



Multiculturalitat i Salut

II Jornada d'Actualització

Dia 16 de març de 2011, de 8.45 a 17.30 hores

Auditori Centre de Cultures i Cooperació
Transfronterera. Campus Universitari Capponet. Universitat de Lleida

Multiculturalitat i Salut

II Jornada d'Actualització

© dels textos: els seus autors, 2011
Edita: Medicus Mundi Catalunya-Lleida
Dipòsit legal: L-289-2011
Imprès a Arts Gràfiques Bobalà SL
www.bobala.cat

Pròleg	5
La salud en nuestra Lleida multicultural	7
Infermeria i multiculturalitat	11
Programa.....	15
Ponència. La competència intercultural dels professionals de la salut	17
Taula rodona. L'assistència sanitària a l'usuari immigrant.....	21
Atenció al pacient immigrant a la consulta d'Atenció Primària.....	21
Salut Mental i Immigració	24
La malaltia de Chagas	27
Taula rodona. Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant	31
Gestió ètica de la relació assistencial multicultural	31
La mediació com a estratègia de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant	35
La Xarxa d'Unitats de Salut Internacional de l'ICS i la seva relació i implicació en l'atenció a la salut dels immigrants.....	43
Taula rodona. Programes d'intervenció, promoció i educació per a la salut en contextos multiculturals	49
Com ens alimentem lluny de casa, en un altre país?.....	49
Guia clínica d'acollida a l'immigrant	53
Taula rodona. Multiculturalitat i salut des de la perspectiva de gènere	57
Antropologia, gènere i salut	57
Salut maternal	59

Des que va néixer, fa més de mig segle, la cooperació al desenvolupament s'ha vist subjecta a les transformacions que ha suposat el procés de globalització del món actual. L'emergència de problemes que van més enllà de les fronteres nacionals ha provocat que molts aspectes ja no puguin ser resoltos en l'àmbit estatal sinó que calgui buscar una col·laboració molt més àmplia. Aquest fet, que resulta evident per a qüestions mediambientals, per a fenòmens migratoris i que afecta també les estructures econòmiques de les nacions, és avui igualment extensible a l'àmbit de la salut.

Estudis reconeguts mostren la interacció entre salut i creixement econòmic, és a dir, la relació estreta que uneix la pobresa i la malaltia. Les persones vulnerables, la població situada en països empobrits disposen d'un accés molt més precari a l'atenció sociosanitària i, en conseqüència, veuen minvar la seva esperança de vida. Un sistema de salut fràgil i poc democratitzat representa un obstacle en la lluita contra la misèria: cal recordar que l'estat dels individus determina les seves capacitats productives.

La transcendència de l'àmbit de la salut es confirma en el fet que tres dels vuit objectius que l'ONU va proposar l'any 2000 es troben íntimament relacionats amb aquest camp: reduir la mortalitat infantil, millorar la salut materna i combatre el VIH/sida, el paludisme i altres malalties són fites que no poden deixar-nos indiferents. Malgrat tot, en els últims temps s'han produït progressos tímids que ens esperonen a seguir esmerçant-hi el nostre esforç.

Per tots aquests motius la Universitat de Lleida, en coordinació amb Medicus Mundi i el Centre de Vacunacions Internacionals Eixample, va creure adient abordar un tema fonamental d'avui en dia, la multiculturali-

tat, des de l'òptica de la salut en les *II Jornades d'actualització*. Afirmant així el compromís amb la societat que ens envolta, aquestes tres institucions manifestaven la seva confiança en la formació com a instrument de progrés. El llibre que teniu a les mans n'és un bon testimoni i confirma novament el comú objectiu de contribuir a la millora de les condicions de vida per a tots els homes i totes les dones.

La salud en nuestra Lleida multicultural

Jorge Soler

Médico de Familia ABS Rambla Ferran (Institut Català de la Salut).

Profesor de la Universitat de Lleida.

Autor del libro ¿Por qué lloran los inmigrantes?

La Universitat de Lleida acoge hoy la *II Jornada de Actualización Multiculturalidad y Salud*. Un evento organizado para indagar, profundizar y reflexionar acerca del conocimiento sociocultural y sanitario de la población inmigrante. Este evento es importante porque la inmigración ha sido uno de los fenómenos que han hecho cambiar recientemente la fotografía del sistema sanitario. En muy poco tiempo hemos visto cómo aumentaba su número en las consultas y los servicios de salud se han habituado a los nuevos pacientes. El reto ha sido difícil, sobre todo porque en ocasiones la barrera idiomática obstaculiza mucho la comunicación, que es sin lugar a dudas la herramienta clínica más potente que tenemos.

El esfuerzo de los trabajadores ha sido importante y sus resultados exitosos, y seguimos teniendo claro que es clave continuar formándonos para mantener la calidad asistencial, en un mundo globalizado en el que algunos piensan que nuestra cultura sanitaria y su medicina es superior a todas las otras. En algunos casos puede que sea cierto. Sin embargo, es importante recordar que los pacientes inmigrantes en sus países eran tratados con éxito. Solo hace falta fijarse en la expansión de la acupuntura o la homeopatía en nuestras universidades. Además, debemos ser humildes pues tampoco estamos como para tirar cohetes, y aceptar que la ciencia moderna a la vez que cura procesos muy complejos no es capaz todavía de curar un simple resfriado. Tal como afirma el sabio refranero: siete días con tratamiento y una semana sin él.

Incluso asumiendo que la medicina occidental tiene más conocimientos, si el paciente no lo cree así y no sigue nuestras indicaciones, seremos ineficaces tratando su dolencia. Por eso es tan importante en la atención multicultural tener en cuenta las creencias del usuario. Desde los tiempos de Hipócrates se nos enseña a comenzar la historia clínica

preguntando: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? Este sistema clásico de entrevista clínica sigue vigente y es con la última pregunta donde posiblemente más diferencias encontramos respecto a los autóctonos.

Esto sucede porque las personas nos socializamos por la cultura en los años de infancia y todo lo que se integra de niño es difícil de modificar en la edad adulta. Aunque nosotros emigráramos a países lejanos y tuviéramos otro entorno y nos cambiaran las costumbres y valores en la nueva zona de residencia, muchas cosas las haríamos igual. De una forma metafórica se podría afirmar que los valores culturales son como las raíces de un gran árbol. Sabemos que las sociedades funcionan en base a su comportamiento cultural, que es el resultado de la adaptación del cuerpo al mundo social. La cultura desarrolla normas, valores y formas de hacer que están pensadas para las condiciones del lugar donde se originan y es sano que se integre con la de la zona de acogida.

De hecho, la globalización está haciendo que muchos países cada vez se parezcan más en cuanto a sus dinámicas y, por desgracia, es común a todos ellos que aparezcan la discriminación y los sentimientos racistas porque son una triste realidad de la vida moderna. Estas conductas en ocasiones son causadas por los estereotipos, que hacen ver a la gente como un grupo más que como un individuo. Debemos evitar cronificar esta actitud y ser sensibles a las percepciones negativas que en ocasiones reciben algunos.

Los que observamos el sistema sanitario sabemos de la existencia de desigualdades en el campo de la salud, término que se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos. Es aquí donde jugamos un papel crucial porque entre todos las podemos disminuir si estamos atentos a ellas, examinando nuestro propio comportamiento y ayudando a que el sistema las haga desaparecer. Contribuir a eliminar las desigualdades sería un indicador de asistencia sanitaria culturalmente competente. El tema, sin lugar a dudas, es complejo ya que los factores

son múltiples y comprenden desde las diferencias biológicas hasta la educación, los ingresos económicos, las creencias y un largo etcétera.

Los que trabajamos con pacientes debemos ser culturalmente competentes, entendiendo que hay que desarrollar habilidades para prestar servicios a individuos de diversas culturas de una forma eficaz. De hecho esa es una de las razones de nuestra existencia, común a la de todos los trabajadores que intervienen de algún modo con la sociedad, y en nuestro caso esto pasa por lograr los objetivos sanitarios indistintamente de la procedencia del prójimo. Por eso el arte de la medicina es un principio y no un final, puesto que comprende la sensibilidad de cada uno, la formación, la capacidad de interpretar valores culturales, las habilidades de comunicación, etc.

La reflexión personal y la autocrítica son necesarias para explorar cómo las distintas vivencias y experiencias de cada uno tienen su efecto en sus relaciones con los pacientes. No podemos negar que nos influye nuestra familia, la comunidad, las experiencias previas en el ámbito laboral, etc. Aquellos que han estado poco expuestos al trato con inmigrantes pueden verse condicionados por muchos estereotipos, que se interiorizan de diversas fuentes tales como las noticias, comentarios de compañeros, columnas de opinión o encuentros aislados con un miembro de una determinada comunidad que nos pueden hacer interpretar erróneamente que todos son así.

Por eso es crucial ampliar nuestro conocimiento cultural y el nivel de atención a las variopintas convicciones que abarcan a la salud y la enfermedad y, sobre todo, debemos desarrollar las habilidades para saber explorar cómo esas creencias son importantes y relevantes para el paciente. No podemos asumir que lo conocemos basándonos solo en la raza o la zona de donde procede. Para comprender la vida y cultura de la gente es muy importante saber su historia biográfica, algo que es relativamente fácil gracias a las complicidades que establecemos.

Aquellos que aceptan que hay distintas actitudes, expectativas y creencias entre ellos y sus pacientes, sean inmigrantes o no, lo tendrán

más fácil para explorar las diferencias que se establecen en la interacción. El que piensa que no las hay, o que no deben de ser tenidas en cuenta, expresará lo que se denomina ceguera cultural.

Por todo eso, celebremos que se organicen jornadas como las de hoy, que evidencian que Lleida es una ciudad acogedora, sensible y culturalmente competente.

Una de les causes principals de la producció de desigualtats i del sorgiment de necessitats de cures i atenció de salut diferents en els diversos grups socials, és l'existència de diversos graus de compliment dels drets humans, de la seva capacitat i de l'exigència del seu funcionament (Declaració Universal dels Drets Humans, Nacions Unides, 1948). I, encara que la desigualtat respecte als drets sigui un dels aspectes clau, no és l'únic i, per això, també haurem de tenir en compte les circumstàncies que situen la població immigrant en unes condicions de salut especialment diferents amb la finalitat de saber quina ha de ser la resposta de les infermeres a les diferents demandes assistencials.

Tot i que els drets han de ser garantits a tota persona i estan perfectament definits, existeixen estereotips que segueixen arrelats en la societat a causa dels quals tots aquells grups que s'aparten del patró de la normalitat troben dificultats per al reconeixement i el compliment efectiu d'aquests drets, ja siguin legals, polítics i/o socials.

Els majors avenços que s'han produït en el reconeixement d'aquests drets s'han basat en la lluita per l'eliminació de diverses formes de discriminació com, per exemple, la desigualtat de la dona, l'apartheid i l'explo-tació infantil però encara queda molt per recórrer i encara avui existeixen col·lectius poblacionals que són marginats. Com a conseqüència, la diferència es converteix en desigualtat, amb tots els seus efectes negatius perquè la societat té por enfront de la diversitat, por al desconegut i al que ens és aliè.

