

Octubre
2003



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Quaderns de la bona praxi

*Els immigrants
i la seva salut*

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL

DE METGES
DE BARCELONA

16



Redacció

Experts redactors d'aquest quadern

Coordinació: **Xavier Balanzó.** Doctor en medicina i cirurgia, especialista en medicina intensiva. Cap de Servei de Medicina Intensiva (UCI). Hospital de Mataró.
Maria Teresa Faixedas. Metge especialista en medicina preventiva i salut pública. Regió Sanitària Girona del Servei Català de la Salut.
Rafel Guayta. Metge especialista en medicina preventiva i salut pública. Coordinador d'atenció sanitària a la població immigrant a Catalunya. Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional

Joseba Achotegui. Psiquiatra. Director SAPPPIR. **Roger Bruguera.** Advocat. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Anna Cabot.** Metge. S. Pediatria. Hospital de Mataró. **Susanna García.** Metge. EAP Raval Sud. CAP Drassanes. **Joaquim Gascón.** Metge. Hospital Clínic. Barcelona. **Josep M Jansà.** Metge. Agència de Salut Pública de Barcelona. **Mònica Navarro.** Advocada. Universitat de Barcelona. **Carme Ollé.** Ginecòloga. SASSIR Raval Sud, IMAS, Barcelona. **Judith Pertíñez.** Metge. EAP Raval Sud. CAP Drassanes.

Equip consultiu

Xavier Allué. Pediatre. Cap de servei de Pediatria de l'Hospital Joan XXIII. Tarragona. **Estanislao Alonso.** Metge. Responsable de l'atenció a la diversitat de l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional.
Gemma Binefa. Registre de casos de sida. CEESCAT. **Miquel Bruguera.** President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. **Núria Busquets.** Metge. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. **Neus Camps.** Metge epidemiòleg. Delegació Territorial de Sanitat a Girona. **Amèlia Capitán.** Infermera. EAP Raval Sud. CAP Drassanes. **Elias Casals.** Odontòleg. Programa de Salut Bucodental del Departament de Sanitat i Seguretat Social. **Miquel Casas.** Psiquiatre. Cap de la Universitat de Psiquiatria de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona. **Josep Maria Comelles.** Psiquiatre. Catedràtic del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili. **Manel Corachán.** Metge. Cap de la Unitat de Malalties Tropicals de l'Hospital Clínic de Barcelona. **Jesús Edison.** Agent de la Salut. Unitat de Malalties Tropicals i Importades. CAP Drassanes. **Josep Lluís Fernández.** Metge. ABS La Roca. CHC. La Roca del Vallès. **Montse Figuerola.** Metge. Directora assistencial dels Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE). **Vicky Fumadó.** Pediatre. Hospital St. Joan de Déu. Barcelona. **Eva Gallofré.** Pediatre. EAP Raval Sud. CAP Drassanes. **Pere Godoy.** Metge. RS Lleida. **Jordi Gómez.** Metge. U. Malalties Tropicals i Importades. **Adriana Kaplan.** Antropòloga. Universitat Autònoma de Barcelona. **Xavier Majó.** DSSS. Direcció General de Drogodependències i Sida. **Laura Mascarella.** Antropòloga. **Rosa M. Masvidal.** Pediatra, ABS Raval Nord. Barcelona. **Abdou Mawa.** Agent de salut. Unitat de Malalties Tropicals i Importades. CAP Drassanes. **Raisa Morales.** Metge. Atenció al viatger. Unitat de Malalties Tropicals i Importades. CAP Drassanes. **Roser Navarro.** Infermera. Unitat de Malalties Tropicals i Importades. CAP Drassanes. **Llorenç Oliver.** Advocat. Secretaria per la Immigració, Departament de Presidència. **M.Teresa Pascual.** Metge. COMG-Ajuda. Col·legi Oficial de Metges de Girona. **Pere Plaja.** Pediatre. Hospital de Palamós. **Josep A. Pujante.** Metge. Cooperació Internacional. Institut Català de la Salut. **Èrika Ríos.** CEESCAT. **Amparo Romaguera.** CEESCAT. **Marisa Ros.** Infermera. **Enric Rovira.** Metge especialista en medicina preventiva i salut pública. Regió Sanitària Tarragona, Servei Català de la Salut. **Pepa Sardanés.** Metge. ABS Olot. Institut Català de la Salut. **Imma Sau.** Pediatra. EAP Olot. **Lluís Valerio.** Metge. Salut Internacional. Àmbit de Gestió Barcelonès Nord i Maresme. Institut Català de la Salut. **Oriol Vall.** Pediatre. Cap del Servei de Pediatria. Hospital del Mar. Barcelona. **Nadette Viñamata.** Metgessa. ABS Banyoles. Institut Català de la Salut. **Cristina Visiers.** DSSS. Direcció General de Drogodependències i Sida.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional.
Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Coordinació: Alex Ramos Torre **Secretaria:** Lydia Camats Garcia

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, constituïda com una eina de formació continuada que ajudi a assolir un comportament professional d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans en les àrees temàtiques tractades. Contribueix, per tant, a la formació i al desenvolupament professional continu dels metges.

<i>1. Introducció i epidemiologia</i>	<i>4</i>
<i>2. Immigració i condicionants de salut</i>	<i>4</i>
<i>3. Salut i immigració a Catalunya</i>	<i>5</i>
<i>4. Factors que influeixen l'estat de salut del col·lectiu d'immigrants i la seva assistència</i>	<i>13</i>
<i>5. Salut mental i immigració</i>	<i>16</i>
<i>6. L'atenció primària davant del fenomen de la immigració</i>	<i>18</i>
<i>7. L'atenció especialitzada</i>	<i>21</i>
<i>8. La mediació intercultural, eina indispensable per a l'atenció a l'immigrant</i>	<i>23</i>
<i>9. Aspectes mèdicolegals de la immigració</i>	<i>24</i>
<i>10. Recomanacions generals per a l'atenció sanitària en el marc de la diversitat</i>	<i>27</i>
<i>11. Bibliografia</i>	<i>28</i>

Introducció i epidemiologia

1

La immigració produïda per causes econòmiques constitueix una realitat que des de l'any 1999 ha experimentat un creixement exponencial en el conjunt de l'estat Espanyol i de manera especial en territoris com Catalunya. La persona que inicia un procés migratori per necessitats econòmiques ha d'afrontar diversos reptes que representen un gran esforç en tots els àmbits de la seva vida; l'immigrant arriba al seu destí (realitzant sovint estades en països intermedis) amb un patrimoni de salut que pot perdre progressivament en funció de les situacions que hagi d'afrontar.

