

# Migranci w Hiszpanii i Portugalii – charakterystyka i sytuacja zdrowotna

## Migrants in Spain and Portugal – characteristics and health status

ELŻBIETA ZALEWSKA <sup>1/</sup>, DOROTA CIANCIARA <sup>1,2/</sup>, KATARZYNA DUDZIK <sup>1/</sup>, ANNA LEWCZUK-WESOŁOWSKA <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>2/</sup> Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Celem pracy jest omówienie głównych problemów imigrantów na Półwyspie Iberyjskim. Statystyki z 2009 r. wskazywały, że w Hiszpanii żyło sześć milionów cudzoziemców, zaś w Portugalii 446 tys. (dane z 2008 r.), z czego duża część to migranci nieudokumentowani. Przedstawiono tło historyczne migracji w obu tych krajach, a także: profil imigranta, liczbę imigrantów, ich sytuację społeczno-demograficzną, główne potrzeby zdrowotne oraz dostęp do opieki zdrowotnej w tych krajach. Zwrócono uwagę na niektóre rozwiązania problemów zdrowotnych funkcjonujące w Hiszpanii i Portugalii. Omówione zostały także przykładowe działania i projekty dotyczące poprawy stanu zdrowia migrantów w tych krajach: placówki zdrowia przyjazne migrantom w Hiszpanii, programy edukacyjne, zdrowotne i kulturalne kierowane do poszczególnych grup migrantów w Hiszpanii, opieka zdrowotna nad dziećmi migrantów na Wyspach Kanaryjskich, profilaktyka i leczenie HIV/AIDS u cudzoziemców w Portugalii. W artykule podniesiono konieczność włączenia problematyki zdrowia migrantów do polityki migracyjnej w Polsce.

**Słowa kluczowe:** *migranci, zdrowie imigrantów, opieka zdrowotna, Hiszpania, Portugalia*

The aim of this study is to discuss the main problems of immigrants in the Iberian Peninsula. The 2009 statistics indicated that in Spain there were six million foreigners, while in Portugal, 446 thousand (2008 data), with a large part of undocumented migrants. Historical background in both countries, a profile of an immigrant, the number of immigrants, their socio-demographic status, major health needs and access to health care were presented. Attention was drawn to certain solutions of health problems introduced in Spain and Portugal. Some examples of activities and projects were presented to improve the health status of migrants in these countries such as: migrant-friendly health facilities in Spain, educational programs, health and cultural activities targeted for specific groups of migrants in Spain, health care for children of migrants in the Canary Islands, prevention and treatment of HIV/AIDS among foreigners in Portugal. The article raised the need to include health of migrants in migration policy in Poland.

**Key words:** *immigrants, immigrants' health, health care, Spain, Portugal*

© Hygeia Public Health 2013, 48(1): 102-107

www.h-ph.pl

Nadesłano: 01.01.2013

Zakwalifikowano do druku: 23.02.2013

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Lek. stom. Elżbieta Zalewska

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel. (+48-22) 56 01 150, e-mail: elzbieta.krzos@gmail.com

## Wstęp

Współczesną migrację charakteryzuje masowość i globalizacja. Dane Międzynarodowej Organizacji na rzecz Migracji (IOM) potwierdzają tę tezę. Według danych IOM z 2010 r. liczba migrantów na świecie wynosiła ok. 214 mln, czyli 3,1% światowej populacji. Ocenia się, że od 20 do 30 mln, to migranci nielegalni; 26 mln, to przesiedleńcy wewnątrzni żyjący w 52 państwach, a ok. 16 mln stanowią uchodźcy. Aż 75% wszystkich migrantów zamieszkiwało 12% państw [1]. W Europie procesy migracyjne były obserwowane od wieków, ale począwszy od lat 90. XX w. nasiliła się dyskusja na temat polityki migracyjnej. Miało to związek z przystąpieniem nowych państw do struktur

Unii Europejskiej oraz ze starzeniem się społeczeństwa w Europie zachodniej. Według danych IOM z 2010 r. Europa liczyła 72,1 mln migrantów, co stanowiło 8,7% jej ludności [2].

