

Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut



© 2007 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Tiratge: 15.000 exemplars

Producció editorial: Prous Science, S.A.

Queda rigorosament prohibida, sense l'autorització per escrit del titular del Copyright, sota les sancions establertes a les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públic.

Dipòsit legal: B-48332-07
ISBN: 978-84-8124-2492



ORIENTACIONS SOBRE LA DIVERSITAT CULTURAL I LA SALUT

Comitè
Consultiu
Bioètica
Catalunya

■ MEMBRES DEL GRUP DE TREBALL QUE HAN ELABORAT AQUEST DOCUMENT:

Margarita Boladeras

Coordinadora del grup.
Catedràtica de Filosofia Moral i Política, Universitat de Barcelona.

Josep M. Busquets

Secretari del grup.
Metge responsable de Bioètica, Departament de Salut.

Alex Almuedo

Metge internista, Fundació Hospital Asil de Granollers.

Norbert Bilbeny

Catedràtic d'Ètica, Universitat de Barcelona.
Director del Màster en Immigració i Educació Intercultural,
Universitat de Barcelona.

Francisco Collazos

Metge psiquiatre, Hospital Vall d'Hebron.

Francesc José María

Advocat, director-gerent, Institut Català de la Salut.

Carme Ollé

Metgessa ginecòloga, Pla Director d'Immigració, Departament de Salut.

Virtudes Pacheco

Treballadora social, mediatra i cap del Servei d'Atenció a l'Usuari,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Joan Padrós

Metge internista, Fundació Hospital Asil de Granollers.

Adil Qureshi

Psicòleg, Hospital Vall d'Hebron.

■ **Col·laboradors**

Mohammed Chaib

Farmacèutic, president de l'Associació Ibn Batuta,
conseller del Consell Islàmic de Catalunya, parlamentari del PSC.

Francesca Puigpelat

Catedràtica de Filosofia del Dret, Degana de la Facultat de Dret,
Universitat Autònoma de Barcelona.

M. Rosa Torres

Responsable del Centre d'Atenció Primària Drassanes, Institut Català de la Salut.

Aïna Vera

Treballadora social, tècnica coordinadora de la Sectorial d'Inserció Laboral
i Sectorial d'Immigració, Federació Catalana de Voluntariat Social.

■ ÍNDEX

1. Introducció	1
2. Principis bàsics	2
2.1. Accés just i igualitari a l'atenció sanitària	2
2.2. Respecte a la diversitat cultural com un valor inherent a la dignitat de la persona	2
2.3. Sensibilització sobre les diferents opcions diagnòstiques i de teràpia d'una atenció culturalment competent	3
2.4. Exercici real de l'autonomia personal i dret a la informació	3
2.5. Respecte a la confidencialitat de la informació	4
3. La comunicació com a eina	5
4. Estrès de l'emigrant	7
4.1. Nostàlgia	7
4.2. Xoc cultural	8
4.3. Discriminació percebuda	8
4.4. Factors moderadors i mediadors	8
5. Competència cultural	9
5.1. Esquema de la competència cultural	10
5.1.1. Coneixement cultural	10
5.1.2. Habilitats culturals	10
5.1.3. Actituds i valors	11
5.2. Estàndards d'actuació	12
5.2.1. Serveis de comunicació intercultural i d'interpretació	12
5.2.2. Immersió en altres cultures	13
5.2.3. Promoció culturalment competent de salut	13
5.2.4. Inclusió de membres de la família i la comunitat	13
5.2.5. Ajustament administratiu i organitzatiu	13
6. Consentiment en la relació clínica	14
7. Elements relacionats amb el diagnòstic	16
8. Elements relacionats amb el tractament	18

9.	Responsabilitat dels centres sanitaris	20
9.1.	Aspectes rellevants de la responsabilitat dels centres sanitaris: l'acollida dels ciutadans als centres	20
9.2.	Noves condicions als centres sanitaris	21
10.	Foment de la deliberació en les institucions sanitàries	23
11.	Algunes situacions concretes	24
11.1.	Accessibilitat al sistema sanitari	24
11.2.	Presència de la parella a la consulta mèdica de la dona	24
11.3.	Actuació d'un professional sanitari del mateix gènere	25
11.4.	Alguns problemes en la comunicació intercultural	25
11.5.	Utilització de nens com a mediadors	26
11.6.	Dret a preservar els hàbits culturals	26
11.7.	Refús de tractament per creences religioses i altres motius	27
11.8.	Demanda de «certificats de virginitat»	28
11.9.	Circumcisió	28
11.10.	Mutilacions genitals femenines	29
11.11.	Conviccions morals dels professionals de la salut	31
11.12.	Donants de material biològic per qüestions econòmiques	31
11.13.	Accés als serveis d'atenció a la salut reproductiva	32
11.14.	Medicalització com a resposta a problemes socials	32
11.15.	Hàbits dietètics	33
11.16.	Estudi genètic en grups ètnics i perill de discriminació	33
11.17.	Respecte a les creences religioses	34
11.18.	Tractament dels processos de naixement i de mort	35
12.	Iniciatives de l'Administració sanitària	36
12.1.	Carta de drets i deures dels ciutadans	36
12.2.	Guia pel respecte a la pluralitat religiosa	37
12.3.	Pla Director de la Immigració del Departament de Salut	37
12.4.	Accions de formació i informació	38
12.5.	Accions avaluatives	38
13.	Recomanacions finals	39
14.	Glossari	41
15.	Bibliografia	44

■ 1. INTRODUCCIÓ

En els darrers anys, a Catalunya s'ha pogut observar com, de manera progressiva, la presència de població immigrant modificava la visió que teníem del nostre veïnatge, així com de les rutines consolidades de convivència a les nostres ciutats i pobles, i hem avançat de manera imparable cap a la pluriculturalitat. Com a conseqüència d'aquest fet, han anat creixent les necessitats d'atenció a grups de persones amb cultures diferents. En l'àmbit de la salut, fins fa poc i per diverses raons, no hi havia gaire demandes d'atenció específica que reflectissin aquesta diversitat.

El sistema sanitari no pot romandre aliè als canvis que s'estan produint a la nostra societat. Totes les persones tenen els seus drets, independentment del lloc de procedència i de la cultura que tinguin. En primer lloc, els drets fonamentals de totes les persones obliguen universalment, i de manera especial a les institucions de tots els països que han signat la *Declaració de drets humans de les Nacions Unides*. També hi ha drets que depenen del reconeixement jurídic de les lleis d'un país, com és el cas del reconeixement de la ciutadania, de l'asil i dels refugiats, d'acord amb els requeriments establerts per la llei. A més, la Constitució espanyola estableix, com a fonament de l'estructura jurídica i política del país, el reconeixement dels drets a la llibertat, a la dignitat, a la igualtat i a la no-discriminació per motius ideològics, religiosos, ètnics, de sexe, etc. Aquests mateixos drets estan establerts en el Capítol I de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya de l'any 2006.

El respecte a la dignitat, a la llibertat i a la igualtat de les persones pot plantejar dubtes a l'hora de desenvolupar determinades pràctiques socials. L'àmbit sanitari és receptor de moltes peticions i fins i tot d'exigències que els professionals poden arribar a qüestionar dins la seva responsabilitat i el seu compromís social. Cada vegada amb més freqüència, s'adrecen al Comitè Consultiu de Bioètica sol·licituds d'orientació i aclariment respecte de problemes concrets.

La via de la casuística circumstancial no sembla la millor manera d'afrontar els problemes actuals. Cal dur a terme una reflexió àmplia, que permeti comprendre la situació i fixar unes línies mestres per abordar els casos concrets. Aquesta és la tasca que s'intenta amb aquest document, és a dir, contribuir a fer el camí vers la comprensió de la diversitat cultural en l'àmbit de la salut, ja iniciat per altres grups institucionals.

■ 2. PRINCIPIS BÀSICS

Segons els nostre parer, hi ha unes raons que no es poden qüestionar i que són els principis que s'han de tenir presents sempre. Aquestes raons, de manera resumida, són les següents:

■ 2.1. Accés just i igualitari a l'atenció sanitària

Un dels principis bàsics és l'accés just i igualitari a l'atenció sanitària, això significa tenir cura de manera adient de les tasques d'acolliment i d'informació. Sovint, els usuaris no coneixen prou bé els dispositius assistencials al seu abast. A més a més, poden coexistir dificultats idiomàtiques, problemes econòmics o d'altra naturalesa, que dificulten aquesta accessibilitat.

Cal vetllar perquè no es produeixin actituds, més o menys visibles, de racisme, de discriminació o de simple desconsideració per part dels sectors implicats en l'acte assistencial.

En aquest sentit, s'ha d'acabar amb les barreres internes que pateixen els usuaris, com a conseqüència del desconeixement dels dispositius disponibles, com per exemple, saber què li correspon rebre com a atenció mèdica, o com ha d'entrar en el sistema sanitari, aspectes que són susceptibles de millora amb tasques d'acolliment i d'informació. Però també s'ha d'acabar amb les barreres externes que pateixen alguns ciutadans quan intenten accedir al sistema sanitari, ja que per pertànyer a un grup minoritari troben més dificultats que la resta de ciutadans, habitualment, per raons idiomàtiques o, fins i tot, econòmiques.

■ 2.2. Respecte a la diversitat cultural com un valor inherent a la dignitat de la persona

Un altre dels pilars bàsics de l'activitat assistencial consisteix en el respecte a la diversitat cultural, un valor inviolable i inherent al respecte de la dignitat de la persona i al lliure desenvolupament de la personalitat.

Aquest valor és fonamental, no només perquè s'ha d'entendre que les perspectives sobre les causes dels trastorns, els conceptes de salut i malaltia, la noció sobre la necessitat de complir amb el tractament, o la manera d'expressar els símptomes, varien segons el context cultural i no són universals, sinó perquè aquest respecte afavoreix una millor adherència al tractament i, per tant, un resultat més positiu de salut, tant objectiu com subjectiu.

■ 2.3. Sensibilització sobre les diferents opcions diagnòstiques i de teràpia d'una atenció culturalment competent

Aquest és un altre dels requisits essencials per a una atenció eficaç i respectuosa dels pacients i de les comunitats amb un origen cultural divers.

Des d'una perspectiva occidental, es pot entrar en una confrontació amb altres interpretacions del model assistencial que porti, fins i tot, a importants conflictes ètics. Fins a quin punt un pacient pot rebutjar sotmetre's a un tractament al·legant motius culturals, o en quina mesura cal ser més o menys condescendents amb tractaments alternatius, l'eficàcia i seguretat dels quals poden quedar minvats, són alguns dels exemples que, cada vegada més sovint, apareixen quan s'atén un pacient amb una cultura diferent a la nostra.

En aquest sentit, el més aconsellable és adoptar una actitud de respecte, que no trenqui de manera brusca la consideració del pacient, i, quan sigui possible, ajudi a acostar les dues postures. Cal tenir present, una vegada més, que l'objectiu de l'activitat assistencial és procurar la salut i el benestar de les persones.

■ 2.4. Exercici real de l'autonomia personal i dret a la informació

El respecte a l'autonomia de les persones obliga a tenir en compte tres aspectes cabdals: la capacitat, la informació i la voluntarietat.

El consentiment informat és una pedra angular de la pràctica de la medicina que fa possible l'exercici del dret a decidir, és a dir, a acceptar o a rebutjar una actuació.

Aquesta informació, que haurà de ser precisa, veraç, comprensible i ajustada a les característiques de cada persona, està emparada per la Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els «drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica».

Aquesta Llei recorda alguns dels drets generals que no s'han de conculcar, tot i que no pot ser molt més precisa sobre les necessitats concretes dels malalts. Aquestes necessitats poden ser especialment rellevants quan fan referència a la diversitat cultural, atès que l'adaptació a les necessitats de cada persona és més



2. PRINCIPIS BÀSICS

complexa, com per exemple, per les dificultats en la comunicació, les pors, la complexitat dels mecanismes que faciliten la confiança o el desconeixement dels drets que tenen els ciutadans.