Les dades publicades per la Delegació del Govern per a l'Estrangeria i la Immigració a 31 de desembre de 2002 apuntaven que el nombre total de residents estrangers en situació regularitzada en el conjunt de l'Estat era de 1.324.001 persones (210.000 més que l'any 2001), de les que 461.628 procedien de la Unió Europea, i 839.714 eren d'origen extracomunitari. La població estrangera regularitzada representaria el 3,2% de la població de l'Estat, dels que el 65% serien extracomunitaris. Assumint l'existència d'un considerable nombre d'individus que es troben en situació no regularitzada, la proporció d'immigrants en el conjunt del país, se situaria probablement en acabar l'any 2002

per damunt del 4% del conjunt d'habitants de l'Estat.

Pel que fa a Catalunya, segons les mateixes fonts d'informació i període de temps que pel conjunt de l'estat, el total d'immigrants regularitzats seria de 328.461 persones (5% del conjunt de la població), on si s'estima el possible impacte de la població no regularitzada la xifra podria situar-se en torn al 7%. A la ciutat de Barcelona la població immigrant estrangera, representava el 10,7% dels residents segons les dades del Padró Municipal d'habitants, en torn al 12% si es comptabilitzen els no empadronats (la regularització no és un requisit necessari per ser inclòs en el Padró). En el districte de Ciutat Vella, de la ciutat de Barcelona, la població estrangera se situaria en aquest mateix període, en torn al 35% del total d'habitants del districte.

D'altra banda, cal assenyalar que malgrat el creixement migratori a l'Estat espanyol va ser l'any 2001 el més elevat de la Unió Europea (24 % del total de migracions rebudes). Les xifres d'immigrants residents a l'Estat encara no han assolit les de països com Holanda o Suècia, on al desembre de l'any 2000 les persones nascudes a l'estranger representaven el 9 % i l'11,3 % del total de les poblacions respectives.

Immigració i condicionants de salut

2

Ha estat abastament descrita l'existència de desigualtats en salut i en l'accés i utilització dels serveis en funció del país d'origen (Jansà i Borrell, 2002; Sundquist, 2001). Concretament, la immigració de tipus econòmic ha estat relacionada amb un pitjor accés als serveis de salut, fet que no s'explica només pel seu menor nivell social i econòmic (Stronks i col, 2001).

Així, alguns indicadors permeten obtenir aproximacions sobre la mesura de les desigualtats en salut dels immigrants estrangers.

Els paràmetres fonamentals a tenir en compte en una primera etapa del procés migratori es resumirien en tres situacions relacionades amb l'estat de salut:

- a** les particularitats de la zona d'origen que, en general, cal entendre com a diferències (hàbits dietètics, característiques fisiològiques, trets culturals, diferències climatològiques i de l'ecosistema...) i no tant com a desigualtats,
- b** les conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre els països (major prevalença d'algunes malalties infeccioses, dèficits en salut bucodental, pautes incompletes de vacunació, analfabetisme, etc.) i
- c** els trastorns vinculats al procés migratori (desnutricions o deshidratacions, esgotament físic i emocional, estrès, depressions,...).

En una segona etapa en el procés d'adaptació a la nova situació, poden aparèixer alteracions relacionades amb deficiències socials i econòmiques i limitacions en l'accés o l'ús dels serveis de salut (evolució a malalties d'infeccions latents com la tuberculosi, trastorns relacionats amb dèficits o descompensacions nutricionals, compliment de tractaments farmacològics, visites de control de l'embaràs, trastorns psicoafectius...).

Una vegada l'immigrant es troba instal·lat en la nova realitat, si no s'ha instituït una situació de desigualtat social i econòmica, s'identifica amb el que va assimilant i tendeix a igualar-se en molts aspectes a la població del país (com per exemple la utilització dels recursos de salut, els patrons de morbiditat o les activitats preventives). En el cas de l'Estat espanyol, el manteniment de desigualtats socials, econòmiques i de salut presenta un risc especial, ateses les peculiaritats de la Llei d'estrangeria que determina que persones amb llargs períodes de residència en el país, fins i tot superiors a 10 anys, puguin trobar-se en situació administrativa irregular havent passat per etapes de regularització prèvia, fet insòlit en la pràctica totalitat de països occidentals. Aquesta situació ve determinada per la vinculació del permís de residència al permís de treball, de manera que si es perd la feina es pot perdre el dret a viure al país, havent de començar de nou els tràmits administratius de la regularització.

Diversos autors han estimat que poden haver-hi diferències en la taxa de mortalitat per algunes patologies en els col·lectius immigrants respecte a la població autòctona, lligades a causes diferents com el propi fet migratori, les inequitats en l'accés al sistema de salut (Westerling R, Rosen M. Avoidable mortality among immigrants in Sweden. *Eur J Public Health* 2002;12(4):279-86), les característiques socials i demogràfiques dels col·lectius immigrants (Brimbe-

combe N, Dorling D, Shaw M. Migration and geographical inequalities in health in Britain. *Soc Sci Med* 2000; 50(6):861-878) o la diferent prevalença d'alguns estils de vida que poden considerar-se factors de risc; però l'evidència científica disponible no és concloent, sobretot a causa dels diferents enfocaments en els indicadors de les variables lligades al fet migratori, com el país de procedència, el temps que fa que resideixen en els països d'acollida, la situació econòmica, etc. Això fa que calgui estandarditzar les diferents fonts estadístiques nacionals i àdhuc comunitàries (Rommel A, Weilandt C. Health monitoring of the migrant population in Northrhine-Westphalia, Germany. Experiences, implications, and perspectives. *Croat Med J* 2002, Apr;43(2)174-178).