W obliczu rosnącego znaczenia migracji w współczesnym świecie Europa stoi przed głównymi problemami takimi, jak: nielegalna migracja (*irregular migration*), „drenaż mózgow” (*brain drain*), w wyniku którego duża część wykwalifikowanych pracowników emigruje głównie do Stanów Zjednoczonych (przede wszystkim z Europy, ale też z innych kontynentów) oraz asymilacja migrantów. Ostatni problem, to wewnętrzna sprawa każdego z krajów Europy, z którym państwa będą zmagać się w zależności od zasobności

swojego budżetu, zróżnicowania etnicznego, kultury politycznej, tradycji, wartości oraz od potrzeb ekonomicznych [3].

W artykule omówiono migrację do Hiszpanii i Portugalii i sposób radzenia sobie tych państw z napływem cudzoziemców, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji zdrowotnej. Właściwa opieka zdrowotna nad imigrantami jest bowiem jednym z najważniejszych czynników, który ma wpływ na ich asymilację i zapobiega wykluczeniu społecznemu. Poza tym w Hiszpanii na początku XXI w. doszło do jednego z największych wzrostów poziomu imigracji w Europie, z poziomu 2,9% w 2001 r. aż do 13,1% ogółu ludności w 2008 r. [4]. Hiszpania i Portugalia stanowią ponadto ciekawe przypadki ze względu na swoją kolonialną przeszłość. Kraje te musiały uporać się z napływem imigrantów z byłych podległych terytoriów, dlatego problem migracji nie mógł zostać zbagatelizowany przez rządzących w tych krajach. Poza tym w ostatnich latach obserwuje się także inną ciekawą tendencję związaną nie tylko z migracją zarobkową ludzi w wieku produkcyjnym, ale także z migracją emerytów z zachodniej Europy. Hiszpania i Portugalia, ze względu na swój sprzyjający klimat, stanowią popularny kierunek i cel osiedlenia się osób starszych, szczególnie z północy Europy.

### Historia imigracji

**Hiszpania.** Do momentu upadku dyktatury Francisco Franco w 1975 r., Hiszpania była krajem emigracji zarobkowej, w następnych latach sytuacja ta odwróciła się. Hiszpania stała się krajem atrakcyjnym dla imigrantów. Przyczyną tego stanu rzeczy było wprowadzanie korzystnych zapisów prawnych oraz akcje, prowadzone przez rząd od 1985 r., mające na celu unormowanie sytuacji nielegalnych imigrantów. Duże znaczenie miał także rozwój gospodarczy tego kraju po wstąpieniu do Unii Europejskiej, a szczególnie dobra koniunktura w branży budowlanej i rolniczej. Dla migrantów z Ameryki Łacińskiej ważne okazały się podobieństwa kulturowe i językowe, a dla Afrykanów i Europejczyków bliskość granicy własnego kraju [5]. Boom migracyjny w Hiszpanii przypadał na połowę lat dziewięćdziesiątych XX w.

**Portugalia.** Po przewrocie wojskowym obalającym Marcelo Caetano w 1974 r. Portugalia uznała niepodległość swoich kolonii. Poskutkowało to przybyciem repatriantów starających się o azyl, migrantów powrotnych z kolonii afrykańskich, głównie pochodzących z PALOP (portug. *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*, ang. *Portuguese Speaking African Countries*) i Brazylii. W migracjach tych duże znaczenie odgrywała wspólnota językowa. W następnych latach, po przystąpieniu Portugalii do UE, w czasie przyspieszonego rozwoju gospodarczego, otwarcia rynku

pracy i boomu budowlanego związanego z dużymi projektami infrastrukturalnymi, doszło do napływu cudzoziemców z Europy Wschodniej [6].

### Liczba imigrantów

**Hiszpania.** Dane z 2009 r. wskazywały, że w Hiszpanii żyło sześć milionów obcokrajowców, w tym około 540 tys. imigrantów nieudokumentowanych. W 2007 r. w Madrycie około 40% ogólnej liczby migrantów stanowiły osoby przebywające nielegalnie. Imigranci zamieszkali w Hiszpanii pochodzili głównie z Ameryki Łacińskiej, ale także Wschodniej Europy (Rumunii, Mołdawii) oraz Afryki (północnej i subsaharyjskiej) i Azji [4]. Migracja do Hiszpanii zmieniła się na przestrzeni lat z migracji z krajów bogatszych, w migrację z krajów biednych. Napływ ludności z krajów UE maleje od połowy lat dziewięćdziesiątych, zaś z pozostałych krajów Europy oraz Ameryki Łacińskiej rośnie (odpowiednio: z 5% do 15% ogólnej liczby imigrantów; z 15% do 40%). Migracja z Afryki to 17%, z Ameryki Północnej, Azji i Oceanii – mniej niż 5% przybyszy [7].