S'entén que la relació s'ha d'establir amb el pacient, ja que aquest serà qui prengui les decisions respecte de la seva malaltia i controli la informació que desitja comunicar a la família sobre el seu estat de salut. Però en grups culturals de tipus comunitarista no sempre és així; de fet, és la família, o la persona que ocupa el rol de comandament, qui espera tenir un primer contacte amb el metge per poder controlar el flux d'informació i prendre les decisions oportunes. Arribat el cas, com per exemple, davant d'una malaltia terminal, poden optar per mantenir el pacient en la ignorància d'allò que li succeeix, amb l'afany de protegir el benestar del pacient i del grup. En molts casos l'entorn del malalt considera que el malalt no està capacitats per rebre notícies dolentes que li pugui donar un professional sanitari, per definició distant. Pot arribar a ser apropiat, i en molts casos respectuos, que sigui un membre de l'entorn del malalt qui doni aquesta informació, quan es consideri convenient.

Si bé aquestes actituds mereixen atenció i respecte, els professionals han de vetllar per possibilitar les decisions informades i lliures dels pacients, encara que això representi més temps i esforços en el diàleg amb els malalts o els seus representats.

Cal recordar que allò que fins ara era anomenat «privilegi terapèutic», és a dir, la no-revelació al pacient d'aquella part de la informació que es considera greument perjudicial per a la seva salut, no ha de ser la norma, sinó l'excepció que cal justificar sempre.

Malgrat les diferències culturals, s'ha de procurar que la informació clínica s'adapti a les necessitats de cada pacient, en un equilibri potser difícil, però mai amb ocultacions paternalistes ni excessos defensius.

■ 2.5. Respecte a la confidencialitat de la informació

Un altre aspecte que cal orientar de manera precisa és la recollida d'informació que faci referència a aspectes culturals i religiosos. D'acord amb la Llei 21/2000, aquesta informació té el nivell més elevat de confidencialitat. Per tant, en els casos en què es disposi d'aquestes dades perquè es considera necessari per atendre el pacient correctament, és obligat tenir present el principi constitucional de no-discriminació per raons de creença, culte i costums.

La visió varia segons els països, atès que aquest tipus d'informació és rellevant per atendre de manera adequada els usuaris dels serveis de salut. En alguns països europeus, el tractament de les dades s'utilitza confidencialment, ja que es considera discriminatori catalogar les persones per raons culturals.

■ 3. LA COMUNICACIÓ COM A EINA

La comunicació és un element fonamental en la relació que s'estableix entre el sanitari i el pacient, perquè en depèn la comprensió de la situació i l'assumpció de responsabilitats per part del malalt, així com una adhesió correcta al tractament. Tots aquests aspectes contribueixen de forma decisiva a una evolució favorable de la malaltia.

A més a més, la importància de la comunicació ha augmentat com a conseqüència de l'evolució experimentada per la medicina en els últims anys. Fa un temps, la relació sanitària era de caràcter paternalista, en què el pacient tenia un paper secundari i era el metge qui portava el control de tot el procés, informava el pacient de la seva situació i dirigia el tractament que necessitava. Però, actualment, es considera prevalent el principi d'autonomia, és a dir, és el pacient qui té la darrera paraula sobre les propostes que els professionals assistencials li ofereixen per resoldre el problema de salut que pateix. Aquest model fomenta la responsabilitat a l'hora de prendre decisions. Per tant, reflecteix l'ideal de medicina centrada en el pacient, en el qual el pacient és considerat un col·laborador, i no només l'individu sobre el qual s'exerceix l'acció mèdica.

En aquest context, els requisits ètics sobre el consentiment informat es converteixen en el garant màxim de l'autonomia del pacient. Per aquest motiu, cal una informació adequada dels requeriments de veracitat, comprensió i adequació per tal d'ajudar el pacient a prendre una decisió, d'acord amb la seva voluntat pròpia i lliure.

Habitualment, es presenten diferents tipus d'obstacles a l'hora d'assolir una bona comunicació: manca de temps, dificultats per trobar explicacions senzilles que estiguin a l'abast del pacient, problemes de relació, malentesos, etc. Si l'acte comunicatiu entre persones que pertanyen a una mateixa cultura ja pot ésser difícil, encara trobem més dificultats entre persones que parlen idiomes diferents i que s'han desenvolupat mentalment amb sensibilitats, categories conceptuals i concepcions del món ben diverses.

Entre els gran obstacles comunicatius en trobem dos: la manca d'un idioma comú i el fet que les paraules traduïdes poden tenir una significació molt diferent segons els referents culturals amb què s'associïn. Així doncs, les persones poden



3. LA COMUNICACIÓ COM A EINA

creure que s'entenen, quan en realitat l'emissor del missatge i el receptor estan pensant coses distintes, fet que pot tenir conseqüències molt greus. El primer obstacle se soluciona amb la traducció. El segon, i en especial davant els casos més complexos, requereix d'una persona mediatra i que conegui bé les cultures dels interlocutors. En altres casos, serà suficient un cert grau de sensibilitat i competència cultural del professional per ser eficaç en la transmissió del missatge. Hi ha recursos comunicatius molt senzills per verificar si la comprensió dels interlocutors discorre correctament. És fonamental que el professional sanitari sàpiga detectar les interferències que poden produir-se per les diverses maneres de concebre i viure dimensions humanes tan importants com el temps, l'espai, l'alimentació, la vida i la mort, les relacions home-dona, o entre pares i fills, les jerarquies socials i, per descomptat, la salut.

L'estudi de la comunicació intercultural escapa de l'abast d'aquest document. No obstant això, resulta pertinent recordar la gran quantitat d'aspectes, més o menys subtils, que influeixen en el resultat de la comunicació entre el professional sanitari i els usuaris, i que poden ser conseqüència de l'origen cultural de cadascun d'ells. Per exemple, el tipus de comunicació emprada, verbal o no verbal; si es tracta d'un context cultural alt o baix, és a dir, si l'estructura de les significacions culturals té un gran pes diferencial o no; el predomini d'un estil directe o indirecte; la manera d'expressar emocions; els diferents tipus de llenguatge i significats. Tots aquests elements, transcendents en la relació terapèutica habitual, ho són encara més quan entre el sanitari i el pacient hi ha una diferència cultural considerable.

A més de les barreres idiomàtiques i del bagatge cultural propi que poden dificultar la comunicació amb les persones que tenen un origen diferent, convé afegir la precarietat econòmica i laboral, que freqüentment les acompanya, un aspecte que pot generar nous problemes de salut. La referència als processos de salut/malaltia no s'ha de desvincular de les condicions econòmiques i socioculturals, de les vivències sobre el procés d'emmalaltir, així com de l'atenció a les demandes de relació i participació ciutadanes.

■ 4. ESTRÈS DE L'EMIGRANT

Algunes persones que pertanyen a grups o minories culturals poden presentar particularitats psicològiques que requereixen atenció sanitària, però cal reconèixer com a entitat patològica clarament diferenciada l'estrès que pateixen els emigrants.

Tot procés migratori implica un component de pèrdua i un altre de guany, inherents als canvis que comporta deixar el lloc habitual de residència per traslladar-se a un altre més o menys llunyà i diferent. D'aquesta distància, tant en el sentit geogràfic com, sobretot, en el cultural, es deriva un esforç conseqüent d'adaptació a les noves condicions de vida. Aquest esforç d'adaptació pot definir-se com l'«estrès de l'emigrant». Les persones que canvien de cultura, com els immigrants, experimenten unes situacions estressants que els altres habitants difícilment poden imaginar. La pèrdua d'estatus, la marginalitat, l'alienació i la discriminació percebudes, i la fragilitat de la identitat cultural pròpia es poden arribar a convertir en preocupacions que posen a prova la fortalesa de la salut mental de la persona.

La immigració representa estrès en la mesura en què l'individu és incapaç d'afrontar tant uns esdeveniments concrets com els factors crònics d'estrès de la vida quotidiana.

Els estudiosos de l'estrès per aculturació insisteixen que el més important no és el contacte cultural, sinó l'experiència estressant derivada d'aquest contacte. La necessitat d'aprendre un idioma nou, els costums i codis culturals diferents, canviar el rol familiar i laboral, i la manca de permís de treball o d'un habitatge digne poden conduir cap a un estrès quotidià important.

S'ha plantejat que l'estrès per aculturació té diferents components, com la nostàlgia, el dol que implica deixar endarrere una determinada manera de vida, el xoc cultural i el procés subsegüent d'aculturació, o l'experiència freqüent de la discriminació.

■ 4.1. Nostàlgia

Aquesta font d'estrès de la immigració està relacionada amb les pèrdues associades amb la sortida del país d'origen i inclouen l'experiència de trobar a faltar as-



4. ESTRÈS DE L'EMIGRANT

pectes elementals de la vida que, en un principi, només existeixen al país que es deixa endarrere. La pèrdua dels amics i la família, l'estatus social, el treball, l'idioma, els costums i fins i tot el territori poden convertir-se en factors importants d'estrès, especialment si s'acompanyen de dificultats legals, laborals i socials al país de recepció.

■ 4.2. Xoc cultural

Els factors estressants de l'aculturació són tots els relacionats amb fer una vida en una cultura nova, allò que inclou, especialment, l'accés als serveis i productes culturalment rellevants, les activitats religioses i culturals, l'educació dels fills i les relacions interpersonals. Els canvis que representa el procés aculturatiu requereixen, moltes vegades, que els individus adoptin rols nous, sovint culturalment incoherents. Qualsevol canvi profund de les pautes culturals, com per exemple, els rols, pot ocasionar un estrès considerable.

■ 4.3. Discriminació percebuda

Una altra font possible d'estrès és la discriminació percebuda per l'immigrant. Aquest és un factor relacionat no només amb l'estrès, sinó amb el desenvolupament possible d'una psicopatologia i amb altres problemes de salut. L'experiència de ser discriminat per raons racials, de religió o de pertinença ètnica engloba una part important d'algunes escales d'estrès per aculturació, i s'ha identificat com un factor de risc que predisposa a patir problemes de salut física i mental.

Com es tracta de l'experiència de l'individu, aquest factor està més condicionat per les percepcions personals que per una existència necessària i objectiva de discriminació. De fet, aquesta existència no és sempre ostensible, ja que gran part del racisme contemporani, per exemple, és implícit i roman ocult, fins i tot per a qui discrimina.

■ 4.4. Factors moderadors i mediadors

Encara que l'estrès per aculturació no és específic de cap classe social ni d'una experiència d'immigració en particular, les necessitats de salut lligades amb la immigració estan clarament regulades pel context en què hi té lloc. Alhora, el model d'estrès-procés suggereix que els factors individuals i contextuais específics actuen com a mediadors i moderadors de l'estrès de l'emigrant.

■ 5. COMPETÈNCIA CULTURAL

Encara que resulta evident que ningú pot aspirar a conèixer completament els aspectes innombrables de les cultures dels pacients, sí que és aconsellable fer un esforç per ampliar-ne el coneixement, igual que ho és adoptar una actitud flexible i oberta, per tal d'acceptar la diferència cultural com una cosa enriquidora que ens porta a ser culturalment competents en l'exercici de la nostra professió.

Els dispositius assistencials han d'aspirar a oferir una atenció que tingui la mateixa qualitat per a tots els seus usuaris, independentment del grup cultural a què pertanyin. Aquest propòsit de la «competència cultural», entesa com el «conjunt de conductes, actituds i polítiques que permeten al sistema, dispositiu i/o individu funcionar de manera eficaç amb pacients i comunitats d'origen cultural divers», implica, com assenyala Dunn, «un canvi fonamental en la manera de pensar, d'entendre i de relacionar-se amb el món exterior» que ha d'anar lligat a uns resultats assistencials millors.

El concepte de *competència cultural*, encara no prou arrelat en el nostre medi, es considera, cada vegada més, com un dels estàndards de la qualitat assistencial a tenir en compte.

El compromís amb la competència cultural s'ha de realitzar en dos nivells: el primer és individual i implica que tots els participants en el procés assistencial, des de l'administratiu que rep per primera vegada l'usuari, fins al clínic que executa l'acte mèdic, demostrin una sensibilitat cultural cap a la persona que atenen i intentin adquirir els coneixements, habilitats i actituds que permetin una intervenció millor en la situació.