Alguns autors conclouen que les diferències que s'observen en la supra o infamortalitat entre els diferents col·lectius d'immigrants i la població autòctona tendeixen a igualar-se a mesura que augmenta el temps de residència dels nousvinguts en les societats d'acollida. Les principals diferències es trobarien en les malalties neoplàsiques, les cardiovasculars, les respiratòries, les malalties transmissibles, els accidents i les derivades dels estils de vida (Singh GK, Siahpush M. Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases *Hum Biol* 2002 ;74(1):83-109; Morales LS, Lara M, Kington RS, Valdez RO, Escarce JJ. Socioeconomic, cultural, and behavioral factors affecting hispanic health outcomes. *J health Care Poor Underserved* 2002; 13(4):477-503).

A Catalunya, en aquests moments, no disposem d'estudis de base poblacional que tinguin en compte les variables lligades al fet migratori per analitzar els patrons de morbi-mortalitat.

Salut i immigració a Catalunya

3

A Catalunya les primeres experiències en l'àmbit de la immigració i la salut s'iniciaren a l'hospital de Mataró a principis de la dècada dels vuitanta (Balanzó i col, 1984), a partir d'un procés d'adaptació dels recursos disponibles a les noves necessitats que plantejaven les comunitats africanes (Senegal, Gàmbia, ...) que s'instal·laven en el Maresme. A Barcelona, la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de l'Institut Català de la Salut ubicada en el districte de Ciutat Vella, tot i plantejar-se com a centre especialitzat en patologia tro-

pical per al conjunt de la població (viatgers, cooperants, estrangers...) va esdevenir sobretot en les dècades dels 80 i dels 90 el servei d'atenció primària per excel·lència de les poblacions immigrades que residien en la zona (Bada i col, 1987) i un bon centre de proves per reflexionar sobre les repercussions i necessitats socials i sanitàries dels immigrants estrangers a l'Estat espanyol (Bada i Bada, 1996). Altres iniciatives sorgides des de diversos entorns, com l'Hospital d'Olot (Teixidor i col, 1993), el Centre d'Atenció Primària de Salt (Jaumà i

Viñamata, 1994) d'on va sorgir un protocol d'actuació per l'atenció primària a l'immigrant subsaharià, el dispensari de Minories Ètniques de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (Castells, 1993) o el dispensari d'Orientació i Planificació Familiar Erasme Janer (Oller i col, 1992) han possibilitat que, quan el fenomen migratori ha passat a assolir una magnitud que comença a aproximar-se a la dels nostres veïns europeus, disposéssim ja dels referents tècnics sobre les eines per afrontar la nova realitat migratòria.

El Pla de Salut 1993-95 ja considerà el grup de població immigrant a Catalunya com d'especial interès sanitari pel context polític, social, econòmic, cultural, laboral i legal que determina la presència de problemes específics de salut, d'estils de vida i d'utilització de serveis. És per això que va proposar un conjunt de línies d'actuació per a la millora de l'atenció a la població immigrant estrangera a Catalunya. Des de llavors, les diferents edicions del Pla de Salut, tant a nivell del CatSalut com de les diferents Regions Sanitàries, han proposat objectius específics segons la seva realitat. El recent Pla de Salut 2002-2005 contempla el fet migratori en l'àmbit de la salut en cada un dels problemes de salut prevalents, des d'una visió integradora¹.

Des de l'any 2000, aspectes com el de l'accés als serveis de salut de la xarxa pública han estat resolts mitjançant l'accés a la Targeta Sanitària Individual per al conjunt de la població immigrada, independentment de la seva situació administrativa. L'any 2001 amb el Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004 es concreten els eixos de les polítiques migratòries en matèria de salut a Catalunya². La creació de l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional (Ordre 187/2003, de 28 d'abril) dota el Departament de Sanitat d'un òrgan que coordini les iniciatives diverses i dirigeixi aquestes polítiques.

¹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Plans de Salut de Catalunya.

<http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalat>

² Pla Interdepartamental d'Immigració.

<http://www.gencat.net/presidencia/immigracio>

3.1

Salut percebuda i salut mental

En un estudi realitzat a Barcelona l'any 1997 (De Andrés i col, 2002) en població marginal es va detectar que el 48 % dels homes immigrants, i el 65,7 % de les dones declaraven un estat de salut regular, dolenta o molt dolenta, xifres superiors a les obtingudes en població general en el mateix territori (20 % dels homes i 29 % de les dones de 14 anys o més en l'enquesta de

salut de Barcelona de 2000). En relació amb la salut mental, es detectaven puntuacions del qüestionari que denotaven pitjor salut mental en el 28 % dels immigrants. Aquest mateix estudi destacava en un 52 % dels immigrants una elevada utilització dels serveis de salut (visita al metge en el darrer mes) i un elevat nombre de trastorns crònics, entre ells les depressions declarades en un 58 % dels casos, el mal d'esquena en un 33 % i la migranya en un 37 % (prevalences també molt més altes que les de la població de Barcelona).

La salut mental ha estat considerada des de fa anys com un dels elements fonamentals a considerar en l'anàlisi de la salut de les poblacions immigrades (Tizón, 1989). Revisions bibliogràfiques conclouen que la immigració no produiria per ella mateixa un increment del risc de patir malalties mentals, sinó que les alteracions en aquest àmbit es vincularien sobretot a les experiències d'adaptació patides durant el procés migratori (Cervantes i col, 1989), no obstant això, en aquest quadern es fa èmfasi que la immigració suposa en el camp de la salut mental un complex conjunt de riscos, beneficis i pèrdues, essent aquest fet el que s'anomena dol migratori.