**Portugalia.** W Portugalii procentowy rozkład pochodzenia imigrantów przedstawia się nieco inaczej. W 2006 r. z Europy (Ukraina, Mołdawia, Wielka Brytania) przybyło 37% cudzoziemców, 35% pochodziło z Afryki (głównie Wyspy Zielonego Przylądka), 18% z Ameryki Łacińskiej (głównie Brazylia), 5,8% z Azji i Oceanii. Na początku XXI w. w Portugalii zaznaczył się kryzys ekonomiczny i gospodarczy, co zapewne wpłynęło na stabilizację, a nawet spadek liczby imigrantów z Europy, głównie wschodniej [8]. Reasumując, w 2008 r. liczba cudzoziemców wynosiła 446 tys. Współczesna imigracja w Portugalii charakteryzuje się stosunkowo wysoką liczbą nielegalnych migrantów. Trudno ustalić ich liczbę, ale według szacunków różnych instytucji jest to od 30 do 200 tys. osób, pochodzących głównie z Brazylii. W stosunku do innych krajów UE liczba imigrantów nieudokumentowanych jest wyższa [9].

### Charakterystyka imigrantów

**Hiszpania.** Imigranci różnią się od ludności rdzennej wiekiem, płcią, pochodzeniem, statusem społecznym, tworząc specyficzny profil migranta. W Hiszpanii migrant jest młodszy od statystycznego mieszkańca, ma około 33,7 lat (statystyczny Hiszpan ma 39,9 lat.) Dane z 2009 r. pokazywały, że do Hiszpanii migrowali głównie mężczyźni, słabiej wyedukowani i w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej niż rodowici Hiszpanie. Osiedlali się w dużych miastach takich jak Madryt, Walencja oraz takich regionach, jak Katalonia, Andaluzja. Migranci spoza UE zatrudniali się głównie w budownictwie, rolnictwie, usługach gastronomicznych oraz jako pomoce domowe; część kobiet (głównie z Dominikany) świadczyła usługi seksualne [4].

**Portugalia.** Największa grupa imigrantów mieściła się w grupie wieku 15-39 lat, byli to głównie mężczyźni (dane z 2006 r.). Osiedlili się głównie w Lizbonie, Algarve. Brazylijczycy zamieszkali na północy kraju, w okolicach Porto. Analizując dane dotyczące wieku i krajów pochodzenia imigrantów można zauważyć pewną prawidłowość – znaczny udział emerytów z Europy (7,2% to ludzie powyżej 65 roku życia). Emeryci, pochodzący zwłaszcza z Wielkiej Brytanii i Niemiec, osiedlili się głównie na południu kraju, korzystając z łagodnego, słonecznego klimatu. Miało to znaczący wpływ na pobudzenie lokalnej gospodarki. Podobne zjawisko można obserwować w Hiszpanii [8].

### Sytuacja zdrowotna imigrantów

Sytuacja zdrowotna migrantów na półwyspie Iberyjskim jest związana z ich ekspozycją na czynniki szkodliwe podczas pracy, ale również niską świadomością zagrożeń wynikających z wykonywanej pracy, nieznanymi przysługującymi im praw, ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych.

**Hiszpania.** W Hiszpanii cudzoziemcy zazwyczaj cieszą się lepszym zdrowiem niż rodowici mieszkańcy i może mieć to związek z młodym wiekiem statystycznego imigranta, mniejszym użyciem alkoholu i nikotyny. Rodowici Hiszpanie częściej cierpią na choroby przewlekłe. Główne problemy zdrowotne wśród imigrantów obejmują infekcje układu oddechowego, ostre bóle kręgosłupa, dolegliwości stomatologiczne (zwłaszcza u młodych), infekcje skórne (głównie związane z brakiem higieny), problemy ginekologiczne. Te ostatnie są związane w znacznej mierze z wyższą liczbą porodów wśród przyjezdnych kobiet [4].

