ni a dónde ir, ni a qué hora, ni por qué ir. Y no es lo mismo hacer uso del servicio de cita médica por Internet que no hacerla y llevar un control de lo que uno puede llevar en la, pues en la, en la...en la web.” (19R)</p> <p>“No muy “instrido”, [instruido] no sabes mucho, le cuesta preguntar, no están tan informados. [...] No saben mucho, no saben, no saben.[...] Una persona que no sabes, no sabes. Y yo he visto mucha gente ahí y estaban malos y no sabe cómo hacer.[...] La información...nadie no les informa, tienes los papeles de ahí, pero nadie no les informa, no saben.” (06U – Senegal)</p>
Mayor uso de medicina tradicional y automedicación	<p>“perquè per exemple els que no tenen estudis els hi costa més d'anar al metge perquè sempre estan amb plantes medicinals a casa, [...] es queden més... sí, diuen pos jo "me pongo un trapo en la cabeza, un par de limones, iestic a casa" no?, això, hi ha gent com aquesta que sí que n'hi ha, i són gent que els hi costa d'adaptar-se.” (27U - Marruecos)</p> <p>“la gent que no té... estudis i no té aquestes coses li costa una mica més. [...] Pos no sé, perquè creuen en altres coses, són creences que té cadascú i aquestes coses però bueno el temps que estem ara, sobretot, jo crec que aquí, sobretot aquí a Espanya o bueno a Europa en general la gent va al metge, tenen la cultura que tenen, per un motiu” (28U - Marruecos)</p> <p>“nosotros mis paisanos generalmente lo hacen. Tú tenías un tos y has comprado esta receta te ha ido bien, yo ahora tengo tos, te pregunto, ¿la receta que tú habías comprado para tu tos, lo tienes, enséñamela? Te dan y yo mismo voy a comprar porque ahora tengo tos.[...] porque también hay ignorancia, porque mucha gente no han hecho estudios. Entonces no saben que podrían tener mismo enfermedad (...) pero parecida (...) pero diferente, ellos no saben esto. [...] Entonces hay ignorancia, hay</p>

	<p>veces compra así medicamento y lo toma, antes que mejore la enfermedad, lo peor, lo empeoro.” (15M)</p> <p>“creo que las personas con más estudios, son más habituales con (...) cosas formales, como (...) tener los papeles para tener la tarjeta y eso (...) porque las personas sin estudios, no piensan mucho esto, ‘si me enfermo tengo, no sé qué pastillas en casa, y me trato (...) me voy a curar solo’, o algo así, no sé que.”(36U- Rumanía)</p>
Mayor necesidad y uso de odontología privada	<p>“Jo em crec que la majoria de pakistanesos, com no tenen un nivell d’educació més alt, doncs no tenen informació com tenim que mantenir...com tenim que mantenir el seu salut, la seva salut, ¿saps?. Tenen que netejar els nens, o tenen que utilitzar algun líquid vocal o tenen que netejar dentista. Com no tenen aquest informació doncs aquest és l’únic problema, que tenen que anar al metge privat del dents.” (33U – Pakistán)</p>
El nivel de estudios no influye el acceso ni la calidad de la atención	<p>“Digamos que si haces algunos estudios eres una persona que conoces más y entonces no hace falta comentar que en todos los dominios vas a estar un poco más alto de los demás. [se le pregunta por su influencia en el acceso a los servicios sanitarios] Eso no creo que influya tanto porque no... no tiene que influir ... es decir un enfermo es con estudios o sin estudios.” (35U – Rumanía)</p> <p>“Y creo que la persona no tiene, no tiene importancia los estudios que (...) pero creo que la persona tiene que explicar lo más claro posible, que síntomas tienes, lo más sencillo, me duele la cabeza o no sé que, me duele no sé que” (36U – Rumanía)</p> <p>“Yo, no creo, no creo que tenga algo que ver esto, no. Porque si hay estudios o no hay estudios, ellos te miran igual, te miran igual, no, no, no, porque no todo el mundo puede estudiar. No, no son todos iguales, uno está estudiando más, otro está estudiando menos y esta no, no creo que tenga algo que ver, no.” (37U – Rumanía)</p> <p>“Mujer, si no sabes leer ni escribir, ¡por qué va! ¡Por qué va! Tú solamente lo que te puede ayudar es la tele, claro, para hablar es la tele pero...nada, no puede ir, pero si parece uno de esos que habla, escribe y vuelve a leer, qué vas a hacer allí. Pues nada, mejor se sienta en su casa y arregla su casa y ya está.[...] Eso no tiene ningún...¡no son del mismo camino![...] ¡Médico con leer y escribir no tiene nada que ver!”(14U – Senegal)</p>

3.4. El rol de género: ser mujer inmigrante.

Tabla 3.4.1. Ejemplos de los diferentes aspectos relacionados con el rol de la mujer y su influencia en el acceso a los servicios sanitarios.

Aspecto del rol de género	Ejemplos
Falta de autonomía y dependencia del marido	<p>“Depèn del marit, també. Al principi els marits no confien molt de la dona. Tenen molta por.[...] Que la dona surti i aprengui l’idioma i tot això i pot demanar...li dóna massa llibertat, pots passar de límit [...] Però quan passa un any o dos anys, per exemple la senyora aquesta que porta quatre anys, i ha tingut un bebè i ja està, ara l’home comença a estar segur de la dona. I per això la deixa sortir. Amb un bebè si que deixen sortir.[...] explicar-lo bé al marit abans..., que s’ha d’estudiar. És una cosa entre parella i la base és la dona i la dona s’ha de tenir en compte que s’ha d’estudiar i tot això. I explicar-lo primer al marit.[...] Que la dona s’ha de ser més intel•ligent a la hora de parlar amb el marit, explicar-ho bé, els motius perquè vol estudiar però sense nervis, sense res. Perquè si ella es posa en contra el marit acaba</p>

	<p><i>igual, o sigui, no li deixa. Però si ella li explica a poc a poc... [...] Poc a poc i amb els motius i no té res a veure amb la llibertat i tot això, pues aquests moments sí que li deixa.” (10U – Marruecos - mujer)</i></p> <p><i>“mujeres...no saben nada.[...] pero cuando llego, porque siempre viven con familia, en Pakistán y cuando llegas aquí, solas, con niños y luego muy pocas veces salen, siempre estar en casa con un marido, esto es problema. Pero ellas quieren y puede saber todos, que no es muy difícil.” (30R- mujer)</i></p> <p><i>“muchas mujeres pakistaníes no pueden estudiar, mujer no sabe que problema, espera al marido.”(12U – Pakistán- hombre)</i></p> <p><i>“Sí, ignorancia. [...] la mayoría no han hecho estudios, de verdad. Sobre todo con las mujeres, es mucho más peor con las mujeres árabes que ellas no salen nunca de casa, siempre tapados, ellas no han hecho nada, [...] ninguna de ellas saben nada, sólo lavar y ya está, es para que ese dialecto pudiente si no, no entendería eso tampoco porque no aprenden nada, nada de nada.”(15M- mujer)</i></p> <p><i>“En cuanto al idioma puede decir que [las mujeres] no hablan ni siquiera rumano, o es muy limitado. Entonces sí que tienen más dificultad en aprender el castellano y que suele pasar que los hombres la figura importante de la familia aprenda el castellano y las mujeres sobretodo no hablen castellano.” (02M- mujer)</i></p> <p><i>“Porque Pakistán es un país muy diferente y entonces ellas no tienen ninguna información, de cómo ir a hospital, o como ir a coger metro, como...muy difícil. Ellas no saben nada. Como cuando llego aquí, primera vez mucho como un choque. Yo ahora aquí ya puedo ser como una mujer porque maridos todos saber aquí, viven aquí, trabajan aquí, pero mujeres...no saben nada” (30R- mujer)</i></p> <p><i>“tener que dar la información muy bien, ginecólogas, a mujeres pakistaníes.[...] Mucho más, porque ellas no saben nada.[...] Porque mira, mujeres pakistaníes siempre vírgenes y casada con marido y ya está, nunca tienen relaciones con nadie. Entonces cuando una persona tiene 2 y 3 hijos, como yo nació mi hija, yo me fui al hospital, yo no tengo ninguna información. Que ahora qué puedo hacer, que yo no quiero un niño/niña rápido, que no quiero, quiero poco relajada y tranquila. Entonces yo llegué al hospital y me dan información. Yo iba con mi marido porque no entendía mucho, me han dicho que mejor un DIU y luego me he puesto una vacuna y estoy muy mal.[...] Porque esta vacuna dice que para 3 meses, ¿no? entonces yo estoy muy mal, estoy muy gorda, tengo problema...porque dice que eso depende de cuerpo, de tu...[...] Ellos son muy buenos pero algunas veces que...Como yo, no te digo otra persona no sé, como yo, cuando nació mi hija, yo dependía del médico, él me dice esto y yo vale, él me ha dicho eso, muy bien para mí. Ellos muy bien, tratan muy bien, pero siempre mujeres pakistaníes, yo creo que, dependen médicos.[...] Que como...sobre información de anticonceptivos. Ellas dependemos de los médicos. Médicos dices que sí y ellas dicen vale, y ala, eso.”(30R- mujer)</i></p> <p><i>“totes aquestes [dones] que estan entrant últimament a Espanya, tenen ganes d’estudiar i van a fer inscripcions de seguida i tot això. O sigui, no com abans.[...] aquestes generacions tenen més ganes d’estudiar, o sigui d’aprendre, ¿no? i més ganes d’estudiar i tot això, millor que la primera, o sigui la generació anterior.”(10U – Marruecos- mujer)</i></p>
<p>Mujer soltera menos conocimiento</p>	<p><i>“segons també si està casat o si està soltera, [...] perquè si és soltera, arriba aquí, no té targeta sanitària, no té informacions, però si ja és una senyora casada, en general ha vingut aquí a través pel reagrupament familiar, o sigui, lògicament el marit ja sap com es fa la targeta sanitària i tot això” (25M- mujer)</i></p>
<p>Rol de cuidadora</p>	<p><i>“Si el nen es posa malalt de seguida ja és un costum o cultural, no sé. Així com la mare sempre està, la seva responsabilitat a casa és ser esposa i ser mare doncs només de ser mare, estan al marc de la maternitat i que ella s’hauria de cuidar el nen i vigila si està ben cuidat...o sigui en tots els sentits, educatiu o sanitari...Ella quan li passa alguna cosa pues de seguida s’espanta perquè ella crec que la primera culpable si al nen li passa alguna cosa és ella” (25M- mujer)</i></p>