L'emigració, ja sigui voluntària o forçosa, influeix en la situació de salut de les persones perquè el que emigra ha d'adaptar-se a molts canvis: relacions familiars i socials, la seva cultura, la seva llengua, la seva alimentació, la seva economia...

Aquest procés pot anar per bé i millorar la seva vida, generalment en l'àmbit econòmic, o bé pot anar malament, amb tensions (estrès), pèrdues culturals (idioma i costums socials) i personals (família i estatus social) que condueixen a un procés de dol, sofriment i major vulnerabilitat enfront de la salut i la malaltia, la qual cosa suposa un previsible augment de les necessitats de cures en el sistema sanitari.

Les persones que emigren, la majoria a països del nord, buscant el reconeixement a la seva ciutadania legal, política i social, pateixen riscos en tots els àmbits de la seva salut. Aquests riscos es converteixen en necessitats específiques d'atenció que si no se satisfan adequadament generen algun tipus de desigualtat.

Les respostes que poden i han de donar les infermeres a les necessitats derivades de les desigualtats de les societats multiculturals són moltes però totes tenen un objectiu comú: el compromís de prestar cures a les necessitats de salut de les persones, tant èticament com professionalment (Codi deontològic per a la professió d'infermeria, Comitè Internacional d'Infermeria 2000: "en l'acte de cuidar, la infermera s'assegurarà que la utilització de la tecnologia i els avenços científics siguin compatibles amb la seguretat, la dignitat i els drets humans de les persones").

Per desenvolupar la seva responsabilitat professional en les societats multiculturals, les infermeres compten amb el millor bé intrínsec (allò que la professió proporciona de forma única a la societat i constitueix un servei indispensable per al seu manteniment) que és cuidar les persones tenint en compte la seva manera de ser i les seves condicions de vida (una certa sensibilitat cultural) i interessant-se directament en l'elaboració i l'engegada d'una política de salut apropiada i adaptada a la forma, a la freqüència i a la manifestació dels seus problemes en aquest camp (Collière, M. F.: *El pensament infermer*, 1996).

Cuidar és també tractar de crear les condicions necessàries en l'entorn i adoptar actituds d'acompanyament i d'ajuda que permetin que la persona destinatària de les cures pugui portar la seva vida d'una manera saludable.

Quan es desenvolupa la cura com a objectiu i identitat professional, aquest té sempre la persona com a destinatària, i significa que la infer-

meria ha de tenir un coneixement profund sobre ella i les seves múltiples circumstàncies. Les infermeres entenen que l'exercici de la cura només és possible si es concep la persona com un ésser únic i diferent les circumstàncies del qual segons la demanda i la necessitat de cures, varien en cada context i en cada cultura. Em refereixo a la competència cultural clínica (la capacitat per comprendre la dinàmica cultural dels pacients i per reaccionar a cadascun d'aquests aspectes culturals de manera que es faciliti millor el seu desenvolupament, i el reconeixement que existeixen diferents maneres d'identificar, expressar, entendre i respondre a la salut i a la malaltia).

No existeix una única manera de cuidar, ja que en el marc en el qual es desenvolupen les cures, cada relació assistencial és única perquè les persones són sempre diferents i individuals com cada infermera és també diferent, amb la seva cultura, els seus valors i idees.

Infermeria ha d'estar preparada, oberta i flexible, segons els seus coneixements, la seva experiència i els seus valors, per atendre aquesta diversitat cultural ja que la prestació de cures exigeix dirigir una "mirada" professional, humana i ètica a la persona cuidada.

Si els professionals d'infermeria posen el conjunt dels seus valors, de les seves normes de conducta i de les seves pràctiques (Kamto 1997) per identificar i atendre les necessitats de salut de les persones, estem parlant de l'ètica de la cura.

En aquest sentit, les infermeres desenvolupen realment el seu compromís i pràctica professional quan estan disposades a comprendre correctament la situació i no permeten que els estereotips i els prejudicis impedeixin veure aquestes necessitats que han de ser ateses.

Cal establir una relació terapèutica i assistencial tenint en compte que totes les persones són iguals en dignitat i drets però alhora són úniques i diferents des del vessant multicultural.

En definitiva, hem d'identificar i comprendre els valors, desigs, objectius i necessitats de cada persona mitjançant una eficaç comunicació intercultural i una capacitat cultural clínica àmplia, sense deixar de banda la humanització de les cures d'infermeria i la seva pràctica.

Programa

- **08.45 - 09.00 h.** Entrega de documentació i acreditacions
- **09:00 - 09.15 h.** Acte inaugural
- **09.15 - 10.15 h.** Ponència:
La competència intercultural dels professionals de la salut.
Carme Padró, *Escola Universitària d'Infermeria (URV)*
Presenta: Lluïsa Guitard, Facultat d'Infermeria (UdL)
- **10.15 - 11.30 h.** Taula rodona:
L'assistència sanitària a l'usuari immigrant:
 - **A la consulta d'Atenció Primària,**
Teresa Vilà, ABS Balaguer
 - **Salut Mental,**
Irene Forcada, Hospital Santa Maria
 - **Unitat de Medicina Tropical,**
*Mercè Almirall, Hospital Arnau de Vilanova*Modera: Antonieta Vidal, ABS Balàfia-Pardinyes (ICS Lleida)
- **11.30 - 12.00 h.** Cafè
- **12.00 - 13.30 h.** Taula rodona:
Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant:
 - **Gestió ètica de la relació assistencial multicultural,**
Oriol Yuguero, ICS Lleida.
 - **La mediació intercultural a l'entorn sanitari,**
Mar Peña, ICS Lleida i Rachida El Badaoui, ABS R. Ferran.
 - **Xarxa de Salut Internacional ICS,**
*Estanis Alonso, Àrea de Salut Pública i Comunitària de l'ICS.*Modera: Lourdes Franco, UMED Assistència Sanitària Especialitzada (Cervera) i ABS Bellpuig (ICS Lleida).

- **13.30 - 15.00 h.** Descans

- **15.00 - 16.00 h.** Taula rodona:
Programes d'intervenció, promoció i educació per a la salut en contextos multiculturals:
 - **Com ens alimentem lluny de casa en un altre país?**,
Amàlia Zapata, Facultat d'Infermeria (UdL).
 - **Eines per afavorir la comunicació en una consulta d'infermeria pediàtrica.**
Miguel Flores, ABS Balàfia-Pardinyes.
 - **Guia clínica d'acollida a l'immigrant.**
Maribel Gràcia, ABS Tàrraga, i Òscar Marín, ICS Lleida.
Modera: Cristina Farràs, SAP Segrià-Garrigues (ICS Lleida).

- **16.00 - 17.00 h.** Taula rodona:
Multiculturalitat i salut des de la perspectiva de gènere
 - **Antropologia, gènere i salut,**
Àngels Teixidor, ABS Salt (Girona).
 - **Mutilació Genital Femenina,**
Sofia Revuelta, ABS Mollerussa.
 - **Salut Maternal,**
Iolanda Florensa, ABS Bordeta-Mangraners.
Modera: Montse Gea, Facultat d'Infermeria (UdL)

- **17.00 - 17.30 h.** Entrega de premi al millor pòster i cloenda.
Josep M. Camps, President del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida.
Rosa M. Pérez, Presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

La competència intercultural dels professionals de la salut

Carme Padró

Escola Universitària d'Infermeria (URV)

Introducció

Parlar de competències interculturals dels professionals de la salut és parlar d'aquells coneixements, aquelles actituds i aquells comportaments que el professional de la salut necessita per poder comunicar-se i relacionar-se amb pacients i famílies que pensen, senten i viuen des d'una perspectiva diferent de la seva. Aquestes diferències es manifesten tant en aspectes concrets relacionats amb la salut i la malaltia com en altres aspectes més generals.

Partim de tres supòsits, perquè així ens ho demostra l'experiència:

- Ser bona persona, ser un mateix, tenir bones intencions o ser un bon professional no és suficient per poder-se comunicar en l'àmbit intercultural.
- Els pacients i les famílies gitanes, marroquines, senegaleses, xineses, romaneses, catalanes, equatorianes o andaluses són diferents, tant en la manera d'expressar les seves necessitats com en les expectatives que tenen sobre les atencions que han de rebre.
- L'atenció culturalment apropiada (no només efectiva) es converteix en significativa per a les persones que estan sanes o malaltes i, per tant, en un potent generador de progressos curatius (M. Leininger, 1999).

Tot això ens porta a la conclusió que ens cal formació per desenvolupar competències comunicatives interculturals si volem exercir la nostra feina amb la professionalitat que requereix la realitat cultural del segle XXI.

La comunicació intercultural ens pot ajudar a assolir aquest objectiu. La seva finalitat és millorar la relació entre dues persones, en aquest cas entre el professional de la salut i el pacient. La variable cultura de cadascuna d'elles juga un paper important en el procés de comunicació. En l'àmbit de la comunicació intercultural, sovint passa que el que un diu i el que l'altre interpreta és diferent, la qual cosa esdevé una important font de malentesos i de frustracions entre uns i altres.

Poques vegades som conscients que la manera que tenim cadascú de veure i d'interpretar la realitat ve marcada en bona part pels valors, les creences i la visió del món de la cultura on hem crescut. Aquesta manera peculiar que cada cultura té d'interpretar la realitat afecta també les nostres pautes de comunicació verbal i no verbal. No només parlem llengües diferents, sinó que utilitzem també estils de comunicació verbal i maneres de processar la informació diversos. Tanmateix, altres aspectes de la comunicació com són els elements no verbals encara incideixen de manera més contundent en la nostra relació amb els altres, ja que estan més arrelats en el nostre inconscient i surten de manera automàtica sense que ni tan sols ens n'adonem. Per exemple, el concepte del temps, o el de l'espai o tot el que té a veure amb la paralingüística (to de veu, intensitat, ritme, silencis).

Així doncs, necessitem desenvolupar competències amb relació als coneixements per poder conèixer com la diversitat cultural incideix en la comunicació. També necessitem conèixer com les diferències culturals poden afectar tant la comunicació verbal com la no verbal.

Per ser competent en l'àmbit cognitiu és important poder treballar en tres aspectes. El primer és controlar la incertesa, és a dir, la resposta que donem davant del que és desconegut, incert o imprevist. En les relacions interculturals sovint passa que les expectatives que tenim sobre com ha de comportar-se l'altre no s'ajusten als resultats. La resposta que es pot donar davant d'aquesta situació és o una alta tolerància a l'ambigüitat i viure-ho com un repte i una oportunitat per aprendre, o una baixa tolerància a l'ambigüitat i viure-ho com una amenaça i, per tant, manifestant hostilitat, ira i ràbia cap a l'altre. També cal desenvolupar la

capacitat de poder interpretar un mateix fet des de marcs de referència diferents: els propis i els de l'altra persona, superant l'etnocentrisme, els estereotips i els prejudicis. Finalment, també és necessari conèixer quines similituds i quines diferències hi ha entre la pròpia cultura i la de l'altra persona implicada.