Należy także wymienić choroby zakaźne zawlezione przez migrantów z ich krajów pochodzenia. Największym problemem jest choroba Chagasa powodowana przez *Trypanosoma cruzi*, a prowadząca do zaburzeń kardiologicznych. Badania z ostatnich lat pokazały, że migranci z tą chorobą pochodzili z Boliwii, stąd zalecenie prowadzenia badań przesiewowych w kierunku choroby Chagasa u latynoamerykańskich imigrantów, zwłaszcza z Boliwii. Oszacowano też, że przynajmniej 25% osób z HIV/AIDS uległo zakażeniu w kraju pochodzenia [10].

**Portugalia.** W Portugalii problemem okazało się leczenie AIDS (szczególnie migrantów z Afryki). Świadczyły o tym dane o wyższych wskaźnikach śmiertelności obcokrajowców z Afryki niż rodowitych mieszkańców, co było związane m.in. z czynnikami środowiskowo-społecznymi [11]. Jeżeli analizować zachorowalność na choroby niezakaźne i przewlekłe, wśród legalnych migrantów w Portugalii, należy powiedzieć, że nie ma jednoznacznych danych. Wśród nieudokumentowanych migrantów głównym problemem zdrowotnym były choroby psychiczne i depresja

spowodowane nieuregulowaną sytuacją, uzależnienie od alkoholu, powodujące trudne do leczenia choroby trzustki i wątroby, a także przewlekłe choroby serca i naczyń w tym nadciśnienie [12].

### Dostęp do opieki zdrowotnej

**Hiszpania.** W Hiszpanii w 2000 r. został podpisany przez rząd dokument Ley Organica 4/2000 określający prawa cudzoziemców i ustanawiający dostęp do opieki zdrowotnej na takich samych zasadach, jakie mają rdzenni mieszkańcy. Jednak imigranci w Hiszpanii zobligowani byli do zarejestrowania się u lokalnych władz. Tylko zarejestrowani mogli ubiegać się o indywidualną kartę zdrowotną (*Tarjeta Sanitaria Individual* – TSI). Taka karta pozwalała na korzystanie z opieki zdrowotnej na równych prawach z Hiszpanami. W przypadku nie posiadania TSI, opieka zdrowotna obejmuje tylko wybrane grupy: kobiety w ciąży, w czasie połogu, dzieci do 18 roku życia. Pozostali migranci nieudokumentowani mogą korzystać z opieki tylko w nagłych stanach. Warto podkreślić, że ustawodawstwo krajowe umożliwiło rozszerzenie w poszczególnych regionach podstawowych usług o dodatkowe korzyści medyczne (np. usługi ortopedyczne, stomatologiczne), co świadczy o funkcjonowaniu polityki zdrowotnej dla migrantów także na poziomie regionalnym.

Polityka zdrowotna obejmująca imigrantów została zawarta w Hiszpańskim Planie Strategicznym Obywatelstwa i Integracji na lata 2007-2010. Obejmował on promowanie równych praw i dostępu do opieki zdrowotnej dla cudzoziemców, szkolenie personelu medycznego, utworzenie grupy roboczej mającej określić główne potrzeby i problemy zdrowotne migrantów.

Najczęstszą barierą w dostępie do opieki medycznej, wskazywaną przez migrantów w Hiszpanii, był brak TSI lub długi okres oczekiwania na nią. Z tego powodu wprowadzono karty tymczasowe. Inne przeszkody w dostępie, to różnice kulturowe, językowe [4]. Barierą okazał się także brak świadomości i wiedzy na temat usług medycznych, praw migrantów. Dlatego np. gmina Madryt wydała Podręczny Informator Społeczno-Sanitarny, w różnych językach (także polskim). Zawiera on obszerne informacje o meldunku, sposobie uzyskania karty medycznej, o szczepieniach dla dzieci, o prawach pracowników, którzy zachorowali, a także wykaz szpitali, poradni specjalistycznych, ośrodków zdrowia [13].

Inną przyczyną gorszego dostępu do opieki zdrowotnej cudzoziemców była ich dyskryminacja oraz niska pozycja w strukturze społecznej. Zwraca się też uwagę, że dobry dostęp imigrantów do opieki zdrowotnej nie oznacza automatycznie korzystania z niej. W wielu przypadkach dla imigranta ważniej-

sze okazało się utrzymanie pracy, niż skorzystanie z pomocy i wykorzystanie płatnego zwolnienia [14].