3.2

Salut maternoinfantil

3.2.1. Natalitat, baix pes al nèixer i prematuritat i utilització de serveis obstètrics

A Catalunya, en l'anàlisi específica de les estadístiques vitals pels immigrants estrangers, de l'any 2001, s'observa que la natalitat d'aquest col·lectiu, quan els dos pares són d'origen estranger, representa el 8,1% de tots els naixements. Més del 50% d'aquests naixements són de progenitors procedents dels països del Magrib (37%), de Centre-Amèrica i Amèrica del Sud (9%), de la zona subsahariana (6,8%) i de la Xina (5,3%).

La distribució de naixements de fills de pares immigrants, no és uniforme en tot el territori català, tant pel que fa al nombre com a la nacionalitat dels pares. Així per exemple, mentre que a la Catalunya central s'aproxima a la mitjana del país, Girona la sobrepassa per la banda alta amb un 15,4%, mentre que a les terres de l'Ebre està per sota de la mitjana amb un 7,7% igual que la regió metropolitana de Barcelona amb un 7,3%. La proporció més baixa correspondria al Camp de Tarragona amb un 6,8% i a l'Alt Pirineu amb un 6,3%. Per contra, en el districte de Ciutat Vella de la ciutat de Barcelona, s'observen elevats percentatges de mares d'origen estranger (31% l'any 2001) amb una marcada tendència creixent. Aquesta tendència s'evidencia

en aspectes com el fet que a l'Hospital del Mar s'hagi augmentat en un 60% el nombre de parts ateses, dels quals el 40% correspondrien a fills de mares immigrants, essent les agrupacions de països d'origen més freqüents les procedents de Centre-Amèrica i Amèrica del Sud, Europa i països desenvolupats, seguides dels països del Magrib (essencialment Marroc i Algèria). Si prenem l'exemple de la comarca del Maresme, a l'Hospital de Mataró a l'any 2002 el 20% dels naixements van ser fills d'immigrants, corresponent el 58% del Marroc, i un 12% de l'Àfrica.

Aquesta mateixa anàlisi de natalitat destaca que les mares nascudes en el continent Africà excloent el Magrib i la Vall del Nil, presenten una proporció més elevada de naixements de baix pes i pre-terme, en relació tant amb al conjunt de mares d'origen estranger, com en relació amb les originàries de l'Estat espanyol.

Quant a l'accés als serveis obstètrics, s'han observat diferències entre la població immigrant i l'autòctona a causa de la seva marcada diferència d'edat i a la seva major taxa de fecunditat. Així, en un estudi realitzat a l'Hospital del Mar de Barcelona (Cots i col, 2002) s'apreciava que el 33 % dels ingressos havien estat parts i el cost mitjà de les altes d'immigrants de països de baixa renda (valorat en consum d'estades hospitalàries) havia estat un 30 % menor que el de la resta d'altes. Es determinava també que una vegada ajustades l'edat, la patologia i la severitat, el consum d'estades de la població immigrant havia estat significativament menor xifrant-se aquesta diferència en un 5 % quan tant sols s'ajustava per patologia i en un 10 % quan eren considerats tots els factors. Sobre

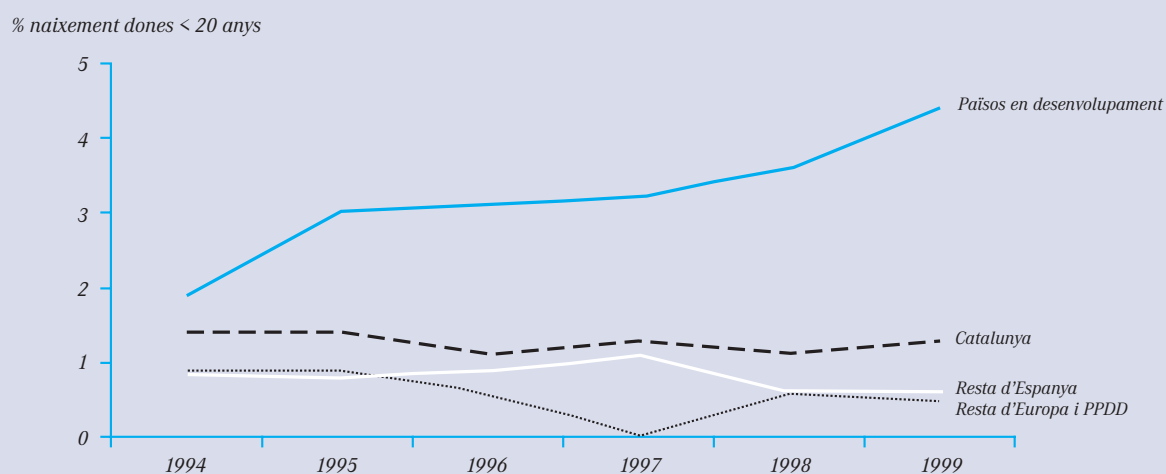
la base d'aquests resultats, els autors de l'estudi consideraven que les diferències venien marcades per l'edat i les diferències socioculturals.

3.2.2. Embaràs adolescent. Interrupció voluntària de l'embaràs

En l'àmbit de la salut materna i infantil, l'anàlisi de l'evolució de l'embaràs adolescent permet una aproximació al coneixement d'un dels aspectes en els que s'aprecia una divergència en les tendències entre la població autòctona i la població immigrant. Segons dades de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (Pasarín i Salvador, 2001) en el període 1994 – 1999 es varen produir 920 naixements en mares entre 15 i 19 anys, 161 dels quals (17,5 %) eren de mares que el seu país d'origen no era l'Estat espanyol. D'aquests, un 93 % eren de dones nascudes en països en desenvolupament, únic grup que incrementava la seva contribució percentual al llarg del període (figura 1). La proporció es diferent segons el país d'origen.

