



2014

Los sistemas de sa Iud: Una comparacion entre Illinois, EE.UU. y Cataluna, Espana (A Comparison of Healthcare Systems in Illinois, USA and Catalonia, Spain)

Jennifer Boll

Illinois Wesleyan University

Recommended Citation

Boll, Jennifer, "Los sistemas de sa Iud: Una comparacion entre Illinois, EE.UU. y Cataluna, Espana (A Comparison of Healthcare Systems in Illinois, USA and Catalonia, Spain)" (2014). *Honors Projects*. Paper 9.
http://digitalcommons.iwu.edu/hispstu_honproj/9

This Article is brought to you for free and open access by The Ames Library, the Andrew W. Mellon Center for Curricular and Faculty Development, the Office of the Provost and the Office of the President. It has been accepted for inclusion in Digital Commons @ IWU by the faculty at Illinois Wesleyan University. For more information, please contact digitalcommons@iwu.edu.

©Copyright is owned by the author of this document.

Jennifer Boll

Honors Research Proposal

Hispanic Studies

A Comparison of Healthcare Systems in Illinois, USA and Catalonia, Spain

This project focuses on the differences in healthcare systems in Illinois, United States and Catalonia, Spain. The research includes a literature review on the different systems and the fundamental differences in how care is delivered. An investigation of the major differences in the cultural and political approaches to health care and how the systems provide for their patients is part of the study. Another focus is the treatment of Spanish-speaking patients in hospitals in Illinois and also the treatment of patients who speak Castilian (traditional Spanish) in hospitals in Catalan-speaking Barcelona. This comparison displays the importance of language in the two health systems and how it affects the treatment and outcomes of the patients. Also discussed is how the treatment of immigrants differs from that of natural born citizens. The purpose of this study is to analyze how the different systems work and what can be learned from how each country organizes and executes their health care system. It also sheds light on health disparities in both countries including how and why they occur and what may be some potential solutions to these avoidable health inequalities.

Jenny Boll

Profesora Nadeau

Proyecto investigativo de honores

11 de abril de 2014

Los sistemas de salud: Una comparación entre Illinois, EE.UU. y Cataluña, España

El escritor Ralph Waldo Emerson dijo que “La primera riqueza es la salud.” La salud, o la falta de la salud es un problema para todo el mundo y no hay ninguna excepción. Todo el mundo siente los efectos de las enfermedades y sin buena salud, es difícil lograr cualquier cosa. La salud es un término difícil de definir. La Organización Mundial de la Salud la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades (Shi y Singh 29). Sin buena salud la gente no tiene la capacidad de crear, imaginar, o cambiar el mundo porque su cuerpo está luchando su propia pelea. Por eso, los sistemas de salud y cómo países e incluso regiones dentro del país los conciben afectan mucho al individuo y en general, a la salud de todos. Los sistemas de salud están cambiando mucho y en los Estados Unidos el gobierno trata de proveer para más personas. También en Cataluña, una región autónoma situada al noreste de España, las poblaciones están luchando por sus derechos a la asistencia sanitaria. Las dos regiones representan lugares que están cambiando pero todavía las disparidades existen. Los sistemas de salud en Illinois, USA y Cataluña, España tienen muchas diferencias fundamentales en su estructura y también en cómo el gobierno afecta el acceso a la atención, sin embargo, poseen semejanzas en las barreras que existen entre la gente que no habla el idioma principal del país o de la región y también en el tratamiento de los inmigrantes. Al comparar los dos sistemas de salud y analizar sus disparidades, vemos oportunidades de cambiar los sistemas para proveer mejores cuidados para toda la gente.

Primero, hay muchas diferencias principales entre los dos sistemas de salud. Este trabajo presenta las diferencias en la estructura, los hospitales, el seguro y la tecnología. Después, el trabajo se centra en el tratamiento de los grupos marginales, en estos casos, la gente que no habla la lengua principal de la región y también los inmigrantes. En las dos regiones hay una ciudades que afectan la región en total. Ambos, Chicago en Illinois y Barcelona en Cataluña son grandes centros urbanos y multi-culturales que tienen una gran densidad de población. Estas ciudades afectan las regiones y las estadísticas que se presentan en el trabajo. Finalmente, el trabajo presenta las oportunidades de cambiar los sistemas para proveer el mejor cuidado para toda la gente.

La influencia política: una sección sobre la influencia política en los sistemas de salud.

En los dos lugares el gobierno federal decide las leyes y las reglas del sistema de salud para todo el país pero también Illinois y Cataluña tiene la autoridad de decidir sus propias leyes. Cada comunidad autónoma en España tiene la capacidad de decidir sus propias leyes para su propio sistema de salud. Cataluña es la región autónoma que está en el noreste del país. La capital de esta región es Barcelona y la *Generalitat* de Cataluña es el gobierno de toda la región. El sistema de salud en Cataluña es bastante similar al del estado de Illinois. Primero los hospitales en Cataluña y en España son administrados por el gobierno. También en Illinois el gobierno del estado tiene la misma autoridad que el gobierno federal (Shi y Singh 10). Sin embargo, en general el gobierno federal no tiene un control central sobre el sistema de salud en los Estados Unidos en comparación con el control que el gobierno de España tiene sobre su propio sistema. Sí tiene los hospitales privados pero la mayoría del cuidado ocurre en los hospitales públicos de la región que encajan en el sistema nacional. Los sistemas de salud dependen mucho de su estructura y la estructura ayuda a entender cómo funcionan los sistemas y

entregan el cuidado. Hay que centrarse en tres elementos de la estructura: los hospitales, la tecnología, y los profesionales de salud en los dos sistemas de salud porque estos factores son los componentes que afectan el sistema de salud de una manera importante por muchas razones.

Los Estados Unidos tienen 50 estados que también tienen sus propios gobiernos. Illinois es uno de estos estados que se encuentra en la región del medio oeste del país. Illinois tiene 12 millones de habitantes y una esperanza de vida de 81 años (Nix 1). El gobierno de Illinois tiene mucho poder sobre sus propias decisiones para su sistema de salud. El gobierno del estado decide los gastos y las tasas de reembolso y también la política de salud y normas de regulación (Shi y Singh 10). En Illinois casi el 14% del presupuesto es usado por el sistema de salud (Illinois Hospital Association 1). En los Estados Unidos hay casi 5.700 hospitales que operan todos 24 horas al día (Sultz y Young 75). En Illinois hay 221 hospitales que operan a través del estado (Illinois Hospital Association 1). Hay tres tipos de hospitales que proveen cuidado a la gente. Uno de estos tipos son los hospitales que operan como entidades voluntarias sin fines de lucro. Estos hospitales tienen suficiente dinero para pagar a sus empleados pero no ganan beneficio. Un ejemplo de este tipo de hospital es Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital en Chicago. El hospital cuenta con cerca de 400 habitaciones. También existen hospitales que son propiedades administradas por empresas con ánimo de lucro. Chicago Lakeshore Hospital es un ejemplo de este tipo de hospital. Este hospital es pequeño, cuenta con menos de 100 habitaciones. Hay 29 hospitales en Illinois con esta distinción. El tercer tipo de hospital son los hospitales que están administrados por el gobierno y son instalaciones públicas. Un ejemplo es John H. Stroger, Cook County Hospital en Chicago que sirve el condado de Cook y la gente que no puede pagar por su propio cuidado. (Sultz y Young 75). También, este hospital cuenta con cerca de 450 habitaciones. Típicamente estos hospitales públicos proveen servicios que los hospitales privados

no quieren servir a sus pacientes incluyendo los centros de trauma, los servicios psiquiátricos de emergencia, los servicios de desintoxicación de alcohol, otros tratamientos de abuso de sustancias y el tratamiento de quemaduras (Sultz y Young 76). Estos servicios son de alto costo con un bajo retorno y los hospitales privados son reacios a prestar tales servicios. También en Cataluña, sus hospitales públicos sirven a la gente que necesita los servicios psiquiátricos y el abuso de sustancias y alcohol (Generalitat de Catalunya 3). Cataluña tiene los hospitales psiquiatras donde la gente pasan largos periodos de tiempo. Illinois no tiene estos hospitales. El cuidado de la gente con enfermedades de salud mental toma lugar en hospitales ambulatorios o en un hospital general por una días (Sultz y Young 76).

La estructura: Las diferencias principales en cómo los sistemas funcionan.

En general la estructura del sistema de salud en los E.E.U.U. se enfoca en resolver los problemas en lugar de prevenirlos. Hay muchos centros de especialidades pero no hay muchos proveedores de atención primaria de la salud. Un proveedor de atención primaria revisa a sus pacientes anualmente, comprobando la salud general y revisando aspectos de la salud como la presión sanguínea y los niveles de azúcar en la sangre según las necesidades del individuo. El sistema se enfoca en los hospitales que cuidan a la gente que ya está enferma en vez de las clínicas que cuidan a la gente sana y así impiden enfermedades. También una gran diferencia es que en Illinois la mayoría del seguro es privado pero Cataluña tiene la cobertura universal. Este es un problema grande en el sistema de salud en los Estados Unidos y es tan diferente del sistema de salud en Cataluña.