	<p>“Ay, hace 20 días que estaba mala, duré 3 días con la hemorragia aquí adentro. No le dio a ninguna amiga por venirme a buscar, no tenía saldo en el teléfono [...] El señor que vive aquí, no estaba, se había ido de viaje y pues me tocó tres días ya al tercer día, me duché y no sé cómo me bajé y dejé el niño medio dormido un “ratico” y allí abajo hay un bar de colombianos en la esquina y fui a llamar a la dueña del bar y vino y se me quedaron con el niño hasta que vino el papá de Valencia.” (20U – Colombia- mujer)</p> <p>“I si es posa malalta la mare, qui pot cuidar el nen. O sigui és molt important que vingués la mare quan es posa malalta, que vingués el metge. [...] és molt important que la mare, si es posa malalta que demani visita amb el metge, perquè es curi, perquè sense la mare, qui cuidarà el nen [...] Per exemple li deixa a l’escola, o li deixa a la veïna, o li deixa a la guarderia...o li deixa a la mare, amb els pares, si estan al país.[...] hi ha alguns no poden deixar el nen a casa sol, per tant, no vindria. Alguns que ja prenguin només un calmant a casa i que amb aquest tractament s’ho curaran ràpid.” (10U – Marruecos- mujer)</p> <p>“con tres niños tiene que ir al médico, tú no tiene a nadie a donde dejar uno y tienes que ir con los tres, icosta! [...] Tú sabes cómo moverse aquí, ¿no? Con los carros y coso, todo esto y tiene que coger el brazo de un niño, para que un coche no lo estropea porque es pequeñito, pone así.” (15M- mujer)</p> <p>“si tienes a una persona a tu cargo, que tienes que cuidar todo el tiempo y eso (...) más (...) tú, tú te vas con ella al médico, tú no (...) pero [...] solo cuando fuera un poquito más grave y todo esto (...)’, es difícil, porque pones en primer lugar la persona que tienes a tu cargo y después tú.[...] pero no sé, no sé cuanta gente puede decir, ‘no puedo ir al doctor porque tengo hijos’, porque hoy día aquí en España el canguro está muy, muy, muy, cada día puedes llamarle y todo esto se arregla. No sé si es un problema de eso, de tener los hijos y no puedes dejarlos con alguien.” (36U – Rumanía- mujer)</p> <p>“Porque si estás enferma no (...) no sé (...) para coger niño, algo muy, muy (...) [...] Por ejemplo, si yo he estado enferma, yo quiero ir al médico tengo que coger las niñas, yo tengo que prepararles comida (...) si no tengo ayudante, muy (...) un poco difícil. [...] Sí, cuando yo he estado enferma, para ir al médico con las niñas es un poco difícil [...] Para (...) por ejemplo, si yo estoy enferma, si mi marido está en casa, él se pude preparar comida, las niñas, pero si él no está en casa (...) yo sola.” (17U – Senegal- mujer)</p> <p>“Porque mira, yo tengo sinusitis y yo digo que yo aquí no me opero, yo prefiero ir a operarme a mi país. [...] porque no tengo nadie aquí y no tengo ni quien me cuide, ni me cuide del niño” (20U – Colombia- mujer)</p>
<p>Profesional sexo contrario</p>	<p>“[mujeres de Pakistán] no habla de muchas cosas si el médico es hombre, y mejor mediadora”(12U – Pakistán- hombre)</p> <p>“Són dones una mica...els marits són una mica radicals [...] però són poques dones.[...] sí, més pels marits [...] Primer li expliquem a la dona que no té res a veure amb la religió ni... Ella té dret, no, a demanar que li canvi el metge, té dret. Primer no entrem amb això, si vol canviar el metge, que canvi el metge. Però li expliquem, com li obrim una mica la ment. Per què vols canviar el metge, per això, doncs això no està prohibit per la religió, ¿qui ha dit que està prohibit? Vale, el marit, el marit, t’he dit això, on està escrit el Coral. Ella li fem de nosaltres a ella li obrim la...com he dit ara, les portes perquè ella dubte també del que li ha dit el marit i pugui preguntar, ¿per què m’has dit això?, que no està escrit al Coral. Ella no soluciona però de la seva manera, sense que nosaltres li obliguem. Sempre li creem un conflicte entre el marit i..., entre el seu marit i ella. Però nosaltres li fem arribar un missatge perquè li ajudi a preguntar, li ajudi a tenir confiança amb ella mateixa. ¿Per què m’ha dit això? Vale, el Coral, on està el Coral, “ensényame”. Hi ha un pas per a ella perquè ho entengui bé què és una cosa prohibida i què és una cosa que no és prohibida.” (25M- mujer)</p> <p>“Per exemple a mi no em donarà vergonya si tinc que ensenyar la panxa o un pit si m’han de fer una mao(...) mamografia diguéssim, i hi ha gent que li dóna molta vergonya això, això cadascú, alerta, alerta roja que m’han de veure un pit o una cama diguéssim, hi ha gent que són grans i això no... estan molt tancats vull dir. [...] m’he trobat molts de casos, o un ginecòleg busca més la dona que no pas que sigui un ginecòleg home [...] hi ha certes persones que tenen aquests problemes, que sempre demanen i</p>

	<p>mai... i a veure si em toca i estan allà amb el ai, no no si em toca un home ai jo no sé lo que faré, és que no puc és que..." (28U – Marruecos- hombre)</p> <p>"hay mujeres que por ejemplo musulmanes que piden siempre mujer, sabes... más bien porque no sé, les da vergüenza... más bien lo ven como respeto... [...] A lo mejor hay, no te puedo asegurar nada, pero a lo mejor hay personas que no... Que no han podido visitar porque el médico es un hombre..." (29U – Marruecos- mujer)</p> <p>"algunas veces mujeres tienen vergüenza. Una mujer embarazada, ella quiere ir al hospital y allí hay un médico, como hombre, ese es el problema, algunas veces, no todas. Para mí importante que yo estoy bien porque cuando nació mi hijo tengo problemas. Él nació con Cesaria, importante un médico, entonces yo no pensaba otra cosa pero algunas veces mujeres no quieren un hombre. Sí, ellas quieren siempre con mujeres, sí. Mujeres quieren con mujeres médicas.[...] Algunas veces yo creo que algunas mujeres no quieren con médicos hombres" (30R- mujer)</p> <p>"Mi opinión, yo también prefiero que sea una mujer, yo tengo una mujer, yo prefiero.[...] la jovencita decía, mira el día del parto yo prefiero una mujer, puede ser posible un mujer, dice mira, como es un hospital público, depende, hay ginecólogos y ginecólogas, depende quien está libre, a lo mejor te toca la mujer, que tú te dejas que te toca una mujer y ya está [...] Yo creo que nosotras sí que decimos, mira si quieres solo una mujer vas a una privada y ya está[...] pero claro como la mayoría no se puede meter por temas económicos al final también dicen, mira, claro, como son médicos no te miran de esta manera, no son... ¿sabes?, también ellos, una vez explicado, o ellas mismas se dicen, son médicos" (32M- mujer)</p> <p>"si és un sexe oposat doncs no li agrada, ni als homes ni les dones, per deixar les robes i...és pel seu salut però...És una idea com he dit...que és una idea més estricte, doncs no li agrada[...] Treure's la roba [...] no volem i no ho faran. Si vol...continuar sí, sinó, adéu [...] Sí és un problema perquè ja saps que per nosaltres les dones especialment, no deixen el seu cos sexuals, no deixen sense cobrir. A veure, en casa també es cubren amb un roba més gran, a part del camisa, es cubren els seus pits i tot això amb molt cuidat ¿eh? I doncs...treus roba és difícil. [...] Jo em crec que per les dones, ginecologistes, dones i els homes és normal, quasi normal, no és un problema més gran pels homes, però per les dones pakistaneses i per musulmanes, poden ser de Àfrica també, del Marroc també, a elles no li agrada" (33U – Pakistán- hombre)</p> <p>"Cuando en Pakistán chicas dicen que no voy con hombres, sí. Por ejemplo, porque muy diferente, tú sabes, porque son países aquí a España muy diferentes, ¿usted sabe?, sí. Eso por ejemplo, yo tengo un grano, por ejemplo ahí pierna, ahí tengo mismo pierna, entiendes, que cuando vengo, por ejemplo, yo soy chica, mire doctos, yo tengo aquí algo, ellos quiere verme ¿no?, que hay ahí, sácate el pantalón, ¿entiendes?, porque ella no cree sola...tímido [...] Tímido. Cuando hay chica, no pasa nada, cuando hay doctora, ¿entiendes?, no pasa nada, eso, mejor doctora" (34U – Pakistán- hombre)</p> <p>"Hay conflictos y los que no suelen resolverse son los religiosos. Por ejemplo, viene una mujer musulmana diciendo que no quiere que un hombre le visite. Quiero una ginecóloga, por ejemplo, no quiero que un ginecólogo me vea debajo un hombre. No hay manera que les explique que eso son las normas. Se lo explicamos bien, que cada uno no puede decir, esto es lo quiero, es la Seguridad Social, esto es lo que hay, hay tantos ginecólogos como ginecólogas y a cada uno le toca quien le toque. Pero a veces no quieren entender esto. Ellos lo que quieren es lo que quieren por delante entonces cuesta de ponerles en razones.[...] Hay quien se niegan a hacer la visita estando embarazada, se van, dentro de un momento vuelven...bueno la última vez me he ido a la clínica y sabes que quiero...pues es lo que hay, aquí aún no ha cambiado la cosa. Resulta algunos, aceptando lo que hay, si pagas la clínica que cuesta y a veces no.[...] Había que incluso vino con el marido, el marido mismo quejándose que no quiere que un ginecólogo visite a su mujer [...] se ve que si estas programado, tienen que venir ese día y no vienen y la razón porque no vienen te dicen claramente que es eso. Y en este momento que vienen a pedir una ginecóloga no quieren firmarte ningún papel.[...] Porque vienen, que quieren cambiar de médico, les explicamos que esto es lo que hay, no hay ginecólogas. No hay ginecólogas, pues no quiero visitarme.</p>
--	---

	<p>Porque no quieres visitarte firmas este papel informando que no quieres que te visite un ginecólogo, no te quieren firmar ese papel.[...] No quieren entenderlo. Dicen que es un pecado que a la mujer le visite un hombre. Y los explicamos que, en este caso, no hay un hombre delante, hay un profesional delante. [...] Hay que lo aceptan, son musulmanas igual y aceptan el ginecólogo, pero hay que no, no hay manera. Hay que vienen que han ido a la clínica...[...] pagando [...] A la privada” (04M- mujer)</p>
--	---

3.5. El papel de la red social.

Tabla 3.5.1. Ejemplos de la red social como facilitadores del acceso a los servicios de salud.