Donat que en el registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) no es recull ni la nacionalitat ni el país de naixement de la dona, no és possible conèixer quin és l'impacte de la immigració en aquest grup d'embarassos, ni per tant en el global d'embarassos. Tot i així, segons dades del Programa d'atenció a la maternitat a risc portat a terme per l'Associació Salut i Família, a tot Catalunya, de les 2.578 dones ateses en el subprograma de finançament de la IVE l'any 2000, el 40 % eren dones estrangeres. L'any 1992 aquest

Evolució de la proporció de naixements de dones adolescents sobre el total de naixements segons lloc de naixements de les mares. Barcelona 1994-1999.



Font: Pasarín i Salvador, 2001

Figura 1

percentatge era del 17 % (sobre un total de 718). Aquest increment es deu principalment a dones procedents de Perú, Equador, Marroc, Colòmbia, República Dominicana i Filipines (Pasarín i Salvador, 2001).

3.3

Vacunacions

En un estudi realitzat a Barcelona en fills de dones d'origen filipí, amb anterioritat a l'increment migratori actual (Ganduxer i Villalbí, 1993), es va detectar que les cobertures vacunals d'infants d'entre dos i tres anys eren del 68% per al xarampió, rubèola i parotiditis, del 52 % amb quatre dosis contra la poliomielitis, diftèria i tètanus i del 69,5 % amb quatre dosis contra la tosferina, quan les xifres pel conjunt de la ciutat per aquestes vacunes eren superiors al 90 %. En els infants i joves filipins d'entre 6 i 14 anys, aquestes cobertures eren encara molt inferiors. Tot i així, és possible que les cobertures reals fossin més elevades ja que hi pot haver manca d'enregistrament de les dades en els carnets de vacunacions. Amb la implantació de la reforma de l'atenció primària en les zones de major impacte migratori a Barcelona, aquestes dades s'han modificat substancial i favorablement.

Pel que fa a l'hepatitis cal esmerçar la vigilància (Bruguera M, 2001). En aquesta línia un estudi realitzat sobre una mostra de 1324 escolars, per tal d'avaluar la prevalença de la infecció pel virus de l'hepatitis A, B i C en la població escolar entre 6-15 anys (Plans P., Salleras Ll. 2003. [en premsa]), es va demostrar que la prevalença de la infecció per VHA i VHB era major en els escolars immigrants, per la qual cosa constitueixen un grup prioritari per a les intervencions de prevenció i control de les hepatitis, sobretot perquè els portadors crònics del VHB poden transmetre la infecció als individus susceptibles i mantenir la circulació del VHB a Catalunya. D'altra banda l'esmentat estudi constata l'efectivitat dels programes de vacunació contra l'hepatitis A i B iniciats els anys 1991 i 1998, respectivament, tant en els escolars nascuts a Catalunya com entre els d'un altre país o regió d'origen.

3.4

Salut bucodental

Algunes de les dades disponibles sobre aquest aspecte apunten que la salut bucodental és una altra de les grans mancances en la salut dels infants immigrants estrangers (Serra ME, 1999). En aquest sentit, en el XVI Congrés d'Atenció Primària de l'Associació Catalana de Medicina Familiar i Comunitària es recollien experiències de centres d'atenció primària en els que destacaven que els casos de càries en alguns col·lectius

d'infants immigrants marcaven un canvi en la tendència descendent de la càries en el nostre medi (Navarro, 2001). Altres treballs, que també han abordat aquesta qüestió identifiquen dèficits en la higiene dental en alguns infants immigrants (Puy, 2002) així com alteracions en els seus hàbits alimentaris. (Serra, 1999). Un estudi realitzat a les escoles de l'ABS Palafrugell, en el període corresponent als anys 1997 fins el 2001 mostrava resultats significatius pel que fa a un consum més elevat de sucres entre els immigrants, una menor pràctica del raspallat i índex CAOD i COD més desfavorables (Caro, AJ. Congrés Nacional de la Societat Espanyola de Salut Preventiva Oral, SESPO. Barcelona 2002).

3.5

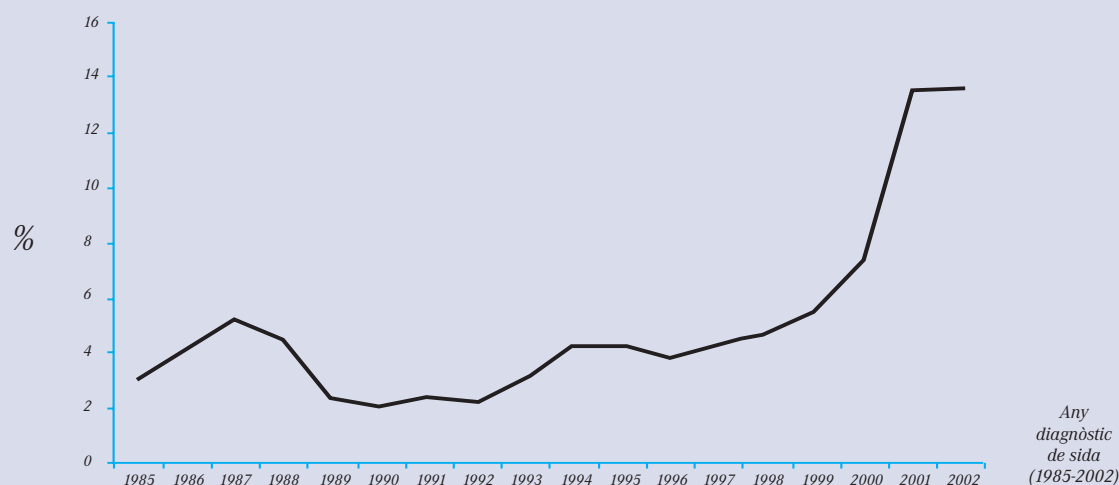
Infecció per l'HIV i la Sida

Les malalties de transmissió sexual (MTS), la infecció per VIH i d'altres per conductes de risc són un problema que preocupa els professionals sanitaris i responsables de salut. Els immigrants constitueixen un grup especialment susceptible; en aquest sentit tenen la possibilitat d'adquirir la infecció per transmissió vertical, per pràctiques de risc (escarificacions, prostitució, mutilacions genitals, etc.) o per la possible importació per part d'aquests col·lectius (Savall i cols 1987, 1990, 1992; Soriano i cols 1989, 1993).