El sistema de salud en Cataluña se diferencia del de Illinois en el contexto de la estructura y cómo el gobierno afecta el sistema. Su sistema es controlado por el gobierno regional de

Cataluña que se llama, El Generalitat de Cataluña. Cataluña tiene 7.503.118 habitantes y una esperanza de vida de casi 82 años. Casi el 32% del presupuesto de Cataluña se utiliza por el sistema de salud. (Generalitat de Catalunya, 3). El gobierno de España tiene control sobre la legislación y la coordinación básica del sistema. También controla la política farmacéutica y los requisitos de formación de los trabajadores de la salud. (Generalitat de Catalunya, 6). El gobierno de la región autónoma controla también la legislación para su región particular. También se enfoca en la salud pública y la estructura del sistema en general. Sus responsabilidades también incluyen la acreditación y la planificación.

Categoría	Illinois	Cataluña
La esperanza de vida	81 años	82 años
Número de hospitales	221	194
Porcentaje de hospitales públicos	50%	78%
Porcentaje de hospitales privados	50%	22%
Número de médicos por persona	240	1.600-2.000
Número de enfermeras por persona	60	1.600-2.000

Tabla 1. Estadísticas comparativas de esperanza de vida y de recursos físicos y humanos en Illinois y Cataluña.

En 2011, Cataluña tiene 194 hospitales en total mientras Illinois tiene 221. En el sector público 66 de éstos son para cuidados intensivos, 14 para la psiquiatría, 61 para lo sociosanitario y 10 que sirven la psiquiatría y también lo sociosanitario en Cataluña. Además, en el sector privado hay 35 hospitales para cuidados intensivos y 8 para la psiquiatría y lo sociosanitario. Hay más hospitales públicos que privados. Además del número de hospitales públicos también hay 410 centros de atención primaria que forman parte del sistema público (Generalitat de Catalunya, 8). También todos los hospitales públicos ayudan a la formación de médicos y de

enfermeras. En Cataluña los hospitales públicos están divididos en tres categorías: 1) Los hospitales locales; 2) Los hospitales regionales y 3) Los hospitales de alta tecnología. Los hospitales locales tienen los servicios básicos que incluyen la atención primaria de salud. Sin embargo, también poseen las clínicas de los especialistas y una sala de urgencias. La mayoría de los hospitales en Cataluña son considerados hospitales locales. La gente puede acceder a estos hospitales con facilidad. El segundo nivel son los hospitales regionales que proveen todas las cosas de un hospital local pero también tienen una unidad de cuidados intensivos (UCI). (Generalitat de Catalunya, 14). El nivel más alto son los hospitales de alta tecnología que tienen todas las capacidades de los otros niveles de hospitales y también poseen la capacidad de ejecutar la neurocirugía, la cirugía cardíaca, los trasplantes, el cuidado para las quemaduras y la investigación.

Los dos sistemas americano y español tienen muchas diferencias en su estructura, sin embargo, tienen casi el mismo número de hospitales. Illinois tiene casi 30 más que es una pequeña proporción cuando tiene en cuenta la diferencia entre la población de las dos regiones. También la esperanza de vida es muy similar en los dos lugares porque los dos tienen sistemas de salud que funcionan en niveles altos. La diferencia principal son las diferencias entre los hospitales públicos y los hospitales privados. Más del 50% de los hospitales en Illinois son privados en comparación con Cataluña en que casi el 22% de los hospitales son privados. Muestra la diferencia en un sistema que es operado por el gobierno (Cataluña) y un sistema que es operado por el sector privado. También en Cataluña existe un sistema de categorización para poner sus hospitales en niveles a base de la habilidad de proveer cierto nivel de atención. Illinois no tiene este sistema porque sus hospitales son independientes en el sentido que el gobierno no pone distinciones entre los hospitales porque el hospital decide por sí mismo qué servicios quiere

proveer. También en Illinois los hospitales que sí tienen conexiones por un sistema de hospitales tratan de compartir sus recursos (en particular la tecnología) y así aumentar el servicio de todos sus hospitales para ser competitivos con otros grupos de hospitales. Un factor muy importante que aumenta la competitividad hospitalaria es la tecnología.

La tecnología: Hay muchos avances de la tecnología que afecta cómo los sistemas ofrecen servicios de salud a su pueblo.

Parte integral del sistema de salud en los Estados Unidos y en Illinois, la tecnología puede ser una bendición y una maldición. Ha permitido que los pacientes en estado crítico sobrevivan, por ejemplo con la intervención de nuevas medicaciones o nuevos procedimientos, pero tiene un alto precio y también ha planteado dilemas morales y éticos complejos en la investigación médica y el proceso de hacer decisiones. Ahora los profesionales de salud están salvando a gente que antes no sobreviviría. La tecnología afecta al sistema de salud en la formación de imágenes de diagnósticos, especialmente los equipos de alta tecnología como la formación de imágenes por resonancia magnética y la tomografía computarizada. Los Estados Unidos tienen más recursos de la formación de imágenes de diagnósticos que la mayoría de otros países y esto también se puede ver en sus estados individuales, tales como Illinois (Shi y Singh 109). También los médicos realizan más cateterismos, angioplastias y cirugías de bypass del corazón que la mayoría de los hospitales europeos (Shi y Singh 109). Los Estados Unidos producen más de la mitad de los 175 millones de dólares vendidos al año en tecnología sanitaria en el mundo (Shi y Singh 120). Esto es más que la mayoría de todos los países del mundo producen.

Sin embargo, el avance más importante en la salud proviene de la creación de la historia clínica digital. Según el Instituto de Medicina hay cuatro componentes de un sistema de la historia clínica digital. Los cuatro componentes son: (1) la continua recogida y almacenamiento de información de la salud en pacientes individuales, donde la información de la salud se define como la información relativa a la salud de un individuo o de un cuidado proporcionado al individuo; (2) el acceso electrónico inmediato a la información del paciente por usuarios autorizados; (3) la informática médica y (4) el apoyo a los procesos eficientes para la prestación de asistencia sanitaria (Shi y Singh 107). En general la historia clínica digital aumenta los resultados y las experiencias de los pacientes porque ahora los profesionales de salud tienen acceso rápido al historial y hay menos disparidades en el cuidado.

También en Cataluña la tecnología es un tema importante en el mundo médico. El uso de la historia clínica digital es un avance de gran importancia. Según el director general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Pablo Rivero, “uno de nuestros objetivos principales es que la información clínica de los ciudadanos esté disponible en cualquier momento y en cualquier lugar” (Sahuquillo 1). Hoy en día casi el 97 % de los centros de salud utilizan la historia clínica digital. Todavía, la receta electrónica es un tema que no tiene el mismo éxito en Cataluña. La gente, los médicos y los farmacéuticos necesitan más información y educación en este sistema antes de que la mayoría lo use (Sahuquillo 1). La historia clínica digital ayuda a la continuidad de la atención en el sistema de salud y facilita el acceso a la información para los proveedores de servicios médicos.

Otro avance en Cataluña ocurre en el hospital Quirón, un sistema de hospitales privados que tiene centros a través de España. Dentro de su equipamiento de cirugía el Hospital Quirón Barcelona dispone del último modelo del Sistema Quirúrgico Da Vinci, el SI HD, un robot que

supone el último escalón en la cirugía robótica gracias a las ventajas que ofrece, tales como la posibilidad de operar a través de una única y mínima incisión (cirugía de puerto único), o la posibilidad de llevar a cabo una cirugía robótica en multiespecialidad, con diferentes equipos médicos operando al mismo tiempo. Está considerado como el mejor robot quirúrgico que existe actualmente en el mundo (“Hospital Barcelona” 1). El sistema robótico Da Vinci permite una precisión milimétrica al poder ampliar mecánica y digitalmente los movimientos del cirujano, evitando por completo el temblor de la mano, haciéndolo especialmente útil en aquellas intervenciones en las que la precisión marca la diferencia. Las ventajas de la Cirugía Robótica para el médico incluyen: mejor visión, visión en tercera dimensión, mayor precisión y mayor rango de movimientos. La imagen del área quirúrgica es más clara y el uso del Robot da Vinci le permite al cirujano ver en tercera dimensión en lugar de en dos dimensiones. El robot elimina el temblor natural y da la capacidad de maximizar la precisión de los movimientos del cirujano y facilita las técnicas quirúrgicas. Permite giros imposibles para la mano humana; y acceso a lugares difíciles. (“Hospital Barcelona” 1). Los beneficios para los pacientes son una estancia hospitalaria más corta, menos molestias y dolor postoperatorios, cicatrices más pequeñas, menor riesgo de infección, menos pérdida de sangre, recuperación y vuelta a la vida normal más rápida (“Hospital Barcelona” 1). Este avance revoluciona el quirófano en Cataluña y es un punto de orgullo fuerte para la comunidad médica en Cataluña y en particular Barcelona. También en Illinois hay muchos hospitales que tienen el Robot da Vinci. Por ejemplo, Rush University Medical Center tiene el Robot da Vinci que se utiliza por razones similares a las del hospital Quirón.

Las dos regiones usan la tecnología para mejorar sus hospitales. Ambas utilizan la historia clínica digital que ayuda con la continuidad de la atención y el acceso a la información

médica. También las dos emplean el uso del Robot da Vinci para revolucionar sus quirófanos. Esta máquina aumenta el proceso de la cirugía y ayuda al médico y al paciente. Sin embargo, los Estados Unidos y Illinois todavía producen más avances tecnológicos en el quirófano y aplican estos cambios a un ritmo más rápido que la mayoría del mundo.