Aquest compromís ètic, exigible a totes aquelles persones que, governades pel valor de la salut, desenvolupen una activitat professional en els serveis sanitaris, resultaria estèril si no s'acompanyés de les corresponents mesures en política sanitària. És aquest segon nivell, l'institucional, el que permetrà assegurar que els dispositius s'adaptin a la variabilitat dels usuaris, una conseqüència evident de la pluriculturalitat social. Qualsevol servei assistencial hauria de comptar entre els seus estàndards de qualitat amb el de la competència cultural esmentada, ajustada, lògicament, al rang i a les característiques de cada centre.

■ 5.1 Esquema de la competència cultural

Si es pren el model clàssic del que s'entén com a professional competent, cal dir que la base de la competència cultural es compon essencialment d'un conjunt determinat de coneixements, habilitats, actituds i valors.

■ 5.1.1. Coneixement cultural

El coneixement cultural s'aconsegueix en dos nivells, un general i un altre específic. En un nivell general, el professional sanitari entén que la cultura, l'ètnia, la raça i el procés de l'emigració poden afectar el desenvolupament de la personalitat, l'adquisició dels valors, la manera d'abordar els problemes personals o la malaltia, les relacions socials i professionals, així com la psicopatologia i, o bé, l'expressió. En un nivell específic, el professional pot arribar a conèixer les particularitats culturals dels diferents grups de pacients amb els quals treballa.

És fonamental tenir present que l'aplicació simplista o grollera del coneixement cultural, amb l'ús d'estereotips, per exemple, pot ser més perjudicial que un abordatge culturalment cec de la situació que es té al davant. És bo tenir coneixements generals sobre cadascuna de les cultures dels pacients, ja que ens pot servir com a punt d'inici, mentre que cal evitar caure en l'estereotip, un carrer sense sortida que ens fa encasellar els individus, i anul·lar els trets distintius que poden aparèixer, fins i tot, entre persones que pertanyen al mateix grup cultural. El professional culturalment competent entén que ser membre d'un grup ètnic no és un tret del tot decisiu de la personalitat, sinó un fet que s'interpreta i pot manifestar-se de diverses maneres. A més, coneix els models d'aculturació i d'identitat ètnica, i pot aplicar-los amb facilitat.

■ 5.1.2. Habilitats culturals

El professional que aspiri a ser culturalment competent ha de tenir l'habilitat suficient per copsar els estils de comunicació, els valors, les creences i les pràctiques dels seus pacients. D'aquesta manera, podrà detectar quines són les necessitats de l'usuari i com respondre per tal de facilitar la comunicació amb aquestes persones. En aquest sentit, cal tenir en compte les habilitats en la comunicació verbal, en la comunicació no verbal, així com la destresa per adequar la comunicació a l'interlocutor.

A continuació, es presenta un esquema en què es descriuen les diferents dimensions de la competència cultural i els efectes que poden provocar-ne.

Dimensió	Incompetent	Sensible	Competent
Actituds	Indefinit	Atencions	Compromès
Coneixements	Cec	Algun coneixement	Ampli coneixement
Habilitats	Sense formació	Escassa	Àmplia formació
Efecte	Destructiu	Neutral	Constructiu

■ 5.1.3. Actituds i valors

L'actuació, és a dir, les habilitats (si es vol, el saber fer), està basada en el coneixement cultural i tècnic (el saber, en una paraula). Però habilitats i coneixement no són suficients. Les actituds, és a dir, el saber «ser i estar», constitueixen la base sobre la qual s'han de desenvolupar les habilitats i el coneixement.

Els models més habituals de competència cultural en medicina posen l'èmfasi sobre les habilitats i el coneixement cultural. No obstant això, la investigació en el camp mèdic indica que, sovint, el tracte desigual rebut per individus que pertanyen a grups minoritaris no és conseqüència d'una falta de coneixement ni d'habilitats, sinó dels estereotips o actituds discriminatòries que els sanitaris mostren amb aquests pacients. Les actituds, creences i valors del professional relatius al grup racial, l'ètnia i altres diferències culturals exerceixen un paper molt important, tant en la relació amb el pacient com sobre la qualitat del tractament. És precisament per aquest motiu que, cada vegada més, els models de competència cultural exigeixen que el professional sigui conscient de les seves actituds i valors, i del fet que aquests influeixen sobre el seu treball intercultural.

És sabut que la competència en relació amb les actituds i els valors no és un objectiu concret que es pugui aconseguir amb una determinada formació, sinó que és un procés que dura tota la vida, i que representa un desplaçament des de l'etnocentrisme cap a l'etnorelativisme en un sentit, si més no, metodològic.

Per tant, es pot resumir que un professional que treballa en l'àmbit de la salut i, culturalment, actua de manera competent és aquell que reuneix les característiques següents:

- Està en procés de conscienciació dels seus valors, conceptes, prejudicis, idees preconcebudes i d'altres limitacions personals de la comprensió cultural.
- Intenta entendre activament, i sense judicis negatius, la perspectiva cultural del seu pacient.



5. COMPETÈNCIA CULTURAL

- Desenvolupa estratègies i intervencions apropiades, sensibles i rellevants en el treball amb pacients que són culturalment diferents.

■ 5.2. Estàndards d'actuació

Tot i que en el nostre medi aquest estàndard encara no està previst, en altres països, com els EUA, s'han implantat diverses mesures amb la finalitat d'aconseguir aquesta competència. Algunes de les recomanacions que fan els nord-americans ens poden ser útils, però s'ha de tenir clar que no són bones les transposicions mimètiques i que resulta necessària una adaptació.

■ 5.2.1. Serveis de comunicació intercultural i d'interpretació

El comunicador intercultural és aquella persona que pel coneixement d'un o més grups culturals i de l'entorn, exerceix una funció de pont entre la institució sanitària i els usuaris, per tal de facilitar l'accés normalitzat i en igualtat de condicions dels membres d'aquests grups als serveis sociosanitaris. A més, el comunicador intercultural és aquell que ajuda els diferents actors implicats en la relació sanitària a adquirir i aplicar els coneixements adequats sobre les respectives visions culturals i socials de la salut i la malaltia.

D'una banda, assessora els professionals sobre les característiques dels col·lectius culturals; i, d'una altra, informa els membres d'aquests grups sobre el sistema de salut vigent a la societat. Com a mediador, ha de procurar que tant el professional sanitari com el pacient estiguin en condicions de poder-se comunicar i dialogar.

El perfil del comunicador intercultural li permet, a més, exercir tasques d'informació i d'acompanyament dels usuaris, segons les necessitats de la intervenció sanitària. La inclusió d'aquesta figura en l'escena assistencial serveix per evitar l'abús que de vegades es fa de familiars o amics del pacient per tal que exerceixin d'intèrprets.

La millora de la comunicació entre el pacient i el professional gràcies a la incorporació d'aquesta figura ha demostrat ser eficaç tant en programes de medicina preventiva com en el grau de satisfacció de l'usuari, i també en el cost total de l'assistència sanitària. En els àmbits en què el sistema de salut no s'ha adaptat de forma sensible a les diferències culturals, resulta infrutilitzat i se n'acaba fent un ús incorrecte, amb urgències hospitalàries que substitueixen el metge generalista i compliments més baixos dels tractaments.

L'accés a una informació tan sensible com la relacionada amb la salut, i amb la gran transcendència que pot derivar-se de la intervenció sanitària, fan absolu-

tament imprescindible, pel bé de tots, una delimitació clara i ràpida per part de les administracions, de quines són les competències que ha de desenvolupar la figura del comunicador intercultural, així com dels seus drets i deures dins l'àmbit professional al qual pertany.

■ 5.2.2. Immersió en altres cultures

Els professionals sanitaris han de rebre una *formació continuada* sobre com s'ha de treballar amb persones de diferents cultures. Cada centre ha d'oferir formació al seu personal per tal de conèixer les característiques culturals dels diversos grups ètnics i religiosos de l'entorn i la influència d'aquests trets diferencials en la relació terapèutica.

■ 5.2.3. Promoció culturalment competent de salut

L'atenció culturalment competent de salut inclou els treballs de camp pertinents per promoure la salut entre els grups i les minories culturals. Com a activitats a desenvolupar es poden incloure serveis d'acolliment, sessions d'educació pública, estudis epidemiològics culturalment sensibles i campanyes d'informació i sensibilització adaptades a les característiques culturals.

■ 5.2.4. Inclusió de membres de la família i la comunitat

En el treball sanitari amb grups culturals, ètnics o religiosos és molt important el contacte amb els líders dels diferents col·lectius per obrir una línia de comunicació que permeti conèixer de manera correcta les necessitats sanitàries dels membres d'aquests grups. Convé establir vincles entre l'administració sanitària (centres d'atenció primària, serveis d'atenció a l'usuari) i els col·lectius culturals més nombrosos de l'àrea sanitària per tal d'assolir aquest coneixement que exigeix tenir cura de la salut en un context pluricultural.

■ 5.2.5. Ajustament administratiu i organitzatiu

En països amb una àmplia història pluricultural s'intenta oferir, si és possible, un tractament sanitari individual o grupal a càrrec de professionals que tinguin el mateix origen cultural que el pacient. Actualment, en el nostre medi, aquesta és una mesura poc viable, ja que no tothom hi està d'acord.

■ 6. CONSENTIMENT EN LA RELACIÓ CLÍNICA

Els professionals han de preveure nombrosos aspectes en l'atenció a la salut, però un dels elements més importants és l'anomenat *consentiment informat*.

Aquest procediment està relacionat amb el dret de l'autonomia de la persona, reconegut arreu legalment i també des d'un punt de vista ètic com una de les aplicacions més importants del principi de respecte a les persones i a la seva autonomia, considerat com un principi bàsic de la bioètica, tant en el camp de la recerca biomèdica com en el de l'activitat assistencial.

Per *consentiment informat* s'entén l'acceptació d'un procediment, que pot ser de diagnòstic o amb intenció terapèutica, per part d'un pacient, després de tenir-ne la informació adequada per poder implicar-se lliurement en la decisió. Això vol dir que la persona ha de rebre aquesta informació sobre els beneficis esperats, els possibles riscos i els efectes secundaris de les tècniques proposades de forma clara, així com també dels procediments alternatius. Alhora, ha de saber que en qualsevol moment pot retirar el seu consentiment amb total llibertat.

És fonamental partir de la consideració del consentiment com un procés de diàleg entre els professionals sanitaris i els usuaris sobre aquelles tècniques que hauran de ser útils tant per als procediments diagnòstics com per als terapèutics. Aquest procés comporta temps (de vegades, més d'una conversa), l'acceptació incondicional de l'altre, la comprensió empàtica i tenir voluntat d'entesa. De vegades, es confon el consentiment informat amb un simple acte burocràtic consistent en la signatura de papers, la qual cosa desvirtua els drets dels usuaris i allunya les possibilitats d'una relació de confiança entre malalts i sanitaris.

La llei preveu la formalització per escrit del consentiment en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments de diagnòstics invasius i, en general, quan es duen a terme procediments que puguin comportar riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut dels pacients.

Caldrà tenir present que hi ha dues situacions d'excepció en l'exigència del consentiment informat. Una d'elles és la situació de risc immediat i greu per a la integritat física o psíquica del malalt, que no permet aconseguir la seva autorització. L'altra es troba en el risc per a la salut pública, si ho exigeixen motius sanitaris d'acord amb el que estableix la legislació.

També cal considerar algunes situacions en les quals hi ha d'haver un atorgament per substitució d'aquest consentiment. Aquesta circumstància es tindrà en compte quan el malalt, a criteri del personal mèdic responsable o de l'equip assistencial, no sigui prou competent per entendre la informació i poder implicar-se en la decisió. En aquest cas seran els familiars o els representants els qui hauran de donar aquell atorgament. També hi ha aquesta excepcionalitat en els casos d'incapacitat legal o d'aquelles persones internades per raó de trastorns psíquics, davant dels quals caldrà seguir els tràmits legals oportuns.