Subcategoría	Ejemplo de citas
Fuente de información	<p>“Sí se enteran a través de otros que hay aquí, claro se explica, yo mismo no, a cualquier otra persona, llega aquí esa persona y que hace, preguntar a su paisano claro, aunque no es su familia ni su amigo de confianza, vaya, pero le cuenta como si fueras hermanos claro, le cuenta todo lo que tienes que hacer [para ir al médico], sí sí.” (23U – Marruecos)</p>
Ayuda en la los trámites necesarios para utilizar los servicios sanitarios (empadronamiento, obtención de la TSI, solicitud de citas, etc)	<p>“mi padre lleva viviendo más de veinte años, claro, que él como tenía seguro y todo, y entonces me ha entrado en su seguro, luego a toda la familia, como hemos hecho grupo familiar, para, hemos venido aquí con los papeles y todo. Y entonces, cuando hemos venido siempre ella [amiga] está en mi casa, siempre dice '¿cómo estás?', y cuando yo me estuve enferma pues dice 'vamos que te llevo a (...)', su marido nos arregló los papeles que faltaban para ir al médico, y (...) me ha dado unas hojas para donde vives, y tal y cuál, bueno, los papeles que faltó para ir al médico. Cuando hemos hecho todo, pues ella fue conmigo, y ya han dado aquí la tarjeta sanitaria y todo.” (24U – Marruecos)</p> <p>“ya el que viene ya viene reagrupado, entonces como llega reagrupado su familia le dice, se empadrona y vamos allí y tienes derecho a la asistencia sanitaria, si me entiendes, ya llegan listos” (19R)</p> <p>“Si és un reagrupament familiar, el marit s’encarrega de la targeta sanitària.”(25M)</p> <p>“Yo he estado..., yo alquilé una habitación, ¿tú sabes? Entonces antiguamente, tú alquilabas una habitación pero la persona de su piso no lo quería empadronar a uno porque no sabía de dónde viene uno. Y si viene los problemas vienen al piso, ¿sabes? [...] Porque ahora hay mucho inmigrante...porque no sé, uno busca para vivir en donde sus paisanos, uno alquila donde sus paisanos. Cuando un latino, hondureño, cualquiera...[...] No porque cuando me empadroné, en Girona, yo era la primera vez que me empadroné hace siete años, era en Girona y era en el piso de una amiga, que me hizo el favor. [...] No vivía allí, de verdad que yo no vivía allí, pero ella me hizo el favor. Porque donde viví, donde pagaba alquiler en Girona, no me podían empadronar.[...] Me dijo el chico que no y entonces pues mi amiga, de verme así, que yo andaba buscando la tarjeta sanitaria pues me dijo, vente por favor y me empadronó allí.” (20U – Colombia)</p> <p>“Antes se vendía el empadronamiento, ahora como hay muchas personas de Pakistán es más fácil.” (12U - Pakistán)</p> <p>“Me fui para buscar el empadronamiento este.[...] Para arreglar la tarjeta sanitaria. E después me ayudan con la tarjeta.[...] yo busco alguien que me pueda ayudar.[...]No, son paisanos. Yo le pago para que me arregle esa cosa.[...] Nada. Solamente llevo el pasaporte y...fuimos a la oficina del Ayuntamiento, y ya está.[...] Con mi pasaporte y su contrato de casa. Me han hecho la certificado.” (11U – Marruecos)</p>

	<p><i>“Y hay, hay gente que no pide nada [por el empadronamiento]. Te ayudan a...personas que no tienen papeles.[...] Hay amigos y hay buena gente, sí. Pero hay pocos.” (11U – Marruecos)</i></p> <p><i>“empadronamiento para nosotros fácil, para los otros no es fácil. Difícil [...] Para él, cuando él llega ahí (...) ha venido con (...) tiene una amiga (...) su amiga que tiene una casa, él ayudarlo para tener esto del patronato. Sí, es fácil para él. [...] Hay otros (...) muy difícil. [...] porque cuando llegaste ahí (...) no tienes amigos para, para, para ponerte ahí en su casa, para tiene tú su responsable de [...]Para tener el patronato el dueño de la casa te va (...) esto a llevar esto (...) el papel de casa al ayuntamiento, o llama al ayuntamiento y dice esto vive en mi casa, puedo sacarle o no el patronato. Si el dueño de casa no confianza de ti, no puede tener esto.” (16U – Senegal)</i></p> <p><i>“hay gente mucho saben, porque cuando llegaste aquí, como estaban tu amigos ahí (...) tu amigo antes estaba ahí, cuando viniste aquí, te dicen cuando llegaste aquí tienes esto, tarjeta sanitaria, puede ir al médico sin problema. Tú con esto (...) mucha gente cuando llegamos aquí, saben esto. Cuando tú tienes tarjeta médico, puedes ir al médico muy fácil (...) tienes cualquier duda, aquí tienes tarjeta de médico, pero ahí el médico (...) mucha gente cuando llegas ahí, primero tienes que buscar esto.”(16U – Senegal)</i></p> <p><i>“yo tenía una amiga que venía en Senegal, hace ahora lleva casi, bueno un año y medio aquí. Y bueno como vino sin legal así [...] primero la llevamos como, ya sabes, antes de ir al médico tienes que ir al ayuntamiento a buscar empadronamiento [...] Ellos piensan que vive a nuestra casa, claro porque no puede estar aquí sin médico porque esta época era una mujer como...a ver, a ver, estaba embarazada, sí y no podía estar sin médico [...] por eso hicimos eso para que tuviera un médico.”(14U – Senegal)</i></p> <p><i>“Sí bueno, el proceso no sé, porque a mí sólo me la dieron...[la TSI] [...] Los de la empresa del campo y después cada año me la enviaban por correo.[...] y aquí en Lérida me lo cambiaron.[...] Me lo cambiaron los de la empresa, si lo recuerdo bien estaba de color amarillo en la zona de Andalucía y aquí son los de colores azul.” (35U – Rumanía)</i></p> <p><i>“me encontré un patrón que me hace papeles, me aseguraba y tengo seguro, cuando me encuentro mal voy al médico y ya está. [...] Sí, una persona del trabajo. [...] yo trabajaba para él. [...] Y él me hace los papeles. [...] de residencia. [...] Y luego hacemos, (...) me hace un seguro. [...] como la que tiene todo el mundo.” (18U – Senegal)</i></p>
Acompañamiento a visitas	<p><i>“Sempre el que nosaltres fem casi casi és tenir un familiar, un amic, qualsevol que té tens aquí i que pot acompanyar que sempre et pot acompanyar a l'hospital, sempre busquem aquestes coses, per nosaltres, per un mateix per ell és una mica difícil, sempre lo que fa és buscar un parent, un amic o lo que sigui...[...]No, sobretot per l'idioma, no perquè... si hi ha una anàlisi que et faci, què t'ha dit el metge, què tens?” (28U – Marruecos)</i></p> <p><i>“quan una persona no sap molt bé la llengua, per exemple, ni castellà, ni català, doncs és un sensació personal que...què explicarà al metge, que el problema té, doncs té que esperar d'un amic que, que pot acompanyar, o alguna persona que vol explicar al metge.”(33U – Pakistán)</i></p>
Cuidan de personas a su cargo	<p><i>“com tinc la meva mare, pues sé que no...[...] S'encarrega ella [dels fills] o està el meu home també, però bueno quan he tingut per exemple cessària pues sempre estan la meva família al costat”(27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Estoy con mi familia, deajo al niño allí y me voy al médico[...] tú dejas al bebé con tu madre y vas [...]Eso, para ayudarnos, eso.” (14U – Senegal)</i></p>

Tabla 3.5.2. Ejemplos de la red social como barrera de acceso a los servicios de salud.

Subcategoría	Ejemplo de citas
Personas a su cargo	
<p>No acuden o retrasan el acceso a los servicios sanitarios</p>	<p>“Ay, hace 20 días que estaba mala, duré 3 días con la hemorragia aquí adentro. No le dio a ninguna amiga por venirme a buscar, no tenía saldo en el teléfono [...] El señor que vive aquí, no estaba, se había ido de viaje y pues me tocó tres días ya al tercer día, me duché y no sé cómo me bajé y dejé el niño medio dormido un “ratico” y allí abajo hay un bar de colombianos en la esquina y fui a llamar a la dueña del bar y vino y se me quedaron con el niño hasta que vino el papá de Valencia.” (20U – Colombia)</p> <p>“I si es posa malalta la mare, qui pot cuidar el nen. O sigui és molt important que vingués la mare quan es posa malalta, que vingués el metge. [...] és molt important que la mare, si es posa malalta que demani visita amb el metge, perquè es curi, perquè sense la mare, qui cuidarà el nen [...] Per exemple li deixa a l’escola, o li deixa a la veïna, o li deixa a la guarderia...o li deixa a la mare, amb els pares, si estan al país.[...] hi ha alguns no poden deixar el nen a casa sol, per tant, no vindria. Alguns que ja prenguin només un calmant a casa i que amb aquest tractament s’ho curaran ràpid.” (10U – Marruecos)</p> <p>“con tres niños tiene que ir al médico, tú no tiene a nadie a donde dejar uno y tienes que ir con los tres, ¡costa! [...] Tú sabes cómo moverse aquí, ¿no? Con los carros y coso, todo esto y tiene que coger el brazo de un niño, para que un coche no lo estropea porque es pequeñito, pone así.” (15M)</p> <p>“si tienes a una persona a tu cargo, que tienes que cuidar todo el tiempo y eso (...) más (...) tú, tú te vas con ella al médico, tú no (...) pero [...] solo cuando fuera un poquito más grave y todo esto (...)’, es difícil, porque pones en primer lugar la persona que tienes a tu cargo y después tú.[...] pero no sé, no sé cuanta gente puede decir, ‘no puedo ir al doctor porque tengo hijos’, porque hoy día aquí en España el canguro está muy, muy, muy, cada día puedes llamarle y todo esto se arregla. No sé si es un problema de eso, de tener los hijos y no puedes dejarlos con alguien.” (36U – Rumanía)</p> <p>“Porque si estás enferma no (...) no sé (...) para coger niño, algo muy, muy (...) [...] Por ejemplo, si yo he estado enferma, yo quiero ir al médico tengo que coger las niñas, yo tengo que prepararles comida (...) si no tengo ayudante, muy (...) un poco difícil. [...] Sí, cuando yo he estado enferma, para ir al médico con las niñas es un poco difícil [...] Para (...) por ejemplo, si yo estoy enferma, si mi marido está en casa, él se pude preparar comida, las niñas, pero si él no está en casa (...) yo sola.” (17U – Senegal)</p>
<p>Viajan a país de origen para obtener atención sanitaria</p>	<p>“Porque mira, yo tengo sinusitis y yo digo que yo aquí no me opero, yo prefiero ir a operarme a mi país. [...] porque no tengo nadie aquí y no tengo ni quien me cuide, ni me cuide del niño” (20U – Colombia)</p>
Responsabilidad de mantener económicamente a la familia	
<p>Priorización del trabajo como fuente de ingresos</p>	<p>“Dejar un día de trabajo (...) para ir al médico, hay mucha gente que hasta que la enfermedad no es muy grave, no deja el trabajo [...] por problema de dinero, somos africanos (...) hermano depende de ti, padre, madre, sobrinos, primos, todo te llaman y tú también tiene gastos (...) tiene tu mujer, tiene tu hijo, con tantas hojas ves que si deja un día voy a perder veinte euro, dice que con este veinte euro (...) voy a cubrir unos gastos, entonces dices bueno como no es tanto enfermo no es la pena ir, me voy a</p>