Los profesionales de salud: las diferencias entre cuántas personas trabajan en los sistemas de salud

En Illinois los profesionales de salud son una parte integral del sistema de salud. Según el Departamento de Trabajo se estima que 13,8 millones de personas, o casi el 10 % de la fuerza laboral de los Estados Unidos, tiene empleo en la industria de salud (Sultz y Young 189). Hay más de doscientas ocupaciones y profesiones entre los trabajadores en el sistema de salud. La especialización entre los profesionales de la salud aumenta la necesidad de más trabajadores. Por eso más trabajadores son considerados multihábiles y cumplen con la necesidad de realizar varios trabajos. También en los años recientes hay una expansión en la atención médica que se provee en la casa lo cual requiere aún más expansión de trabajos que sirvan este crecimiento (Sultz y Young 190). Hay muchas oportunidades para solicitar un trabajo en la industria de salud. También, en Cataluña el gobierno predice que en los futuros años haya más hospitales y más servicios relacionados a la tecnología (Generalitat de Cataluña, 45). Por eso, el sistema va a necesitar más trabajadores en particular enfermeras y médicos. Los dos lugares viven en un sistema de cultivo que siempre está cambiando y por eso siempre va a necesitar trabajadores con muchas habilidades.

Vamos a enfocar en los dos trabajos principales en el sistema: el médico y la enfermera. Hay casi 700.000 médicos que están practicando en los Estados Unidos (Schulta 67). En Illinois

hay casi 50.000 médicos (Illinois Hospital Association 1). El 40 % de los médicos trabajan en la atención primaria de salud (Schulte 68). Una razón para eso es que el ingreso medio para los médicos de la atención primaria de salud es mucho menor que el ingreso medio de los médicos especialistas (Schulte 68). Los médicos tienen más motivación para ser especialistas porque en el futuro van a recibir un mayor sueldo por su trabajo. También dentro de la cultura médica se cree que los especialistas requieren más inteligencia y por eso futuros médicos buscan una especialidad en vez de seguir una carrera en la atención primaria de salud. Quieren desafiarse a sí mismos así eligen una especialidad para ser expertos en una especialidad específica en vez de ser generalista. También existe una mala distribución de los médicos geográficamente. Los médicos ocupan las afueras y las áreas metropolitanas en vez de las áreas rurales (Shi y Singh 85). Obviamente hay mayor densidad de población en las áreas metropolitanas y por eso necesitan más médicos y profesionales de la salud. También muchos de los médicos prefieren trabajar en los hospitales de enseñanza porque estos hospitales tienen un ambiente de aprendizaje y tiene muchas oportunidades para la investigación y el desarrollo tecnológico.

Otra profesión importante es la enfermería. Las enfermeras constituyen el grupo más grande de los profesionales de salud (Shi y Singh 91). Trabajan en una variedad de entornos que incluyen los hospitales, los hogares de ancianos, las prácticas privadas, las agencias gubernamentales y muchos otros lugares (Shi y Sign 92). Los Estados Unidos cuenta con 3,1 millones de enfermeras con licencia (Buerhaus 1). En Illinois hay casi 200.000 enfermeras licenciadas (Illinois Center for Nursing 1). La gran mayoría de las enfermeras son mujeres, el 6,6 % de las enfermeras son hombres (Buerhaus 1). Según las estadísticas hay muchas más enfermeras que médicos porque las enfermeras cuidan a los pacientes junto a la cama las veinticuatro horas del día mientras los médicos tienen la responsabilidad de crear las órdenes y

tomar las decisiones sobre la medicación y el plan de atención. También, hoy en día se ha experimentado un aumento en el número de las enfermeras de práctica avanzada. Estas enfermeras obtienen una maestría en la enfermería y pueden especializarse en algo como la pediatría, la anestesia, la partería, la neonatología, los adultos o la geriatría (Shi y Singh 92). Estas enfermeras pueden cuidar a sus propios pacientes y también recetan medicina para sus clientes. Esta profesión complementa el papel de los médicos y ayuda con la atención primaria de los pacientes.

En Cataluña los profesionales de la salud que tienen mucha importancia son los médicos, las enfermeras, los dentistas, los pediatras y los trabajadores sociales. Todos estos profesionales trabajan en estrecha proximidad para crear los mejores resultados para sus pacientes. Cataluña tiene un médico de familia por cada 1.600-2.000 habitantes (Generalitat de Catalunya 5), o sea, casi 5.000 médicos para las familias. También tiene un pediatra por cada 1.500 niños catalanes. Por eso Cataluña tiene casi 5,000 pediatras. Su proporción de médicos a enfermeras es uno a uno (Generalitat de Catalunya 5). Esta proporción es diferente en los Estados Unidos donde hay más de cuatro enfermeras para cada médico. También en Cataluña hay más médicos de atención primaria de salud en vez de especialistas. El sistema en España se enfoca más en la atención primaria de salud y hay más trabajos en este sector del sistema. Por eso, hay muchas listas de espera para los servicios de los especialistas (Ross, Richardson y Sangrador-Vegas 197). La razón principal por la insatisfacción (de los pacientes catalanes) son las listas de espera. "The lack of prompt medical attention appears to be the most significant issue affecting the Spanish public's satisfaction" (Jovell y Blendon 53). La gente piensa que es necesario contratar más médicos para eliminar este problema. También unas cosas únicas de Cataluña son que a los médicos se les paga un salario y encima de esto pueden recibir más relacionado a sus resultados

(Generalitat de Catalunya 5). Por esta razón los médicos tienen más motivación para curar y eliminar las enfermedades en sus pacientes. Claro, este sistema que se llama, “remuneración basada en el rendimiento”, ha demostrado mejorar la eficiencia y reducir los costos (Benavent et al. 130). Por fin, la continuidad asistencial es un tema muy importante para los profesionales de salud. En Cataluña hay muchos niveles de cuidado y cuando la gente está enferma primero se cita con un generalista y éste les recomienda a continuación que vayan a un especialista. Por eso la comunicación entre los profesionales de salud es tan significativa. Casi el 81,8% de los casos que llegan a un especialista son desde un médico de atención primaria (Hernández 380). Entre los usuarios que no valoran que no hay coordinación, destacan como argumentos la falta de comunicación entre proveedores y su falta de profesionalidad. Sin embargo, el 40,2 % de los encuestados expresan que el médico de la atención especialista no les provee con una contrareferencia al médico primario, (Hernández et al. 382). Pero en la encuesta 30,8-40 % de las personas piensan que la razón por la descoordinación reportada es la falta de comunicación entre profesionales (Hernández et al 380). Por eso, la comunicación es algo que los médicos y las enfermeras pueden mejorar para aumentar la continuidad asistencial y la coherencia del cuidado.

La diferencia entre el número de los médicos y las enfermeras en los dos lugares es asombrosa. En Cataluña tiene un médico y una enfermera para cada 1.600-2.000 personas. En contraste, Illinois tiene un médico para cada 240 personas y una enfermera para cada 60 personas. Cataluña sostiene una escasez de trabajadores calificados de salud. También los hospitales en Cataluña son más pequeños y por eso no necesitan tantas enfermeras. Los médicos de Cataluña hacen más de las acciones que hacen las enfermeras en Illinois. Por eso, Cataluña no necesita tantas enfermeras como Illinois. En Cataluña hay más centros de atención primaria que no están abiertos las 24 horas al día por lo que necesitan menos trabajadores para mantener estos lugares

abiertos. Todavía, en Cataluña no se utiliza actualmente el uso de las enfermeras de práctica avanzada. Sin embargo, en ambos lugares la comunicación entre los profesionales de la salud es tan importante para los pacientes y el cuidado que reciben.

Los dos sistemas de salud tratan de proveer para toda la gente de su zona pero hay algunos factores que afectan cómo la gente utiliza el sistema. Estos dos temas importantes son el seguro y el acceso al sistema. Los sistemas tratan de ofrecer su cuidado a todos pero hay muchas razones por las que los ciudadanos no pueden acceder al sistema y los servicios que les debe de proveer.

El seguro medical: Los sistemas del seguro y cómo la gente recibe seguro son muy diferentes.

En Illinois la mayoría del seguro de salud se financia privadamente. Sin embargo, ciertas categorías de gente puede apuntarse para el seguro público de Medicare, Medicaid o State Children's Health Insurance Program (Shi y Singh 129). En general, el seguro se basa en el concepto que cada mes la persona paga una prima para ser cubierta por el seguro. Entonces, si la persona necesita ir al médico o al hospital su seguro va a pagar la mayoría de esta cuenta. En los Estados Unidos el seguro privado paga 694,4 mil millones de dólares, el Medicare paga 342,0 mil millones de dólares, y el Medicaid paga 313,1 mil millones de dólares cada año para los servicios de la salud (Sultz y Young 234-235). Primero, el seguro privado es el tipo del seguro médico más común en Illinois. En Illinois tienen tres tipos de costos compartidos. El primero son los costos compartidos de las primas. Este tipo se le da desde los empleadores que pagan parte de la prima. En general los trabajadores asegurados pagan el 15,3% de los costos para un solo plan y el 26,5% de los costos para un plan familiar (Shi y Singh 134). Esto se logra a través de deducciones de nómina. También la gente tiene gastos de bolsillo. Están en la deducción y

copagos. La deducción es la cantidad que el asegurado debe pagar primero, antes de que los beneficios de este plan sean pagados. Típicamente esto debe ser pagado anualmente (Shi y Singh 134). Por ejemplo, si la deducción son 250 dólares al año el plan empieza cuando el costo de los servicios excede los 250 dólares en un año. Otro tipo del costo compartido es el copago. Esto es la cantidad que el asegurado tiene que pagar de su bolsillo cada vez que recibe uno de los servicios de salud después de pagar la deducción (Shi y Singh 134). Cada año estos costos suman 249,4 mil millones de dólares que la gente paga de su propio bolsillo (Sultz y Young 235). La razón por los costos compartidos es controlar la utilización del cuidado de la salud porque el asegurado es responsable por parte de los costos y por eso no va a buscar atención médica excesiva.