Należy podkreślić, że do niedawna Hiszpania uchodziła za kraj wzorcowy, który umożliwił stosunkowo szeroki dostęp do opieki medycznej imigrantom nieudokumentowanym. Ostatnio jednak konserwatywny rząd zatwierdził prawo, które ogranicza takim osobom dostęp do publicznego systemu opieki. Od września 2012 r. imigranci nieudokumentowani mają dostęp tylko do pomocy doraźnej, opieki położniczej i pediatrycznej [15]. Ponad 1300 lekarzy hiszpańskich obiecało kontynuować opiekę nad imigrantami, pomimo nowych zasad [16].

**Portugalia.** W Portugalii (podobnie jak i w Hiszpanii) dostęp do opieki zdrowotnej jest możliwy tylko w przypadku uregulowanej sytuacji prawnej migranta. NHS (National Health System) zapewnia wszystkim mieszkańcom dostęp do opieki zdrowotnej. Alternatywą dla NHS są dodatkowe ubezpieczenia. Dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne kupowali chętniej imigranci z UE i państw rozwiniętych, niż ci z Brazylii i Europy Wschodniej (może mieć to związek z negatywną oceną NHS, np. z powodu listy osób oczekujących) [17]. Natomiast pacjenci bez karty NHS (czyli osoby bez wizy stałego pobytu i pracy) zmuszeni byli wnieść pełną opłatę za usługę. Wyjątki stanowią: przypadki zagrażające zdrowiu publicznemu, kobiety w ciąży, w czasie porodu, dzieci do lat 12, bezrobotni zarejestrowani w urzędzie pracy i ich rodziny, odbiorcy świadczeń socjalnych, osoby z orzeczoną niezdolnością do pracy (przewlekłe choroby). W badaniach przeprowadzonych w 2008 r. w grupie imigrantów w Lizbonie stwierdzono, że osoby te mimo przysługującego im praw, skarżyły się na znaczące bariery w dostępie do opieki zdrowotnej. Połowa z nich jako przeszkodę wskazywała czas oczekiwania, a co piąty na nieprzychylną postawę usługodawców. Wśród innych barier w dostępie do opieki wymieniano koszty leczenia, odległość do punktu medycznego, problemy z transportem, strach przed utratą pracy. Nieznaczny odsetek cudzoziemców miał problem z językiem i byli to głównie migranci z Europy Wschodniej. Właśnie ci cudzoziemcy, częściej niż migranci z Afryki i Ameryki Łacińskiej, oceniali dostęp do opieki zdrowotnej jako zły. Wyższy stopień zadowolenia wśród tych ostatnich może wynikać z różnic w rozwoju i dostępie do systemu opieki zdrowotnej w krajach pochodzenia i Portugalii oraz braku barier językowych [18].

### Przykłady działań na rzecz zdrowia imigrantów

**Hiszpania.** Mimo wielu niedogodności i utrudnień w korzystaniu ze służby zdrowia, na co wskazywali sami migranci, istnieją na Półwyspie Iberyjskim przykłady projektów zdrowotnych skierowanych do cudzoziemców. W Hiszpanii w latach 2003-2006 realizowany

był ze środków publicznych program „Centra Zdrowia Przyjazne Migrantom” (*Migrant Friendly Health Centres*). Powstał przy współpracy Asociación Salud y Familia (ASF), organizacji pozarządowej pomagająca m.in. migrantom, oraz publicznego systemu opieki zdrowotnej (PHC) w Katalonii. Celem programu była poprawa warunków świadczenia usług zdrowotnych, zwiększenie ich dostępności dla migrantów, dostosowanie kulturowe oraz poprawa komunikacji między personelem służby zdrowia a migrantem, między innymi poprzez tłumaczenia. W projekcie wzięło udział 25 mediatorów, którzy podjęli się pracy w 5 szpitalach oraz 19 placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Barcelony, Gerony, Leridy, oferując pomoc 38 350 imigrantom (głównie z Afryki, Rumunii, Pakistanu). Poza tym przygotowano materiały informacyjne i edukacyjne dla pacjentów-cudzoziemców, pisane w ich ojczystych językach. Analiza efektów programu wykazała, że lekarze i pielęgniarki korzystali z pomocy mediatorów częściej niż personel recepcji i administracji. Projekt zainicjował kolejne szkolenia personelu, zmierzające do rozwoju kompetencji kulturowych pracowników i placówek medycznych. Innym przykładem działań dla migrantów na poziomie lokalnym był plan imigracji w Leganes. Gmina ta, leżąca w obszarze metropolitalnym Madrytu, według spisu z 2006 r. liczyła ponad 21 tys. obcokrajowców, tj. 11,5% ogólnej liczby ludności. Rada Miejska stworzyła więc Plan Obywatelstwa i Imigracji na lata 2006-2009. Plan ukierunkowany na imigrantów, oprócz obszaru opieki zdrowotnej, dotyczył: zatrudnienia, edukacji, kultury, warunków mieszkaniowych, usług społecznych, organizacji społeczności mniejszościowych, perspektyw dla młodzieży. Efektem realizacji planu były: kursy hiszpańskiego dla cudzoziemców, usługi tłumaczenia, edukacja seksualna, interwencje w zakresie zdrowia kobiet, programy edukacyjne wydane w formie CD dla dzieci, broszury informacyjne w 6 językach. W obszarze zdrowia skupiono szczególną uwagę na opiece dla matkami i dziećmi, zdrowiu psychicznym, odżywianiu, aktywności fizycznej, udziale migrantów w lokalnych organizacjach zajmujących się zdrowiem [19].