A l'Estat espanyol s'ha descrit que, malgrat que la proporció de casos de sida notificats en persones d'origen estranger ha estat relativament baixa, en els darrers anys s'observa un nombre creixent de notificacions entre persones d'altres països i especialment entre les d'origen africà i portuguès (Castilla i col, 2000). En el mateix període la proporció de persones diagnosticades de sida de procedència estrangera va ser del 14%. Entre els diagnòstics d'infecció de persones immigrants destaca en un 81% dels casos la transmissió per via sexual (homosexual o heterosexual) com la forma més freqüent de contagi (Romaguera A, Ríos E, Gimenez A. Med Clín (Barc), 2003 (en premsa). La **figura 2** mostra l'evolució del percentatge de casos de sida en els immigrants a Catalunya. Aquesta mateixa tendència s'observa a Catalunya; així, dels 1.168 nous casos diagnosticats d'infecció per VIH a la fi de l'any 2002, un 23,6% eren detectats en persones procedents de països diferents de l'Estat Espanyol. D'aquests, el 44% provenien de Llatino-amèrica i Carib, un 30% de l'Àfrica Subsahariana i un 6% de Rússia.

Pel que fa als 5.418 casos de sida declarats a Barcelona des de l'inici de l'epidèmia fins al 31 de desembre de l'any 2001, en persones majors de 18 anys que residien a la ciutat, 215 (3,9 %) eren immigrants procedents de països de baixa renda (PBR) i 79 (1,5

Evolució del percentatge d'immigrants entre els casos de sida a Catalunya (1985-2002)



Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya. CEESCAT, 2002

Figura 2

%) de països de renda elevada (PRE) (World Bank 2002) (García de Olalla, 2002 figura 3). Si durant el període 1988-1998 menys d'un 5% dels casos de sida es presentaven en persones amb nacionalitat estrangera, aquesta proporció s'ha incrementat en els últims anys, arribant al 10 % en el període 1999-2001.

3.6

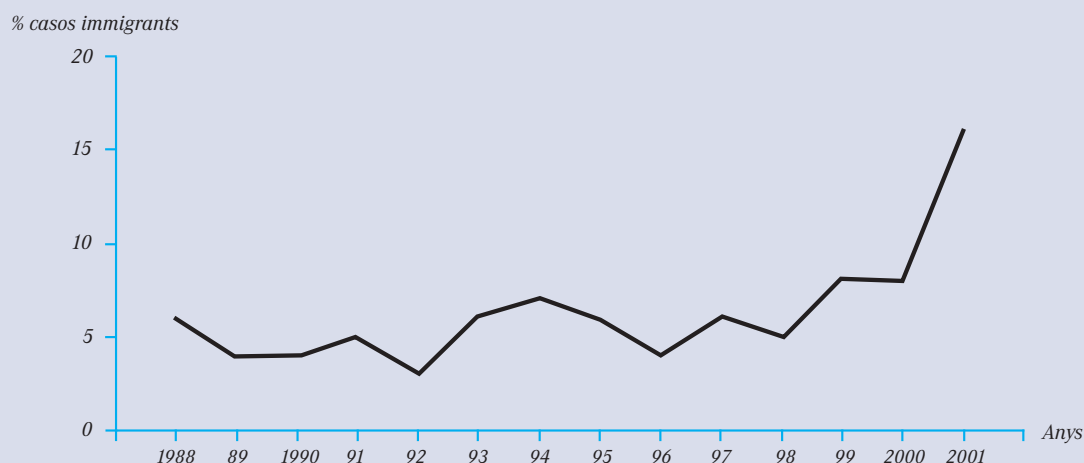
Drogodependències

El consum de drogues entre els immigrants a Catalunya és encara poc conegut. Malgrat l'assumpció que es fa

sovint entre els immigrants i els membres de minories ètniques presenten taxes més elevades de consum de drogues, la literatura científica mostra resultats contradictoris que a vegades corroboren i d'altres desmenteixen aquesta hipòtesi. Els factors estressants de la immigració, el context cultural de la societat d'origen i la d'acollida, els processos d'aculturació o adaptació al país d'acollida, la identitat cultural o identificació amb el seu propi grup, i fins tot els factors biològics influeixen en el consum i la dependència de substàncies.

El sistema d'informació de drogodependències de

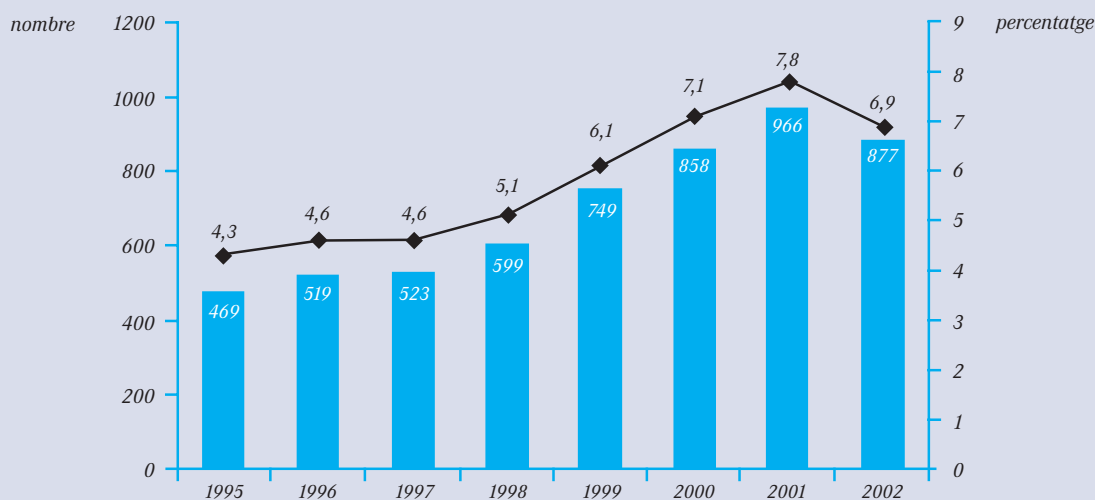
Evolució dels casos de sida en immigrants estrangers (percentatge sobre el total de casos). Barcelona 1988-2001



Font: García de Olalla i col, 2002.