El segundo tipo del seguro es el seguro público. En 1965 empezó el programa de Medicaid que ayuda a los estadounidenses de bajos ingresos a obtener el seguro médico. Hoy en día Medicaid financia el cuidado para casi 45,6 millones de estadounidenses de bajos ingresos (Sultz y Young 268). En Illinois el Medicaid cubre 2,8 millones de personas (Crains 1). Hay tres tipos de cobertura: el seguro para las familia y los niños de bajos ingresos; el cuidado de largo plazo para los estadounidenses mayores de 65 años y los individuos discapacitados; y la cobertura suplementaria por los beneficiarios de Medicare (Sultz y Young 268-269). También el programa de Medicare sirve a las personas de cualquier edad que tengan insuficiencia renal permanente (Shi y Singh 139). También el State Children's Health Insurance Program, promulgado en 1997, sirve a los niños de familias que no cumplen los requisitos de Medicaid pero no tienen seguro privado. Por eso, las familias pueden inscribir a sus niños con menos de diecinueve años en este programa (Shi y Singh 145). Para acceder el sistema de salud es

necesario tener un tipo de seguro si no quiere pagar todos los costos. Esta es la principal barrera al acceso de la salud.

Las barreras al acceso a la atención médica: Hay muchas barreras que existen que afectan la prestación de asistencia.

En Illinois existen algunas barreras para el acceso a la atención médica. La barrera primaria es la falta del seguro. En los Estados Unidos hay 45 millones de personas que no tienen seguro. Esto es casi el 16 % de la población (Sultz y Young 58). En Illinois a 1,8 millones de personas les falta el seguro, o sea, a casi el 15 % de los ciudadanos (Crains 1). Este número siempre va a cambiar porque la composición de este grupo cambia mucho según los cambios de circunstancias profesionales y personales del individuo. También debido a que se aumenta el costo por el cuidado de salud, muchos empleadores están reduciendo o eliminando el seguro como un beneficio (Sultz y Young 58). Pero hay más barreras que la asequibilidad. La vivienda también es una barrera al acceso. En una investigación los autores descubren que el 27,5 % de los adultos experimentan una barrera de alojamiento que conduce a una necesidad o retraso de la atención médica no satisfecha (Kullgren et al. 467). Un ejemplo de una barrera de alojamiento identificada por la gente de la investigación es que no puede conseguir una cita muy pronto (Kullgren et al. 467). También esta investigación habla del hecho que la mayoría de la gente tiene más de una barrera al cuidado. Dos tercios de los adultos experimentan una barrera de la asequibilidad y también una barrera financiera (Kullgren et al. 469). También otro estudio muestra que el 44 % de la gente dice que no buscan atención médica debido a las preocupaciones sobre el costo y su incapacidad de pagar (Ahmed et al. 450). También el 36% cita los problemas de cuidado infantil como una barrera y el 31% reporta su trabajo y la falta de tiempo libre como una barrera al acceso (Ahmed et al. 450). Finalmente el 15% de la gente dice que la falta de

transporte también es una barrera al acceso del cuidado (Ahmed et al. 450). Todavía hay muchas entidades que afectan el acceso al cuidado en Illinois. Hay más razones culturales que afectan el acceso al cuidado que se discutirá más adelante.

En Cataluña también existe el seguro público y el seguro privado. El Real Decreto-Ley 20/2012 promulgado el 13 de julio de 2012, garantiza la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, mejora la calidad y seguridad de sus prestaciones, y establece la condición de asegurado del Sistema Nacional de la Salud con el fin de recibir asistencia sanitaria pública (Hernández 375). El organismo que reconoce y acredita esta condición de asegurado es el Instituto Nacional de la Seguridad Social. En Cataluña, el CatSalut es la entidad pública responsable de garantizar la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública para todos los ciudadanos de Cataluña y les asigna un nivel de cobertura específico de acuerdo con sus circunstancias personales. Este nivel de cobertura determina el nivel de prestaciones asignadas a cada persona. El CatSalut también entrega la tarjeta sanitaria individual (TSI), que es el documento que le identifica y le permite acceder a los centros y los servicios del sistema sanitario público asignados. En un sistema público esta tarjeta es la prueba de la nacionalidad de los catalanes. Si tiene esta tarjeta, necesita mostrarla a su proveedor para recibir los servicios que el estado ha pagado (Generalitat de Catalunya 1). Sin embargo, hay otras maneras de obtener una tarjeta sanitaria individual. Si estás empadronado/a en Cataluña o si eres extranjero/a con residencia legal en Cataluña también es idóneo recibir una tarjeta. (Generalitat de Catalunya 1). También existen diferencias entre los dos tipos de seguro y qué cubren. Toda la gente obtiene seguro desde el gobierno bajo su Sistema Nacional del Salud. También existe la oportunidad de pagar el seguro privado. Este seguro adicional da acceso a la atención especializada con tiempos de espera más cortos y un nivel más cómodo en comparación con la gente con el seguro público

(Garrido-Cumbrera et al. 526). Esta diferencia muestra la razón principal por las disparidades en el acceso a la atención médica.

También, como en Illinois, existen algunos problemas con el acceso al cuidado médico en Cataluña. En Cataluña la mayoría de estas disparidades existen por las desigualdades de clase social. En el artículo, “Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, a Country with a National Health System,” los autores investigan el uso del seguro público y el seguro privado en Cataluña, España. Agrupan a la gente en clases sociales porque sus ocupaciones colocan a cada uno en una categoría pre codificada. Encuentran que el 22% de los hombres y el 23,9% de las mujeres que tienen seguro doble (público y privado) vienen de las clases sociales más altas en contraste con el 3,2% de los hombres y el 4,3% de las mujeres que vienen de una clase social más baja (Garrido-Cumbrera et al. 529). Las ventajas de tener seguro privado incluyen la accesibilidad a los especialistas y los dentistas y la oportunidad de ver a estos proveedores con tiempos de espera más cortos (Garrido-Cumbrera et al. 537). También la gente con seguro doble está más propensa a buscar atención porque tiene muchas ventajas en el sistema debido a su seguro privado (Garrido-Cumbrera et al. 531). Esta disparidad crea una ventaja para la gente más rica de Cataluña (que tiene la oportunidad de tener el seguro privado) de minimizar las listas de espera para la gente que puede pagar por su propio seguro en vez del seguro desde el gobierno. También existe una disparidad entre el uso de los hospitales públicos y los hospitales privados. Claro, toda la gente puede usar su hospital asignado a través del sistema público. Sin embargo, la gente que tiene seguro privado o con determinados empleadores pueden usar los hospitales privados. Por ejemplo, el Hospital Quirón tiene una lista de aseguradores que su hospital acepta (“Hospital Barcelona” 1). El hospital tiene acuerdos con estas organizaciones y la gente que está cubierta puede usar el hospital pero si uno no está

cubierto no puede usar el sistema o necesitaría pagar todos los costos con su propio dinero. Sin embargo, muchos cambios están ocurriendo en Cataluña y también en Illinois que tratan de eliminar estos problemas de accesibilidad.

The Affordable Care Act (La Ley de Asistencia Asequible): Esta Ley va a cambiar el sistema de salud en Los Estados Unidos por la expansión del seguro y un enfoque en la medicina preventiva.

Ahora, en los Estados Unidos, y en Illinois, el cambio que está ocurriendo es la promulgación de The Affordable Care Act (La Ley de Asistencia Asequible). Sin duda, esta ley va a cambiar mucho el sistema de salud en los Estados Unidos y Illinois. En general, esta ley tiene dos metas: 1. promover la prevención y mejorar las iniciativas de salud pública y 2. ampliar la cobertura del seguro (Gable 344-345). La Ley de Asistencia Asequible crea algunas iniciativas de salud pública al nivel nacional y también a un nivel local. Estos programas se enfocan en la prevención y mejores prácticas basadas en la evidencia para la prevención (Gable 344). En los Estados Unidos más de 85 centavos de cada dólar gastado en la salud se usa en el tratamiento o la gestión de las enfermedades crónicas causadas por afecciones relacionadas con la obesidad y el consumo de tabaco (O'Connor et al. 69). Si el sistema se centrara en la prevención de algunas de estas afecciones podrían ser eliminadas. Bajo la sección 2713 de la Ley de Asistencia Asequible los aseguradores deben cubrir, sin deducción, los servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. para aumentar el uso de los servicios preventivos en el sistema de salud en los Estados Unidos (O'Connor et al. 71). Por ejemplo, la obesidad se considera una enfermedad según The American Medical Association (Cohen 1). Por eso, los aseguradores deben pagar la prevención de esta enfermedad. Hay muchos programas que la Ley de Asistencia Asequible va a implementar que promueven una alimentación saludable y la

actividad física (Gable 345). Si el gobierno ayuda con la prevención de la obesidad se espera que se disminuya la morbilidad de otras enfermedades causadas por la obesidad como las enfermedades del corazón. Además, la ley va a proveer fondos federales para 570 centros de salud de la comunidad en Illinois (Dorgan 2). Estos centros harán esfuerzos para promover los servicios preventivos. Estos centros se enfocarán en la atención primaria, una meta principal de la Ley de la Asistencia Asequible.