	trabajar.” (15M)
--	------------------

Tabla 3.5.3. Ejemplos del papel de las oenegés y otras asociaciones en el acceso a los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
Proporcionan información sobre los servicios sanitarios	<p>“Pues yo creo, no sé, pero yo creo que la gente iría, por eso te digo, por eso [asociación en que trabaja] hicimos un protocolo para todos, pues para que luego a Comisiones Obreras todos que tuviéramos el manejo, la misma información, un manual de inmigración para las personas llegadas aquí. Porque todos teníamos que acabar con la misma información. Entonces el que pregunta, si nos preguntan a nosotros, preguntan a Caritas, a Cruz Roja” (19R)</p> <p>“a la comunidad a preguntar [cómo hacer para poder ir al médico], a los Ayuntamientos, las asistentes sociales, o sea, o ya Caritas que Caritas es un puerta abierta para...” (21U – Colombia)</p> <p>“[para informarse de los servicios sanitarios] Sí, lo que hay una...una trabajadora social. Aquí por la asociación hay una que se llama ‘Nombre trabajadora social’. (22U – Colombia)</p> <p>“Información también damos porque ahora por ejemplo en verano en los sitios donde trabajan los temporeros les vamos informando que existe esto, existe lo otro [se refiere a la tarjeta sanitaria y trámites necesarios, y a la localización de centros de salud].” (04M)</p>
Ayudan en la gestión de la tarjeta sanitaria y de las visitas médicas	<p>“una casa donde atienden los extranjeros, muchos extranjeros, de todas partes. Y uno y va ahí y dice que necesita (...) que lo vea un médico o que necesita una ayuda...A veces le dan comida, lo mandan a la Sopa, o le dan...le prestan alguna ayuda [gestionan visitas]. Pero hay otra cosa que se llama Caritas, tienen otra, una abogada, pero pues allí...no, nunca me han dado nada.” (22U – Colombia)</p> <p>“La Cruz Roja a buscar ayuda o cosas así también nos ayudan. O las entidades sociales sí. También les informan por dónde van y la empresa con la que trabajo, Salud y Familia también. Porque Salud y Familia ayuda mucho también a los inmigrantes, a los que tienen embarazos no deseados, les ayudamos también en el abortamiento y todo. Entonces también si quieren ir al médico y no tienen la tarjeta sanitaria también ayudamos en esto, la empresa ayuda mucho en esto.” (04M)</p> <p>“ir a ver a la asociación y allí ya te dirán lo que tienes que hacer [para conseguir la tarjeta sanitaria...] algunas veces que tienen alguna problema [con el trámite de la tarjeta] luego vienen a hablar con nosotras, entonces nosotras les ayudamos, sí.” (30R)</p>
Ayudan económicamente en el acceso a los servicios sanitarios	<p>“tienen que pagar la factura y que pueden hacer porque no tienen dinero para pagar la factura. Yo lo máximo que puedo hacer es aconsejarles que vayan a hablar con una asistente social del barrio donde residen.” (02M)</p> <p>“Porque si un paciente vienen aquí [urgencias hospitalarias] y no tienen tarjeta sanitaria y lleva la factura, llega a Salud y Familia entonces salud y familia paga la factura.” (32M)</p>
Proporcionan	<p>“entonces un amigo le avisó que si quieres hacer una revisión, con tu pasaporte la Cruz Roja te hará una revisión. [...] hacía todos los controles allí. Hasta que no tenía los papeles, él visitaba Cruz Roja.”(12U –</p>

asistencia sanitaria	Pakistán)
Facilitan un traductor durante la atención sanitaria	“Bueno hay que buscar alguien que sabe o un amigo o... a través de alguna ONG o... [...] Alguna asociación que me parece que te ayuda en cosas de traducir... sí...[...] por ejemplo alguien viene aquí lo va ayudando, alguna persona que domina mejor se propone para ir al médico para traducirlo.” (35U – Rumanía)

3.6. Necesidades de atención de la salud percibidas por el usuario.

Tabla 3.6.1. Ejemplos de percepción de necesidad de atención sanitaria y su influencia sobre el acceso a los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
No perciben necesidad ante ausencia de síntomas, o síntomas leves y conocidos	<p>“yo nunca voy por allá y en el tiempo que llevo aquí vi como..., he ido dos veces al ambulatorio y incluso me dijeron que por qué yo no iba y yo, para qué voy a ir si no estoy enfermo. Entonces en realidad muy poco los he usado los servicios.” (21U – Colombia)</p> <p>“prefiere estar en su casa, si puede aguantar el dolor o lo que le está pasando, pero no tienen tanta facilidad de ir al médico en general pero ni a urgencias, ni en el CAP, si se puede no ir, mejor se queda en casa” (02M)</p> <p>“Bueno yo, al médico voy, voy muy poco (...) aunque me encuentro malo voy aguantar aguantar y al médico voy, voy muy poco al médico [...] Bueno, esto, cada uno es como es. Y yo he, yo si me, si fuera el dolor de cabeza y todo esto, no voy ...al médico [...] O, pfff, solo el dolor de cabeza voy a la farmacia, compro (...) y esto, y me lo tomo” (18U – Senegal)</p> <p>“jo sóc d'anar poc al metge. [...] no jo lo que passa és que des de fa temps... jo per exemple enfermetat així pocs molt pocs, per exemple i són d'aquests normals tu saps de vegades un grip, un grip jo no vaig al metge, no vaig al metge, jo vaig a córrer, sí, sí, jo quan tinc grip vaig a córrer perquè diuen que si sues després treus la enfermetat [...] si tinc mal de cap sé que és una cosa que passarà, no sé, sol o així, però per aquestes coses no vaig al metge. [...] perquè el dia següent ja estic bé perquè ja ho sé, més o menys cadascú sap com és, saps.” (28U – Marruecos)</p> <p>“fa un mes que estava jugant una patxanga, jugo el futbol sala amb els amics i m'he fet mal al turmell, mal però és un esguinze, mal que després pots comprar un 'reflexil' i ja està, crema i una venda i ja està, a més tinc una tobillera que sempre ve amb mi, i bueno em va dir, bueno he anat una mica coix però he anat a treballar, bueno són també responsabilitats, són coses de cadascú” (28U – Marruecos)</p> <p>“a veces me pasaba con el estómago, sí, porque bueno, yo antes hacía un tratamiento para el P (...) P bacterial o algo así, no he tenido muy muy bien el estómago, estaba haciendo un tratamiento y todo, pero a veces, por ejemplo me vuelve un dolor pero es pequeño y lo sabía de qué es, mi cabecera me ha dicho tengo pastillas a casa para relajar un poquito, me lo tomo y ya está no vuelvo cada vez si porque yo sabía lo que tengo, pero si es algo distinto claro que me voy, claro, sí, y yo creo que eso pasa también para otra gente.” (26U – Marruecos)</p> <p>“a mí me duele la cabeza, que sé por tomarme una aspirina o un paracetamol ya se me calma, yo me digo, bueno paso de los servicios médicos[no acude], voy a la farmacia y allí ya me dirán lo que está bueno por eso o algún resfriado o algo así igual se pasan de los servicios sanitarios.” (13R)</p> <p>“m'he trobat en casos així que la gent estigui molt malalta i digui “ai no vull anar al metge perquè me donarà la mateixa medicina o me dirà el mateix de sempre” (...) és lo típic que escoltes no a vegades? però vull dir no...[...][La mateixa medicació o perquè té la mateixa malaltia crònica de sempre o ... perquè sempre ha tingut bronquitis o perquè sempre ha tingut un costipat d'aquells forts...[...]. Sí, va a la farmàcia</p>

	<p><i>directament a agafar per treure diguéssim el costipat i ja està.” (27U – Marruecos)</i></p> <p><i>“a veces que... a ver, si lo puedo solucionar yo... los rumanos tomamos muchos automedicación pues lo hago. [...] Ya no está bien pero yo lo hago [ríe] [...] Bueno si me encuentro mal, supongo que sí, si no es algo que conozco y puedo solucionar yo con algún medicamento... [...] A veces si le digo qué me pasa, le digo... a ver, voy a mirar el prospecto, el nombre comercial del medicamento diferente en cada país, pero la composición química es lo mismo, y buscar en prospecto esa cosa. [...] Sí algunos sí, algunos se va directamente sin saber que tiene, se va directamente a la farmacia y le dice qué le pasa... buscando algún medicamento. Mejor ir primero al médico que te dice qué tienes y después ir a la farmacia. Si te ha pasado alguna y son las mismas cosas sí que te vas directamente a la farmacia a buscar los que necesitas pero...” (35U – Rumanía)</i></p> <p><i>“hay muchos también que compran calmantes a la farmacia. Y por qué? Si voy al médico y sé el calmante que me da pues voy a comprar el calmante.[...] Que hay muchas veces dicen que es el calmante que les dice el médico pues toman el calmante y se quedan en casa.” (04M)</i></p> <p><i>“porque yo digo que no falta ir al médico. A veces me duele mucho el cuerpo, pero bueno, si voy también seguro que el médico me dará “Eferelgan”, pues voy a la farmacia a comprarlo, sí.” (14U – Senegal)</i></p> <p><i>“hay mucha gente también así. Que no tienen nada, entonces mejor casa, mejor que el hospital, eso es así.” (30R)</i></p>
<p>Perciben necesidad de acudir a un centro sanitario por síntomas graves, urgentes, que no remiten, o sensación de peligro</p>	<p><i>“aunque me encuentro malo voy aguantar [...] pero si ves que [...] no me pasaba nada aguanto, durante todo, durante el día, y si no me paso al día siguiente voy al médico. O, pfff, solo el dolor de cabeza voy a la farmacia, compro (...) y esto, y me lo tomo.[...] Bueno, si no fuera una enfermedad grave, si no fuera una cosa grave, para qué.” (18U – Senegal)</i></p> <p><i>“En general vienen para problemas serias de salud. La cultura sanitaria del colectivo rumano, generalizando porque claro, existen particularidades dentro de cualquier colectividad, no van al médico si no hay algo que realmente les moleste. No va al médico si no hay algo que realmente no les dejen trabajar o...y cuando vienen aquí sí que tienen un problema de salud. Ahora, como lo vive cada uno, pueden haber persona que vienen porque tienen dolor de cabeza que llevan 3 meses y ya se preocupan porque no se les va el dolor de cabeza, no conocen las causas entonces, vienen al médico o sino también vienen cuando tienen una intervención quirúrgica porque no se han cuidado hasta ahora.” (02M)</i></p> <p><i>“No, yo soy una persona que va al médico sólo, sólo cuando lo necesita de verdad, cuando me encuentro mal y ya no puedo más. [...]a veces nosotros lo pensamos bien, no pensamos bien a veces (...) normalmente cuando te encuentras mal, tienes que ir al médico (...) porque no hay otra alternativa, otra salida no hay, pues yo (...) de varias veces lo paso sin irme al médico, la verdad es esto, no por culpa de (...) por mi culpa no voy al médico, ¿Si me encuentro mal ahora y no voy al médico?, no voy porque a veces pienso que la vida es (...) como es, ahora vamos muy mal todos y a veces lo digo, ‘estoy harta de vivir de esta manera, mejor para quedarme tal como soy no voy ni al médico, ni a ningún sitio’, esta es la razón, [...] yo tampoco voy al médico de cada veces que me encuentro así, no siempre cuando me encuentro mal, cuando por ejemplo no puedo andar mas, si. Pero si me encuentro mal y yo puedo andar, no. No me voy al médico.” (37U – Rumanía)</i></p> <p><i>“hi haurà un dia que em farà mal d'una altra manera, i no no això sí que és fort i llavors sí que aniré al metge però de la manera que em fa mal... no puc pas...” (28U – Marruecos)</i></p> <p><i>“muchas veces cuando...tienen el presentimiento que está su vida en peligro ya van al médico” (13R)</i></p>
<p>Necesidad percibida de atención sanitaria de los hijos</p>	<p><i>“Si el nen es posa malalt de seguida ja és un costum o cultural, no sé. Així com la mare sempre està, la seva responsabilitat a casa és ser esposa i ser mare doncs només de ser mare, estan al marc de la maternitat i que ella s’hauria de cuidar el nen i vigila si està ben cuidat...o sigui en tots els sentits, educatiu o sanitat...Ella quan li passa alguna cosa pues de seguida s’espanta perquè ella crec que la primera culpable si al nen li passa alguna cosa és ella, per això ja de seguida urgències, no fa...a res ni..., com es diu això” (25M)</i></p> <p><i>“Cuando es primer niño, sí que las madres se asustan mucho, entonces a lo mejor sí vienen a urgencias,” (32M)</i></p>

Tabla 3.6.2. Ejemplos de las estrategias de búsqueda de atención sanitaria.