Per altra banda, cal que el professional de la salut també desenvolupi les competències relacionades amb l'àmbit afectiu, és a dir, cal treballar la sensibilitat intercultural. En aquest sentit és important la formació per desenvolupar les emocions positives que ajuden la comunicació intercultural com poden ser l'empatia, la motivació i la capacitat de no jutjar. També ens cal regular les emocions que no ajuden gaire a la comunicació intercultural com per exemple, l'ansietat.

Finalment, ens calen habilitats verbals i no verbals per tal d'aconseguir la competència intercultural en l'àmbit de comportament. Això vol dir treballar la capacitat d'adaptar les nostres respostes o conductes verbals i no verbals tant al context cultural de la persona com a la situació concreta del moment.

Així, podem concloure que el professional de la salut és competent interculturalment quan té els coneixements necessaris sobre la incidència de la cultura en el procés de comunicació, quan ha desenvolupat la sensibilitat intercultural per mostrar empatia i motivació per comunicar-se amb persones que actuen des de marcs de referència diferents del propi i quan exhibeix comportaments prou flexibles per adaptar en la mesura que pugui les seves conductes a la realitat personal i cultural de la persona que té davant.

Bibliografia

- Grupo CIRIT (2003). *Claves para la comunicación intercultural*. Publicacions Universitat Jaume I.
- LEININGER, M. (1999). "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermera transcultural". *Cultura de los Cuidados* (2º semestre 1999 año III), 6.

- MALLART, L. (1998). *Sóc fill dels evuzok*. 2a edició. La Campana.
- MORGAN, M. (1997). *Les veus del desert*. Helios.
- PADRÓ, C. (2004). "Aportaciones de la comunicación intercultural en el ámbito de la salud". *Revista e-ducare 21* (ISSN 1696-8204), 7 <http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/07/7021.pdf>.
- SERRANO, S. (2003). *El regal de la comunicació*. Ara llibres.
- SPECTOR, R. (2003). *Las culturas de la salud*. Prentice Hall (Pearson Educación).
- TEIXIDOR, R. et al. (1995). *Educación sanitaria intercultural básica*. Coedició Koiné Ediciones GRAMC.

L'assistència sanitària a l'usuari immigrant

• Atenció al pacient immigrant a la consulta d'Atenció Primària

Teresa Vilà
ABS Balaguer

La medicina de família es caracteritza pel fet que se centra en la persona dins el seu entorn i família, amb continuïtat en el temps i comunicació eficaç. La valoració de la persona és integral, amb visió holística i sense perdre de vista la comunitat.¹

Aquesta assistència l'hem anat madurant en les darreres dècades i s'ha posat a prova amb l'arribada a les nostres contrades de població immigrant, amb uns valors diferents i un trajecte vital incert i sovint complicat. En aquests casos, els nostres coneixements en medicina preventiva i activitat assistencial són adequats però tenim mancances pel que fa a aspectes psicosocials, culturals i habilitats comunicatives específiques.^{2 3}

S'estima que al món hi ha més de 150 milions d'immigrants, més de 30 milions de desplaçats i més de 15 milions de refugiats. La immigració cap a països del nord es va iniciar al darrer terç del segle xx des dels països mediterranis tot i que en les darreres dècades Espanya s'ha convertit en país receptor. Des dels anys 90, el creixement migratori a Espanya ha estat del 15% i a Catalunya del 25% i continua creixent en la mesura que els països d'origen s'inestabilitzen, creixen les desigualtats socials, d'escassetat de feina i de perspectives de futur (OMS).⁴

1. European definition of Family Medicine. Core competencies and characteristics. WONCA 202.

2. Lluís VALERIO *et al.* "Conocimientos de los médicos españoles de atención primaria sobre inmigración." *Aten Primaria*. 2007;39 (12); Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCO-OPSI). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

3. WEISSMAN J. S., BETANCOURT J., CAMPBELL E. G., PARK E. R., KIM M., CLARIDGE B., "Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care." *JAMA*. 2005; 29, 4:1058-67.

4. The top ten migration issues of 2009. OMS.

Constitueix, doncs, la immigració un problema de salut? Es tracta en general d'homes sans i joves, alguns amb estudis, la sortida dels quals agreuja la situació de manca als seus països d'origen. El principal problema de salut és la precarietat social i laboral del país d'acollida mentre que la majoria de malalties "importades" tenen un efecte individual i no de salut pública (falta el vector intermedi). Cal tenir present el risc de malalties potencialment letals per viatges al país d'origen, especialment a l'Àfrica subsahariana, més freqüents en els immigrants que retornen al seu país que en la resta de turistes.^{5 6}

S'aconsella aprofitar la visita que el pacient realitza per alguna patologia aguda per realitzar una "visita d'acollida" que inclourà: papps (programa d'activitats preventives i promoció de la salut), vacunes, país d'origen, ruta migratòria, situació laboral i familiar...⁷ En l'accés al sistema de salut d'aquesta població caldrà tenir present la llengua, qüestions culturals i religioses, les "xarxes paral·leles", situació administrativa i laboral... en aquests casos juquen un paper clau les "mediadores culturals". Igualment, l'impacte en la consulta suposa sovint la percepció d'un augment de demanda no percebuda, dificultats per acotar el motiu de consulta, incertesa en el seguiment del tractament i en la importància de les mesures preventives.

Pel que fa a les proves complementàries que realitzem sistemàticament com a cribratge recomanem:

1. Anàlítica bàsica amb hemograma i ferritina en nens i dones en edat fèrtil. Caldrà tenir presents les anèmies ferropèniques i descartar hemoglobinopaties (talassèmia, drepanocitosi, esferocitosi), paràsits en femta (hematòfags intestinals) i paludisme. Descartar malnutrició, l'alletament continu i pèrdues cròniques per *Helicobacter*

5. VALERIO L., *et al.* "Imported infectious diseases associated with international trips by adult immigrants to visit family and friends" *Gac Sanit.* 2009 Dec; 23 Suppl 1:86-9

6. SOLSONA L., DE BALANZÓ X., "Prevention of diseases in the traveller; the returning traveller" *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Suppl 1:105-20.

7. VALERIO L., SOLSONA, L., GARROUM, S., ROCA, C. *Guia Clínica de Salut Internacional i Immigració.* Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI)

pylori. Tenir present que l'eosinofília sol ser una troballa casual en pacients asimptomàtics originaris del tròpic.

2. Serologies de VHB i VHC;⁸ HIV 1-2 en població de risc i amb consentiment informat; serologies de lues si hi ha riscos d'infeccions de transmissió sexual.
3. PPD. Es tracta de població sovint infectada i amb BCG per la qual cosa és molt important la realització de radiologia de tòrax i BK en esputs per a la identificació precoç de pacients bacil·lífers. Està en discussió si cal realitzar PPD a tots de manera sistemàtica i si convé fer-los quimiopprofilaxi. Caldrà tenir la tuberculosi sempre present en l'estudi de la tos crònica (més de 15 dies).
4. Sediment d'orina i recerca de paràsits si trobem hematúria en persones amb origen a Àfrica, Orient Mitjà o Àsia (*Schistosoma haematobium*).
5. Paràsits en femta. No cal realitzar a tota la població però sí en l'estudi de diarrees cròniques (més de 15 dies) i d'eosinofília perifèrica.

Cal tenir present que una febre, en un pacient que ha arribat d'una zona endèmica palúdica, serà una malària fins que no es demostrï el contrari.

Finalment, cal fer esment de l'elevada prevalença de malalties mentals i considerar especialment el "dol migratori". Elevat risc en vells, nens, dones, analfabetisme, personalitat prèvia paranoide o esquizoide, en relació amb l'acompliment de les expectatives, actituds de la societat i del col·lectiu d'acollida, aspectes de conflicte generacional...

En resum, l'atenció al pacient immigrant suposa un repte per a l'atenció primària que, com a porta al nostre sistema sanitari, s'ha trobat amb pacients a la consulta normalment amb patologies banals però amb un altre sistema de valors, concepte de salut i malaltia diferents i malalties importades que fan que sigui necessari l'ús de totes les habilitats en comunicació per tal d'ajudar-los en l'encaix a la societat i al nostre sistema.

8. VALERIO L., BARRO S., PÉREZ B., ROCA C., FERNÁNDEZ J., "Seroprevalence of chronic viral hepatitis markers in 791 recent immigrants in Catalonia, Spain. Screening and vaccination against hepatitis B recommendations". Rev Clin Esp. 2008 Oct;208(9):426-31.

• Salut Mental i immigració

Irene Forcada

Hospital Santa Maria

La immigració és un fenomen social emergent amb un impacte notable en l'àmbit sanitari. Pel que fa a Salut Mental, les síndromes psiquiàtriques són fenomenològicament universals, però la seva expressió clínica està primàriament determinada per factors culturals. L'adaptació de l'immigrant així com la del mitjà receptor, suposa un esforç cultural i social que condiciona les interaccions entre els individus i de manera substancial la relació pacient-terapeuta.

En aquest àmbit, la clínica psiquiàtrica s'enfronta a un nou repte diagnòstic i terapèutic en el qual han de superar-se barreres etnoculturals individuals i col·lectives, socials i biològiques. Les diferències idiomàtiques i la restricció en l'accés a recursos i serveis sanitaris, suposen un obstacle de primer ordre en aquesta població.

Així, doncs, la immigració, com a fenomen generador d'estrès, suposa un factor de risc per al desenvolupament de patologia mental. Des de l'any 1930 s'ha investigat aquest procés migratori com a factor de risc per al desenvolupament de patologia mental i específicament per a l'aparició de psicosis (Odegard *et al.*, 1932). En l'actualitat trobem diferents estudis en els quals es planteja el fenomen migratori com un factor de risc per al desenvolupament de psicosis (Cantor-Graae *et al.*, 2005; Harrison *et al.*, 1997; Selten *et al.* 2001), concretament un estudi britànic (AESOP study team, 2002) de primers episodis psicòtics en immigrants reforça aquesta idea.

Se suggereixen diferents hipòtesis (Selten *et al.*, 2001) que puguin explicar l'augment de trastorns psicòtics en les poblacions immigrants: (a) una elevada incidència d'esquizofrènia en el país d'origen; (b) migració selectiva dels individus genèticament de risc; (c) factors ambientals

que precipiten l'aparició d'esquizofrènia en aquells individus que són genèticament de risc.

Tanmateix, s'han intentat identificar els aspectes que explicarien la potencialitat de la migració com a factor de risc de psicosi (Hutchinson *et al.*, 2004), com ara la desigualtat social, l'atur laboral, la fragmentació familiar, el racisme i la discriminació; tots aquests actuen de forma sinèrgica amb altres factors com ara la història familiar, l'aïllament social i possiblement el consum de tòxics.