La segunda meta de la Ley de Asistencia Asequible es la ampliación de la cobertura del seguro. En Illinois la ley va a proveer cobertura para 1,8 millones de personas que no tienen seguro (Dorgan 1). Esta meta va a ser lograda de tres maneras. Primero, el gobierno va a poner en práctica una política que limita las exclusiones por condiciones pre-existentes y los gastos de capital establecidos por las compañías de seguros (Gable 345). No se puede negar cobertura a la gente por una condición pre-existente y también los aseguradores no pueden cobrar una prima grande por su condición pre-existente (Gable 345). Estos cambios protegen a la gente que todavía tiene una enfermedad pero también necesita el seguro a un precio justo. En Illinois la ley va a dar acceso a un seguro asequible a más de 200.000 personas que tienen una condición pre-existente (Dorgan 1). La segunda manera que va a lograr la cobertura es el mandato individual y el mandato empleador. Estos requieren que la persona compre un seguro a través de su empleador, en el mercado individual, o necesita calificar para un programa de seguro del gobierno (Gable 345). Los individuos que no tienen seguro pueden ser penalizados. Los empleadores que tienen más de 50 empleados necesitan proporcionar el seguro a sus empleados y pagar un porcentaje de la cobertura (Gable 346). En Illinois el gobierno proveerá un crédito fiscal a 144.000 de los negocios pequeños para ayudar a hacer la cobertura más asequible (Dorgan 1). La última manera de lograr la cobertura es la prestación de los subsidios a las

personas que califican y a las pequeñas empresas (Gable 346). Esto puede ayudar a la gente que no tiene dinero para pagar el seguro porque la ley logra los sistemas de Medicare y Medicaid. En Illinois casi 800.000 personas van a ser idóneas para el Medicaid y la ley va a proveer 18,1 mil millones de dólares en los fondos federales para pagar la cobertura (Dorgan 2). Sin embargo, hay muchos problemas en el debate sobre quiénes van a ser elegibles. Además, esta ley requiere la compra de algún tipo de seguro y es posible que toda la gente no quiera comprarlo. Sin duda, la ley va a hacer el sistema más accesible para toda la gente, sin importar su clase social.

Las alianzas estratégicas entre los hospitales: Los hospitales en Cataluña están tratando de crear alianzas estratégicas entre los hospitales públicos y los hospitales privados para proveer más servicios a toda la gente en la región.

Un cambio que está ocurriendo en Cataluña que tiene mucha importancia son las alianzas estratégicas entre los hospitales públicos y los hospitales privados. En Cataluña hay cuatro tipos de alianzas. El primero son las alianzas entre hospitales. Este tipo es más común y es responsable por el 71,4% de las alianzas entre los hospitales públicos y los hospitales privados (Bernardo et al. 43). En estas alianzas los hospitales públicos pueden enviar a sus pacientes a los hospitales privados si el servicio solamente está disponible en un hospital privado y el gobierno regional paga los costos (Bernardo et al. 42). El segundo tipo son las alianzas entre los hospitales y los centros de atención primaria. Este tipo es responsable por el 16,5% de las alianzas (Bernardo et al. 44). Estas alianzas ayudan con la continuidad asistencial porque los especialistas trabajan más con los médicos de atención primaria y establecen una relación profesional y así generan confianza en los demás. En Cataluña hay mucho conflicto sobre las alianzas entre los hospitales públicos y los hospitales privados. En un artículo en *El País* la doctora Carme Borrell habla sobre el conflicto de intereses cuando un médico atiende en un hospital público y también

cobra del privado (Castedo "El hospital clínic quiere enviar a sus médicos a operar a la privada"). Castedo no piensa que sea justo para la gente de España y también piensa que es un conflicto de interés para los médicos porque los médicos también necesitan ganar dinero por sus servicios y pueden tener más motivación para cuidar a los pacientes en los hospitales privados. También este artículo habla del hecho que si el sistema público envía a sus pacientes a un hospital privado por los servicios avanzados o de especialistas nadie va a mejorar los hospitales públicos (Castedo 2). Mucha gente piensa que va a crear una sanidad para los ricos y otra para los pobres en la región (Castedo 2). Sin embargo, la Generalidad de Cataluña piensa que estos cambios pueden ayudar con el problema de las listas de espera en la región. Un ejemplo concreto es la alianza entre el hospital Clínic (público) y el hospital Sagrat Cor (privado). El Clínic derivará del Sagrat Cor intervenciones de baja complejidad de las áreas de medicina interna, neumología, aparato digestivo y también de cirugía traumatológica, vascular y general (Castedo 1). La idea es que los médicos van rotando cada pocos meses entre los dos hospitales (Castedo 1). El sistema de salud público quiere usar los hospitales privados por su sofisticación. Este tema todavía está provocando debates en Cataluña y en el futuro vamos a ver qué son los resultados.

Los dos sistemas están tratando de rectificar el problema del acceso en sus propios sistemas. En Illinois se trata de crear un sistema que permita el acceso de más gente a través de sus sistemas de Medicare y Medicaid. También en Cataluña el gobierno quiere crear un sistema más igual entre el público y el privado porque todavía existen las discrepancias entre los dos tipos de hospitales y los servicios que proveen. Quiere compartir los médicos y los recursos de los dos sistemas para aumentar la calidad del cuidado que la gente en Cataluña recibe. Además, estos cambios tratan de ampliar los sistemas y el cuidado que proveen a su gente. Estos dos sistemas de salud tienen semejanzas y diferencias y también algunas ventajas y desventajas. Los

dos tratan de servir a su propio país pero todavía hay algunos problemas al respecto. La lengua tiene un gran efecto en los dos países y afecta mucho la atención que la gente recibe en Illinois y en Cataluña.

La falta de comunicación: La lengua es un componente que afecta el cuidado de la gente que no habla el idioma principal de la región.

La comunicación o la falta de comunicación es un factor importante en el sistema de salud. Debido a muchas causas los hispanohablantes en los E.E. U.U. tienen muchas barreras al acceso del sistema de salud. Las tres barreras principales son el idioma, la falta del seguro y las diferencias culturales (Sherrill et al. 356). 12,4 millones de hispanos en los Estados Unidos reportan que hablan inglés menos de ‘muy bien’ (Sherrill et al. 358). También en una encuesta de los proveedores de la salud, el 94% dicen que la comunicación es una prioridad en la prestación de atención y están de acuerdo que las barreras lingüísticas son un gran desafío (Sherrill et al. 358). El 58% de los hispanos que hablan español no tienen un médico primario en comparación con el 29% de los hispanos que hablan inglés (DuBard 2023). También de los hispanos que hablan español más del 55% no tienen el seguro en comparación con el 23% de los hispanos que hablan inglés que no tienen seguro (DuBard 2023). En este estudio toda la gente es hispana y la única diferencia es el idioma. También esta investigación muestra que los hispanohablantes reciben menos servicios preventivos (DuBard 2023). El idioma es una barrera tan fuerte para los hispanohablantes. También debido a esta diferencia en la lengua, los médicos a veces no prestan la misma atención a los pacientes de habla español. En un estudio de Warren J. Ferguson, sus resultados muestran que los pacientes que no son competentes en inglés tienen menos probabilidad de recibir respuestas empáticas de los médicos, menos probabilidad de recibir información suficiente, y es menos probable que les animen a participar en el proceso de hacer

decisiones médicas (359). La lengua afecta al acceso de la atención médica por los hispanos incluso a veces ni buscan la atención médica por su tratamiento en el sistema.

La lengua no es sólo una barrera al acceso. También afecta a los resultados del cuidado y causa algunas disparidades entre la comunidad hispana en Illinois. En una investigación sobre los eventos adversos entre la gente que no habla inglés el 49,1% de los pacientes informa sobre eventos adversos que causan daño físico (Divi et al. 62). La mayoría de estos eventos (52,4%) ocurren por un error de comunicación (Divi et al. 62). En comparación el 35,9% de los pacientes que hablan inglés reportan eventos adversos (Divi et al. 62). Depende del clínico en sus propias interpretaciones y muchas veces los que trabajan allí ni siquiera tratan de comunicarse con el paciente que no habla inglés y esto resulta en las disparidades entre los dos grupos y resultados de salud deficientes para los que no hablan inglés. También entre la comunidad hispana hay más disparidades en los servicios preventivos. Por ejemplo, las mujeres tienen una menor incidencia de cáncer de mama, pero una tasa de mortalidad más alta debido a que su cáncer se detecta en etapas más avanzadas (Pérez-Escamilla et al. 50). La lengua crea una barrera al acceso a la atención y por eso los hispanos también tienen muchas disparidades en su cuidado. Dada la barrera de la lengua, los hispanohablantes experimentan: 1) Una falta de un médico primario; 2) Más tiempo de espera; 3) Menos propensos a tener exámenes de salud; 4) Peor estado de salud; 5) Más propensos a tener una cesárea; 6) Peores resultados entre los pacientes con diabetes; y 7) Peor control de la hipertensión (Parés-Avila et al. 163). Para eliminar algunas de estas disparidades los hospitales tratan de proveer servicios de traductores.