Subcategoría	Ejemplos
Acuden al centro de atención primaria	<p><i>“si no tinc molt de dolor s’ha d’agafar primer una visita amb el metge.” (10U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Me duele la “panxa” por ejemplo pero puedo esperar, no pasa nada, hasta que me dan una visita, eso la cabecera claro.” (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Depèn, depèn. [...]si [...] no és més greu, doncs prefereixen del seu prop [centro de atención primaria].” (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“A ver, allí [CAP] visitan, por ejemplo, si tienes algo poca cosa, allí te visita..” (24U – Marruecos)</i></p>
Acuden a un centro de urgencias hospitalario	<p><i>“si ella té molt de dolor s’ha de venir a urgències” (10U – Marruecos)</i></p> <p><i>“cuando me viene un dolor fatal, cuando me viene algo, bueno (...) subida de fiebre a la vez o así claro que me voy a urgencias. Y algo más claro, me caigo o así, claro en urgencias” (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>“si és un accident, si és un..., si el condició és més greu, doncs es prefereixen un emergència d’un hospital, [...] [m’he trencat] el dit i hem vingut aquí en hospitalXX, des de pobleXY” (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“[vaig al hospital] perquè el centre d’assistència primària no tenen aquest facilitats que té l’HospitalXX, és més gran, hi ha especialistes en cada moment i...és una emergència més gran. Depèn de condicions del pacient.” (33U – Pakistán)</i></p> <p><i>“también prefiero ir al HospitalXX que en los centros porque ahí cuando llego ahora a urgencias si hay que hacerme una radiografía me la hacen allí mismo, si hay que hacerse una eco me la hacen hoy mismo pero en el CAP no. Te mira el médico, te da el calmante y si tiene que orientarte te orienta pero al mismo día no.[...]. Depende de la cosa que tienen. Yo misma depende de la cosa que tengo o que tengan mis hijos prefiero irme al HospitalXX. [...] prefiero esperar y salirme tranquila que quedarme con la duda.” (04M)</i></p> <p><i>“si tienes, por ejemplo, tienes que operar o algo, o tienes vómitos o algo, tienes que venir aquí a urgencias [hospital] aquí a urgencias para operarte, o para hacer cualquier cosa luego..” (24U – Marruecos)</i></p> <p><i>“como empecé para sangrar bien, bien, bien, pensé que no es de ambulatorio y lo pensaba que mejor es para ir directo a la urgencia, porque me quede aquí unas (...) no sé, unos dos días acá o algo así acá con suero, a la urgencia de ‘Nombre Hospital’ con suero y (...)” (37U – Rumanía)</i></p> <p><i>“tienes que venir aquí a urgencias [hospital] aquí a urgencias para operarte, o para hacer cualquier cosa luego. Será más fácil si tienes que ingresar, aquí se lo suben con la camilla aquí para arriba y ya está.” (24U – Marruecos)</i></p>
Acuden primero a primaria y después a un centro hospitalario	<p><i>“llevan días que van a su médico de cabecera que no sé qué y el niño no se mejora y luego viene a urgencias ¿sabes? [...] pues vienen a urgencias o que llevan días que van al CAP y no se mejora y entonces lo traen aquí [hospital] diciendo pues mira, no se me ha curado, estamos preocupados” (32M)</i></p> <p><i>“Ella provarà primer el de més aprop, vale? Si allà no es troba bé i no es curarà doncs...vindrà aquí a urgències.[...] Ella provaria primer a ‘Nom de la seva ciutat- CAP’, si allà no es cura vindrà aquí a ‘Nom Hospital’.” (10U – Marruecos)</i></p>
Valoración de los mediadores sobre las estrategias	<p><i>“nosotros mis paisanos generalmente lo hacen. Tú tenías un tos y has comprado esta receta te ha ido bien, yo ahora tengo tos, te pregunto, ¿la receta que tú habías comprado para tu tos, lo tienes, enséñamela? Te dan y yo mismo voy a comprar porque ahora tengo tos.[...] porque también hay ignorancia, porque mucha gente no han hecho estudios. Entonces no saben que podrían tener mismo enfermedad (...) pero parecida (...) pero</i></p>

seguidas por usuarios inmigrantes	<p><i>diferente, ellos no saben esto. [...] Entonces hay ignorancia, hay veces compra así medicamento y lo toma, antes que mejore la enfermedad, lo peor, lo empeoro.” (15M)</i></p> <p><i>“hay veces (...) también hay gente que viene directamente al hospital sin papel, sin nada. Entonces lo comentas a ellos, que tú no puedes venir directamente aquí, al menos que sea de urgencia, si no es de urgencia, si tú vienes aquí, nadie no te vas a atender, tiene que ir a ver primero tu cabecera y luego él, si no puede resolver tu problema, tu enfermedad, te dará un papel para mandarte en hospitalX. Pero tú no puedes venir directamente para que te de la gana. Entonces le explican así. Y se van a ver la cabecera. Bueno (...) que así resuelven.” (15M)</i></p> <p><i>“Cada uno por ejemplo que me dice, tengo esto o tengo lo otro pues lo que te digo es irte al sitio que corresponde.[...] Por ejemplo, si lo que te pasa es de ginecología, te oriento a ginecología si es de traumatología también te oriento a traumatología, pero primero empezando por tu médico de cabecera, porque siempre es quien te orienta al sitio adecuado” (04M)</i></p>
-----------------------------------	--

Tabla 3.6.3. Ejemplos de utilización de medicina alternativa y su influencia en la utilización de medicina formal.

Subcategoría	Ejemplos
Utilización de tratamientos tradicionales, medicina natural y alternativa	<p><i>“Bueno, medicina natural no voy algún centro, pero a casa casi casi tengo todas las hierbas, tenga [ríe] me entiendes?, luisa, maria luisa y todo eso, lo hago yo misma, babydigest para los niños, para relajar un poquito el estómago, pero eso yo misma.[...] plantas, sí, sí, sí. (...) utilizo mucho sí. (26U – Marruecos)</i></p> <p><i>“y sí que hay también personas que acuden a métodos alternativos, porque lo han hecho toda la vida y lo ha hecho la abuela, la madre y lo siguen haciendo pero no podría decir que es una característica general.” (02M – Rumanía)</i></p> <p><i>“Mi mamá, sabe mucho de esto, lee muchas (...) muchos libros naturistas y otras cosas. [...] Solo uso (...) es un carbón natural, es muy bueno para el estómago (...) y eso es, esto me ayuda mucho (...) por el momento tengo unas pasitas de Rumania, pero me voy a comprar una de aquí, se va a terminar.” (36U – Rumanía)</i></p> <p><i>“Medicina natural y cosas así hay alguien que lo usa.[...] nosotros hay que combinar muchas cosas. Al mismo tiempo, el natural y el moderno” (04M - Senegal)</i></p>
Influencia de las creencias en salud en el acceso	<p><i>“nosaltres la gent major de la nostra del Marroc i tot això, aquesta gent no creu en els metges, ells creuen en altres coses sobre els santos i bueno sants, no sé si la gent d'aquí creu en sants... i ‘yo esto no...’ i en Déu, per exemple troben en Déu... saps que els musulmans sempre... són una mica més radicals en aquest sentit... ”no no si tengo que curar, dios me cura, eso lo mío, ja no sé, si tengo que curar ya me curarà dios”, perquè tinc l'àvia de la meva dona que viu a Girona i que bueno tela, té el cor és que no pot, més d'una vegada que me l'han portat a casa, i vigileu que no... la setmana passada la van ingressar un altre cop, li va posar un marcapassos i bueno... però és una senyora que bueno va passar això perquè no prenien els medicaments, ella ha de prendre els medicaments perquè té moltes enfermetats i no pren els medicaments, ”estoy harta de ... no quiero esto que si de a caso que me lleven a Marruecos a visitar a santo...” jo què sé, saps que vull dir, en la gent major sobretot, en la gent jove no crec, a més hi ha gent que vénen aquí per res, és el que dic jo per exemple per salvar del treball, ”òstia m'he tallat una mica..., he fet clac clac i... poseu-me una baixa d'una setmana i...”, n'hi ha al contrari casi, bueno... [...] sí això afecta també, afecta també, la gent que no té... estudis i no té aquestes coses li costa una mica més. [...] creuen en altres coses, són creences que té cadascú i aquestes coses però bueno el temps que estem ara, sobretot, jo crec que aquí, sobretot aquí a Espanya o bueno a Europa en general la gent va al metge, tenen la cultura que tenen, per un motiu , i la gent mira molt, moltíssim i la gent lo que diu... mira molt el tema econòmic, pasta i quan troba un mig ... això se'n va i no hi ha problema, mai he vist algú que no volen perquè la creença que té, allà sí, allà sí.” (28U – Marruecos)</i></p>

3.7. Ausencia de un sistema de transporte efectivo

Tabla 3.7.1 Ejemplos de las dificultades de acceso asociadas a la ausencia de transporte.