Per tant, la migració és un factor de risc per a un futur trastorn psicòtic i existeixen diversos factors ambientals associats al procés migratori que contribuiran al desenvolupament d'aquest tipus de patologia mental. A partir d'aquí hem realitzat un estudi en el que ens plantegem quines diferències hi hauran en l'atenció i assistència sanitària rebuda en la població immigrant amb diagnòstic de trastorn psicòtic en les unitats d'hospitalització de psiquiatria i centres de salut mental respecte a la població nativa.

Podem concloure que el procés migratori és un fenomen actiu i en creixement en la nostra ciutat, que presenta nous reptes i obstacles en l'assistència sanitària. Ens plantegem intentar buscar solucions a les dificultats que presenten aquests pacients, de tal manera que s'afavoreixi l'ús adequat dels recursos de salut mental, reforçant la comunicació i psicoeducació del pacient.

Bibliografia

- AESOP Study Team. "Raised incidence of all psychosis in UK migrant populations" *Schizophr Res* 2002; 53: 33.
- CANTOR-GRAAE E., SELTEN J. P. "Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review" *Am J Psychiatry* 2005; 162:12-24.
- HARRISON G., GLAZEBROOK C., BREWIN J., CANTWELL R., DALKIN T., FOX R., *et al.* "Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom" *Psychol Med* 1997; 27: 799-806.
- HUTCHINSON G., HAASEN Ch., "Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future" *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 350-357.

- ODEGAARD O. "Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota." *Acta Psychiatr Neurol* 1932; 7: 1-206.
- SELTEN J.-P., VEEN N., FELLER W., BLOM J. D., SCHOLS D., CAMOENIË *et al.* "Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands." *British journal of psychiatry* 2001; 178: 367-372.

• La malaltia de Chagas

Mercè Almirall

Hospital Universitari

Arnau de Vilanova de Lleida

El notable increment de la immigració de procedència llatinoamericana esdevingut a Espanya durant la darrera dècada, amb un impacte especial de la població de procedència boliviana, ha convertit la malaltia de Chagas, o tripanosomiasi americana, en un problema de Salut Pública al nostre país. Actualment resideixen a Espanya quasi dos milions i mig de persones oriündes de països en els quals aquesta malaltia és endèmica.¹

És considerada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com una de les “malalties oblidades” malgrat que afecta milions de persones a tot el món. A les zones en què és endèmica hi viuen 60 milions de persones, entre 8-10 milions d'aquestes estan infectades i causa 14.000 morts a l'any.²

La malaltia de Chagas és una antroponosi endèmica d'Amèrica Llatina que s'estén des del sud d'Estats Units fins al nord d'Argentina i Xile respectant les illes del Carib. Afecta 20 països.

Causada pel protozou *Trypanosoma cruzi* es transmet per diverses vies: pels vectors *triatomes hematòfags* com el *Triatoma infestans* (vinchuca) que transmeten la malaltia quan defequen sobre la pell o les mucoses en picar per alimentar-se, a través de la transfusió de sang o trasplantament d'òrgans, per la via oral i per transmissió vertical. En les zones no endèmiques, en absència de triatòmin vectors, la transmissió es realitza a través de les transfusions sanguínies, trasplantament d'òrgans i per transmissió vertical.

1. GASCÓN J. y Grupo de Trabajo del taller “Enfermedad de Chagas Importada: ¿un nuevo reto en Salud Pública?”. “Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada.” *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (6): 230-235.

2. SCHMUNIS G. A., “Epidemiology of Chagas in non-endemic countries: the role of international migration.” *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, vol. 102 (suppl. I): 75-85, 2007.

Es calcula que a Espanya unes 68.000 persones pateixen la malaltia de Chagas en alguna de les seves formes. Això implica uns sèrie de reptes per al nostre sistema sanitari. Un d'ells és el de controlar i evitar les possibles vies de transmissió.

Des de l'any 2005 existeix a Espanya una normativa (Real Decreto 1088/2005) que obliga a fer el cribratge de tots els donants de sang amb risc d'infecció per *T. cruzi* o a excloure'ls de la donació si no és possible realitzar-lo.³

Clínica

La malaltia cursa en dues fases:

Fase aguda o primoinfecció generalment amb símptomes inespecífics, un 50% dels infectats pot no presentar-ne, i que ocasiona una mortalitat d'un 5% quan l'afectació és greu; miocarditis o meningoencefalitis. És infradiagnosticada i s'autolimita en 4-6 setmanes.

Fase crònica en què la infecció pot romandre latent durant dècades o fins i tot tota la vida (forma indeterminada), la presenten el 60% dels infectats, o pot tenir repercussió en algun òrgan diana: el cor, el sistema digestiu o el sistema nerviós un 30%. Aquesta afectació es desenvolupa després de 10-30 anys de la primoinfecció. Els pacients amb immunosupressió poden presentar una reactivació de la malaltia.⁴

Proves diagnòstiques

El diagnòstic es pot efectuar a través de tests parasitològics directes (gota grossa i microhematocrit) o indirectes (cultius i PCR) i mètodes serològics que es basen en la determinació de la presència d'anticossos contra antígens específics (hemaglutinació indirecta, immunofluorescència indirecta, tècniques d'ELISA i d'altres).

3. PORTUS M., "La enfermedad de Chagas en España." *Ars Pharm*, 2010, vol. 50 n°4; 195-204.

4. EROS A., "Chagas disease and immunosuppression for neoplasms and autoimmune diseases." *Emf Emerg* 2010; 12 (supl 1): 22-32.

Atès el limitat valor predictiu positiu, cal la confirmació serològica mitjançant dos mètodes que emprin antígens diferents per fer el diagnòstic definitiu.⁵

Un cop confirmat el diagnòstic serològic positiu cal fer cribratge de l'afectació cardíaca i digestiva segons s'estableix en els documents de consens específics.^{6 7}

Tractament

El fàrmac d'elecció és el *benznidazole*. En cas de contraindicació o efectes secundaris es pot fer servir el *nifurtimox*. La seva administració redueix la durada i gravetat de la malaltia aguda eliminant la parasitemia. L'efectivitat dels tractaments disponibles està en relació inversa amb el temps d'evolució. Són altament efectius en el primer any de vida i en la fase aguda, mentre que la seva efectivitat disminueix amb el temps d'infecció. En la fase crònica no existeix un tractament satisfactori. Alguns estudis han demostrat que el tractament en aquesta fase provoca alentiment en la progressió de la malaltia.

El tractament etiològic cal fer-lo sempre en nens menors de 12 anys i en casos de reactivació. Dels 12 anys a la quarta dècada es recomana oferir el tractament.⁸

5. FLORES-CHÁVEZ, M., FUENTES, I., GÁRATE, T. y CAÑAVATE, C.. "Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada." *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25 Supl 3: 29-37.

6. GASCÓN, J. y Grupo de Trabajo del taller "Enfermedad de Chagas importada, un reto de Salud Pública." "Documento de consenso. Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI). Guía clínica de diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica." *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60 (3): 285-93.

7. PINAZO M. J., CAÑAS E., "Documento de consenso. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la afección digestiva en la fase crónica del la enfermedad de Chagas en países no endémicos." *Enf Emerg* 2010; 12 (2): 95-104.

8. VIOTTI R., VIGLIANO C., LOCOCO, B., et al. "Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus non treatment: a nonrandomized trial." *Ann Intern Med* 2006; 144: 724-734.

El principal repte actual, en relació amb la malaltia de Chagas al nostre país, és el control de la transmissió vertical, mitjançant el cribratge d'embarassades i nadons de mares positives a l'antígen de *T. cruzi*, i el tractament precoç dels nadons infectats.

La Generalitat de Catalunya aprovà al febrer del 2010 el "Protocol de cribratge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus nadons" i és en la formació dels professionals implicats i en la seva implantació en el que actualment s'està treballant.⁹

Dues circumstàncies doten de gran rellevància el control de la transmissió vertical: en primer lloc el fet que quasi la meitat de la població procedent de Llatinoamèrica, de zones amb alta taxa de transmissió maternofilial, que viu al nostre país són dones en edat fèrtil i, en segon lloc, l'alta eficàcia del tractament amb benznidazole quan es realitza de forma precoç i que és quasi d'un 100% en nens menors d'un any.

Un altre gran repte és el de preparar professionals de la salut per al diagnòstic, maneig i tractament adequat de les persones que pateixen aquesta patologia.

9. Generalitat de Catalunya. Protocol de cribratge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i els seus nadons. Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació. 29 de gener de 2010.

Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant

• Gestió ètica de la relació assistencial multicultural

Oriol Yuguero
ICS Lleida

A les nostres ciutats i pobles, el percentatge de població immigrant ha crescut en els últims anys. Ja no es fa estrany que en les llistes dels pacients de les consultes o als serveis d'urgències, cada cop hi hagi més persones d'origen estranger.

Aquest canvi de població suposa un nou repte per als professionals de la salut, que dia a dia s'han d'enfrontar a nous conceptes de salut basats en una cultura diferent a la nostra.

Hi ha un component cultural importantíssim en el concepte de salut. Pacients de diferents orígens veuen de diferent manera la malaltia, el que la provoca o que la pot curar. És per això que és molt important ser capaços d'entendre els diferents conceptes de salut.

En un primer moment farem una reflexió de les diferències culturals de diferents grups de pacients en funció de la seva procedència. Cal tenir unes nocions bàsiques d'aquestes característiques per tal d'oferir una atenció sanitària òptima. És molt important el coneixement del bagatge cultural dels pacients per poder atendre'ls de la millor manera possible i oferir una solució que compleixi les expectatives dels pacients.

En moltes ocasions, existeixen prejudicis al respecte de persones d'origen immigrant. Per aquest motiu en el transcurs de la xerrada farem esment del test d'associacions implícites, que ha desenvolupat la Universitat de Harvard, per tal de posar de manifest que moltes vegades, tot i que no vulguem, associem determinades imatges a col·lectius de persones, ja sigui per la seva nacionalitat, sexe, orientació sexual, ideologia...

En relació amb aquest concepte, desenvoluparem la competència cultural, amb unes nocions bàsiques per a evitar que ens passi això. Cal intentar tenir una visió més àmplia i ser capaços de posar-nos al lloc d'un pacient que abans d'arribar a la nostra consulta ha tingut un camí difícil.