En l'atenció sanitària a la diversitat cultural, el procés que comporta aquest principi de respecte a l'autonomia del pacient, que és el consentiment informat, obliga els professionals a plantejar-se el seu exercici en el marc d'una relació personal més complexa. En aquest sentit, cal estar atents als supòsits següents:

- Cal preguntar-se quin és el grau de comprensió per part dels pacients de la informació que se'ls ha donat, més enllà dels signes aparents que demostrin que s'hagi pogut rebre correctament. Per tal de garantir-la, cal una bona disponibilitat per repetir les explicacions, l'ús de material gràfic explicatiu, una informació verbalitzada que acompanyi l'escrita, i també la intervenció dels comunicadors interculturals com a garantia en cas de dubte.
- S'ha de saber si la decisió del malalt és prou autònoma a l'hora d'acceptar o rebutjar els procediments que se li proposen. Caldrà ajudar els pacients a enfortir els mecanismes de la confiança, i evitar tota mena de coacció. El fet és que si es redueix la feblesa de la persona que està malalta, s'aconsegueix augmentar la fiabilitat d'una decisió autònoma.
- També convé tenir present que el concepte d'autonomia no equival al d'auto-suficiència. La nostra capacitat per decidir també es pot veure influïda per les circumstàncies socials i personals. De fet, es pot parlar de diferents graus d'autonomia de les persones, segons els condicionants subjectius que intervenen en les seves decisions, com és el cas de la condició de malalts, o en les situacions que es viuen en determinats grups culturals, en què les decisions que fan referència a la salut no es prenen de manera individualitzada, sinó que són compartides en grup. Per exemple, seria el cas dels grups en què hi ha una concepció social de la malaltia (quan algú de la família o la comunitat està malalt, tothom hi acut, fins i tot familiars que poden viure lluny i que ni tan sols coneixen el malalt). Això explicaria que l'obtenció del consentiment pogués ser delegada a través d'una mediació autoritzada. Malgrat aquesta consideració, el document del consentiment informat l'haurà de signar el pacient (si és competent per a una decisió concreta) i no cap altra persona.

■ 7. ELEMENTS RELACIONATS AMB EL DIAGNÒSTIC

El treball assistencial comporta un interès primordial per a l'obtenció d'informació sobre el diagnòstic clínic i la detecció de problemes associats, en el període de temps més breu possible, i a fi d'orientar posteriorment el pla terapèutic adequat.

Tot i els innegables avenços de les tècniques de diagnòstic en els darrers anys, l'anamnesi, basada en la interpretació dels símptomes per part del metge, continua sent una eina fonamental del procés diagnòstic, en el qual es fa imprescindible, una vegada més, la comunicació adient.

Cal, abans que res, esbrinar detingudament el motiu de la consulta, ja que no sempre és la resolució del símptoma allò que el pacient busca. La diversitat cultural obliga, encara més, a l'esforç d'interpretar els codis simbòlics utilitzats pels pacients, per tal de conèixer les seves necessitats reals de salut. S'ha de tenir present, a més, el risc de categoritzar com a problemes mèdics aquelles situacions que responen a problemàtiques d'una altra naturalesa: econòmica, social o cultural. La intervenció de la medicina en àmbits que no li són propis és una característica del nostre temps, i contribueix a desenfocar les mesures correctores dels desequilibris esmentats.

Una comunicació inadequada pot ser la causa d'errors diagnòstics. La interpretació subjectiva dels símptomes s'acompanya, a més, de matisos culturals. De la mateixa manera, la lectura que fa el clínic es realitza, també, des de la seva perspectiva cultural. És per això que convindrà fer un esforç per distanciar-nos dels nostres referents culturals i, així, poder observar els pacients d'una manera més objectiva.

Las queixes que fan referència a la salut troben en les diferents cultures formes molt diverses d'expressió. El coneixement d'aquestes variacions a l'hora de descriure els símptomes pot ser de gran utilitat per evitar errors diagnòstics. Encara que resulta evident que no es pot aspirar a conèixer completament els innombrables aspectes de cadascuna de les cultures a les quals pertanyen els pacients, sí que podem realitzar l'esforç d'ampliar el coneixement que tenim sobre elles i d'adoptar una actitud flexible i oberta al respecte.

Abans d'informar els pacients sobre les exploracions complementàries pertinents per arribar al diagnòstic de la seva malaltia, convé haver resolt les dificultats idiomàtiques amb el pacient o, en el seu defecte, amb les persones que el representen o els mateixos comunicadors interculturals, si calen.

En resum, l'atenció a persones amb orígens culturals diversos ens planteja un escenari de relació més inestable que l'habitual i que implica algunes característiques especials:

- El temps que haurem de dedicar a la seva atenció ha de ser més prolongat.
- Convé evitar l'error que la cultura ho pot explicar tot. Tan perillós és negar la influència de la cultura en la presentació dels símptomes com pretendre justificar qualsevol atipicitat per la pertinença a un determinat grup cultural.
- Cal adaptar les formes de l'exercici de l'autonomia a les peculiaritats culturals del malalt.
- Cal tenir sempre present que alguns trastorns mentals, com les depressions, poden presentar-se freqüentment amb símptomes que es poden manifestar de manera diferent segons les diverses cultures. Aquest tipus de símptoma físic sovint representa una via d'entrada al sistema assistencial més simple i directa que la referència de símptomes psiquiàtrics.
- Ja que en algunes cultures l'associació entre la interpretació dels símptomes per part dels professionals i la decisió sobre el tractament a seguir es produeix de manera gairebé immediata, en moltes ocasions convindrà informar els pacients de forma apropiada que hauran de realitzar-se exploracions (analítiques, radiològiques o instrumentals) per arribar a un diagnòstic precís.
- Algunes vegades una tercera persona pot reclamar la seva presència en l'entrevista clínica. En aquests casos, si la presència d'un tercer semblés imposada, serà convenient sol·licitar una autorització del pacient sobre l'acompanyant.
- La concepció de la privacitat i la confidencialitat no és un valor que hagi de tenir la mateixa significació en els diferents sistemes culturals. Es requereix, per tant, una actuació al respecte que tingui en compte aquesta diversitat.
- Tot allò que fa referència al consentiment informat, com s'ha expressat anteriorment, haurà de ser tingut en compte a l'hora de realitzar exploracions instrumentals.

■ 8. ELEMENTS RELACIONATS AMB EL TRACTAMENT

Els components culturals exerceixen una influència potent en els resultats del tractament. El compliment i l'adhesió al procés terapèutic, l'efecte placebo atribuïble als fàrmacs o la resposta que hi produeixen són alguns dels comportaments que poden estar influïts per la pertinença a un grup cultural determinat.

En l'aspecte terapèutic, la relació assistencial tindrà matisos diferents en funció dels objectius de l'acte assistencial: preventiu, curatiu o de simple assessorament. Cal vetllar perquè els mecanismes bàsics que promouen la confiança en la relació clínica siguin suficientment eficaços per aconseguir l'objectiu terapèutic compartit.

Per poder incloure el pacient com a col·laborador en el procés sanitari, cal estar atents al motiu fonamental que l'ha portat a la consulta. Conèixer el símptoma és bàsic per establir una relació de confiança mútua. Posteriorment, aquesta confiança s'ampliarà amb el diàleg sobre l'autoconsciència de malaltia, un element clau per establir un pla terapèutic. Tenim constància que, en determinades cultures, els processos de salut-malaltia estan molt lligats als símptomes, ja que no hi ha tradició en l'ús de la medicina preventiva (no cal curar una cosa que encara no està present), i només quan apareixen els símptomes que incapaciten hi ha consciència d'estar malalt. Probablement, el pacient no entén quin és el significat de la medicina preventiva, com tampoc entén per què una píndola s'ha de prendre tres vegades al dia o amb els àpats, o durant mesos, quan els símptomes ja han desaparegut. Però és ben segur que, si se li explica i es comprova que el pacient ha comprès l'explicació correctament, els possibles focus problemàtics es puguin reduir.

En la cultura occidental, la malaltia sovint és considerada com una entitat en si mateixa, amb un origen fisiopatològic que l'explica; per tant, és susceptible de rebre un tractament concret. Però en altres cultures, aquesta percepció no és ben bé així, com es manifesta en els casos de trastorn psiquiàtric, en què es té com a causa l'origen diví, religiós o espiritual per explicar la conducta i, conseqüentment, el cas no es considera una malaltia.

Sovint, els pacients d'aquestes cultures utilitzen les medicines prescrites pel sistema sanitari i, a la vegada, medicines tradicionals. En aquests casos, caldrà ser



tolerant i respectuós amb l'ús d'aquesta doble terapèutica, sempre i quan no evidenciï una sèrie de prejudicis sobre la salut dels malalts.

També cal tenir present que hi ha diferències biològiques que poden explicar respostes diferents. Per tant, s'haurà d'entendre que no sempre es tracta de pacients que tenen un comportament crític amb la medicació prescrita.



■ 9. RESPONSABILITAT DELS CENTRES SANITARIS

El respecte a la diversitat cultural en l'àmbit dels centres sanitaris es troba emmarcat dins del concepte de la responsabilitat social corporativa i se situa en el vèrtex de la direcció institucional. Això és així perquè des d'aquests àmbits de responsabilitat es vertebrava el compliment de la normativa sanitària vigent i es porta a terme i s'incentiva la presa de decisions èticament adequades per a la millora de la salut i la qualitat de vida dels ciutadans, en general, i dels usuaris dels centres sanitaris, en particular.

El concepte de responsabilitat social corporativa dins l'àmbit sanitari inclou codis de conducta que garanteixen que les activitats ordinàries dels centres, tant internament com externament, són sostenibles i no atempten contra els drets socials ni el medi ambient.

Dins d'aquest context cal destacar que la diversitat cultural en la nostra societat és una realitat indefugible i que en cap cas no és nova, sinó que s'ha anat incorporant a mesura que s'assentaven a Catalunya persones arribades d'altres terres i fixaven aquí la nova residència, de manera temporal o per a tota la vida.

■ 9.1. Aspectes rellevants de la responsabilitat dels centres sanitaris: l'acollida dels ciutadans als centres

La *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària de la Generalitat de Catalunya*, aprovada el 24 de juliol de 2001, fa una menció expressa als drets relacionats amb la igualtat entre les persones i la no-discriminació per a l'accés als serveis sanitaris que cal mencionar. Es recull en el punt 6 de la introducció i diu:

«D'acord amb la Constitució, les persones són iguals davant de la llei i no poden ser discriminades per cap motiu de naixement, raça, sexe, religió, opinió o qualsevol altra condició o circumstància personal o social. En l'àmbit sanitari, aquestes causes de no-discriminació s'ha d'entendre que estan complementades per les previstes en els convenis internacionals corresponents que han estat ratificats per l'Estat espanyol.»

Hi ha, però, un concepte de discriminació positiva, quan aquestes diferències o distincions entre persones responen a la necessitat de protegir les més vulnerables.

En un entorn de recursos i mitjans disponibles limitats, la necessitat de prioritzar l'atenció sanitària requereix integrar i valorar les demandes i els interessos del conjunt de la població. En aquest context, els criteris que haurien d'orientar la prioritat en l'accés als serveis sanitaris són: la gravetat dels problemes de salut, l'efectivitat dels tractaments proposats i, tot i respectant el fet diferenciador dels col·lectius més vulnerables, l'equitat en l'accés.»

Aquest principi pragmàtic de la Carta de drets i deures estableix, de manera inqüestionable, la dimensió del dret al respecte de la dignitat de les persones com a fonamental, independentment del país d'origen, de la procedència, de la cultura i de la religió que practiquin. Això implica que, d'acord amb el principi d'equitat, el tracte amb els pacients i els seus familiars ha de ser igual per a tots, i en cap cas hi haurà d'haver un tracte diferent que no es basi en els criteris que s'apunten i que han d'orientar la prioritat en l'accés als serveis sanitaris.

■ 9.2. Noves condicions als centres sanitaris

Ateses les circumstàncies canviants que comporta la incorporació a la nostra societat de persones i grups amb valors i cultures diferents, els centres sanitaris s'han d'adaptar a les noves necessitats que sorgeixen; és per això que, en la presa de decisions respecte de la planificació i la gestió dels recursos disponibles a cada centre, s'han d'incorporar els objectius següents:

- Assegurar una acollida en els centres sanitaris (primer accés) basada en la personalització de la recepció i en un protocol acordat i adaptat a les diferències territorials i de l'entorn de cada centre sanitari.
- Tenir una cura especial en la creació i el manteniment del clima de respecte i benestar entre les persones que componen la comunitat de salut (malalt, família i professionals) que eviti l'aparició d'actituds discriminatòries i contràries a l'accés universal de les persones als serveis sanitaris.
- Preveure la disposició d'espais per a oficis religiosos i la convivència amb un nivell adequat de preservació de la intimitat.
- Incorporar a l'oferta alimentària, menús i característiques culinàries d'altres cultures.