Subcategoría	Ejemplos
Dificultad de transporte al centro sanitario	<p><i>“El té complicat, difícil, ella diu difícil, quan ha d’anar a Girona, perquè el seu home hauria de deixar de treballar per acompanyar-la a ella.[...] Agafar dos autobusos. [...] [difícil] trayecto, espera mucho, espera, luego espera” (08U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Que encara no sap agafar la SARFA, l’autobús i tot això. Sí, sense el seu germà no pot desplaçar o no sap, desplaçar-se.[...] la majoria...(pausa) el gran problema que tenen és el tema del transport. [...] Ha donat l’exemple de la seva cunyada. Abans no venia al metge per això. Perquè no tenia cotxe,...i la distancia entre la casa on viu, per exemple, i la parada d’autobús és molt, molt i per això no venia al metge” (10U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Pero me falta ir a alguien que es especialista, como especialista el oftalmólogo o el especialista de huesos.[està lejos] Con la moto, con un amigo, con coche...” (11U – Marruecos)</i></p> <p><i>“Ahora voy pues cada... quincenas, tengo visita con el doctor de quimio. Estuve la semana pasada y ahora me dió otra visita para el martes que viene, a ver si mi hermano me... se enrolla a conducir o me deja el coche una de dos, no hay problema, porque sino como ir, en Sarfa [compañía de autobuses]... pues ya te digo, en Sarfa no me va a dar tiempo, porque Sarfa para aquí para allí, pasa por pueblos y claro... y al regreso igual, y al regreso igual, pasas todo el día por allí tirado y, ya te digo un poquito mal. [...] Sí bueno, está bien, es que si no fuera por mi hermano,... o también claro porque yo cojo Sarfa o algun familiar o amigo que te traiga o cualquier otra persona... o sino llamar a la ambulancia claro... si es algo... realmente importante, ¿no?, claro, vamos a venir o andando!” (23U – Marruecos)</i></p>
Consecuencias de la dificultad o ausencia de transporte	<p><i>“n’hi ha zones, ni arriba l’autobús allà i nosaltres [mediadores] ensenya l’autonomia de les dones. Si l’ensenyó l’autonomia, tingues que agafar l’autobús, fes parades, vale, jo ho faig això, però on està l’autobús, hi ha...només per les zones que estan més a baix, ‘Nombre pueblo’, i tot això, és un gran problema això del transport.[...] no pot venir per a la distància, m’entens o no.” (25M)</i></p> <p><i>“El problema..., els pobles petits, [...] aquí si és lluny, com he dit abans, el tema de transport i tot això dificulta i pot ser que la persona té una cosa senzilla però pot empitjorà si només espera fins el marit torni o només espera fins l’autobús si passa i tot això, pues pot empitjorà més.” (25M)</i></p> <p><i>“per exemple si està, una mica malalta pues se truca a la seva cosina i segons la cosina que li dirà si pot esperar dos hores, una hora...i s’aguanta el dolor fins que vingui la cosina...[...] Perquè ella viu també una mica lluny del CAP. O sigui si truca a la cosina perquè vingués a buscar a casa.” (10U – Marruecos)</i></p> <p><i>“[distancia] muy importante, claro, [...] yo antes vivía casi casi cerca del CAP, no sé, un (...) no llega a los cinco minutos andando, sí, y después he cambiado de domicilio y tengo que ir casi casi media hora, una hora menos cuarto, claro que la distancia ... y hay mucha gente por ejemplo que son más lejos, claro que la distancia influye mucho, claro, porque hay casos que no (...) no (...) no superan la distancia, pero esto claro que ya llaman la ambulancia y todo eso.[...] a veces sí hay una problema es cuando tu llegas un poquito tarde, ehh la problema por ejemplo de la distancia a veces pasa la gente que vive por ejemplo a la ‘Nombre pueblo A’ o algun pueblo y que vienen aquí a ‘Nombre ciudad B’ y se cogen la SARFA a veces si tú tienes la cita a las diez, por ejemplo “a les deu, les deu del matí”, eh sabes que debes estar ahí a la SARFA a la ‘Nombre pueblo A’ por ejemplo, a las ocho y media, para que tu puedas estar aquí a las “deu” bien, me entiendes? si cojes la SARFA de las nueve o las nueve menos cuarto, a veces no llegas directamente y cuando vienes aquí a veces te dicen “vienes tarde” o “ya está no puedes pasar”, eso es una problema, es la (...) mucho problema, sí sí, yo quería hablar de eso. Y sobretodo para las visitas de embarazo que por ejemplo la mujer embarazada viene a la SARFA a veces vomitando con una (...) me entiendes?, lo pasan mal y cuando</i></p>

	<p>vienen aquí un poquito tarde, (...) a veces pasa, sí, pero a veces (...) [...] por ejemplo que se dan algún tiempo que sea adecuado, cuando por ejemplo cogen las visitas que miran (...) bueno (...) la distancia; que hacen cuenta la distancia o por ejemplo si esta mujer trabaja (...) que buscan los dos, la mujer que va a venir y la de la administración para darle la visita que cojan en cuenta eso. [...] Me cuesta porque hay distancia, porque vivo muy lejos del CAP, sí eso cuesta, no se si se puede hacer alguna solución o así [...] lo que quiero decir es que por ejemplo el (...) el centro, el parto por ejemplo aquí en 'Nombre ciudad B' es mejor que se siga por ejemplo más cerca para otro pueblos que son al lado, eso cuesta, eso cuesta claro, entonces va una mujer para parir y eso y viene del otro pueblo eso cuesta un poquito sí, por ejemplo para pedir algunas (...) análisis que se hacen aquí, eso cuesta un poquito, mejor que se acercan las cosas de la gente, sí." (26U – Marruecos)</p> <p>"Hombre, si está más lejos y tienes alguna cosa grave, yo que sé, tienes que llamar a (...), tienes que llamar a la ambulancia, yo que sé, porque sino no puedes venir ahí corriendo. Yo conozco una que hace poco (...) que vive en 'Nombre pueblo A', allí más lejos, y la gente que se tiene que parir, 'Nombre pueblo B', 'Nombre pueblo A', 'Nombre pueblo C', siempre tienen que venir aquí a parir, ¿me entiendes? Y un hombre (Rie U24), es español ¿eh?, no te digo, y entonces, como han tardado los (...) las ambulancias, pues lo ha parido él mismo. (Rie)" (24U – Marruecos)</p>
--	---

4. Percepción de discriminación en la interacción con los servicios sanitarios y consecuencias sobre el acceso

Tabla 4.1. Ejemplos de la percepción de discriminación en la interacción con los servicios sanitarios.

Subcategoría	Ejemplos
Dificultad en la tramitación de la tarjeta sanitaria	<p>"Me han dicho, no, no pasa nada, no se puede sacar una tarjeta, que tiene que esperar...he salido de aquí, (...), hemos hablado con otra gente y se la dieron, sin pagar, toma.[...]- Era una persona y nos ha dicho que no podemos sacar la tarjeta, tenemos que esperar ¿no? y al siguiente día ha ido [...] y ha hablado con una señora y ha dicho que vale, puede sacarlo hoy [...]" (31U – Rumanía)</p>
Rechazo a la atención relacionada con la discriminación	<p>"He canviat una vegada la meva metge perquè he arribat una mica més tard perquè vaig treballar en Girona i tinc que arribar de Girona a Barcelona, el pobleXX, doncs he arribat una mica més tard i ha negat que no visitarà. Jo...¿què puc fer?, res. I com he parlat amb ella que si us plau, que estic treballant molt lluny, si és tan amable si us plau, dir que no, no és possible. A més quan he començat a discutir doncs m'ha portat al porteria i diu que no puc visitar aquest pacient i...i no vol. [...] Jo personalment he demanat del canvi del metge.[...] Perquè han vingut la gent del...del barri també i ha visitat a tots i aquest temps no parlava molt bé de mi, jo tampoc i...doncs he demanat canvi de metge.[...] Però això no podem dir que..., saps que no podem dir, que té una persona en el seu cor, de cara sí que és més impressionant, "hola, què tal", però racisme no puc eliminar 100%, això existe i existirà. És en el meu país també, nosaltres tenim més immigrants del món, més quantitat d'immigrants del món i nosaltres també tenim sensació de racisme també. Això no pot, si vosaltres aneu a Inglaterra, sentireu, això és una cosa que no podem explicar en paraules." (33U – Pakistán)</p>
Percepción de discriminación en la espera para ser	<p>"no sé si de pronto por lo que uno es inmigrante no lo tratan lo mismo que los de aquí tal vez, no lo sé. [...] Bueno, a veces me da la sensación de que sí porque...a ver cuando fue que fui al médico...para pedir una cita para (...), ah no que hasta en 6 meses no hay visita, como que en 6 meses yo no me puedo esperar seis meses. Entonces ahí luchando, luchando, hago (...) conseguir una cita para 15 días entonces bueno, no sé si influye algo ser inmigrante, de pronto sí. Es que</p>

<p>atendido</p>	<p>me dan cita para seis meses y es que yo no puedo esperar seis meses que me vea el médico, ah entonces discutiendo allí, bueno le voy a conseguir una cita para dentro de 15 días. Ya le digo, bueno no puedo centrarme y decir que <u>sí es porque es inmigrante, me parece.</u>” (22U – Colombia)</p> <p>“aquí hay las personas que cogieron los inmigrantes, ¿sí? Si yo, si yo está en blanco, como usted, si yo fuiste en urgencias me cogieron rápido.[...] Si como nosotros, nadie dice que, espera, espera”. (05U – Senegal)</p> <p>“Que ese momento estaba lleno [urgencias], tengo de esperar...esperar algo, si me pasa algo[...] estaba muy preocupado pero, tengo de esperar [...] A veces me digo que me haces esto para que estoy extranjera[...] Para que estoy extranjera. Para que estaba una persona de aquí va saber a defender más.” (06U – Senegal)</p> <p>“Pero a veces tu vienes a un médico, esta te duele que te recomienda pastilla, tómate esto y ya está! Así pasan aquí. Tómate esto, espera, tú tienes espera 3 meses para que te buscamos una cita. Imagínate para irte a un ginecólogo, esto es todo, tengo que espera 3, 4 meses.[...] Muy larga. A veces tengo problema cuando me ha dolido mucho ahí abajo, me duele mucho, yo había perdido mucha sangre y yo ir al médico, ginecólogo para buscar un cinta para ver mi ginecólogo que me dijera, no está muy preocupado este momento y no dije, a mi saliendo sangre y no es mi periodo de mi regla, ¿no sé de qué es?, entonces estoy muy asustado. [...] Que ese momento estaba lleno, tengo de esperar...esperar algo, si me pasa algo. Así eh? [...] Estaba muy preocupada y mi novio estaba muy preocupado pero, tengo de esperar. Suerte, gracias a Dios se paró solito [...] A veces me digo que me haces esto para que estoy extranjera [...] Para que estoy extranjera. Para que estaba una persona de aquí va saber a defender más.” (06U – Senegal)</p> <p>“a mí me parece que hay un poquito de diferencia en, en gente de aquí y otra de otro país y también de otro país que es pobre o no, porque en mi habitación tenía uno de Francia, paciente de Francia está bien tratado, todo, porque Francia es más alta o...conmigo no. Después de 3 días ha venido un médico para mirarme como estaba. Y ahí pasaría cada día, por la mañana (...) [...] Mira también que me ha pasado aquí en un hospital. A mí me han ingresado en día más o menos 17 de Mayo, me parece, en mi habitación ha pasado tres personas con misma cosa, ¿vale? El mismo día cuando me han ingresado yo ha venido uno, lo han operado rápido y ha salido, después ha venido otro y ha salido, después otro. [...] Y yo esperando, ¿sabes?. Un catalán, un francés y una española y yo he salido último. También cuando me han traído los papeles le han traído último.[...] Porque mi pie, no lo ha mirado, ¿vale? Y un catalán dentro de...[...] Cada día le estaba mirando. Como está y todo y a mí me ha pasado algo malo que he tenido...[...] Y después me ha dicho que no, no me puede operar porque mira que te ha pasado y tiene que esperar. Y cada día más malo, más malo, otra, otra, otra, y me ha dicho, no con riesgo no tiene que operarte y por qué tenía que esperar tanto para pasarme esta cosa y ahora arriesgamos para, para, como con riesgo te operamos hoy, con riesgo. [...] Porque me han puesto para firmar un papel que se puede infectar, y mira como está...[...] tampoco quiero hablar porque me han visto, me han pasado y no quiero comentar. Es de respecto para la gente. Cuando una persona se trata de una manera y otra se trata de otra manera y son los dos con el pie roto, los dos con misma fractura y uno se trata así y otro así.” (31U – Rumanía)</p>
<p>Percepción de discriminación en relación al desconocimiento del idioma</p>	<p>“Y es una chica que no entiende ni habla el catalán y hay médicos que no te cambian el idioma [...] Entonces a veces hay enfermeras y hay médicos que no te cambian el chip y te hablan en catalán. Entonces la señora se queda, es que me dice en catalán y yo no lo entendí y para qué le pido que me repita si sé que me va a pegar un grito”(19R)</p> <p>“mi problema es poco hablar spanish, catalán, porque mi hija está muy grande, otros cinco años, porque madre que son sabe pakistani, mi hija me ayuda, este doctor no, no, tu hija no ayuda, tu sola aquí, mi hija fuera, no, no, hija fuera, mi hija me ayuda a mí, 3 dias ‘Nombre Hospital’, fotografía de mi barriga, entra solo madre, hija no, [el médico dice] que no, solo este que</p>