La bioètica cada cop és més present a les facultats de medicina i els nous professionals han de tenir en compte que en una societat canviant com la nostra hi ha uns principis que han de regir la pràctica de qualsevol professional de la salut. Els principis de justícia, beneficència, no maleficència i autonomia, han adquirit cada vegada més rellevància. Amb l'arribada de població immigrant, la bioètica assumeix un nou repte. Fins a quin punt es respecta l'autonomia d'un pacient que no entén el que dius? Quin és el límit en el fet que les conviccions religioses poden determinar un tractament o un altre? Aquestes són noves preguntes que ens trobem cada dia. Per això, en un primer moment el coneixement de l'altre i una relació assistencial en una societat multicultural com la nostra requereix d'elements fonamentals com la negociació, d'igual a igual, i sempre intentant entendre la situació del pacient. Per poder negociar es requereix respecte cap a la cultura i el bagatge de l'altre, i és amb el respecte, el coneixement i la predisposició per a la negociació que podrem aconseguir una mediació. La mediació amb els pacients, amb els alumnes, amb els ciutadans, és un procediment cada cop més utilitzat. I és en la mediació on altra vegada els principis de la bioètica prenen aquest protagonisme. Cal que oferim recursos adients per garantir que tots els pacients puguin rebre l'assistència que necessiten en el moment adient.

Aquest és l'objectiu de la xerrada, donar unes pinzellades de la importància cultural a l'hora de determinar l'estat de salut. Donar a conèixer que hi ha fins i tot síndromes i malalties que caracteritzen persones d'una procedència concreta. A l'últim, convé recordar els principis de la bioètica i alguns dels reptes que, a les portes del segle XXI, ha suposat l'atenció als immigrants. Recordem sempre que el respecte i la mediació han de ser la base d'una relació metge-pacient, per garantir una atenció eficaç, justa i respectant l'autonomia.

Bibliografia

- ACHOTEGUI J. *Emigrar en el siglo XXI. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Síndrome de Ulises*. 2a edició. Ediciones El Mundo de la Mente. 2009.
- BERRA, S., ELORZA RICART, J. M., BARTOMEU, N., HAUSMANN, S., SERRA-SUTTON, V., RAJMIL, L. *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2004.
- GUARNACCIA P. J., ROGLER L. H. "Research on culture-bound syndromes: new directions." *Am J Psychiatry*. 1999; 156;1322-7.
- KAR N. "Chronic koro-like symptoms –two case reports." *BMC Psychiatry*. 2005;5:34.
- RUIX M. C. "Ni sueño ni pesadilla: Diversidad y paradojas en el proceso migratorio." *Revista Iconos*. 2002; 14;88-97.
- SOLER J. *¿Por qué lloran los inmigrantes?* Editorial Milenio. 2009.

Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant

• La mediació com a estratègia de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant

Mar Peña
ICS Lleida

Rachida El Badaoui
ABS Rambla Ferran

En el model integral de la salut biopsicosocial, la relació entre pacient i professional és important. Si existeix una distància en els codis culturals d'aquests actors que interactuen en aquesta relació caldrà buscar fórmules per apropar tots dos actors i evitar conflictes o tractar aquells que puguin aparèixer.

En la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant, un dels aspectes a treballar en el sistema sanitari és la comunicació harmònica entre el professional sanitari i l'usuari. Aquesta comunicació és una de les peces clau per a un diagnòstic precís i un tractament eficaç i per a oferir una assistència sanitària de qualitat a tots els pacients, sense diferenciar-los pels seus trets culturals.

En aquest marc, com a fórmula per escurçar les distàncies culturals entre els professionals i els usuaris de cultures minoritàries, s'incorpora a les institucions la mediació intercultural. Les diferències lingüístiques i culturals de les persones comporten dèficits en el procés de comunicació. La introducció dels mediadors interculturals en els centres de salut té objectius facilitadors en les relacions entre professionals i pacients i contribueix a millorar la convivència social.

La mediació

En la societat, la figura del mediador està adquirint importància en múltiples i diferents àmbits, en les relacions internacionals, en processos

de separació i divorci, en les relacions comunitàries, etc. A escala internacional, el mediador és una figura clau en els processos de pacificació.

Han estat molts els autors que han definit el concepte de mediació: Núria Belloso (2004-2007), Torrego (2002), Bush i Folger (1994)... Dels diferents autors s'observen les paraules clau entorn a la mediació: la gestió d'un conflicte, la comunicació, la resolució del conflicte (la resolució de problemes) i el mediador (persona que desenvoluparà la funció mediatadora).

La mediació intercultural

En contextos amb diversitat cultural es fa necessari parlar de mediació intercultural. Fer una definició de la mediació intercultural a partir de la pràctica real de mediació que s'està donant, no és fàcil. Si ens limitem a Catalunya o Espanya, es donen suficients variacions com perquè evitem donar una definició que sigui comuna i acceptada. Si tenim en compte altres països, encara es torna més difícil buscar un camp de convergència. Això és un fet normal davant d'un nou àmbit de l'esfera social que s'està desenvolupant des de fa poc temps.

En primer lloc es constata una diversitat gran d'entitats o institucions que es dediquen, afavoreixen, promouen o realitzen en major o menor grau processos que tenen relació amb l'acció mediatadora. Això es tradueix en el fet que cadascuna d'aquestes entitats o institucions entén de manera distinta la mediació intercultural i la pràctica concreta de l'acció mediatadora per part dels mediadors professionals.

C. Jiménez (1997) defineix **mediació intercultural** com “una modalitat d'intervenció de tercers parts en i sobre situacions socials de multiculturalitat significativa orientada vers la consecució del reconeixement de l'altre i de l'apropament de les parts, la comunicació efectiva i la comprensió mútua, la regulació de conflictes i l'adequació institucional entre actors socials i institucionals etnoculturalment diferenciats”. I també com “una modalitat d'intervenció de tercers parts neutrals entre actors

socials o institucions en situacions socials de multiculturalitat significativa, en la qual el/la professional construeix ponts o nexes d'unió entre aquests diferents autors o agents socials amb el fi de prevenir i/o resoldre i/o reformular possibles conflictes i potenciar la comunicació, però sobretot amb el fi últim de treballar a favor de la convivència intercultural" (Jiménez, 1997).

En el marc de la mediació intercultural també s'ha de fer al·lusió a la mediació lingüística, atès que moltes vegades s'ha de mediar culturalment i lingüísticament al mateix temps. En el cas de l'àmbit sanitari, si la traducció o interpretació s'utilitza estrictament per fer possible la comunicació entre el personal sanitari i el pacient tan sols podrem parlar de mediació lingüística. Sols en la mesura en què aquesta mediació incorpori el principi d'interacció positiva i busqui, no només traduir, sinó també apropar les concepcions culturals de les parts, podrem parlar de foment de la interculturalitat.

L'experiència de la mediació intercultural en els centres de salut de Lleida

A les comarques de Lleida, la mediació intercultural "professional" s'introdueix a l'àmbit de la salut en el context hospitalari i seguidament en l'Atenció Primària de Salut el juliol de 2006. Des del 2006 la provisió de mediadors interculturals a les ABS és gestionada per l'associació Salut i Família que actua amb conveni amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. L'any 2010 s'incorpora l'entitat Fundació SURT, per a la provisió de mediadors en l'HUAV.

L'experiència a l'Atenció Primària de Salut

A l'AP des de l'any 2009 es treballa els aspectes referits a la mediació en el marc d'un programa d'atenció a la immigració als centres d'Atenció Primària de Salut.

Amb la pretensió d'anar configurant l'anomenada Atenció Sanitària culturalment eficaç (millorar l'atenció que es presta a persones immigrants, respondre a situacions de vulnerabilitat i implantar un procés comú d'actuació amb el fet migratori en els centres del territori), el programa contempla accions que s'engloben en les següents àrees interrelacionades entre si: l'acollida a la població estrangera, la intervenció clínica amb la població estrangera, els professionals sanitaris i no sanitaris dels centres de salut, la mediació intercultural i la coordinació comunitària amb la resta d'àrees del benestar que són competents en aquesta matèria.

1. Des de la mirada dels professionals. Opinió dels professionals de salut sobre la mediació

La participació del professional mediador en l'àmbit sanitari és bàsica per oferir un servei assistencial integral de qualitat, per facilitar l'intercanvi de coneixement entre nouvinguts i professionals sanitaris i superar les barreres lingüístiques i culturals.

- Els professionals dels centres d'Atenció Primària no arriben a optimitzar l'ús dels mediadors interculturals per desconeixement de les seves funcions dins l'equip. Per altra banda cal afegir que és molt costós disposar d'agents especialitzats per a cada comunitat d'immigrants, per això s'han de repartir les tasques a desenvolupar segons els diferents perfils i complementar-se entre si.
- Es requereix un perfil concret del mediador en salut amb les següents característiques: han de ser professionals amb formació, coneixements, habilitats i actituds específiques en competència intercultural. Han de ser persones integrades en les dues societats (de preferència membres del col·lectiu i bons coneixedors de tots dos idiomes), bons coneixedors de les formes de vida, amb coneixements i capacitat personal per escoltar, amb flexibilitat i equilibri emocional.
- Els professionals sanitaris han de fer formació continuada en aspectes sobre cultura i salut.

2. Des de la mirada del mediador/mediadora.

Opinió dels mediadors

La mediació intercultural dóna un nou enfocament a les relacions entre dos grups de cultures diferents que necessiten la comunicació i la comprensió, en la societat multicultural d'avui dia.

La implantació de la mediació intercultural en l'àmbit sanitari va ser una resposta estratègica a les exigències de les situacions conflictives que estaven sorgint en l'àmbit sanitari entre dos col·lectius: els professionals i els usuaris estrangers de cultures minoritàries.

El fet d'actuar amb aquesta estratègia en l'àmbit sanitari ha ajudat a millorar la confiança mútua entre tots dos col·lectius, la qual cosa porta a millorar també l'intercanvi i la comunicació, que són instruments vitals en l'àmbit sanitari.

La figura del mediador/a en els CAP i hospitals catalans s'ha convertit en un punt de referència per a ambdues parts i això és un triomf per a la mediació com a professió que ha sofert bastant malinterpretacions i obstacles en els seus primers dies. No obstant això, no significa que la tasca de millorar hagi arribat a la seva fi, sinó que estem en un procés de perfeccionar el servei i hi ha molt camí per recórrer.

Com a mediadora intercultural en l'àmbit sanitari a Catalunya i pel fet que treballo en molts serveis, des de l'atenció a l'usuari fins a les consultes de totes les especialitats, observo que "de vegades" cal treballar més les relacions assistencials entre els professionals sanitaris i els pacients, però aquí no parlo només dels pacients d'altres orígens que tenen dificultats d'idioma i d'integració, parlo també dels pacients autòctons.

Això significa utilitzar l'escolta activa per actuar adequadament i facilitar al pacient l'assistència complint amb les seves necessitats i, per tant, estalviant molt temps i energia, per tal de donar un servei complet i satisfactori als pacients.

La mediació intercultural no és quelcom nou en l'àmbit sanitari, però en aquest moment encara hi ha professionals que tenen reticències res-

pecte de la nostra intervenció com a professionals que faciliten el seu treball, i al mateix temps, proporcionen al pacient immigrant la informació necessària i completa del seu estat de salut.

Encara així, els mediadors i les mediadores valorem molt positivament la coordinació que mantenim amb els professionals sanitaris que han sabut comprendre la importància de la mediació com a recurs per fomentar l'enteniment entre cultures. I, per tant, animem tot el personal mèdic a confiar en la mediació perquè pugui ser un vehicle eficaç per transmetre informacions sanitàries de manera adequada.