W programach kierowanych do migrantów w Hiszpanii widać, że szczególną uwagę przywiązywano do zdrowia dzieci, młodzieży oraz matek. Wynikało to z tego, że populacja cudzoziemców jest młoda, a młodzież cudzoziemska charakteryzuje się gorszym stanem zdrowia niż młode pokolenie Hiszpanów [20]. Na Wyspach Kanaryjskich regionalny rząd stworzył plan zapewnienia opieki zdrowotnej dla nieletnich migrantów. Celem planu było m.in. zapewnienie: opieki zdrowotnej dla nieletnich w ośrodkach dla uchodźców, leczenia imigrantów poniżej 18 r.ż., także tych pozostających bez opiekunów (poprzez włączenie ich do Regionalnego Programu Zdrowia Dzieci), stworzenie

dokumentu definiującego sposoby koordynacji pracy jednostek administracji publicznej, zaangażowanych w sprawy zdrowia nieletnich migrantów. Dla lepszego wdrożenia planowanych działań postanowiono przeszkolić personel placówek zgodnie z poszanowaniem zasad wielokulturowości. W tym celu Hiszpańskie Towarzystwo Pediatryczne w 2007 r. przygotowało dla pracowników służby zdrowia instrukcję opieki nad małymi pacjentami – imigrantami, która zawierała informacje o chorobach zakaźnych zawleczonych przez dzieci z ojczystych krajów, o chorobach z niedoboru, potrzebnych szczepieniach [21].

**Portugalia.** Przykładem działań skierowanych do imigrantów w Portugalii są projekty organizowane przez działającą już od 43 lat organizację *Associação para o Planeamento da Família* (APF). Organizacja ta zajmuje się kwestiami praw oraz zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, w tym propagowaniem świadomego podejmowania decyzji o planowaniu rodziny, zapobieganiu HIV oraz edukacją seksualną szczególnie wśród młodzieży. W tym obszarze zagadnień APF podjęła się prowadzenia działań wśród migrantów w regionie Algarve w 2004 r. Projekt ten (*Sexual and Reproductive Health and Ethnic Minorities*) uzyskał całkowite wsparcie finansowe od Narodowej Komisji ds. Kobiet (*Comissão para a Igualdade dos Direitos das Mulheres*); obecnie ta rządowa komisja nazywana jest Krajową Komisją ds. Obywatelstwa i Równouprawnienia. W celu oceny sytuacji komisja podjęła współpracę z władzami lokalnymi, stowarzyszeniami, pracodawcami, organizacjami pozarządowymi. Następnym krokiem była interwencja, polegająca na działaniach informacyjnych i prewencyjnych prowadzonych wśród imigrantek przez wielodyscyplinarny zespół, złożony z pielęgniarki, psychologa, pracownika opieki społecznej i antropologa. Oprócz rozpowszechniania informacji, interwencja polegała także na badaniach na obecność HIV, wykrywaniu i leczeniu AIDS, wsparciu społecznym. Następnie, w 2006 r. został zatwierdzony nowy projekt, po części współfinansowany ze środków publicznych, pod nazwą *Sexual and Reproductive Health for All*, a w 2007 r. rozpoczęto jego realizację. W ramach tego projektu przekazano informacje na temat antykoncepcji, zdrowia seksualnego, doradzano w kwestiach planowania rodziny, wykonano testy na obecność HIV. To z kolei wpłynęło pozytywnie na korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej przez migrantów [19].