	<p>pequeño, esto no puede ser.” (03U – Pakistán)</p> <p>“Ella explica que ahora, porque ella sabe hablar un poco pero antes no, era difícil ir al médico.[...] Fins i tot li fa vergonya porque no, com que no sap dir-li el que ja es un, clar, això li impedeix d’anar al metge [...] Me da vergüenza, no puedo.[en consecuencia acude con] Una amiga. [...] Dice que (...) para que no se ría de ella.[...]ha passat el fet de que ella s’ha sentit incòmoda.”(08U - Marruecos)</p> <p>“quan no saps parlar sents la diferència.[...] el meu sentiment és perquè no sé parlar[...] sent la diferència però diu que ells també els agradaria que jo parli que jo...¿saps? Que ells els agrada que...Jo no surto, jo no treballo...jo no...clar, ella...Que a l’hospital moltes vegades alguna li ha dit que hauries d’aprendre, hauries de parlar...clar, ha sigut només casa, hospital...” (09U - Marruecos)</p> <p>“tienen miedo que se les va a reprochar que no hayan hecho las diligencias necesarias para aprender el idioma. Tienen un poco el temor que se les reproche que no han hecho lo suficiente para integrarse, esta palabra que se entiende mal pero...[...] El profesional de turno, el funcionario o el médico...[entrevistadora: Y esto es un miedo justificado?] En muchos casos sí. Yo sé que hay profesionales y no sólo profesionales que hay personas que piensan así, e incluso personas de aquí, pero incluso personas que vienen de fuera no? Alegar, sí sí yo también tengo que venir aquí con el idioma que no entiendo y tengo que adaptarme en todo lo que encuentro aquí y esto en parte es buena la disponibilidad de adaptarse pero también es verdad que la sociedad de acogida tiene que hacer un esfuerzo para acoger a estas personas y adaptar un poco su manera de hacer las cosas a las dificultades que tienen de haber venido.” (02M)</p> <p>“solo cuando fui a pedir hora al ginecólogo, me preguntaron, me preguntaban todo el tiempo, ‘¿necesitas intérprete? ¿entiendes todo? ¿entiendes el castellano?’, ‘sí, lo entiendo’. No sé, tuve la impresión que no, que creían que yo no entiendo, no sé fue un poco raro (...) pero normalmente, no. ” (36U – Rumanía)</p> <p>“Qué te ha pasado, me intentado cruzar la calle y he pisado mal con el pie, qué, qué, no entiendo, no entiendo. Cómo no entiendes, tengo un pie roto y ya está. Y qué te pasó, no lo sé, tengo el pie roto, ah, vale, vale. No quería entenderme, no que no entiende. Porque yo creo que más o menos, como puedo me intentado cruzar la calle, he pisado mal, se ha roto.[...] Sí, hay gente que no te quiere entender.” (31U – Rumanía)</p> <p>“Jo per exemple una vegada, sí amb el nen estava aquí a baix, al (...) a ginecologia i m’havia de fer una prova d’aquestes específiques per mirar a veure que tot fos bé i hi havia una parella que clar havia de firmar si s’havia de fer l’amniocèntesis o no, quan tens la meva edat doncs te la fan fer no?, sí tu vols és clar, t’aconsellen, i no van entendre clar. El ginecòleg, no vull dir qui és, el va dir si us plau surt fora i si trobes algú que t’ho pugui traduir i torna a venir amb la teva dona. Aquest jo trobo que és un problema que tu vas al metge i et notes que (...) no sé (...) i hi havia la noia, vull dir, hi ha noies que saben traduir [mediadoras], no li costava res trucar la noia, clar jo el vaig escoltar quan parlava en àrab i el vaig entendre i bueno si vols jo entro amb tu i t’ho explico què és lo que te vol explicar el metge i quan ... jo no li vaig dir res al metge ni ell li va explicar al noi lo que havia de fer i (...) lo més pràctic és que se la fes la dona perquè tenia una certa edat i així està més tranquil, ens ho va explicar, em vaig sentar a fora i quan va tornar a tocar i ja està. Però ell suposo se’n va donar compte que a mi aquell tracte no em va agradar gaire diguéssim. Búscate la vida i a veure si trobes algú que te...[...] poder el ginecòleg no tenia el dia aquell dia o no sé. [...] Home per aquella persona poder (...) jo perquè ho vaig veure o ell ho va explicar en un altre i l’altre li explicarà en un altre i (...) són coses que costen per fer-te adaptar a un puesto. I jo trobo que està molt bé que hi hagi mediadores.” (27U – Marruecos)</p>
Percepción de	“hay gente, hay una..., siempre te encuentras una persona que es desagradable , que te habla

discriminación en el trato del profesional

mal, que no..., a ver que no le importa que has venido o lo que necesitas... [...] A veces en urgencias [...] A mí, a mí, esto nunca me ha pasado [...] pero conozco a gente que sí, que se han quejado que... que han tenido un **trato** un poco... [...] **Diferente** [...] Porque no sé, a veces, como digo, va esa persona que no sabe y se encuentra la persona que trabaja debe de explicarle donde tiene que ir o, a lo mejor le dice, **le habla de una manera** que no (...), tampoco le importa como... a qué ha venido o (...). A veces en urgencias te vas que estás mala o algo y **tampoco te dan mucha importancia** [...] Sí, te daré un ejemplo, no sé, una vez fue... no sé si era para cambiar una hora o así, en la **recepción**, sí, y era **para cambiar la hora** porque yo... fue... y no era... era un viaje inesperado [...] porque mi padre se puso mal y he tenido que ir y no he podido pensar que tenía visita porque en ese momento cuando un ser querido que está que está mal y tienes que ir fue cuando he vuelto la visita se me había pasado y fue, cogí el papel y fui para cambiarla y he visto, me he encontrado con una persona muy desagradable porque claro **me chillaba en la recepción** que porque que claro que yo puedo, que porque no he venido ese día que porque me tenía que venir a devolver el papel para que podría otra persona usarlo... sabes? Me he encontrado con eso. [...] Sí de la recepción [...] me ha dicho que no (...) que **no puede ser que vendréis cada dos por tres a cambiar la hora cuando os da la gana** y todo esto. De esta forma me lo ha dicho. [...] yo pienso que me podría haber **hablado de otra manera** no era para tanto, no? que se me pasó la visita no era para tanto, una visita..." (29U – Marruecos)

"aquí hay personas que **tratan los inmigrantes muy mal**, no sé por qué [...] Porque mira, porque yo dice esto es cuando estoy mal. Yo fuiste **urgencias**, **la gente sabe** que él, ella **está muy mal**, por qué ellos no debieron ayudarme, hacerme...hacerme palabra! (riu), me hablan bien ¿sí? **Me dicen que no, no, no llorar** aquí, **no molestar**, esto no es normal, esto, yo creo que esto si estaban otra persona no dijeron esto ¿sí? [...] Mira, si una persona estaba mal, **las personas deben tratarlo bien**" (05U – Senegal)

"A veces yo pues normalmente pienso que los **profesionales faltan respeto** para la gente.[...] **Médicos** desde **administrativo**, **todos los profesionales del hospital** a veces yo pienso que ellos mismos **hablan** de alguna **manera** que mayormente **no tendrían que hablar**, ¿sabes? [...] A la paciente. Pero normalmente..., a ver, hay de todo [...] porque yo creo porque trabajas en un sitio público si no sabes aguantar la gente. Porque a veces tú entras en un sitio y..., mira el médico está de **mal humor**, y solo porque el **paciente no habla** se pone **más nervioso**, ¿sabes? y algunas veces yo tenía que decir, oye, por favor, no te **enfadas**, es que ellos pobres, están enfermos, tienen sus problemas y encima que el médico está **gritando**, ellos vienen a un sitio desconocido, y el mínimo, un poco de respeto. [...] Entonces hay médicos muy buenos que como cualquier persona pesada le van a tratar lo mismo, pero hay unos que mira, solo **porque no hablan**, no saben por qué están aquí no sé qué, mira, **dicen cosas que tú sabes que es porque son inmigrantes**. [...] Depende de la persona, no todos ¿eh?, pero algunos. Yo creo que algunas personas sí, **hay discriminación**, totalmente. Que ellos y las enfermeras saben que trabajan en un ámbito, **no les gusta estar con inmigrantes**, que se busquen otro trabajo. [...] Depende de quién es. Es que hay muchas buenas ¿eh?, por ejemplo en "servicio X del hospital", son unos encantos, [...] Depende del servicio, no en la mayoría muy contentos, agradecen mucho, tienen muy buena relación con los médicos...pero hay que dir que hay de todo ¿sabes?, hay médicos muy buenos y hay uno que ni saben cómo tratar con la gente" (32M)

"no es que te traten mal, puede que algunos sí, ¿no?, puede que algunos sí, no en caso de médicos, sino los médicos o encargados o... quizás algún amigo que otro, aunque no te traten mal pero **te miran un poco mal porque eres de otro país** o porque... estas cosas pasan, estas cosas pasan... [...] hace poco me contó, [...] el hombre tiene sus papeles o... sus hijos no sé que, ya llevan tiempo, pero viene aquí [hospital] y **lo atienden mal**... y no se porqué... [...] cada vez que vienen aquí y mal, fatal, trajo su hijo y mal, viene él igual, [...] estuvo aquí casi toda la noche y claro... y encima con dolor, su hijo con dolor y eso claro y eso se lo dijo a una doctora o un doctor y no sé **que le han dicho**, **"cállate"** no sé qué, no sé cuantos..." (23U – Marruecos)