També hi ha la necessitat de coordinar la nostra tasca amb l'administració sanitària, per participar en activitats comunitàries com ara xerrades informatives i educatives al nostre col·lectiu. Aquesta coordinació ens portarà a detectar més conflictes i a participar del treball preventiu, on es visualitza un buit que cal cobrir.

El treball en equip és fonamental. Treballar junts com a equip ens facilitarà la tasca a tots, com a pacients i també com a professionals. El treball en equip ajuda el mediador a assolir els objectius de la intervenció: prestar una atenció adequada i eficaç a curt i llarg termini, per a contribuir a construir una societat diversa però al mateix temps lliure de conflictes.

3. La mirada del pacient

Respecte a aquesta mirada no es disposa de dades que avaluïn l'impacte que té la mediació amb els pacients objectes de la mediació intercultural en els centres de salut. Estem plantejant línies de treball en aquesta direcció.

Finalment, creiem important ressaltar la bona feina feta i la molta que queda per fer en l'àmbit de la mediació intercultural al centres de salut: formació dels professionals mediadors i sanitaris, capacitació cultural, aclariment institucional sobre la mediació, conceptualització dels aspectes culturals en una societat multicultural, implicació "normativa" a l'entorn del model teòric a seguir respecte a la integració social dels immigrants...

Bibliografia

- ALARCON, A.; VIDAL, A.; NEIRA, J. (2003). "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Rev. Médica Chile*, 131, 1061-1065.
- ANEAS, A. (2003). "Competencias profesionales. Análisis conceptual y aplicación profesional", conferencia para el Seminario Permanente de Orientación Profesional, organitzat pel Departament de Mètodes, Investigació i Diagnòstic en Educació de la Universitat de Barcelona.
- ARMAS, M. (2003). "La mediación en la resolución de conflictos". Barcelona, Universitat de Barcelona, Departamento MIDE.
- Associació Salut i Família (2007). "Programa Inmigración y Salud". Barcelona, Memòria 2007.
- BACK, M. (1999). "Asistencia pediátrica culturalmente eficaz: aspectos de la educación y de la formación". *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* (ed. esp.), vol. 47, núm. 1.
- BEDREGAL, P.; QUEZADA, M.; TORRES, M. et al. "Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios". *Rev. Méd. Chile*, nov. 2002, vol.130, 11, 127-1294.
- BELLOSO, N. (2004). *Inmigrantes y mediación intercultural*. Burgos, Universitat de Burgos.
- (2007) "Una propuesta de código ético de los mediadores". *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. Núm 15/2007.
- BOHÓRQUEZ, N. (2008). "Mediación Intercultural. CIUTAT, Educación y Futuro digital".
- CASSANY, D. (1996). *La mediación lingüística. Una nueva profesión?* Barcelona. Terminómetro.
- CHECA, F. (2003). *La integración social de los inmigrantes: modelos y experiencias*. Icaria.
- COHEN-EMERIQUE, M. (1997). "La negociación intercultural, fase esencial de la integración de los inmigrantes" *Hommes et Migrations*, nº1208.
- COMELLES, J. M. (1997). "De l'Assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques". *Revista d'Etnologia de Catalunya*, vol. 11.
- COMELLES, J. M.; BERNAL, M. (2007). "El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema en España". *Humanitas*, Humanidades Médicas.
- COMELLES, J. M. (2007). "Mediació intercultural en l'àmbit de la salut. Immigració, cultura i salut". Barcelona, Fundació la Caixa, Obra social, Mòdul I, capítol 1.
- Comitè Consultiu Bioètica Catalunya (2007). *Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

- Comitè d'ètica assistencial d'atenció primària de la IDIAP, Jordi Gol (2008). *Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut*. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.
- FERNÁNDEZ, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Editorial Abya-Yala. Bolivia.
- FUERTES, C. *et al.* (2006)., "El inmigrante en la consulta de atención primaria." *Annales*, vol. 29, supl. 1.
- GARCIA, F. J.; BARRAGÁN, C. (2004). "Mediación intercultural en sociedades multiculturales: Hacia una nueva conceptualización." Universitat de Granada.
- Generalitat de Catalunya (2001). "Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria" (24/07/2001).
- JIMENEZ, C. (1997). "La Naturaleza de la mediación intercultural." Barcelona, Congreso Internacional de Mediación Familiar (Ponencias libres). Generalitat de Catalunya. Dep. de Justicia, Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada, 2, 142.
- LLEVOT, N. (2002). "Tesi: Els mediadors interculturals a les institucions educatives de Catalunya." Lleida, Departament de Pedagogia i Psicologia, Facultat de Ciències de l'Educació, Universitat de Lleida.
- MAYORAL, D; TOR, M. (2009); *Cultures en interacció. La vida quotidiana*. Edicions 62.
- PEÑA, M. *et al* (2010). "Proceso de investigación sobre la mediación en los centros de atención primaria. Opinión de los profesionales." *Revista de Trabajo Social y Salud*, 67.
- Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008. Secretaria per a la immigració. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya.
- Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. (2006). Departament de Salut.
- RICO, M. (2003). "La interculturalidad en la relación asistencial." CIUTAT, FMC (Formación Médica Continuada), vol. 10 - Número 06.
- REMOTTI, F. (2003). *La Mediación Intercultural. Los mediadores y su formación*, Turín, Corpi individuali e Contesti Interculturali, Editorial L'Harmattan Italia Connessioni.
- SOLER, J. (2009). *¿Por qué lloran los inmigrantes? Sentirse enfermo lejos de casa*. Lleida, editorial Milenio.
- TOURAINÉ, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes*. Madrid, PPC Editorial.

Estratègies de treball en la gestió de la relació assistencial sanitària amb l'usuari immigrant

• **La Xarxa d'Unitats de Salut Internacional de l'ICS i la seva relació i implicació en l'atenció a la salut dels immigrants**

Estanis Alonso
Àrea de Salut Pública
i Comunitària de l'ICS

El context i el model de l'atenció sanitària als immigrants

En un sistema nacional de salut com el nostre, l'arribada sobtada i accelerada de població immigrant estrangera durant la darrera dècada ha comportat una certa tensió, davant la impossibilitat d'adaptar-se ràpidament a noves necessitats i d'adequar-ne els recursos.¹ Especialistes coneixedors del tema ja ho venien advertint.^{2,3,4} L'any 2004, el Departament de Salut va prioritzar els treballs del *Pla director d'Immigració i salut*.⁵ Actualment ha baixat la pressió de l'arribada de nouvinguts, i això permet consolidar i acabar de millorar una situació que va arribar a ser crítica. Cal tenir en compte, però, que sociològicament són previsible noves onades migratòries, especialment en escenaris de millora econòmica del nostre entorn, i que cal, per tant, mantenir estratègies d'adaptació.

En el nostre model, té un paper primordial l'atenció primària com a nivell d'acollida inicial al sistema, porta d'entrada natural i més adequada.^{6,7,8} No obstant això, i recollint-ne les experiències pioneres⁹ i participant en la formació, també han destacat les que avui coneixem com a *Unitats de salut internacional*, que en aspectes de consell als viatgers i d'atenció a patologies importades poden i han de ser referents i han d'adreçar també aquests serveis concretament a poblacions immigrades. El que no cal és dirigir en primera instància la població estrangera a

centres específics, sinó al contrari, acollir-los en la xarxa ordinària.¹⁰ Son els professionals de l'atenció primària qui han de conèixer els serveis especialitzats i derivar-hi o consultar els casos quan convingui.

El Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut

A més de planificar, iniciar i potenciar les mesures d'adaptació necessàries (**formació** de professionals, plans de **mediació**, pla d'**acollida**), el Pla director va ser clau per a configurar un model d'atenció integrat congruent amb les polítiques immigratòries d'integració.^{5,11,12}

Cal que el sistema sanitari, planificat inicialment per a una població local estàndard, s'adapti a les noves situacions. Els professionals han de ser qui especialment s'adaptin, mitjançant la formació i des de l'estricta òptica de la professionalitat, per atendre persones i poblacions diverses. El concepte de *competència cultural* incorpora els nous paràmetres de la professionalitat en aquest entorn de diversitat.^{7,13,14,15}

Les Unitats de Salut Internacional (USI)

La planificació i identificació de funcions de les USI va ser un aspecte que també va iniciar el Pla director d'immigració. S'hi van identificar les funcions de consell als viatgers internacionals (previatge) i d'atenció a patologies importades (postviatge), i es van proposar unitats funcionals que incloguessin ambdues funcions o connectessin territorialment les unitats respectives de pre- i postviatge.¹⁶

També es va preveure i promoure el treball en xarxa, integrat, de suport i atenció en el territori, identificant funcions bàsiques mínimes de l'atenció primària, i dels hospitals, i de referència i especialització. Cal que es conegui la *xarxa d'USI* i s'identifiquin com a referents en el sistema.

Si en els anys vuitanta eren els únics referents i coneixedors de temàtiques anecdòtiques com la patologia dels immigrants, al segle XXI han es-

devingut clau per consolidar referents especialitzats de l'estat de salut al món, dels consells de salut als viatgers i de les malalties importades. Les USI han de complir un paper clau en la seva especialització, en un entorn de múltiples i canviants intercanvis de persones, mercaderies i infeccions.

La Xarxa d'Unitats de Salut Internacional de l'ICS

L'ICS ha creat el *Programa corporatiu de Salut Internacional*.¹⁷ que integra en xarxa les unitats que realitzen aquest servei. De les 14 USI reconegudes al sistema públic a Catalunya, 8 són de l'ICS. I s'han proposat aprofundir en el treball en xarxa, mantenir relacions en xarxa amb el centre corporatiu, entre si i amb la xarxa d'atenció primària i hospitals. Així s'optimitzen els objectius d'una xarxa d'USI de cobertura al territori, de formació, docència i recerca i de difusió i oferta de suport especialitzat, en un model integrat.

És el cas, a Lleida, del Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE), a l'atenció primària, que conforma una unitat funcional amb la Unitat de Medicina Tropical de l'hospital Arnau de Vilanova, dóna cobertura a tot el territori de Lleida i Alt Pirineu i es constitueix en una Unitat integrada de la xarxa.

Bibliografia

1. La immigració a debat: Diversitat i salut. Debats de la Fundació Jaume Bofill. <www.migracat.cat/document/57bc2021a3e0bcd.pdf>.
2. BADA AINSA J. L., BADA JAIME, R. M. "Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España" *FMC* 1996; 3: 276-279.
3. JANSÀ J. M., VILLALBÍ J. R. "La salud de los inmigrantes y la atención primaria" *Atención Primaria*, 1995;15:320-327.
4. JANSÀ J. M. "Inmigración Extranjera en el Estado Español. Consideraciones desde la Salud Pública" *Rev Esp Salud Pública* 1998, 72:169:172.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Domini immigració i salut (professionals): <<http://www.gencat.cat/salut/immigracio.htm>>. Domini immigració i salut (ciutadans): <<http://www.gencat.cat/salut/immigrants.html>>.