Categoría	Si la persona habla español	Si la persona habla inglés
Tiene un médico primario	58%	29%
Reporta un evento adverso	49,1%	29,5%

Tabla 2. Las disparidades entre las personas que hablan inglés y los que no hablan inglés

El uso de los programas de acceso al idioma en los centros de salud es obligatorio por las leyes federales y las leyes estatales, pero no hay normas que describan la calidad de acceso a idiomas y servicios de interpretación. Por eso, existen muchos tipos de servicios y maneras en que los proveedores usan los traductores. El estado de Washington es el único estado que tiene una certificación de traductores médicos (Parés-Avila et al. 162). Muchas veces la familia del paciente que habla inglés llega con el paciente a su visita para ser traductores. También hay traductores profesionales que trabajan en los hospitales o las clínicas para ayudar a la gente que no habla inglés. O también algunos sistemas utilizan un servicio de teléfono como intérprete (Parés-Avila et al. 162). También es común que los hispanos pidan a sus hijos que sean sus traductores pero tienen muchas dificultades por asuntos de confidencialidad. También hay que preguntar si es apropiado que los hijos tengan control y responsabilidad sobre el cuidado y posiblemente los resultados de la salud de sus padres (Parés-Avila 163). También en muchos casos los hospitales usan gente que ya trabaja en su centro, como las enfermeras, para ser traductores. Estas enfermeras bilingües típicamente no tienen formación como intérpretes médicos y por eso hay muchas disparidades. En una investigación del uso de las enfermeras como traductores los autores encuentran que 2/3 de los casos complicados tienen errores en comunicación u omisiones importantes en la historia clínica (Elderkin-Thompson et al. 1354). Las interacciones tienen una gran cantidad de información contradictoria o puntos confusos y las

enfermeras a menudo no transmiten el mensaje completo (Elderkin-Thompson et al. 1354). Por eso los hispanos que no hablan inglés se someten menos a la prueba de diagnóstico debido a la falta de información que el médico recibe de la comunicación verbal (Parés-Avila et al. 160). El sistema de salud en Illinois necesita poner más importancia en la formación de traductores certificados porque en un estudio de Hampers & McNulty, ellos encuentran que el uso de los traductores capacitados mejoran los resultados del paciente, la satisfacción del paciente y reduce el costo de la atención (163). Para reducir las disparidades entre la comunidad hispana es imprescindible aumentar el sistema de traducción y la manera de ayudar a la gente que no habla inglés.

En Cataluña también existe una disparidad entre la calidad de cuidado de salud relacionada con el idioma que se habla. En Cataluña hay dos idiomas oficiales: el catalán y el castellano. La gente que vive en Cataluña tiene mucho orgullo de su cultura y por eso su lengua también. Durante la dictadura del Franco los catalanes no podían hablar su propia lengua en público. Por eso, cuando la democracia regresó los catalanes pusieron mucha importancia en su lengua y otros factores que les hacían diferentes del resto de España (Woolard 38). En su libro, *Double Talk: Bilingualism and the Politics of Ethnicity in Catalonia*, Kathryn Woolard dirige una investigación sobre el uso de catalán y castellano en Barcelona y las diferencias culturales que ocurren según el uso de una lengua o la otra. En su investigación encuentra que la gente que habla catalán se asocia con un grupo económicamente dominante en Cataluña (Woolard 94). También acierta que el catalán recibe una calificación más alta en la categoría de “estado social” en comparación con el castellano (Woolard 118). Un sentido de prestigio está conectando con el idioma catalán para la gente que vive en Cataluña (Woolard 130). La autora piensa que la lengua catalana se asocia con diferencias de clase social (Woolard 142). También en su artículo el autor

Jesús Perez-Alonso comienza una discusión de catalán como símbolo de clase social. La gente más rica prefiere hablar catalán y también piensa que la gente que habla esta lengua en vez del castellano tiene más oportunidades de las personas que no lo hablan (109). Hay muchas disparidades entre la gente que habla catalán y la gente que habla castellano en la región de Cataluña.

También Elisa Roller está de acuerdo. En su artículo ella discute que el 68% de los españoles cree que la falta de conocimiento de catalán representa un obstáculo para encontrar trabajo (285). Si la gente no puede encontrar trabajo hay menos propensión a tener mucho dinero para el seguro privado. El estudio de Roller encontró que la élite de Cataluña confía en los valores culturales preexistentes para aumentar la importancia de la lengua catalana y su papel en la sociedad (274). También en otro estudio Silvio Rendon, encuentra que el catalán ha aumentado su valor económico (670). Si una persona habla catalán tiene de 2% a 6% más probabilidad de tener un trabajo (670). Una vez más, la importancia del catalán está clara porque si la gente tiene trabajo tiene más propensión a tener dinero que puede gastar en el cuidado. “The fact that Catalan continued to be used during the dictatorship, albeit informally and unofficially, by people of higher socioeconomic groups has contributed to the association of the language with economic success” (Mariottini, 135). A través de estos estudios más antiguos y más recientes, se puede ver como la lengua afecta el estado social y también como la falta de dinero afecta el acceso al cuidado.

Como la gente que habla castellano tiene la propensión de ser parte de una clase social más baja experimenta muchas disparidades del acceso de la atención médica. Por eso, esta gente no puede pagar el seguro privado y por eso no puede acceder los hospitales privados. Necesita esperar por su cuidado y no tiene el mismo acceso que la gente más rica de habla catalán.

También a causa de estas implicaciones sobre la clase social algunas personas tienen prejuicios sobre la gente que habla castellano en vez de catalán y esto puede afectar a su cuidado en el sistema (Woolard 93). Los proveedores de la salud necesitan ser conscientes de los prejuicios que existen y tratar de eliminarlos en sus propias prácticas.

En Illinois y también en Cataluña existen muchas disparidades entre el cuidado de la gente que no habla el idioma dominante de la zona. En Illinois el efecto de la lengua causa un problema de acceso y de discrepancias en la comunicación entre el médico y el paciente. Los hispanohablantes en Illinois tienen menos probabilidad de tener un trabajo si no saben inglés. Por esto los hispanohablantes tienen menos acceso al cuidado porque no tiene el seguro desde sus trabajos. La lengua afecta el sistema de salud y el cuidado que los hispanohablantes reciben. En Cataluña la lengua es una manera en que la gente trata de separar las clases sociales y debido a estas separaciones existen diferencias en el cuidado que reciben. La gente que puede pagar su cuidado tiene mejores resultados que la gente que solamente confía en el gobierno por su cuidado. Como las fuentes explican, desde la época de Franco, la gente que habla catalán tienen mucho orgullo por su lengua y su propia cultura. Además, esta lengua está conectada con la clase alta y a través de la literatura puede ver que la clase alta recibe una mejor atención en comparación con la clase baja. También, la gente que habla catalán por la mayoría está en la clase alta y por eso recibe el más alto nivel de cuidado.

Los inmigrantes: Los inmigrantes tienen muchos problemas cuando tratan de acceder el sistema de salud.

También en Illinois y en Cataluña hay muchos grupos de inmigrantes indocumentados que ahora usan los sistemas de salud establecidos. Pero cuando un inmigrante llega a su nuevo

país para mejorarse la vida mejor pero está sin papeles oficiales, es común que no tenga acceso al sistema de salud por su estado legal y la falta de ciudadanía. En los dos lugares el gobierno y la gente están tratando de eliminar las disparidades en el cuidado de los inmigrantes indocumentados pero todavía hay problemas.

Según Glanton, en Illinois 525.000 personas son inmigrantes hispanos sin documentación (1). Sin embargo, este número es una aproximación a la cantidad total de inmigrantes hispanos sin documentación porque no hay manera que el gobierno los cuente a todos porque están sin documentación. Illinois ocupa el quinto puesto entre los estados con más inmigrantes hispanos (Glanton 1). En 2011 había más de 2 millones de hispanos en total que vivían en Illinois (US Census Bureau 2011). Para este grupo de personas, hay muchos factores que afectan la atención que reciben. Se estima que un 37% de los inmigrantes sin documentación tienen seguro médico en comparación con el 79% de los ciudadanos nacidos en los Estados Unidos. Una vez más, en realidad este número representa una proporción pequeña de los inmigrantes sin documentación porque el número de los inmigrantes sin documentación no es totalmente exacto. Sin embargo, esta barrera es un gran problema para los inmigrantes porque no tienen ningún acceso al sistema de salud sin seguro. Los inmigrantes vienen a la sala de urgencias porque no tienen seguro cuando su problema puede ser resuelto por un médico primario. Además este fenómeno de la falta de seguro afecta a los hijos de los inmigrantes. Los hijos hispanos son cuatro veces más probables de tener problemas de salud en general y tres veces mayor estar sin seguro médico (Avila y Bramlett 419). También el mismo artículo dice que para la mayoría de los factores que ponen a prueba, una gran reducción de las disparidades de salud se ve cuando la lengua materna o la condición de inmigrante está controlada (Avila y Bramlett 420). Por ejemplo, en 2009, el 67% de los inmigrantes sin documentación no recibieron un chequeo de su presión arterial

mientras un 87% de los naturalizados y nacidos en el país sí hicieron esta revisión (Rodríguez 510). Es obvio que hay muchas disparidades para los inmigrantes en el sistema de salud. Una de las enfermedades comunes en la comunidad, la alta presión, no es ni siquiera chequeada dentro de la comunidad debido a su estatus migratorio. Este es algo tan simple de hacer y puede reducir la disparidad de la salud antes de convertirse en problema aún más grande. La inmigración afecta mucho el acceso de la atención para los hispanos en Illinois.