9. RESPONSABILITAT DELS CENTRES SANITARIS

- Incentivar la contractació de persones competents que pertanyin a altres cultures per als llocs de treball disponibles.
- Incorporar als plans de senyalització i difusió de documentació i informació necessària per moure's pels centres sanitaris, la traducció i adaptació de la informació als idiomes i cultures de la població de l'entorn del centre sanitari.
- Crear les condicions necessàries per a l'exercici dels drets i deures per a tota la població.
- Igualar la satisfacció i el grau d'excel·lència per a tots els usuaris, basat en el respecte dels drets i deures i dels nivells de qualitat científica, tècnica i humana en l'àmbit de la salut. Els indicadors de mesura de la qualitat percebuda s'adaptaran a la diversitat cultural dels grups de població que s'atenguin en el centre, tant pel que fa a l'avaluació de la qualitat dels serveis que s'han donat, com de les expectatives de les persones en relació amb l'atenció que esperen del centre sanitari i dels seus professionals.

Per dur a terme aquests requeriments i els aspectes nous derivats de la diversitat cultural i relacionats amb la gestió dels recursos humans dels centres, s'haurà de facilitar que els professionals puguin conèixer les característiques bàsiques de la població que s'atén en el centre sanitari i la identitat cultural que la defineix: costums, desenvolupament de la relació familiar, concepte d'autonomia personal, diferents percepcions i interpretacions del concepte de salut, etc.

Així mateix, serà necessari garantir l'accés a les normes (lleis, protocols, guies, etc.) per a tots els professionals i treballadors dels centres per tal d'assegurar que s'apliquen adequadament les novetats legislatives i deontològiques, com també la possibilitat de fer servir els suports de consultoria propers a l'activitat professional que desenvolupen en l'àmbit de la diversitat cultural.

■ 10. FOMENT DE LA DELIBERACIÓ EN LES INSTITUCIONS SANITÀRIES

Una de les funcions de l'Administració sanitària és la planificació i l'ordenació de la política de salut, és a dir, establir el marc i els criteris en què es presta l'atenció sanitària. Una altra funció és la prestació de serveis, ja sigui directament o mitjançant diferents proveïdors.

Pel que fa a la primera d'aquestes funcions, s'ha de tenir present que a les societats democràtiques les decisions que es prenen en política sanitària han de poder ser raonades i fonamentades. Aquestes polítiques han de garantir el dret a aconseguir un mínim apropiat d'atenció sanitària en un marc de distribució el més just possible que contraresti la manca d'oportunitats, conseqüència de l'atzar o de situacions socials que les persones no poden controlar.

Aquest principi d'equitat ha de ser sempre complementat amb el del respecte a la dignitat de les persones, que inclou el respecte a les diferents expressions culturals, i ha de ser compatible amb l'atenció sanitària. L'Administració ha d'exigir als professionals d'aquest servei que tinguin sempre present l'esmentada diversitat.

Ara bé, s'ha de reconèixer que és difícil prendre decisions que respectin de la mateixa manera les diferents creences morals i les pràctiques existents en una societat plural. Més enllà del que ens diuen les lleis, els codis o les recomanacions, sempre queda un ampli ventall de situacions no previstes. Per això, les instàncies de reflexió com els comitès d'ètica assistencial poden servir d'ajuda i, sobretot, provocar i aquesta deliberació. De fet, moltes de les controvèrsies sobre el rebuig al tractament, o les demandes d'atenció sobre certes pràctiques i creences pròpies de determinats col·lectius, ja s'han tractat en diverses ocasions en aquests àmbits.

Per tant, una de les accions que ha d'impulsar l'Administració és el foment del debat bioètic, tant en els centres, mitjançant els comitès d'ètica assistencial, com en el mateix Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.

■ 11. ALGUNES SITUACIONS CONCRETES

Algunes de les situacions que es plantegen tot seguit han generat recomanacions per part de diferents òrgans de consulta i de debat. Per tant, no es poden entendre com a indicació o manera de fer úniques, sinó com a element a tenir en compte en la presa de decisions en situacions semblants.

■ 11.1. Accessibilitat al sistema sanitari

Freqüentment es diu que la població culturalment diferent incompleix en les visites al metge, per exemple, amb manca de puntualitat o absentisme. Sens dubte, hi ha casos d'incompliment, per falta de voluntat, que no es poden justificar. Però cal parar atenció a d'altres casos ben diferents, que tenen lloc per la realitat assistencial de la societat o cultura d'origen.

En alguns països anar al metge consisteix a presentar-se a un dispensari on es passa visita de forma indiscriminada a tothom qui ho necessita, sense existència de cita prèvia, simplement per rigorós ordre d'arribada i fins que es compleix l'horari, i el que queda per ser atès resta per a l'endemà. A més, cal recordar que en algunes cultures les obligacions familiars són prioritàries respecte a les necessitats personals, que s'abandonen amb absoluta naturalitat. D'aquesta manera, entre anar al metge o haver d'atendre un familiar que ens necessita, pocs dubtarien a fer això últim. Una vegada més, la solució a aquest tipus de conflicte, que també facilitaria l'accés al sistema sanitari, passa per proporcionar la informació adequada sobre les característiques d'aquest sistema. Per a molts nousvinguts aquest pot ser molt nou, però amb el temps l'haurien de sentir com a propi.

■ 11.2. Presència de la parella a la consulta mèdica de la dona

La presència de la parella a les consultes mèdiques de la dona és una altra escena que cada vegada es repeteix més en la convivència pluricultural i que aixeca queixes dels professionals sanitaris. Novament es tracta d'un punt de fricció que

demana ser analitzat des d'una perspectiva cultural oberta, si més no per entendre quines pautes hi ha darrera d'aquesta conducta.

La interpretació més immediata és la de la privació de llibertat de les dones. Però també pot entendre's com l'obligació que té un marit o company de vetllar i supervisar la salut de la seva família, de tal manera que no concep que la dona vagi sola al metge. Aquesta demostració d'interès li dóna un rol protagonista, informant dels símptomes, escoltant les explicacions mèdiques, portant la cartilla sanitària o recollint les receptes, de la mateixa manera que en altres àmbits culturals es fa això mateix amb els fills. El professional sanitari ha de fomentar l'autonomia en la presa de decisions dels seus pacients i rebutjar la coacció que es pugui produir.

■ 11.3. Actuació d'un professional sanitari del mateix gènere

En alguns casos els pacients demanen ser atesos per un professional del mateix gènere. La *Carta de drets i deures del ciutadà en relació amb la salut i l'atenció sanitària* ofereix a tots els usuaris i pacients dels serveis sanitaris públics la possibilitat de triar el metge i el centre, tant en l'atenció primària com en l'especialitzada i la sociosanitària, segons els termes i condicions que s'estableixin i les disponibilitats de la xarxa sanitària d'ús públic. El centre orientarà els usuaris i els pacients sobre la possibilitat d'exercir aquest dret i facilitarà les dades necessàries per a l'accessibilitat als serveis.

■ 11.4. Alguns problemes en la comunicació intercultural

De vegades, la transmissió d'informació sanitària pot no ser la més adequada per al pacient. I això es pot produir per diverses raons: per una mala utilització de la figura designada per transmetre aquesta informació (intèrpret mèdic, agent de salut o comunicador intercultural); perquè la persona no és un expert en interculturalitat, o bé, perquè es delega en algú que no té la capacitat de transmetre la informació per raons emocionals, com ara un familiar o un nen que ha d'anunciar temes delicats.

Quant al primer cas, sovint el professional sanitari vol que el comunicador intercultural no actuï com a tal, sinó que participi en l'entrevista triangular com a delegat seu. Aquestes situacions es donen quan el professional demana, per exemple: «digues-li que demà té l'operació i ha d'estar preparat», o «digues-li que té aquesta malaltia i que el tractament és un règim durant el qual caldrà administrar aquestes píndoles», o fins i tot quan afegeix «explica als pares que hem fet tot el que hem pogut, però que el nen està molt malalt i es pot morir». Cal recordar



11. ALGUNES SITUACIONS CONCRETES

que el personal sanitari és l'únic responsable d'aquesta comunicació i que la tasca del comunicador intercultural consisteix a facilitar-la, però no suplir-la. De la mateixa manera que quan es visita un pacient que coneix bé l'idioma local és el metge o l'infermer qui ha de parlar directament amb aquest pacient, també s'ha de fer així amb les persones amb dificultats idiomàtiques i no utilitzar un tercer, no professional sanitari, per donar la informació.

Les diferents investigacions sobre errors en la traducció (omissions, addicions o canvis) mostra que un traductor professional pot cometre errors que tinguin un impacte seriós sobre el procés assistencial. Per tant, una persona que actua com a comunicador intercultural i no té prou formació corre més riscos de cometre errors greus en aquest sentit.

Evidentment, la persona que fa de comunicadora intercultural en una entrevista triangular controla la informació que s'està intercanviant entre el professional sanitari i el pacient. Per això, és molt convenient que sigui present i participi en la història clínica del pacient. A més, se li ha d'exigir la confidencialitat corresponent.

■ 11.5. Utilització de nens com a mediadors

Pel que fa a les situacions on s'empren nens per traslladar la informació, cal recordar que els perills són molts, tant per al nen com per als pares. L'infant és exposat a conèixer determinades dades d'aquests, com ara saber coses íntimes d'ells, i, a més, perd el seu paper de nen per adoptar el d'un adult.

La utilització de nens com a traductors sembla ser una alternativa desesperada habitual, atesa l'absència de personal professional qualificat. Però, no hi ha dubte que cal rebutjar aquesta pràctica com a normal, encara que el personal sanitari pot assumir la responsabilitat de permetre-la si la situació és excepcional. La seva impropedència ha de servir per justificar la incorporació successiva de comunicadors interculturals, com ja s'ha previst en el Pla director de la immigració.

■ 11.6. Dret a preservar els hàbits culturals

Pot succeir que el pacient, la seva família o persones vinculades a ell es comportin de manera diferent a allò que preveuen les normes del centre sanitari. Per exemple, portar menjar a l'habitació del pacient, o que moltes persones es trobin alhora en aquest espai. És evident que algunes d'aquestes situacions poden afectar la qualitat de l'assistència; però en d'altres, no ha de ser així. L'actitud comprensiva dels professionals és molt important pel que fa a les adaptacions necessàries a les característiques de cada persona. Per això, per garantir una atenció

de qualitat al pacient, s'ha de permetre que la flexibilitat sigui compatible amb la normativa i la funcionalitat del servei. En la major part dels casos l'experiència ens diu que la predisposició al diàleg i al pacte per ambdues parts pot resoldre les situacions de conflicte.

■ 11.7. Refús de tractament per creences religioses i altres motius¹

Les propostes assistencials sempre estan orientades a fer el bé (principi de beneficència), és a dir, a promoure la millora de la salut dels usuaris, així com la seva qualitat de vida. L'especialista de la salut fa aquestes propostes perquè creu que responen a aquests objectius. Però han de ser sempre propostes i no imposicions, atès que la qualitat de vida es defineix primàriament des de l'autonomia.

De vegades, el sanitari pot creure que una opció terapèutica és millor per perllongar la supervivència o evitar patiments, i, en canvi, la visió del pacient pot ser l'oposada, per les seves creences religioses o d'altra naturalesa.

Òbviament, la consideració de qualitat de vida és en gran part subjectiva i pot variar d'una persona a una altra. Si les condicions de la decisió autònoma preserven tots els seus requisits (informació, capacitat i voluntarietat), la primacia del respecte de la voluntat del pacient és clara.