## Podsumowanie

Aby stworzyć projekty pomocy imigrantom w dziedzinie zdrowia należy dobrze zdefiniować problemy, z jakimi borykają cudzoziemcy. Kwestie te nasświetliły wyniki badania przeprowadzonego w trakcie realizacji projektu „Najlepsze przykłady świadczenia opieki zdrowotnej dla migrantów w Europie”, finan-

sowanego ze środków Wspólnoty Europejskiej. Na podstawie wywiadów z pracownikami służby zdrowia przeprowadzonych w 16 krajach uznano, że problemy te wynikają zarówno z cech imigrantów (bariera językowa, traumatyczne przeżycia, brak znajomości systemu opieki zdrowotnej, różne rozumienie choroby i leczenia, różnice kulturowe, negatywne postawy wobec personelu) oraz cech systemu i pracowników (bariera językowa, niedostateczna opieka medyczna dla nielegalnych migrantów, brak dostępu do historii choroby, negatywne postawy wobec pacjentów). Pracownicy podzielili się także swoimi spostrzeżeniami na temat rozwiązywania problemów i określili składowe dobrych przykładów działań (praktyk) ukierunkowanych na zdrowie migrantów. Wymieniono tu: wystarczającą ilość zasobów, czasu, elastyczność organizacyjną, tłumaczenie języka migrantów, pracę z rodzinami i dobre działanie opieki społecznej, świadomość kulturową pracowników, programy informacyjno-edukacyjne dla imigrantów, jasne wytyczne co do opieki nad poszczególnymi grupami migrantów (także tymi nielegalnymi) [22].

Respektując te ogólne założenia, nie można jednak stworzyć jednoznacznego wzorca postępowania wobec imigrantów w dziedzinie zdrowia czy w innych obszarach życia społecznego. Poszczególne państwa docelowe różnią się od siebie sytuacją ekonomiczną i polityczną, tradycją i kulturą. Różne są także kierunki napływu migrantów oraz ich cechy i potrzeby. Jednak po uprzednim przekonwertowaniu, pewne doświadczenia, schematy, programy polityki migracyjnej stosowane w innych krajach mogą zostać wykorzystane w Polsce. Zawsze ważna jest też analiza samego problemu migracji, identyfikacja i poznanie potrzeb cudzoziemców.

Integracja imigrantów jest procesem długotrwałym i przebiegającym w wymiarach społecznym, strukturalnym, kulturowym, dlatego stworzenie odpowiedniej polityki migracyjnej to zadanie trudne, ale konieczne do wykonania, w obliczu dzisiejszego wielokulturowego społeczeństwa. Idea takiego społeczeństwa sięga początku XX w., a rozwinęła się w drugiej połowie XX w. w Kanadzie, USA, Australii. Mimo, że krytykowana była ostatnio przez niektórych rządzących (Angela Merkel, David Cameron), to edukacja dążąca do integracji, „bycia razem” i współdziałania wydaje się być nieunikniona. Adresatem takiej edukacji powinni być zarówno migranci, jak rdzenni mieszkańcy [23]. Proces dalszego napływu imigrantów, szczególnie do Unii Europejskiej, jest nieuchronny, ale korzystny. Mniejszości przyczyniają się do wypełnienia luki demograficznej w starzejącym się społeczeństwie, luki ekonomicznej i sprzyjają rozwojowi kultury oraz ubogacają ją.