La aculturación es un tema importante cuando se trata de la inmigración, ya que puede afectar la eficacia de cómo un inmigrante se adapta a su nuevo hogar o no. La aculturación mide “the processes of change in artifacts, customs, and beliefs that result from the contact of two or more cultures” (Chun, Organista y Marín 24). Los inmigrantes hispanos con enfermedad crónica tienen un riesgo significativamente mayor de la falta de un acceso adecuado a los cuidados de la salud si tienen bajos niveles de aculturación según un estudio realizado por Rafael Pérez-Escamilla, Johnathan Garcia y David Song (7). Los inmigrantes de México tienen menos probabilidad de acceder la atención dado sus bajos niveles de aculturación porque muchos trabajan en las granjas y viven una vida muy aislada (Pérez-Escamilla et al. 4). Esta gente no experimenta la aculturación así porque por la mayoría de su vida vive con su familia y está preocupada con la necesidad de apoyar a su familia. Sin embargo, las aculturaciones paternas, o sea, cuando los padres inmigrantes se han asimilado a la nueva cultura, consistentemente se han asociado positivamente con el acceso al cuidado de la salud entre los hispanos (Pérez-Escamilla et al. 4). Por eso, la aculturación es importante en el acceso de la atención.

Con respecto a los inmigrantes y su acceso del sistema de salud, otro factor aún más importante que la aculturación es la participación “activa” del paciente. Una investigación, por Pete Cunningham, Judith Hibbard y Claire Gibbons, explica que el concepto de “patient

activation” se refiere al conocimiento, las habilidades y la confianza que la gente necesita para controlar su salud. A través de su investigación el artículo dice que si los hispanos tienen porcentajes más altos de estar sin seguro esto no muestra todas las razones por las que la gente hispana no busca servicios de cuidado (1892). El “patient activation” que está en un nivel bajo también puede ser una razón muy importante para las disparidades en acceso. El 24,8% de los hispanos están en el grupo del más alto nivel de activación (1890). En el grupo de los blancos no hispanos el 45,3% están en el grupo de más alto nivel de activación (1890). También en el artículo, “Evaluation of Patient Activation and Empowerment Intervention in Mental Health Care”, los autores descubren que después de una intervención los inmigrantes hispanos mostraron el 28% más asistencia regular para programar las visitas que el grupo sin intervención (252). La intervención se enfoca en la aculturación y el “patient activation” y produce resultados tan buenos para ganar acceso constante a la atención para los inmigrantes.

También en Cataluña hay algunas disparidades entre los inmigrantes que llegan desde otros países y regiones del estado español. Cataluña tiene casi 1.200.000 inmigrantes que llegan de América Latina, Europa del Este y África (Agudelo-Suárez et al. 1866). En Cataluña es difícil recibir la ciudadanía debido a sus leyes estrictas. Los bebés nacidos en Cataluña no reciben automáticamente la ciudadanía como en los Estados Unidos. El bebé recibe la ciudadanía de la madre y después tiene que solicitar la ciudadanía de Cataluña (CatSalut 1). En un artículo que hace comparaciones entre inmigrantes y ciudadanos y cuánto usan los servicios de salud, se ve que los inmigrantes son más propensos a utilizar los servicios de urgencias y los ciudadanos tienen más probabilidad de ir a un médico de familia o a un especialista (Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio 373). En un artículo titulado “Inmigración, salud y gestión de la diversidad” los autores investigan qué factores afectan a los inmigrantes en Cataluña. Sus entrevistas toman

lugar en los barrios del Raval y Poble Sec en Barcelona debido a su densa población inmigrante. Primero, como los inmigrantes en los Estados Unidos, existe una barrera idiomática entre los profesionales de la salud y los inmigrantes (Rodríguez-García y Espinosa 498). Esta barrera provoca un retraso en la identificación de síntomas, diagnósticos, seguimiento de los casos y cumplimiento del tratamiento prescrito por problemas de interpretación (498). Se identifican tres factores que afectan mucho el cuidado de los inmigrantes en Cataluña que incluyen: 1) las características peculiares de su lugar de origen; 2) el proceso migratorio, especialmente en el caso de la inmigración de países pobres y 3) los problemas de integración en la sociedad de acogida (la falta de la aculturación) (500). Debido a estos tres factores de los inmigrantes hay una mayor incidencia de problemas de salud relacionados con la salud sexual, reproductiva y materno-infantil y, según su país de origen, problemas con enfermedades infecciosas y parasitarias (517). Si los inmigrantes tienen trabajo pueden ganar acceso a una tarjeta sanitaria individual pero todavía hay problemas del desconocimiento del sistema y también de la discriminación dentro del sistema (518).

En el artículo, “Discrimination, Work and Health in Immigrant Population in Spain”, los autores investigan la discriminación y su efecto en los inmigrantes. En general, los inmigrantes se sienten vulnerables, sin derechos y sin el poder de resolver su situación (Agudelo-Suárez et al. 1869). Sienten la discriminación de una perspectiva social y política y también en su trabajo y las condiciones de su trabajo (1870). Los factores que afectan sus condiciones de trabajo y de vida también afectan a su salud en general. Muchas veces los inmigrantes tienen miedo de perder su trabajo y por eso no tienen días libres por enfermedad o para visitar a un médico (1871). También en general la discriminación afecta a su calidad de vida y tiene consecuencias como el estrés (que puede causar más enfermedades) y problemas con la salud mental (1871). Sin

embargo, los inmigrantes están agradecidos por la tarjeta sanitaria individual pero todavía algunos inmigrantes no tratan de acceder al sistema por el riesgo de discriminación que todavía existe (1871). Es obvio que la discriminación juega un papel en si los inmigrantes acceden al sistema de salud o no. También hay muchos riesgos que solamente afectan a los inmigrantes y necesitamos tratar estas enfermedades porque pueden afectar a la sociedad en total.

Los inmigrantes en Illinois y en Cataluña poseen muchas barreras que afectan al cuidado que reciben en sus propios lugares. En Illinois, los inmigrantes no tienen mucho contacto con los médicos por la falta del seguro y también la barrera del idioma. También, a veces los inmigrantes quieren permanecer entre su propio grupo y no tienen mucha confianza en el sistema de salud. Sin embargo, la aculturación es un tema tan importante porque cuanto más tiempo un inmigrante pasa en Illinois, más probable es que accederá al sistema de salud con mayor facilidad y éxito. En Cataluña los inmigrantes tienen acceso al sistema si tienen trabajo pero se enfrentan con mucha discriminación y por eso no buscan atención con tanta frecuencia. También, este problema afecta a los inmigrantes en todo el mundo. En un nivel global los inmigrantes no tienen el mismo acceso al cuidado y tienen más disparidades de la salud (Eckenwiler, Straehle y Chung 388). Los inmigrantes quieren ir a los países que dan muchas oportunidades, por eso todos países que reciben inmigrantes se enfrenta con tener que cuidar a los inmigrantes y concederles acceso a la atención médica. Estas disparidades no solamente afectan Illinois y Cataluña, sino muchos lugares del mundo.

En conclusión, los sistemas de salud en Illinois, EE. UU. y Cataluña, España tienen muchas diferencias fundamentales en su estructura y también en cómo el gobierno afecta el acceso a la atención, sin embargo, poseen semejanzas en las barreras que existen entre la gente que no habla el idioma principal del país y también en el tratamiento de los inmigrantes. A través

de estas comparaciones podemos ver las disparidades entre los dos sistemas de salud y cómo necesitamos cambiarlos para proveer para toda la gente. La salud es un factor importante en la vida de toda la gente sin importar su país, su lengua, su clase social o su estado legal. Toda la gente quiere recibir el cuidado igual. Muchos cambios están ocurriendo en los dos países en la dirección de proveer un acceso al cuidado más igual para todos los ciudadanos. En Illinois la Ley de la Asistencia Asequible se ampliará la cobertura del seguro y por eso se le dará a más gente acceso a la atención. También en Cataluña el gobierno trata de crear alianzas entre los hospitales para proveer la mayoría de los servicios a sus ciudadanos. Pero todavía hay muchas áreas en que los dos sistemas pueden mejorarse. En Illinois necesita enfocar en sus inmigrantes y el tratamiento de los hispanohablantes. Necesita crear un sistema de traductores certificados para ayudar a la gente que no habla inglés. Y Cataluña necesita enfocarse en un sistema sin discriminación del idioma o de la nacionalidad o la falta de la nacionalidad española. A través de la política y la voz de profesionales de salud la voz de los pacientes será escuchada y todos lucharán por el tratamiento igual de toda la gente no sólo en esto dos sistemas de salud sino en todo el mundo.

Obras citadas

Agudelo-Suárez, Andrés, Diana Gil-González, Elena Ronda-Pérez, Victoria Porthé, Gema

Paramio-Pérez, Ana García, y Aitana Garí. "Discrimination, Work, and Health in Immigrant Populations in Spain." *Social Science & Medicine* 68 (2009): 1866-874. Web.

Ahmed, SM, et al. "Barriers to Healthcare Access in a Non-Elderly Urban Poor American Population." *Health & Social Care In The Community* 9.6 (2001): 445-453. *CINAHL Plus with Full Text*. Web.

Alegria, M, et al. "Evaluation of a Patient Activation and Empowerment Intervention in Mental Health Care." *Medical Care* 46.3 (n.d.): 247-256. *Science Citation Index*. Web.

Avila, Rosa M., y Matthew D. Bramlett. "Language and Immigrant Status Effect on Disparities in Hispanic Childrens' Health Status and Access to Health Care." *Maternal Child Health* 17 (2012): 415-23. Web.