"Yo sólo quiero decir esa cosa que el médicos, todos **los médicos para todos** y tienen que **ayudar**

	<p>un poco porque gente <i>pakistani</i> poco diferentes. [...] Diferente cultura y también...yo creo, que gente pensaba que muy cerrados no nosotros, no creo eh, y pensaba que mujeres también cerrados, no. Sólo porque aquí cultura diferente, ellos siempre viven allí con diferente cultura, luego llegó aquí, tiene que dar tiempo poco a poco. Luego ya cuando integrado aquí, viven aquí unos años luego ya como vosotros, su pensamiento ha cambiado, no, un poco. Sí, pero cuando llegó aquí unos días poco...ellos tienen poco...como su pensamiento poco así mal que nosotros, dónde llegamos, diferente cultura, diferente idioma, qué (...) vamos a hacer, no sé ese médico o esa persona, qué pensaba por mí o así, ay, muchas cosas pero...yo creo que médicos son...tienen en portada...ellos todo es gente igual, yo creo que ellos tienen que hacer algo.[...] yo digo que importante que para ellos todos son iguales y tienen que pensar así ellos también.[...] Eso tiene que ayudar, ayudar como de...te he dicho que muy importante mediadoras. Haz cursos, tienen que dar cursos,..."(30R)</p>
<p>Percepción de discriminación en la calidad técnica de la atención recibida</p>	<p>"a mí me parece que hay un poquito de diferencia en, en gente de aquí y otra de otro país y también de otro país que es pobre o no, porque en mi habitación tenía uno de Francia, paciente de Francia está bien tratado, todo, porque Francia es más alta o...conmigo no. Después de 3 días ha venido un médico para mirarme como estaba. Y ahí pasaría cada día, por la mañana (...) [...] Mira también que me ha pasado aquí en un hospital. A mí me han ingresado en día más o menos 17 de Mayo, me parece, en mi habitación ha pasado tres personas con misma cosa .[...] Porque mi pie, no lo ha mirado, ¿vale? Y un atalán dentro de...[...] Cada día le estaba mirando. Como está y todo y a mí me ha pasado algo malo que he tenido...[...] Cuando una persona se trata de una manera y otra se trata de otra manera y son los dos con el pie roto, los dos con misma fractura y uno se trata así y otro así." (31U – Rumanía)</p> <p>"hay personas que no se respecta los negros, no sé para qué. Si puedo decirlo.[...] aquí hay personas que no se les "va bien" los negros, no sé por qué [...] cuando yo fuiste si estaba urgente, no lo cogieron si no le miraba así, así, me dice que está bien, está bien solo, me dicen, está bien, si no si tiene tos, tos, me donaran una jarabe, no puede hacer nada, nada. Cada vez el médico cuando ella estaba en el colegio me llamaron, ven, tu niña estaba mal, voy a cogerlo el médico le mirabas así, así, me dice este jarabe está bien y ya está, ya está" (05U – Senegal)</p> <p>"Me la gente dice la médicos...curan diferente si tú..., si tú africano, es blanco, van (...) tú va dice tú quiera, lleva eso, cura mejor, tú no lo cura mejor." (07U – Senegal)</p>
<p>No percepción de discriminación</p>	<p>"Para mí todo ha sido normal en el momento que lo he utilizado, para mí todo ha sido bien, no sé no...no, digamos que no ha habido discriminación que por ser uno de otro país, que...no, nada de eso. Yo nunca, he oído ni he visto ni con otros ni conmigo. [...] Porque si yo estuviera aquí lamentándome y quejándome que por allá así, que allá así, entonces no, me voy." (21U – Colombia)</p> <p>"Però personalment jo no he tingut cap problema, quan hi he anat no... ni te discriminen perquè ets d'una altra raça ni res, vull dir que el mateix tracte et tenen eh ? Vull dir que no..." (27U – Marruecos)</p> <p>"allí me parece yo que lo he visto, aunque fueras de allí, o de aquí o de otro país. Porque, a ver, yo que se, ella me lo dijo, dice 'allí aunque sea español, aunque sea lo que sea', dice 'no no, a ellos no le importa'." (24U – Marruecos)</p> <p>"yo creo que eso pasa a cualquier sitio, y en mi país (...) en mi país y también puede pasar aquí, eso de que por ejemplo aunque sea español o que sea marroquino, siempre debía preguntar sobre sus cosas, su salud, preguntar para saber lo que pasa exactamente, [...] Yo personalmente nunca me sentía eso de así, normal, aunque yo tengo pañuelo y todo, pero (...) normal. [...] Sí sobre el trabajo sí, pero sobre esto de la visita no[...] fui a buscar trabajo y me han dicho que</p>

	<p>necesito quitarmelo que sino, no puede trabajar con él" (26U - Marruecos)</p> <p>"Me la gente dice la médicos...curan diferente si tú..., si tú africano, es blanco, van (...) tú va dice tú quiera, lleva eso, cura mejor, tú no lo cura mejor. Me a mí, yo, no me he encontrado eso.[...] porque la calle la gente es hablar mucho, mucho, mucho, es no me pude decir que es real u no real, no me pude dicho eso[...]. No, el médico siempre me ha tratado bien. Eso con mi médico no hay ninguna problema. No me, no me sentí diferente." (07U – Senegal)</p> <p>"A mí (...) no me ha parecido que me tratan como (...) soy una de fuera de España, no me ha parecido esto. Por mi, por mi opinión (...) me trataron bien, porque fui al ginecólogo, también al médico de Cap, de cabecera, al laboratorio para hacer una analítica; porque pase una temporada, me encontré yo mal; me hizo una analítica y también ha sido para hacer mamografía. Y todas estas cosas a mi me ha parecido que los médicos en general no hablan mal, tiene un comportamiento normal con las personas (...) que eres de fuera" (37U – Rumanía)</p> <p>"Ni la idioma, ni la nacionalidad ni es una problema con los médicos, especialmente con los médicos. Hay personas que son racistas, pues no, en la sistema sanitario, no. Ojala que no encuentre a nadie que sea racista en el sistema sanitario" (37U– Rumanía)</p>
<p>Consecuencias de la percepción de discriminación</p>	<p>"He canviat una vegada la meva metge perquè he arribat una mica més tard perquè vaig treballar en Girona i tinc que arribar de Girona a Barcelona, el pobleXX, doncs he arribat una mica més tard i ha negat que no visitarà. Jo...¿què puc fer?, res. I com he parlat amb ella que si us plau, que estic treballant molt lluny, si és tan amable si us plau, dir que no, no és possible. A més quan he començat a discutir doncs m'ha portat al porteria i diu que no puc visitar aquest pacient i...i no vol. [...] Jo personalment he demanat del canvi del metge.[...] Perquè han vingut la gent del...del barri també i ha visitat a tots i aquest temps no parlava molt bé de mi, jo tampoc i...doncs he demanat canvi de metge.[...] Però això no podem dir que..., saps que no podem dir, que té una persona en el seu cor, de cara sí que és més impressionant, "hola, què tal", però racisme no puc eliminar 100%, això existe i existirà. És en el meu país també, nosaltres tenim més immigrants del món, més quantitat d'immigrants del món i nosaltres també tenim sensació de racisme també. Això no pot, si vosaltres aneu a Inglaterra, sentireu, això és una cosa que no podem explicar en paraules." (33U – Pakistán)</p> <p>"no sé si de pronto por lo que uno es inmigrante no lo tratan lo mismo que los de aquí tal vez, no lo sé. [...] Bueno, a veces me da la sensación de que sí porque...a ver cuando fue que fui al médico...para pedir una cita para (...), ah no que hasta en 6 meses no hay visita, como que en 6 meses yo no me puedo esperar seis meses. Entonces ahí luchando, luchando, haqo (...) conseguir una cita para 15 días entonces bueno, no sé si influye algo ser inmigrante, de pronto sí. Es que me dan cita para seis meses y es que yo no puedo esperar seis meses que me vea el médico, ah entonces discutiendo allí, bueno le voy a conseguir una cita para dentro de 15 días. Ya le digo, bueno no puedo centrarme y decir que sí es porque es inmigrante, me parece." (22U – Colombia)</p> <p>"Ella explica que ahora, porque ella sabe hablar un poco pero antes no, era difícil ir al médico.[...] Fins i tot li fa vergonya perque no, com que no sap dir-li el que ja es un, clar, això li impedeix d'anar al metge [...] Me da vergüenza, no puedo.[en consecuencia acude con] Una amiga. [...] Dice que (...) para que no se ría de ella.[...]ha passat el fet de que ella s'ha sentit incòmoda."(08U - Marruecos)</p>

Anexo 6. Publicaciones y comunicaciones de la doctoranda relacionadas con inmigración y servicios sanitarios

Publicaciones:

Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. *Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain*. BMC Health Serv Res. 2008 Mar; 8:51

Puig Sola C, Zarzoso A, Garcia-Algar, Cots F, **Burón A**, Castells X, Vall O. *Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de los progenitores en una área urbana de Barcelona*. Gac Sanit. 2008 Nov-Dic; 22:555-64

F. Cots, **A. Burón**, X. Castells, O. García, M. Riu, O. Vall. *Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització de serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant*. En: Bohigas LL. *Estudis d'Economia de la Salut*. Barcelona: Direcció General Planificació i Avaluació, Generalitat de Catalunya; 2007. p 91-109 (ISBN: 978-84-2522-2007).

F. Cots, JF. Cano, A.Goday, JJ.Chillarón, **A. Burón**, MJ. Carrera, X.Castells. *Tasa de incidencia de descompensaciones agudas como forma de inicio de diabetes en población inmigrante en Barcelona*. En: *Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda*. Galicia: Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2008. p 167-178. (ISBN: 978-84-453-4556-6).

Comunicaciones a congresos:

A Burón, F Cots, O Vall, O García, X Castells. *Frecuentación de las urgencias de un hospital de tercer nivel por parte de la población inmigrante*. XXIV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología. Logroño 4-6 de octubre 2006. (comunicación oral). Premio "Mejores Comunicaciones presentadas por jóvenes epidemiólogos".

A Buron, F Cots, C Iniesta, A Sancho, X Castells. *The impact of immigration over the surgery department and the need for new cultural competencies*. 16th Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Berlin, May 14-16 2008 (oral presentation).

A Buron, F Cots, C Saurina, X Castells, L Vall•llosera, M Saez. *La percepción de las barreras de acceso al sistema sanitario por parte de los usuarios inmigrantes*. (comunicación oral). XIII Congreso SESPAS. Sevilla , 4-6 de marzo 2009

A Buron, F Cots, C Iniesta, A Sancho, X Castells. *Impacto de la población inmigrante sobre la casuística quirúrgica de un hospital de tercer nivel*. (comunicación oral). XIII Congreso SESPAS. Sevilla, 4-6 de marzo 2009.