## Piśmiennictwo / References

1. International Organization for Migration. About Migration, Facts & Figures. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1.html>
2. International Organization for Migration. About Migration, Facts & Figures. Europe. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/facts--figures-1/europe.html>
3. Brzozowski J. Procesy migracyjne w krajach Unii Europejskiej – problemy teoretyczne i praktyczne. *Euro-limes* 2005, 1(5): 4.
4. Vaughan K. Immigration And Health Care: A Case Study of the Spanish Experience. Center for Policy Studies, Central European University, Budapest, Hungary, 2010: 5-12. <http://cps.ceu.hu/sites/default/files/publications/cps-research-report-immigration-and-health-care-spain-2010.pdf>
5. Wójcik Ł. Doświadczenia regularyzacji w Hiszpanii. [w:] Regularyzacja imigrantów – doświadczenia europejskie i wnioski dla Polski. Gruszczak A (red). Centrum Europejskie Natolin, Warszawa 2008: 25-27.
6. Rais Oliveira C. The Integration of Immigrants in the Portuguese Labour Market. High Commission for Immigration and Intercultural Dialogue (ACIDI), 2008: 1-2. [http://pdf.mutual-learning-employment.net/pdf/CZ08/portugal\\_official\\_CZ08.pdf](http://pdf.mutual-learning-employment.net/pdf/CZ08/portugal_official_CZ08.pdf)
7. Muñoz de Bustillo R, José-Ignacio A. Health Care Utilization and Immigration in Spain. Munich Personal RePEc Archive 2009, Paper No. 12382:5 [http://mpra.ub.uni-muenchen.de/12382/1/MPPRA\\_paper\\_12382.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/12382/1/MPPRA_paper_12382.pdf)
8. Peixoto J, Sabino C. Portugal Immigration, the labour market and policy in Portugal: trends and prospects. *Idea Working Papers* 2009, 6: 12-21 [http://www.idea6fp.uw.edu.pl/pliki/WP6\\_Portugal.pdf](http://www.idea6fp.uw.edu.pl/pliki/WP6_Portugal.pdf)
9. Björngren Cuadra C. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report, Portugal. Health care in Nowhereland 2010, Work package 4 Policy Compilation and EU Landscape Deliverable No. 6: 6. <http://files.nowhereland.info/669.pdf>
10. Pérez de Ayala A, Pérez-Molina J-A, Norman F, López-Vélez R. Chagasic Cardiomyopathy in immigrants from Latin America to Spain. *Emerging Infect Dis* 2009, 4(15): 607-608.
11. Williamson LM, Rosato M, Teyhan A, Santana P, Harding S. AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Sex Transm Infect* 2009, 85: 427-431.
12. PICUM – Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. The Voice of Undocumented Migrants, Undocumented Migrants' Health Needs And Strategies To Access HealthCare in 17 EU countries. Health Care in Nowhereland. Country Report Portugal 2010, Workpage No. 6: 4. <http://files.nowhereland.info/717.pdf>
13. Urraburu AC, González SG i wsp. Podręczny informator socjalno-sanitarny dla emigrantów z gminy Madryt. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid Consejería de Sanidad y Consumo, 2005: 1-9. <http://www.publicaciones-isp.org/productos/t051.pdf>
14. Agudelo-Suarez A, Gil-Gonzalez D, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Sci Med* 2009, 68: 1866-1874.
15. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. Commonwealth Fund, December 2012.
16. García Rada A. Spanish doctors protest against law that excludes immigrants from public healthcare. *BMJ*, 2012, 345: e5716.
17. Barros PP, Pereira MI. Health Care and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal. Munich Personal RePEc Archive 2009, Paper No. 18201:41 [http://mpra.ub.uni-muenchen.de/18201/1/MPPRA\\_paper\\_18201.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/18201/1/MPPRA_paper_18201.pdf)
18. Dias FS, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research* 2008, 8: 207.
19. Portugal R, Padilla B, et al. Good Practices on Health and Migration in the EU. Conference “Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society”, Lizbona 2007, 170-177, 221. [http://www.episouth.org/doc/r\\_documents/Good\\_practices\\_on\\_Health\\_and\\_Migration\\_in\\_the\\_EU.pdf](http://www.episouth.org/doc/r_documents/Good_practices_on_Health_and_Migration_in_the_EU.pdf)
20. Pantzer K, Rajmil L, et al. Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *J Epidemiol Comm Health* 2006, 60 (8): 694-698.
21. Lopez de Vergara RG, Navarro AA, et al. Migrants children's right to healthcare: the response of the Regional Government of the Canary Islands. [in:] Peiro MJ, Benedict R. Ensuring the Rights of Migrants Children to Health Care: The Response of Hospitals and Health Services. International Organization for Migration (IOM), 2009: 27-28. [http://www.migrant-health-europe.org/files/Children%20Rights%20in%20Healthcare%20Settings\\_Background%20Paper.pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Children%20Rights%20in%20Healthcare%20Settings_Background%20Paper.pdf)
22. Priebe S, Sandhu S, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011, 11: 187.
23. Cianciara D. Aspekty wielokulturowości w dzisiejszej Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 128-135.