Document del Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immidefini2006.pdf>>

6. ALONSO E. "Gestión de la diversidad cultural en atención primaria." *Cuadernos de Gestión para el profesional de atención primaria* 2002; 8: 49-53.
7. ALONSO E. "El médico de familia ante el fenómeno migratorio. Salud e inmigración: Estrategias y recursos en Cataluña." *FMC* 2004; 11(Supl 3): 5.
8. Recomanacions per a l'atenció primària d'immigrants extracomunitaris. Institut Català de la Salut. 2004-2006. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/recopriextra2007.pdf>>.
9. Jornades Catalanes sobre salut i migració. 1998. Unitat de Malalties Tropicals i Importades Drassanes. <<http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/migracio.pdf>>.
10. ALONSO MAYO, E., ARMENGOU IGLESIAS, J. M., FERRÉ DE DIEGO, S. "Experiencia de gestión y coordinación sanitaria interinstitucional en una situación excepcional. El encierro en iglesias de Barcelona." *Cuadernos de Gestión*, 02 2001; 07: 92-99. <http://www.gencat.net/ics/revista_ics/setembre2002/entorn.html#5>.
11. Quaderns de la bona praxi 16, La immigració, els immigrants i la seva salut. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2003. <<http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi16.pdf>>
12. BERRA, S., ELORZA RICART, J. M., BARTOMEU, N., HAUSMANN, S., SERRA-SUTTON, V., RAJMIL, L. *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2004. <www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf>.
13. La competència cultural. Consentimiento informado, Ética y diversidad cultural. <<http://www.bioeticanet.info/relacion/ConsInfoDivCul.pdf>>.
14. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. "Cross- Culture Primary Care: A Patient-Based Approach" *Ann Intern Med* 1999; 130: 829-834. <<http://www.annals.org/content/130/10/829.full>>
15. American College of Physicians, "Racial and Ethnic Disparities in Health Care. A Position Paper" *Ann Intern Med* 2004; 141; 226-232. Disponible (setembre 2006) a: <<http://www.annals.org/content/141/3/226.full>>.
16. Departament de Salut. Unitats de salut internacional a Catalunya: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2051/unsalutintercat2010.pdf>>.
17. Institut Català de la Salut. Programa corporatiu de Salut Internacional i Xarxa d'Unitats: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/salut_internacional.pdf>.



Existeixen 14 Unitats de Salut Internacional a Catalunya, de les quals 8 són de l'ICS. PDI Pàg. 134. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immidefini2006.pdf>>.

Programes d'intervenció, promoció i educació per a la salut en contextos multiculturals

• Com ens alimentem lluny de casa, en un altre país?

Amàlia Zapata
Facultat d'Infermeria
(UdL)

L'alimentació és un procés voluntari en el qual nosaltres seleccionem una sèrie d'aliments que ingerim i amb els quals ens nodrim. Aquesta selecció és pròpia, partint d'unes preferències individuals basades en unes condicions socials i culturals. La nostra cultura ens indica que per obtenir un equilibri nutricional correcte hem d'ingerir una quantitat d'aliments determinats distribuïts durant el dia, i l'anomenem dieta equilibrada. I què passa si som fora de casa?

Quan som fora de casa encara que sigui un cap de setmana, l'alimentació no és l'adiant. I tot i que gairebé sempre és la que nosaltres escollim, poques vegades complim amb les nostres responsabilitats vers la dieta equilibrada.

En els viatges és difícil alimentar-se correctament perquè ens trobem cultures nutricionals diferents a les nostres amb una diversitat gastronòmica inherent i pròpia de cada país. Però hem de pensar que els aliments que podem escollir no són els habituals de la nostra dieta i en alguns casos són desconeguts per nosaltres.

És complicat partir de la base de la dieta del país visitat, per complir les recomanacions nutricionals de la nostra dieta mediterrània. Moltes vegades ens trobem abocats a menjar el que ens ofereixen com a única sortida i d'altres cops optem per escollir menjars atractius per a nosaltres. En cap dels dos casos, gairebé mai no arribem a complir correctament els nostres requeriments nutricionals i el que mengem no deixen de ser uns plats amb excés de proteïnes i greixos.

Ens trobem davant de diferents factors que contribueixen al fet que la nostra alimentació no sigui la correcta quan som fora de casa: l'escassa ingesta de fruites i verdures, la curiositat per tastar nous plats típics del país i el simple fenomen del viatge associat a plaer i a oblidar les nostres responsabilitats, entre les quals s'inclou la nostra dieta equilibrada.

A més a més hi podem afegir la precaució per no patir malalties digestives en ingerir fruites i verdures crues, la qual cosa comporta una dieta mancada de minerals i vitamines, així com la disminució dels aportaments líquids.

Per alimentar-se correctament una de les solucions seria una dieta més adaptada a la nostra. Evidentment en un país diferent del nostre és complicat i menys còmode però s'ha d'intentar ingerir aliments equilibrats en llocs on ofereixen garanties de condicions higienicoalimentàries òptimes per al nostre consum.

Quan la situació es planteja a la inversa, quan els immigrants arriben al nostre país, no són conscients de la problemàtica que pot presentar "l'alimentació equilibrada"; això depèn del seu concepte o el nostre...

Hem de pensar que l'alimentació designada com un fet voluntari té unes arrels antropològiques associades a l'evolució de cada país, per això el tipus de dieta de l'immigrant dependrà de les condicions socio-culturals del país d'origen.

Els motius que provoquen l'èxode dels immigrants són polítics, socials, i el primer de tots econòmic.

Un immigrant, la gran majoria de vegades procedeix d'un país on ateses les condicions en què vivia és difícil complir amb les recomanacions nutricionals aconsellades per l'OMS i la FAO, per aconseguir un correcte estat de salut. Així, hem de pensar que poden presentar un estat de desnutrició per carències alimentàries que pot conduir a problemes de salut des d'un inici.

Però el problema continua quan l'alimentació s'intenta seguir segons els coneixements alimentaris i gastronòmics culturals propis de

cadascú, introduint aliments de la nostra dieta que no són habituals a la seva.

Els problemes de desnutrició no s'evidencien, normalment, fins que es diagnostica un problema de salut. I hem de valorar la dificultat individual de cadascú per a l'adaptació a la dieta, amb aliments que no són habituals en la seva cultura i gastronomia.

Però les pràctiques alimentàries no responen únicament a la necessitat biològica d'omplir el cos de nutrients, sinó que responen a unes condicions econòmiques i a unes representacions culturals que articulen les relacions socials en les diferents societats.

És evident que s'obtenen aliments segons la disponibilitat econòmica de cadascú, i normalment aquesta és més aviat baixa. Les racions de proteïnes són més aviat escasses, i la ingesta de fruites i verdures pot ser inexistent en la seva dieta. Els aliments del nostre país són diferents als seus, però encara que moltes vegades siguin els mateixos les tècniques culinàries per ingerir-los són diferents segons la seva tradició gastronòmica.

En la majoria de casos les seleccions alimentàries de cada individu van encaminades a fer un ús excessiu dels aliments la composició dels quals es basa majoritàriament en hidrats de carboni i greixos. És clar, són una font d'energia fàcil i barata d'obtenir.

També hem de tenir en compte en la nostra societat la influència de les noves tecnologies i dels mitjans de comunicació que amb la contínua publicitat ens donen a conèixer l'existència d'aliments superflus i innecessaris adjuntats al nou estil de vida. El seu valor nutricional es tradueix en un excés de greixos i escàs aport de nutrients, però l'avantatge que ofereixen és la fàcil preparació i adquisició a qualsevol lloc.

En el moment en què arriben al nostre país és possible que no coneguin ni l'existència d'aquests aliments, però en la incorporació en la nostra societat també es veuen afectats per aquest fenomen. Per tant, no els podem considerar exempts del consum d'aquests aliments innecessaris.

Les pautes d'adaptació a les noves societats van lligades a canvis de la conducta alimentària vers la nova cultura; i a la ingesta de menjar ràpid i suplementos nutritius s'afegeixen els nouvinguts com la resta de la població.

Aquestes aportacions de la nova societat on viu la persona procedent d'un altre país, contribueixen a un estat de "malnutrició". Algunes vegades també és evident amb un excés de pes. Això esdevindrà un estat deficitari de salut amb risc de patir malalties cardiovasculars i alteracions metabòliques en un futur, que poden conduir al patiment de diverses patologies associades a un nou estil de vida.

Actualment, tots ens veiem immersos en una societat que evoluciona constantment a ritme vertiginós i que respecte a la dieta resta molt lluny de complir les recomanacions dietètiques i nutricionals de l'OMS o la FAO.

En els últims anys, gràcies als programes d'informació i seguiments sobre els hàbits dietètics saludables de la població, trobem individus més conscienciats i informats sobre els beneficis d'una dieta equilibrada. Però sempre trobarem un nou resident que no entén el nostre idioma, que no reconeix els aliments als quals pot optar en el nostre país i que no pot fer ús de la informació que s'intenta difondre.

La informació i el seguiment a aquest últim col·lectiu per adquirir uns hàbits dietètics saludables, per mantenir i obtenir un òptim estat de salut, representa el nou repte per als professionals en el món de la salut i de l'educació.

Bibliografia

- BUENO M, SARRIÀ A., PÉREZ-GONZÁLEZ, J. M. "Nutrición en Pediatría". 3ª ed. Madrid, *Ergon*, 2007; 527-539.
- CONTRERAS J, GRACIA M. *Alimentación y Cultura*. 1ª ed. Barcelona, Ariel, 2005.
- GIL, A., SÁNCHEZ F., *Tratado de Nutrición*. Tomo I. 1ª ed. Madrid, Acción Médica, 2005.
- GRACIA-ARNAIZ, M. "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario". *Salud Pública Mex*. 2007; 236-242.
- ROCANDIO A., ARROYO, M. "Inmigración indicadores de nutrición". *Ossasunaz* 10, 2009; 183-192.

Programes d'intervenció, promoció i educació per a la salut en contextos multiculturals

• Guia clínica d'acollida a l'immigrant

Maribel Gràcia
ABS Tàrraga

Òscar Marín
ICS Lleida

Objectius

Els objectius d'aquesta guia són:

- Orientar en el circuit d'atenció sanitària als usuaris nouvinguts a l'estat.
- Fer detecció precoç de malalties importades.
- Registrar les dades bàsiques de la història clínica i de preventives.

Organització del circuit d'acollida a l'immigrant

- A) Qualsevol professional que atengui per primera vegada un immigrant (< 5 anys a Europa) l'haurà de derivar a la Unitat de Gestió i Serveis (GiS)

L'accés d'aquests usuaris pot arribar des de:

- a. La consulta mèdica o d'infermeria.
- b. L'atenció continuada o la visita espontània.
- c. La consulta de la treballadora social.