L'obligació del sanitari és no actuar amb maleficiència. Ha d'evitar aquelles accions que provocarien dany. En canvi, cal que proposi aquelles actuacions que es consideren indicades. Aquesta segona obligació, concretada en la seva funció de fer el bé o beneficència, té una limitació: el consentiment del mateix pacient. En algunes ocasions, i fruit de creences religioses o d'una altra índole, quan el pacient rebutja la proposta del sanitari, cal considerar si és adequat o no administrar un tractament a una persona que està en perill vital. Per valorar això hem de tenir en compte que les peticions d'aquests pacients no assenyalen voler morir, sinó un respecte envers les seves creences religioses o morals. Per a ells, la vida té sentit amb aquesta renúncia. És obvi que la dimensió religiosa i moral és important i que ja no estem en una societat de codi únic, en la qual s'imposa una visió particular, religiosa o no, de la vida. Una societat plural i pluricultural porta aquestes situacions. Amb tot l'esmentat, des d'un punt de vista ètic és difícil qualificar de maleficiència el fet de no administrar un tractament a un pacient que així ho demana.

El sistema sanitari públic de Catalunya és una eina per fer possible una societat més igualitària. D'aquí l'accés universal a aquest sistema pel sol fet de ser ciu-

¹Es pot consultar el posicionament del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, fet el 9 d'abril de 2003, a la pàgina web <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/spbioe 00.htm>



11. ALGUNES SITUACIONS CONCRETES

tadà. Si bé el tipus de prestacions sanitàries depèn de l'acord polític (a través de la democràcia representativa) i es concreta en una oferta determinada, el Sistema Nacional de Salut ha de promoure aquelles accions més efectives per millorar la salut i ha de ser respectuós amb els drets del malalt.

Una societat plural també ha de ser sensible als diferents grups i minories culturals, tractant de donar resposta a les seves peticions, si és que no hi ha cap element legal ni ètic en contra. Aquesta resposta social pot tenir una altra limitació: el cost del tractament alternatiu, si aquest és més alt que aquell que s'utilitza habitualment i no hi ha decisions institucionals que l'assumeixin. L'obligació de justícia consisteix a proporcionar l'atenció partint del respecte i de les consideracions religioses, morals i culturals, sense que això atempti contra la consciència dels professionals sanitaris ni representi res injust, com un cost més elevat del tractament. Cal, doncs, objectivar de forma precisa el concepte de risc, que de vegades s'estén més enllà del que és raonable, i aplicar protocols que evitin la discriminació i l'estigmatització dels pacients.

■ 11.8. Demanda de «certificats de virginitat»²

La virginitat, entesa com a absència de relacions sexuals prèvies, no es pot certificar literalment com a tal, atès que ni l'exploració física ni cap tipus de prova complementària ens dóna aquest tipus d'informació.

L'obligació dels metges del Sistema Nacional de Salut de certificar l'estat de salut i emetre informes només és exigible en relació amb els drets de salut que es deriven del dret d'accés a les prestacions complementàries i econòmiques que l'Administració reconeix als ciutadans.

El respecte que mereixen els valors morals i culturals de cada persona, així com les seves conviccions religioses, no pot ser incompatible amb una praxis mèdica correcta i respectuosa amb les pautes i els valors comuns de la societat en què està inserida.

■ 11.9. Circumcisió

Els sistema sanitari públic no ha de proveir ni finançar els tractaments o les pràctiques mèdiques exigits per la particularitat de les creences culturals i que no són

²Es pot consultar el posicionament del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, fet el 10 d'octubre de 2001, a la pàgina web <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/virginitat.htm>

considerats mèdicament d'interès per a la salut de tothom. Això s'estableix sobre la base del principi de justícia, segons el qual hi ha el deure de repartir amb equitat els mitjans disponibles. Per tant, és evident que pràctiques tradicionals com la circumcisió no hi tenen cabuda. No obstant això, hi ha casos que mereixen una altra consideració perquè és recomanable per criteris mèdics i es dona una prescripció en aquest sentit.

■ 11.10. Mutilacions genitals femenines

El respecte a la diversitat cultural o a la dignitat de la persona no pot emparar pràctiques contràries a la integritat personal i als drets humans, perquè seria una contradicció flagrant.

El reconeixement del valor singular de cada ésser humà i la seva llibertat s'inscriu dins del marc general de la protecció de la integritat física i moral de totes les persones, de manera que la llibertat religiosa i les pràctiques associades a conviccions específiques han de respondre d'aquesta protecció de la integritat física i moral d'un mateix i de les persones que l'envolten. És un principi ètic i un mandat constitucional, que es concreta en diverses lleis de l'ordenament jurídic català i espanyol. Aquestes normatives responen al compromís ètic que les institucions i els individus han d'assumir en relació amb els drets sexuals i reproductius de les persones, responsabilitat especialment exigible als responsables familiars (pares o altres) i als professionals de la salut.

També l'article 24.3 de la Convenció del 20 de novembre de 1989 sobre Drets del nen, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides, estableix que: «Els estats membres adoptaran totes les mesures eficaces i apropiades possibles per abolir les pràctiques tradicionals que siguin perjudicials per a la salut dels nens».

La mutilació genital femenina, en qualsevol dels seus tipus, és un delictes de lesions, tipificat i sancionat en el nostre ordenament jurídic (articles 147, 148, 149 i 150 del Codi penal i Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, publicada en el BOE núm. 234 de dimarts 30 de setembre de 2003). La intervenció judicial hauria de ser, en tot cas, l'últim recurs davant la conducta que es vol evitar.

Durant els darrers anys, les institucions catalanes han esmerçat esforços per controlar aquestes situacions. El Parlament de Catalunya, en sessió del 20 de juny de 2001, va aprovar la Resolució 832/VI, sobre l'adopció de mesures contra la pràctica de mutilacions rituals genitals femenines, i va instar el Govern de la Generalitat a crear una comissió interdisciplinària d'experts, per tal de dissenyar un

11. ALGUNES SITUACIONES CONCRETES

pla d'acció contra la pràctica de mutilacions rituals femenines a Catalunya. Així doncs, l'any 2002 es va publicar el *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*, elaborat per la comissió interdisciplinària, amb la participació de diversos experts tècnics dels departaments de Sanitat, Interior, Justícia, Benestar Social, Ensenyament i el de la Presidència, per mitjà de l'Institut Català de la Dona i de la Secretaria per a la Immigració. Aquest protocol recull també el treball realitzat per la Subcomissió sobre Mutilació Genital Femenina de la Comissió de Violència Domèstica de Girona.

El 2004, l'Associació Catalana de Llevadores va elaborar i editar el manual *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*, en el marc del Projecte IDIL (Instruments to develop the integrity of lasses [2001/2003]) del programa europeu DAPHNE. Aquesta guia ha estat reeditada i traduïda al català l'any 2006 per l'Institut Català de la Salut.

Aquests diversos materials contribueixen a millorar els coneixements sobre les mutilacions genitals femenines des de diferents perspectives, enriquint la seva comprensió, plantejant propostes d'intervenció i estratègies per a la prevenció d'aquesta pràctica i promovent la informació, la formació i el respecte als drets humans com a base d'aquesta prevenció³.

En el nostre context convé destacar algunes de les observacions i recomanacions que es troben en aquests documents:

- És una pràctica que no s'ha de vincular amb una pràctica religiosa, sinó cultural.
- La mutilació genital femenina és una tradició cultural, però aquesta qüestió no ens ha d'impedir mantenir que aquesta pràctica viola drets universalment reconeguts.
- Només els esforços per millorar l'estat social i econòmic de les dones i l'educació en les comunitats poden alterar aquesta pràctica.
- Cal centrar la intervenció en les famílies globalment, adreçada tant als homes com a les dones.
- S'ha de donar suport a les famílies, amb sensibilitat i sense sensacionalisme, per evitar reaccions negatives i de desconfiança.
- És molt important desenvolupar activitats informatives i formatives amb la participació i col·laboració de les comunitats afectades per aquestes pràctiques.
- És necessari sensibilitzar les autoritats competents.

³<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc10503.html>

- S'han d'establir col·laboracions (informació, formació i difusió) amb totes les institucions i persones que poden intervenir en el procés de detecció de les mutilacions genitals femenines.
- Cal promoure la mediació en les famílies on hi ha risc de mutilacions genitals, amb la participació d'expertes i membres de les comunitats afectades per aquestes pràctiques.
- S'ha de vetllar per donar suport psicològic a les víctimes de mutilació genital femenina i garantir –si ho desitgen– la reparació quirúrgica dels seus genitals en el sistema sanitari públic.

■ 11.11. Conviccions morals dels professionals de la salut

Cal definir i delimitar clarament els problemes que per raons de consciència o convicció moral poden presentar els professionals de la salut en les seves diferents categories professionals. Fins ara era habitual que aquests problemes es limitessin a l'àmbit del metge i a la seva objecció davant determinats procediments (com ara l'avortament) o a prescriure certs medicaments.

La incorporació de persones amb conviccions morals diferents a les existents pot estendre aquesta problemàtica a altres professionals sanitaris, cuidadors, auxiliars i personal d'infermeria.

La persona que va ser contractada per a algun servei concret, on les seves obligacions professionals eren clares i notòries, no pot al·legar qüestions morals o de consciència. La seva manera d'actuar més lògica seria no haver optat a la feina o deixar-la de manera voluntària si els motius morals són sobrevinguts.

És diferent el cas d'una persona que va ser contractada per una finalitat radicalment diferent, per la qual no era previsible realitzar determinat tipus de tasques, i que, amb posterioritat, per raons d'organització, ha d'ubicar-se en un altre lloc. En aquesta situació, la institució ha de ser més sensible a les objeccions morals del treballador o de la treballadora.

■ 11.12. Donants de material biològic per qüestions econòmiques

Algunes pràctiques mèdiques requereixen la donació de mostres biològiques, gàmetes o bé la participació en assaigs clínics amb compensació econòmica. Alguns dels col·lectius procedents de països amb un nivell econòmic molt més baix que el nostre poden ser persuadits a participar en aquestes experimentacions o fer donacions del seu material biològic amb una finalitat econòmica. Els centres i investigadors han de ser honestos i no dirigir campanyes de reclutament orientades específicament a aquests col·lectius que sovint són més vulnerables.



11. ALGUNES SITUACIONS CONCRETES

El respecte de la llei entra de ple en el comportament ètic de tots els qui s'hi veuen implicats, subjectes de la investigació o donants de les mostres biològiques i professionals sanitaris i investigadors. No obstant això, tot i que no hi hagi cap comportament contrari a aquesta llei, algunes actuacions poden ser èticament reprovable. L'informe Belmont, un dels textos bàsics de la bioètica, ens ho recorda quan diu que el consentiment informat de les persones que participen en investigacions (també aplicable en el cas de la donació de mostres biològiques) ha d'obtenir-se sense que s'exerceixi una influència indeguda, en la qual cosa pot succeir quan es dona una recompensa excessiva, injustificada, inadequada o incorrecta. També assenyalava que recompenses adequades en situacions normals poden convertir-se en indegudes quan s'ofereixen a persones especialment vulnerables.

■ 11.13. Accés als serveis d'atenció a la salut reproductiva

Alguns indicadors de salut des de la perspectiva de gènere, com ara la interrupció voluntària de l'embaràs, la violència envers les dones i les infeccions de transmissió sexual, entre d'altres, tenen índexs més elevats en el col·lectiu de dones immigrades, especialment en els primers anys del seu trajecte migratori.

Aquest fet posa de manifest la vulnerabilitat d'aquest col·lectiu quant a la salut afectivosexual i reproductiva i evidencia la dificultat per accedir als recursos preventius de la xarxa sanitària, sobretot la d'atenció primària. Per aquest motiu, és recomanable la posada en marxa de programes de sensibilització i captació d'aquesta població, dirigits a facilitar l'ús d'aquests serveis i el seu coneixement.

■ 11.14. Medicalització com a resposta a problemes socials

El sistema sanitari és sovint la instància institucional que té més reconeixement i capacitat de resposta. En realitat, el primer document que tenen les persones immigrants és la targeta sanitària i, per a moltes d'elles, la primera persona que els acull és un professional sanitari. Això fa que no sigui rar rebre demandes de solució mèdica per problemes que pertanyen a d'altres àmbits.

És evident que una concepció àmplia, holística, de la salut ha de fer que els professionals tinguin en compte un conjunt d'aspectes que incideixen en la salut de les persones –l'habitatge, l'alimentació, la solitud, l'educació, etc.–, però s'ha de descarregar el sistema sanitari de les demandes que tenen el seu origen en problemes de naturalesa social o cultural i, sense oblidar un abordatge integral, dirigir-les cap al dispositiu que els pot donar la resposta adient.