Figura 3

Nombre i percentatge de nascuts a l'estranger que inicien tractament a la XADC (1995-2002)



Font: Sistema d'Informació sobre drogodependències de Catalunya

Figura 4

Catalunya recull les dades de les persones nascudes a l'estranger que inicien tractament, però aquestes no reflecteixen necessàriament el problema real de consum de drogues entre els immigrants. Com s'ha vist a altres països, la presència de problemes de drogodependències de les minories ètniques pot estar esbiaixada per les barreres que dificulten l'accés als recursos.

Tenint en compte aquestes consideracions, podem seguir l'evolució de les persones nascudes a l'estranger (que no han de ser necessàriament estrangers, cal recordar-ho) que s'incorporen als serveis d'assistència i tractament de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD). Coincidint amb l'augment registrat de la presència d'immigrants a Catalunya als darrers anys, observem un augment continuat tant en nombre absolut com relatiu dels 469 usuaris l'any 1995 (el 4,3 % de la població total) als 966 el 2001 (7,8 %), i un lleu descens l'any 2002, en què els nascuts a l'estranger passen a ser 877, el 6,9 % del total (figura 4).

La distribució per droga principal ens mostra com, entre els nascuts a Espanya, l'heroïna disminueix més que entre els nascuts a l'estranger. En el primer cas, passa del 44 % l'any 1995 al 19 % el 2002 i, en el segon, del 49 % al 34 %. En canvi, l'evolució de l'alcohol és similar en ambdós casos, augmentant progressivament per arribar a ser, per primer cop, la droga principal més freqüent també en els nascuts a l'estranger (figura 5). Per grups de països, l'alcohol és la més freqüent en tots excepte l'Àfrica Subsahariana, destacada especialment entre els llatinoamericans, on concentra el 66% dels inicis de tractament.

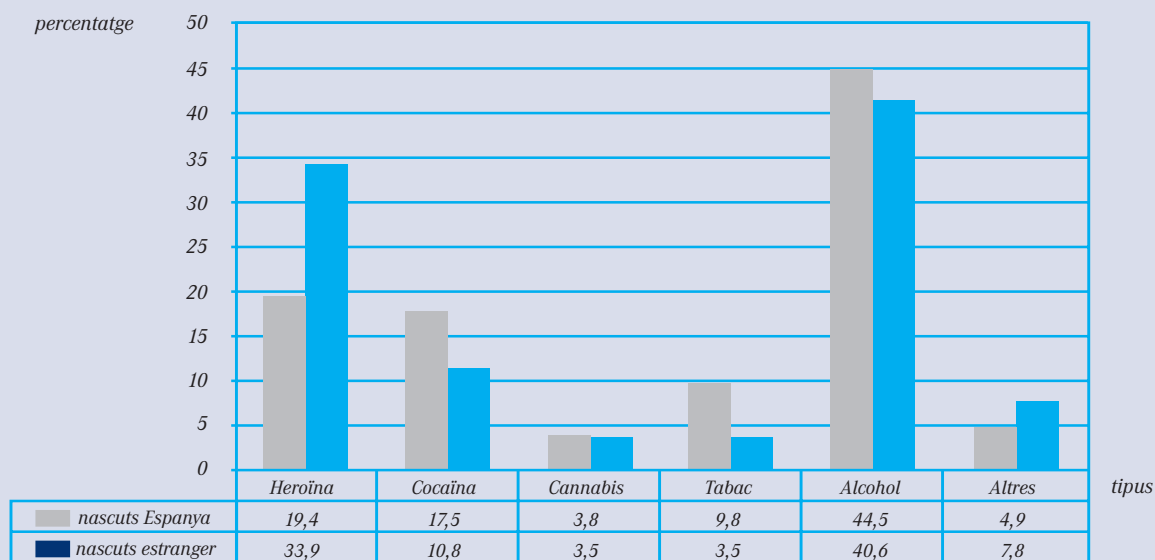
En les dades provisionals que corresponen als dos darrers trimestres de 2002 (figura 6), veiem que el grup més nombrós és el d'usuaris nascuts a Europa Occidental (37 %), seguit dels d'Amèrica Llatina i Magrib (amb el 23 % en tots dos casos) i, a força distància, Europa Oriental (9 %) i Àfrica Subsahariana (3 %). Si comparem aquestes dades amb les del Padró³ del mateix any, trobem coincidències en la presència important de llatinoamericans (35 %) i africans de nord (27 %).

En canvi, la representació de ciutadans de la Unió Europea és molt més baixa (14 %), i la dels asiàtics, tot i ser modesta (8 %), contrasta amb la pràctica invisibilitat d'aquest col·lectiu en les dades de la XAD.

Aquestes dades corresponen a nascuts a l'estranger o estrangers empadronats i, per tant, amb la possibilitat d'obtenir la targeta sanitària, que és un requisit indispensable per accedir als serveis d'assistència i tractament de la XAD. Però és als programes de reducció de danys, com als Programes d'Intercanvi de Xeringues (PIX) i als d'emergència social on no és necessària cap documentació per accedir al servei, on la presència d'estrangers és més important, arribant a ser en alguns casos majoritària. Podem citar alguns exemples a partir de les memòries de 2002: el 67% dels usuaris del centre nocturn d'emergència social SAPS són estrangers, i en el servei "Calor i Cafè" de l'SPOTT ho són el 78 %. Al programa de Can Tunis d'ABD aquest

³ Cal tenir en compte que el Sistema d'Informació sobre drogodependències utilitza la variable: "país de naixement". En canvi, el criteri del padró sol ser "nacionalitat".