- B) Es farà assignació d'equip sanitari i alhora es programarà:
- a. La sessió grupal d'acollida de la treballadora social.
 - b. La visita d'acollida d'Infermeria.

Visita d'acollida

Registre de la visita:

Per tal de poder fer avaluacions posteriors, podem registrar aquestes visites a “Condicionants i problemes” amb el codi CIM-10:

Z10: “Control general de salut de rutina de subpoblacions definides”. Al comentari, s’hi pot afegir: *Acollida Immigrant*.

Entrevista:

1. Anamnesi:

- Psicosocial: país d’origen i ruta migratòria. Temps d’estada a Espanya / any d’arribada. Situació laboral i familiar / papers.
- General: al·lèrgies i hàbits tòxics. Patologia prèvia. Tractament farmacològic actual. Recerca de símptomes guia. Recollida de dades marcades pel PAPPS. Estat vacunal. Vacunes: Segons PAPPS (edat i sexe): - Td.- XRP - VPN - VAG.

2. Exploració física:

- Segons PAPPS: pes/talla, TA.
- Bàsica: coloració pell i mucoses, auscultació, abdomen.

Proves complementàries:

1. Analítica:

- General.
- Segons país d’origen:
 - Sediment d’orina: si el pacient ve de zones on existeix el *Schistosoma haematobium* (Àfrica, Orient Mitjà i Índia). Si té hematúria, sospitarem la presència del paràsit.
 - Serologies: VHB, VHC, HIV. Malària i Lues: demanar-ho segons dades recollides a l’anamnesi.

- Paràsits a femta: a realitzar a tots els immigrants que portin < 1 any de residència a Europa occidental (excepte els d'Europa de l'Est). Cal sospitar la presència de paràsits (sobretot helmints) si trobem eosinofília perifèrica major de 800/mm³.

2. Prova de tuberculina: a tots els immigrants de < 35 anys per tal de fer detecció de malaltia tuberculosa latent (NOMÉS quan porten < 5 anys a Europa).

	MANTOUX +
Pacient no vacunat amb BCG	> 5 mm
Pacient vacunat amb BCG i < 5 anys de residència	> 10 mm

Segones visites a Infermeria:

Per tal de valorar el Mantoux i els resultats analítics (excepte si porta una analítica recent). Completar vacunes.

Derivació mèdica:

En el cas que es detecti algun signe o símptoma de malaltia en aquesta primera visita, caldrà derivar a la visita mèdica, que acompanyarà a aquesta visita d'infermeria.

Així mateix, si els resultats són alterats, es farà derivació mèdica. Si els resultats són normals, es finalitzarà el procés.

Bibliografia

- MARTIN ZURRO, A y CANO PÉREZ, J. F. (2008) *Atención Primaria*. 6^a ed. Elseiver España. Plaza edición: Barcelona.
- ROCA C. "Guía de atención clínica al paciente inmigrante". *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 3, 2003.
- Documentos Técnicos Salud Pública nº 91. Inmigrantes, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Madrid: Instituto de Salud

Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid 2005.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). “Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria.” Barcelona: SEMFYC 2001. Disponible en <<http://www.semfyc.es>>.

Multiculturalitat i salut des de la perspectiva de gènere

• Antropologia, gènere i salut

Àngels Teixidor Camps
ABS Salt (Girona)

La cultura, com el medi ambient, està profundament relacionada amb la salut dels éssers humans. La salut dels homes i les dones és diferent i desigual a causa, no només dels factors biològics (genètics, fisiològics, anatòmics, etc.) sinó també dels factors culturals, socials, mediambientals, laborals, etc.

Per tant, podem dir que les creences, els rols familiars, els patrons de socialització i les pràctiques culturals juguen també un paper importantíssim en la salut de les persones i més particularment en la salut de les dones.

En totes les societats dominades majoritàriament per patrons androcèntrics hi ha pràctiques tradicionals que han estat, i algunes continuen essent, molt nocives per a la salut de les dones (mutilació genital femenina, embenat dels peus en les dones xineses, les “dones girafa”...).

Però també cal parlar de la violència masclista, en totes les seves formes (dany físic, discapacitat o lesió, dany psicològic, dany moral...), com a factor clau en les diferències i desigualtats de salut (violència que busca el control, la imposició, la submissió, etc. de la dona vers l'home).

En els últims anys, gràcies a l'anàlisi de gènere, s'ha ampliat la comprensió dels problemes de salut d'homes i dones, però cal tenir molt present que el gènere no és una categoria estàtica ni fixa sinó que està construïda sobre una base social i cultural i que amb el pas del temps evoluciona en el seu significat i contingut.

Bibliografia

- ROHLFS, I, BORRELL, C, i do C, FONSECA, M. "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos." *Gac Sanit* 2000.
- MOORE, Henrietta L. *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra, 1991
- SANJUÁN NÚÑEZ, Lucía. *Entre la antropología y la medicina: salud, diversidad cultural y desigualdad social*. Volumen 1. Trabajo de investigación. Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural. Departament d'Antropologia Social i Cultural Universitat Autònoma de Barcelona, 2007.

Multiculturalitat i salut des de la perspectiva de gènere

• Salut maternal

Iolanda Florensa

ABS Bordeta-Mangraners

La immigració és un fenomen que ha crescut fortament a Lleida en l'última dècada. Al Segrià habiten 101.884 dones, 16.487 nascudes a l'estranger, aproximadament el 78% d'elles en edat fèrtil. 1.075 vénen de la zona d'Àfrica del nord i el Magrib i el 75% estan en edat fèrtil.

El principal problema d'aquestes dones és la dificultat idiomàtica i el baix nivell educatiu, que finalment influeix en tots els aspectes de l'atenció i acaba repercutint en la salut d'aquestes. En el col·lectiu de les dones àrabs és molt important tenir en compte la seva cultura i religió, molt diferent de la nostra, fet que influeix l'elecció del mètode anticonceptiu.

Quasi tota la bibliografia consultada ens indica que el primer contacte d'aquesta població amb el sistema sanitari és al servei d'urgències i el 66% de les consultes mèdiques, com que es tracta d'una població jove, es relaciona amb motius materninfantils.

Semblaria que les dones immigrants acudeixen al sistema sanitari quan els problemes estan avançats, com en el cas de l'embaràs, amb incorporació més tardana al programa de seguiment d'aquest, ja que desconeixen el sistema sanitari i els seus drets a la prestació sanitària.

Ara bé, l'estudi "Mitos vs. vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio", que analitza l'experiència de dones immigrants magribines, demostra que el seguiment de l'embaràs, part i postpart d'aquest col·lectiu és pràcticament el mateix que el de la població nativa, atès que acudeixen a totes les visites.

Majoritàriament, les dones immigrants no estan acostumades que hi hagi tantes visites. Consideren l'embaràs com un procés fisiològic, i el tenen molt assumit gràcies a la seva experiència vital, ja que moltes tenen famílies nombroses i venen de cultures i tradicions on l'embaràs i part de mares, tietes i germanes es viu dins la llar familiar. Elles no es plantegen desviacions de la normalitat o possibles patologies, per això els costa veure la importància de fer un bon seguiment i no perdre's cap exploració/analítica.

La meua experiència com a llevadora del PASSIR Segrià-Garrigues coincideix molts aspectes amb les conclusions de l'estudi esmentat quant a assistència a les visites programades tant de llevadora com d'obstetrícia. No obstant això, les dones del Magrib en certes dates tenen a viatjar al seu país. En general ho solen comunicar a la llevadora però el seguiment per part dels professionals del seu país és molt dispers.

On hi ha una diferència evident és en l'assistència als grups de preparació al naixement. Les causes són diverses. Dificultat idiomàtica (si bé no hi assisteixen encara que no tinguin problemes amb l'idioma), problemes de mobilitat, por al rebuig social, excés de càrregues familiars, etc. La diferent causalitat s'associa al fet que no observen cap necessitat de fer una preparació al part, més aviat creuen que això és una pèrdua de temps.

Les dones llatinoamericanes presenten una major assistència a aquests grups, sense arribar a ser majoritària.

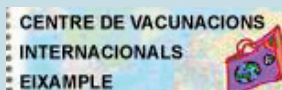
La visita postpart (quarantena) és una de les més problemàtiques ja que no acudeixen la majoria dels col·lectius. La idea generalment assumida és que el procés finalitza amb el part i no hi ha cap necessitat de seguiment posterior.

Quant a la lactància materna, hi ha un índex molt alt de seguiment i de fer-la perllongada (més d'un any) i fan molt poques consultes per problemes en aquest tema. Un cop més es pot veure la importància de la seva tradició cultural.

Bibliografía

- DEL REY MÁRQUEZ, M^a Dolores. "Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio. Una enfermería transcultural." *Evidentia* 2004 sept-dic;1(3). A: <<http://www.index-f.com/evidentia/n3/77articulo.php> [ISSN: 1697-638X]>.
- GÁMEZ REQUENA J. J., MÁRQUEZ ARAGONÉS A. C. "Evaluación de los programas de promoción de la salud para inmigrantes." *Index Enferm.* 2004;13(44-45):51-55.
- Idescat.net (Institut d'Estadística de Catalunya). Web de l'estadística oficial de Catalunya. Disponible a <<http://www.idescat.net>>.
- JANSÀ J.M., GARCÍA DE OLALLA P. "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos." *Gac Sanitaria*. 2004; 18(supl 1):207-213.
- LIMIA REDONDO S., ALONSO BLANCO C., SALVADORES FUENTES P. "Derecho de los inmigrantes a la asistencia sanitaria." *Metas Enferm.* 2005; 8(2):68-72.
- LÓPEZ MARTÍNEZ A. M., MARTÍN ORTIZ M. A., RODRIGUEZ FERRER R. M., ROSA AGUAYO R., SÁNCHEZ PERRUCA M.I. "Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante." *Matronas Prof.* 2002;10:32-39.
- Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Obra a cargo del Comité de Solidaridad de la SEGO. Coordinador Prof. Ernesto Fabre González. Edita y coordina: Saatchi & Saatchi Healthcare.
- ROCA CAPARÀ N. "Inmigración y salud: la salud de las personas inmigradas." *Rev ROL Enferm.* 2001; 24(11):56-62.
- ROJO PASCUAL M. C., GOMEZ GALLEGU A. M. "Enfermería materno-infantil e inmigración." *Metas Enferm.* 2004;7(5):22-26.

organitzen:



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria



Universitat de Lleida
Facultat de Medicina



Universitat de Lleida
Oficina de Cooperació
i Solidaritat



Institut Català de la Salut
Lleida
Atenció Primària

col·laboren:



**COL·LEGI OFICIAL DE DIPLOMATS
EN INFERMERIA DE LLEIDA**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

LA PAERIA



Ajuntament de Lleida
Regidoria de Drets Civils,
Cooperació i Immigració



Institut Català de la Salut
Xarxa d'Unitats de Salut Internacional