Així mateix, tampoc sembla gaire convenient fomentar un proteccionisme excessiu mitjançant programes específics que contribuïrien a medicalitzar els pro-

bles de la vida quotidiana i els hàbits de les persones, ja que a més de disminuir l'autonomia de les persones, afavoreixen la manca de responsabilitat dels individus i les famílies.

■ 11.15. Hàbits dietètics

Els hàbits dietètics depenen sovint de preceptes religiosos i de cultures o conviccions arrelades. El document *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* (2005), dels departaments de Presidència i de Salut, explica la diversitat de pràctiques existents en les comunitats religioses que es troben a Catalunya, així com la seva vinculació a alguns cicles temporals i a algunes festes.

Els centres sanitaris difícilment poden assumir la totalitat d'aquesta diversitat, però, amb petits canvis, es pot obrir un ventall d'opcions per satisfer les necessitats més fonamentals de grups nombrosos de creients. Evitar la carn de porc, facilitar dietes vegetarianes o respectar els dejunis quan no estiguin clínicament contraindicats ha de ser possible dins d'un marge raonable.

■ 11.16. Estudi genètic en grups ètnics i el perill de discriminació

Els coneixements actuals de genètica mostren la conveniència de dur a terme estudis de població o de determinats grups de persones per tal de disposar de dades analítiques específiques. En aquests procediments, cal tenir especial cura amb la confidencialitat de les dades, amb el consell genètic i amb un tracte just i no discriminatori. El document de la Comissió Europea «25 recomanacions sobre les repercussions ètiques, jurídiques i socials dels tests genètics» estableix en el punt 12:

«En relació amb els tests genètics pot haver una diferenciació de les poblacions dels pacients, segons els grups ètnics. Algunes variants genètiques són corrents en certes poblacions o grups, tant dins com fora de la UE. Aquests grups mereixen una atenció especial en el desenvolupament de les proves i en les condicions establertes per l'ús d'aquestes, amb la finalitat de garantir un accés just i d'evitar l'estigmatització i els estereotips. Concretament, els tests genètics no són adequats per determinar la pertinença ètnica i mai s'han d'utilitzar amb aquest objectiu.»

Tot seguit, la recomanació 12 indica:

- a. Els tests genètics s'han d'avaluar clínicament en les poblacions en què s'hagin d'usar.
- b. Aquells que intervinguin en la recerca genètica, la realització de tests genètics i l'elaboració de polítiques sanitàries han de ser conscients dels riscos

d'estereotips i d'estigmatització basats en la pertinença ètnica i reconèixer i respectar les sensibilitats ètniques i culturals.

- c. Els grups ètnics minoritaris no s'han de veure exclosos dels tests genètics adequats per a ells.»

■ 11.17. Respecte a les creences religioses

La convivència en societats plurals com la catalana ha de comportar el compromís de la defensa d'una ètica civil compartida tant per creients de les distintes confessions religioses com pels no creients. A partir dels valors, drets i deures de l'ètica cívica s'han de poder expressar lliurement les possibilitats d'una moral confessional, amb el projecte de vida virtuosa i de felicitat que això comporta.

El respecte a la llibertat de religió i de culte, i el dret a l'exercici social de la religió han de ser compatibles amb l'exercici dels drets i els deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària.

Els conflictes produïts per situacions derivades de l'adscripció dels usuaris a les distintes confessions religioses poden ser resolts, en la majoria dels casos, si es tenen presents alguns elements bàsics esmentats en la *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* de la Generalitat de Catalunya (2005), de la qual destaquem algunes recomanacions:

- Procurar respectar i satisfer en la mesura del possible les peticions que formulin els pacients per raó de les seves creences, sempre que s'ajustin a la legalitat i no comportin molèsties importants per a la resta de les persones malaltes o despeses públiques extraordinàries.
- No hauran de finançar-se els costos originats per pràctiques mèdiques no considerades d'interès per raons de salut i tan sols requerides per la particularitat de certes creences.
- Els hospitals han de garantir que els pacients, si ho sol·liciten, puguin rebre assistència religiosa. Quant als no-creients, no han de ser molestats per la particularitat de les seves creences ni tampoc oferir-los els serveis d'atenció designats per als creients.
- Els professionals dels centres sanitaris haurien de rebre formació específica pel que fa als drets en matèria de llibertat de pensament, religió i consciència.
- Caldria procurar que els centres disposessin d'un espai neutre adequat a les necessitats de culte de les diverses confessions.

■ 11.18. Tractament dels processos de naixement i de mort

Els processos de naixement i de mort delimiten la vida de la persona; tots dos són episodis envoltats de costums i ritus amb un marcat component cultural, i per això cal considerar-ne alguns aspectes.

En el procés de naixement els professionals implicats han de ser especialment sensibles a les diferències culturals, per tal de poder plantejar estratègies que afavoreixin la comunicació.

També s'ha d'estar atent a la percepció que té la dona i la seva parella sobre aquest esdeveniment en la seva vida, les seves expectatives, idees, temors, experiències anteriors, necessitats de suport, preferències, com es plantegen viure el naixement del seu fill i la seva visió cultural. En el Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó del Departament de Salut (2003), el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005), la *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* de la Generalitat de Catalunya (2005) i el document sobre les voluntats anticipades, trobem diverses orientacions per abordar aquest episodi i alguns rituals a considerar.

El procés de mort i els seus rituals d'acompanyament constitueixen moments culminants de l'existència d'una persona i de les seves relacions amb altres persones. D'una banda, és fonamental donar tota l'atenció mèdica i humana possible en la fase final de la vida i, quan les mesures terapèutiques fallen, procurar alleujar el dolor tant com es pugui. D'altra banda, quan la mort és imminent o s'ha produït, cal tenir cura especial per comprendre i respectar els costums i ritus al voltant de la mort que caracteritzen les diferents comunitats de creients, així com dels no creients.

Novament, cal esmentar la *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari* de la Generalitat de Catalunya (2005), on s'expliciten els diversos rituals i formes de tractar el cos mort, i que hauria de servir de guia per organitzar espais i serveis.⁴

A més de les situacions habituals, es presenten casos excepcionals de malalts terminals que voldrien ser traslladats a altres països o regions espanyoles per morir amb els seus. Cal que les administracions siguin sensibles a les circumstàncies esmentades i procurin donar suport a aquestes persones.

⁴<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/index.html>

<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc10503.html>

■ 12. INICIATIVES DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA

A banda de les iniciatives que li son pròpies, l'Administració sanitària ha engegat algunes accions per fomentar l'atenció respectuosa amb la diversitat cultural que manifesta la ciutadania; d'entre elles es poden destacar les següents:

■ 12.1. Carta de drets i deures dels ciutadans

És el document programàtic aprovat pel Govern i que reconeix, entre d'altres:

I. El fet de gaudir, sense discriminació, dels drets reconeguts en aquesta carta. El gaudi dels drets i les llibertats reconeguts en aquesta carta s'ha de garantir sense discriminació per motius de sexe, raça, color de pell, llengua, religió, opinions polítiques o d'altre tipus, origen nacional o social, pertinença a una minoria nacional, propietat, naixement, patrimoni genètic, malaltia que es pugui patir o qualsevol altra condició.

II. El dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte. La persona té dret que es respectin els seus valors morals i culturals, així com les seves conviccions religioses i filosòfiques. La pràctica que se'n derivi ha de ser compatible, en particular, amb la pràctica mèdica, així com respectuosa amb les normes del centre. En situació d'hospitalització, s'ha de respectar el dret a refusar o a rebre ajuda espiritual sense distinció de creença.

III. El dret al consentiment informat i la seva interpretació més àmplia. Des del refús del tractament fins a les voluntats anticipades, aquest dret està àmpliament emparat pel nostre ordenament jurídic i és una de les principals contribucions de la bioètica. És, sens dubte, un element fonamental en el respecte a les diverses maneres de concebre la salut i l'atenció sanitària, amb l'objectiu de superar el paternalisme mèdic i la submissió a l'autoritat mèdica. Cal recordar que sol·licitar el consentiment representa donar la possibilitat de rebutjar una actuació sanitària, encara que aquesta impliqui una millora en l'estat de salut i fins i tot garanteixi la vida.

■ 12.2. Guia per respecte a la pluralitat religiosa

La *Guia pel respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari*, que el Departament de la Presidència i el Departament de Salut van editar el desembre de 2005, parteix de la realitat que la societat catalana es caracteritza per la secularització i, alhora, per una pluralitat religiosa creixent. Això fa que els pacients que són atesos pel sistema sanitari tinguin una gran diversitat de creences, a causa, en part, de la immigració.

La guia té tres propòsits. En primer lloc, facilitar informació a tot el personal sanitari sobre possibles peticions de caire religiós de les persones ingressades en un centre hospitalari. En segon lloc, fer-se ressò de la importància que té, tant per als membres de les diverses confessions religioses com per a les persones que no en professen cap, el fet de sentir que es respecten les seves conviccions, de manera especial en una situació de malaltia. I, en tercer lloc, oferir una sèrie de propostes d'actuació.

La guia s'estructura en tres parts. La primera és un resum de la normativa vigent. La segona consisteix en una sèrie de fitxes que, de forma sintètica, presenten les característiques i les peticions principals de cada confessió religiosa que es poden posar de manifest en la vida d'un hospital. La part final vol oferir pistes d'actuació a partir de la constatació de les bones pràctiques ja existents.

■ 12.3. Pla Director d'Immigració del Departament de Salut

És un instrument del Departament de Salut específic de planificació per fixar les directrius de l'atenció a la salut de la població immigrant estrangera resident a Catalunya, en el context global de les actuacions de la Generalitat. Inclou la participació de les associacions i entitats d'immigrants, té en compte els objectius i intervencions del Pla de salut de Catalunya i defineix les estratègies de salut adreçades específicament a aquest col·lectiu.

Els principis i valors que sustenten el Pla director d'immigració es resumeixen de la manera següent:

- El ciutadà és el centre d'atenció.
- L'atenció prestada ha de ser integral, universal, coordinada, multidisciplinària, accessible i basada en accions eficients i sostenibles.
- L'atenció ha de ser prestada per professionals competents.

■ 12.4. Accions de formació i informació

Des d'un punt de vista institucional, l'Administració sanitària ha de procurar:

- Impulsar estratègies per sensibilitzar els professionals i les institucions sanitàries sobre els principis referents a la salut i l'atenció sanitària establerts en la Carta de drets i deures dels ciutadans, en altres declaracions programàtiques (inclòs aquest document) i en la Llei d'autonomia del pacient 21/2000, de manera especial en aquells articles relacionats amb la igualtat i la no-discriminació. Per això, s'han de potenciar totes aquelles accions d'informació i formació que facilitin, d'acord a la finalitat d'aquestes lleis, una atenció respectuosa més enllà del simple formulisme burocràtic.
- Les accions formatives i informatives periòdiques i reiterades han de ser una prioritat per part de l'Administració sanitària amb el concurs de les entitats proveïdores de serveis.
- Quant a l'atenció de ciutadans amb llengua i codis culturals diferents que poden ser, per a d'altres, causa d'incomprensió, errors o desconfiança, convé fomentar la figura del comunicador intercultural i afavorir la seva presència en els dispositius assistencials.
- Pel que fa als col·lectius més vulnerables, cal vetllar perquè els seus individus no siguin subjectes passius de la investigació biomèdica.

■ 12.5. Accions avaluatives

Adquirir un bon coneixement de la realitat i de les relacions entre pacients i professionals implica dur a terme un *pla d'avaluació* de comportaments i pràctiques que faci visible el grau en què es respecten els drets en relació amb la salut. En molts casos només cal incorporar aquestes avaluacions a procediments ja existents, com ara l'avaluació de queixes i suggeriments per part del Servei Català de la Salut, la valoració en els processos d'acreditació o la inspecció sanitària.

Atesa la diversitat de la problemàtica i de les característiques dels centres, en moltes ocasions serà necessària la creació de procediments avaluatius *ad hoc*.