Benavent, Jaume, Concha Juan, Joan Clos, Ethel Sequeria, Núria Gimferrer, y Josep Vilaseca. "Using Pay-for-performance to Introduce Changes in Primary Healthcare Centers in Spain: First Year Results." *Quality in Primary Care* 17 (2009): 123-31. Web.

Bernardo, Merce, Jaume Valls, y Marti Casadesus. "Strategic Alliances: An Analysis of Catalan Hospitals." *Revista Panamericana Salud Pública* 31.1 (2012): 40-47. Web.

Buerhaus, P.I. "American Nurses Association Fact Sheet." *American Nurses Association*. N.p., 2011. Web.

Castedo, Antía. "El hospital Clínic quiere enviar a sus médicos a operar a la privada." *El País* [Cataluña] 20 sept. 2013: [Cataluña] 2 oct. 2103: Web.

____. "IDC Salud fichó al director del Clínic tras firmar un pacto estratégico." *El País* [Cataluña]
2 oct. 2013: Web.

____. "Los servicios privados aumentan en los hospitales públicos catalanes." *El País* [Cataluña]
15 abr. 2013: Web.

Chun, Kevin M., Pamela Organista y Gerardo Marín. *Acculturation : Advances In Theory, Measurement, And Applied Research*: Washington, D.C. : American Psychological Association, c2003., 2003. *Ames Catalog*. Web. 21 Apr. 2014.

Cohen, Larry. "The AMA Says Obesity Is a Disease. Now Can We Talk about Prevention?" *The Huffington Post*. TheHuffingtonPost.com, 19 jul 2013. Web.

Constante I Beitia, Carles. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Estadística dels Centres Hospitalaris de Catalunya, 2011: Resum de Resultats*. .Impreso.

Cunningham, Peter, Judith Hibbard, y Claire Gibbons. "Raising Low 'Patient Activation' Rates Among Hispanic Immigrants May Equal Expanded Coverage in Reducing Access Disparities." *Health Affairs* 30.10 (2011): 1888-894. Web.

Divi, Chandrika, Richard Koss, Stephen Schmaltz, y Jerod Loeb. "Language Proficiency and Adverse Events in US Hospitals: A Pilot Study." *International Journal for Quality in Health Care* 19.2 (2007): 60-67. Web.

Dorgan, Byron. *The Benefits of Health Reform In Illinois*. Rep. Springfield: Democratic Policy Committee, 2010. Impreso.

- DuBard, CA, y Z Gizlice. "Language Spoken and Differences in Health Status, Access to Care, and Receipt of Preventive Services Among US Hispanics." *American Journal of Public Health* 98.11 (2008): 2021-2028. *CINAHL Plus with Full Text*. Web. 12 mar. 2014.
- Eckenwiler, Lisa, Christine Straehle, and Ryoa Chung. "Global Solidarity, Migration And Global Health Inequity." *Bioethics* 26.7 (2012): 382-390. *CINAHL Plus with Full Text*. Web. 21 Apr. 2014.
- Elderkin-Thompson, Virginia, Roxane Cohen Silver y Howard Waitzkin. "When Nurses Double as Interpreters: A Study of Spanish-speaking Patients in a US Primary Care Setting." *Social Science & Medicine* 52 (2001): 1343-358. Web.
- Ferguson, Warren, y Lucy Candib. "Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship." *Family Medicine* 34.5 (2002): 353-61. Web.
- Gable, Lance. "The Patient Protection and Affordable Care Act, Public Health, and the Elusive Target of Human Rights." *Journal of Law, Medicine & Ethics* 39.3 (2011): 340-354. *CINAHL Plus with Full Text*. Web.
- Garrido-Cumbrera, Marco, Laia Palència, Albert Espelt, Maica Rodriguez-Sanz, M. Isabel Pasarín y Anton Kunst. "Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, Country with a National Health System." *International Journal of Health Services* 40.3 (2010): 525-42. Web.
- Generalitat de Catalunya. Departament De Salut. *Pla de Salut Territorial: Consorci Sanitari De Barcelona*. 2012. Impreso.

Glanton, Dahleen. "Illegal Immigrants Down, but not in Illinois." *Chicago Tribune* 20 Sept.

2010: Web.

Hampers, Louis C., y Jennifer E. McNulty. "Professional Interpreters and Bilingual Physicians In

A Pediatric Emergency Department: Effect on Resource Utilization." *Archives of*

Pediatrics & Adolescent Medicine 156.11 (2002): 1108-1113. *Publisher Provided Full*

Text Searching File. Web.

Hernández, Marta. "La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de

salud en cataluña." *Revista Español de Salud Pública* 84 (2010): 371-87. Web.

Hernández-Quevedo, Cristina, y Dolores Jiménez-Rubio. "A Comparison of the Health Status

and Health Care Utilization Patterns between Foreigners and the National Population in

Spain: New Evidence from the Spanish National Health Survey." *Social Science &*

Medicine 69 (2009): 370-78. Web.

"Hospital Barcelona." *Grupo Hospitalario Quirón*. 2013. Web.

Illinois. (2009). Illinois Center for Nursing. *Nursing in Illinois*. Impreso.

Illinois. (2014). Illinois Hospital Association. *Facts and Figures of Illinois Hospitals*. Impreso

Jovell, Albert, y Blendon, Robert. "Public Trust in the Spanish Health-care System." *Health*

Expectations 10 (2007): 350-57. Web.

Kullgren, Jeffrey T., et al. "Nonfinancial Barriers and Access to Care for U.S. Adults." *Health*

Services Research 47.1 (2012): 462-485. *Academic Search Premier*. Web.

- Mariottini, Laura. "José Luis Blas Arroyo. Sociolingüística del español. Desarrollos y perspectivas en el estudio de la lengua española en contexto social." *Spanish In Context* 9.1 (2012): 133-138. *Academic Search Premier*. Web. 12 Mar. 2014.
- Mayolas, Enric. Generalitat de Catalunya. Departament De Salut. *From the Catalan Model of Health to the Catalan Healthcare System*. 2012. Impreso.
- Nix, Naomi. "Report: Illinoisans Living Longer but Are More Obese." *Chicago Tribune* 11 July 2013: sección etc. Impreso.
- O'Connor, Jean, C., et al. "Paying For Prevention: A Critical Opportunity For Public Health." *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.(2013): 69-72. *CINAHL Plus with Full Text*. Web.
- Parés-Avila, José, Mary Sobralske y Janet Katz. "No Comprendo: Practice Considerations when Caring for Latinos with Limited English Proficiency in the United States Health Care System." *Hispanic Health Care International* 9.4 (2011): 159-67. Web.
- Perez-Alonso, Jesús. "Catalan- an Example of the Current Language Struggle in Spain: Sociopolitical and Pedagogical Implications." *International Journal of the Sociology of Language* 21 (1979): 109-25. Web.
- Pérez-Escamilla, Rafael, Jonathan Garcia, y David Song. "Health Care Access Among Hispanic Immigrants: Alguien está escuchando? [Is Anybody Listening?]." *NAPA Bulletin* 34.1 (2010): 47-67. Web.
- Rendon, Sílvio. "The Catalan Premium: Language And Employment In Catalonia." *Journal of Population Economics* 20.3 (2007): 669-686. *Academic Search Premier*. Web. 21 Feb. 2014.

- Rodríguez-García, Dan, y Teresa San Román Espinosa. "Inmigración, salud y gestión de la diversidad: Presentación y avances presliminaries de un proyecto en barrios de Cataluña. (Spanish)." *AIBR. Revista De Antropología Iberoamericana* 2.3 (2007): 489-520. *Academic Search Premier*. Web. 7 Oct. 2013.
- Rodríguez, Michael, Arturo Bustamante, y Alfonso Ang. "Perceived Quality of Care, Receipt of Preventive Care, and Usual Source of Health Care among Undocumented and other Latinos." *Journal of General Internal Medicine* 24 (2009): 508-13. Web.
- Roller, Elisa. "When Does Language Become Exclusivist? Linguistic Politics In Catalonia." *National Identities* 4.3 (2002): 273-289. *Academic Search Premier*. Web. 22 Feb. 2014.
- Ross, Christopher J., Bill Richardson, y Begoña Sangrador-Vegas. *Contemporary Spain*. London: Hodder Education, 2008. Impreso.
- Schulte, Margaret F. *Healthcare Delivery in the U.S.A.: An Introduction*. Boca Raton: CRC, 2009. Impreso.
- Sherrill, Windsor, Linda Crew, Rachel Mayo, William Mayo, Brooke Rogers, y Donna Haynes. "Educational and Health Services Innovation to Improve Care for Rural Hispanic Communities in the US." *Education for Health* 18.3 (2005): 356-67. Web.
- Shi, Leiyu, y Douglas A. Singh. *Essentials of the US Health Care System*. Sudbury, Mass. Jones and Bartlett, 2010. Impreso.
- Sultz, Harry A., y Kristina M. Young. *Health Care USA: Understanding Its Organization and Delivery*. Sudbury, Mass. Jones and Bartlett, 2009. Impreso.

US Census Bureau. "New Americans in Illinois." *Immigration Policy Center*. American Immigration Council, 11 Jan. 2013. Web. 27 Feb. 2014.

Woolard, Kathryn Ann. *Double Talk: Bilingualism and the Politics of Ethnicity in Catalonia*. Stanford, CA: Stanford UP, 1989. Impreso.