■ 13. RECOMANACIONS FINALS

1. Els dispositius assistencials han d'incloure entre els seus criteris de qualitat assolir un grau de competència cultural que assegurï una atenció mèdica justa i de qualitat a tots els usuaris, independentment de la seva pertinença ètnica, religiosa o cultural.
2. Una atenció sanitària de qualitat i justa comença per un bon acolliment, que dóna la informació adient i orienta l'usuari. Atès que moltes vegades l'idioma pot ser un gran obstacle, cal una bona programació i distribució dels comunicadors interculturals, a fi de poder abastar les necessitats existents.
3. Les institucions han de facilitar que els professionals sanitaris puguin conèixer el més aviat possible els motius de consulta dels usuaris que pertanyen a grups culturals diferents (la urgència depèn de la gravetat potencial del problema de salut). La funció d'interpret dels comunicadors interculturals és especialment destacable ja des de l'inici de la trobada.
4. La realitat pluricultural de la societat s'hauria de reflectir en la incorporació de nous professionals en tots els estaments dels dispositius assistencials.
5. La figura del comunicador intercultural ha de ser reconeguda en els seus límits justos i no se li poden demanar responsabilitats que no li pertocuen. La seva definició laboral i la inclusió sistemàtica en els equips sanitaris que la necessiten són accions que l'Administració ha de dur a terme de manera urgent.
6. El personal sanitari ha de rebre formació continuada en l'atenció a les persones de diferents cultures. En cada centre s'han de realitzar cursos perquè els professionals coneguin les característiques culturals dels diversos grups ètnics de la zona i, així, esdevinguin especialistes culturalment competents.
7. Cal establir vincles entre l'Administració sanitària (CAP, hospitals, oficines de farmàcia, òrgans de gestió) i els diversos grups ètnics i culturals de l'àrea sanitària, a fi de conèixer de forma precisa les necessitats de salut d'aquests col·lectius. Els diferents serveis haurien de poder disposar de professionals experts en el tipus d'atenció que es necessita.
8. És important fomentar la deliberació ètica en les diferents instàncies de què ja està dotat el sistema sanitari (comitès d'ètica assistencial), per tal d'afrontar les noves i diverses situacions que plantegen l'atenció a persones amb valors i concepcions culturals diversos respecte de la salut i de la vida pròpia.



13. RECOMANACIONS FINALS

9. S'ha de promoure la salut comunitària en activitats d'educació sobre col·lectius específics.
10. Els òrgans gestors dels centres han de ser sensibles a les noves situacions i fer programacions realistes perquè els professionals puguin desenvolupar bé la seva feina. L'assignació adequada del temps i la incorporació als equips dels diferents professionals multidisciplinaris i multiculturals són factors imprescindibles per al manteniment d'una atenció de qualitat.
11. La programació de les activitats del centre s'adaptarà a la realitat del seu entorn comunitari, així com a la gestió dels principals desacords i conflictes que es puguin produir i ser previsibles.
12. Cal introduir en els mecanismes d'avaluació els instruments necessaris per detectar els problemes que es presenten en el dia a dia de l'atenció sanitària a les persones de cultures diferents.
13. S'han de promoure línies d'investigació culturalment sensibles que permetin conèixer amb precisió la realitat d'aquests col·lectius.
14. Les institucions i els professionals han de vetllar perquè els protocols d'investigació siguin rigorosos i es respectin les formes d'inclusió de persones pertanyents a minories vulnerables i perquè els criteris d'inclusió/exclusió no siguin discriminatoris.
15. S'ha de donar un tracte afectuós, digne i sensible amb les diferents expressions dels pacients, pròpies de la seva cultura, i especialment respectar les diferents vivències del fet d'emmalaltir o en el moments del naixement i de la mort.

■ 14. GLOSSARI

Aculturació: transformació cultural que es produeix per la recepció i assimilació dels elements d'un grup humà per part d'un altre.

Competència cultural: capacitat de comunicar-se amb persones de diferents cultures més enllà de la cultura d'origen. En el cas del sistema i del personal sanitari, l'objectiu és millorar els resultats de salut i una major satisfacció d'usuaris i professionals. La competència cultural permet al professional sanitari arribar a ser respectuós i sensible amb diversos valors, creences, estils de vida, pràctiques i estratègies per resoldre els problemes existents entre la cultura del pacient i la pròpia. Implica recerca i reflexió continuades sobre la història cultural del professional.

Comunicador intercultural: especialista que ha assolit coneixements i habilitats de competència cultural i facilita les relacions entre persones de diferents cultures en el context sanitari.

Consciència cultural: reconeixement que la cultura té un paper important en cada interacció, afecta cada participant, i és responsabilitat del professional assumir aquest paper quan sigui exigible.

Cultura: conjunt d'aspectes distintius espirituals i materials, intel·lectuals i afectius que caracteritzen una societat o un grup social i que comprèn les formes de vida de les persones, les maneres de viure junts, els sistemes de valors, les tradicions i les creences (Conferència Mundial sobre les Polítiques Culturals. Mèxic, 1982; Conferència Intergovernamental sobre Polítiques Culturals per al Desenvolupament. Estocolm, 1998).

Cultures comunitaristes/cultures individualistes: en una cultura comunitarista les finalitats del grup es valoren per sobre de les finalitats dels individus. Es dona gran valor al manteniment de les bones relacions entre els membres del grup a llarg termini, amb el manteniment de jerarquies i estatus. En una cultura individualista trobem el contrari: els objectius individuals passen davant dels objectius de grup, i la llibertat de cada persona i els drets individuals configuren l'estructura normativa que defineix les formes de vida.

Cultura d'alt context: és aquella en què el significat es troba més en la situació en la qual ocorre la comunicació, o en les relacions que hi ha entre els comuni-

cadors, que no pas en les paraules pronunciades. Les cultures d'alt context són extremadament gentils i indirectes.

Cultura de baix context: és aquella en què els missatges són directes, explícits i el seu significat no depèn del context. La preocupació per la claredat té més importància que la d'establir quins són els sentiments de l'altra persona. En una cultura de baix context les converses van directament als assumptes a tractar, deixant de banda les qüestions emotives o de sensibilitat.

Discriminació: és l'acte de tractar les persones de manera injusta per la seva ètnia, grup racial, religió, edat i molts altres factors personals i socioculturals.

Discriminació percebuda: percepció subjectiva de ser discriminat per raó ètnica, racial, religiosa o d'altre ordre personal i sociocultural.

Estrès aculturatiu: esforç que s'ha de realitzar per adaptar-se a unes noves condicions culturals.

Grup cultural: conjunt de persones que comparteixen algunes normes culturals que les identifiquen.

Etnocentrisme: manera de pensar de moltes persones que consideren que les altres cultures són inferiors a la pròpia. Hi ha diferents graus i, de vegades, és inconscient en els individus que viuen i consideren els valors de la seva cultura com a universals absoluts, malgrat que la realitat desmenteixi tal supòsit. En un grau extrem porta a la xenofòbia, que és el refús, de vegades fins i tot violent, de tot el que és aliè, estranger o diferent.

Etnorelativisme o relativisme cultural: considera que tota cultura es justifica pel seu context.

Imposició cultural: imposició de les creences, valors, pràctiques i patrons de conducta propis sobre altres persones. En el món sanitari, sobre el pacient.

Immigrant: persona que arriba a un país on no ha nascut per fixar-hi la seva residència. La intenció de fixar la residència pot ser tant temporal com permanent i no implica disposar d'un permís de residència. No només qui ve d'un país pobre és un immigrant.

Mutilació genital femenina: nom genèric emprat per designar pràctiques que impliquen l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins o altres agressions als òrgans genitals de les dones, amb finalitats no terapèutiques, per raons culturals, religioses o altres.

Racisme: conjunt de creences, ideologies i processos socials que discriminen persones per la seva pertinença suposada a un grup racial.

Tolerància: disposició a admetre en els altres una manera de pensar, d'obrar o de ser diferent de la nostra. Respecte envers les opinions i formes de conducta que poden semblar estranyes.

Xenofòbia: odi als estrangers; rancúnia o menysteniment de les persones foranes.



Universalisme ètic: diferents corrents ètics consideren que hi ha principis ètics universals basats en la racionalitat característica de tota la humanitat. Aquests principis transcendeixen els particularismes culturals.

Vulnerabilitat: situació d'una persona o d'un grup caracteritzada per un risc important de patir danys en la seva subsistència o en la seva vida (biològica, psicològica o moral).



■ 15. BIBLIOGRAFIA

- Achotegui Loizate J. La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayor, 2002.
- Agyeman J. Steps to becoming culturally competent communicators. *Human Nature* 2001; 6(2): 1-2.
- Associació Catalana de Llevadores. Mutilación genital femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona: 2004.
- Bauman Z. Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros. Barcelona: Arcadia, 2006.
- Benhabib S. Los derechos de los otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos. Barcelona: Gedisa, 2005.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Frempong O. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003; 118: 293-302.
- Bilbeny N. Ética intercultural. Barcelona: Ariel, 2004.
- Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Crítica, 2001.
- Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.
- Celérier MC, Oresve C, Janiaud-Gouitaa F. El encuentro con el enfermo. Psicoanálisis. Madrid: Ed. Síntesis, 1999.
- Collazos F, Qureshi A. La relación entre el médico y paciente culturalmente diferentes. Servicio de Psiquiatría. H.U. Vall d'Hebron. Organon Española, 2005.
- Comité de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2003.
- Conferència Intergovernamental sobre Polítiques Culturals pel Desenvolupament. Estocolm: 1998.
- Conferència Mundial sobre les Polítiques Culturals. Mèxic, 1982.
- Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Salut i immigració. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/index.html>]
- Diversitat i ciutadania: bibliografia bàsica. Barcelona: Àrea d'Igualtat i Ciutadania, Diputació de Barcelona, 2005.

- Dunn AN. Culture competence and the primare care provider. *J Pediatr Health Care* 2002; 16: 105-111.
- Gómez Ciriano EJ, Fuchs N. Inmigrante y ciudadano. *Hacia una nueva cultura de la acogida*. PPC, 2005.
- Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari. Departament de Salut i Departament de la Presidència Generalitat de Catalunya, 2005. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/guiaplurireli.pdf>]
- Hastings Center Report. *Las metas de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1996. [<http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/coleccion.asp?id=2>]
- Rodrigo Miquel. *Identitats i comunicació intercultural*. Barcelona: Edicions 3i4, 2000.
- Ros A (Ed.). *Interculturalitat. Bases antropològiques, socials i Polítiques*. Barcelona: Pòrtic, 2003.
- Terrabras JM. *La comunicació. Tòpics i mites de la filosofia social*. Barcelona: Proa, 1996.
- UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. 2005. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/guiaplurireli.pdf>]
- UNESCO. *Convenio sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales*. 2005. (Ha entrat en vigor el 18 de març de 2007). [<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919s.pdf>]
- Zapata Barrero R, Giménez A, Requejo F et al. Ciudadanía e interculturalidad. *Anthropos* 2001; 191.

Aquest informe va ésser aprovat a la 60ena reunió plenària del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya que va tenir lloc el dia 19 de juny de 2007.

Son membres del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya:

Sra. Victoria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi i Trias, vicepresident primer; Sr. Rogeli Armengol i Millans, vicepresident segon; Sr. Rafael Manzanera López, coordinador; Sr. Ernest Maragall i Mira, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sr. José Luís Ausin i Herbella, Sr. Marius Morlans i Molina, Sr. Joan Maria Pons i Ràfols, Sra. María Luisa de la Puente Martorell, Sr. Lluís Torralba i Novella, Sra. Montserrat Artigas i Lage, Sr. Tomàs Pujol i Castells, Sra. Rosa Securún Fuster, Sr. Xavier Muñoz i Puiggròs, Sra. Marta Aymerich i Martínez, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sra. Maria Comellas i Doñate, Sr. Eduardo Mendoza Garriga, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Maria Teresa Bassons i Boncompte, Sr. Joan Viñas i Salas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sr. Albert Jovell Fernández, Sra. Milagros Pérez Oliva, Sr. Octavi Quintana i Trias, Sr. Jordi Varela i Pedregosa, Sr. Joan Vidal Bota, Sr. Javier Hernández Garcia, Sr. Francesc Jose Maria Sánchez, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné Cladellas, Sra. Virtudes Pacheco Galvan, Sra. M. Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Pala, Sra. Ana Veiga i Lluch, vocals; i Sr. Josep M. Busquets i Font, secretari.