Droga principal (2002)



Font: Sistema d'Informació sobre drogodependències de Catalunya

Figura 5

percentatge baixa a un terç del total i al PIX de Figueres al 22 %. En aquests centres la població més nombrosa sol ser l'africana (sobretot del Magrib)⁴, i en algun cas d'Europa de l'Est.

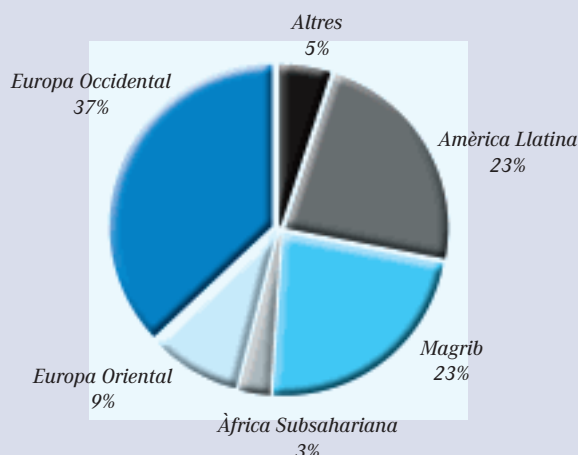
Alguns principis que han estat identificats com a bones pràctiques són:

- Facilitar l'accés real dels immigrants i minories ètniques als serveis de tractament per drogodependència.
- Tenir en compte les característiques demogràfiques de la població (incloent la variable cultural) en el disseny dels serveis i les activitats dels centres.

- Formar tot l'equip inclosos els administratius i directius per millorar la seva competència cultural.
- Cercar la col·laboració de les comunitats (mitjançant mediadors, associacions d'immigrants o per a immigrants) per millorar l'accés, el tractament i la reinserció dels usuaris.
- Optimitzar la derivació des de l'atenció primària per assegurar l'inici i la continuïtat del tractament.

⁴ No disposem de dades de tots els centres donat que, a diferència dels centres de tractament, recullen sistemàticament dades referides a la seva activitat però no al perfil dels usuaris.

Usuaris nascuts a l'estranger per grups de països (2002)



Font: Sistema d'Informació sobre drogodependències de Catalunya

Figura 6

En un treball realitzat a la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de Barcelona (Duran i col, 1996) ja es va observar que els immigrants estrangers recentment arribats a la ciutat presentaven una elevada prevalença d'infecció tuberculosa, superior a la de la població autòctona.

Amb dades més recents, pel que fa al conjunt de Catalunya, la tuberculosi en immigrants recents (amb menys de 5 anys d'estada a Catalunya o a un altre país desenvolupat) va representar l'any 1999 el 6,7 % de tots els casos (Memòria Programa Prevenció i Control de la Tuberculosi a Catalunya, 2000), xifra similar a la identificada l'any 1998. Durant l'any 2002 a Catalunya es van notificar 364 casos (22,3% de la incidència total).

Entre els llocs de procedència dels malalts destaca el Nord d'Àfrica (22,8%), Amèrica Central i Amèrica del Sud (22%), Àsia i Orient (18,7%), resta d'Àfrica (10,4%) i l'Europa de l'Est (3,8%), en un 19,2% dels casos la procedència era desconeguda. Val a dir, però, que un 3,1% corresponien a malalts procedents de la Unió Europea i d'altres països desenvolupats.

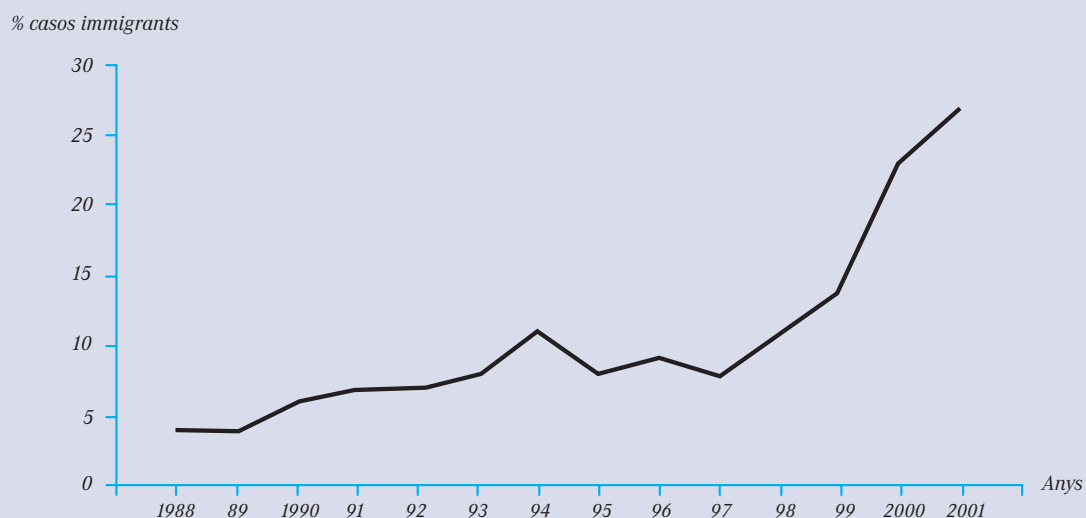
Les especials situacions socials d'alguns col·lectius immigrants fan que els casos perduts, sense informació o pendents de seguiment siguin més nombrosos que en la població autòctona (Roca i cols 1996). Això confirma, un cop més, la dificultat de retenir els immigrants

en el sistema sanitari durant el temps necessari per garantir-ne la curació. El millor seria que es tractés a la majoria d'immigrants amb 4 fàrmacs i amb tractament directament observat, ja que procedeixen, en bona part, de països on s'aïllen percentatges alts de bacils amb resistència a fàrmacs (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria de l'any 2001).

En l'àmbit de Barcelona, l'anàlisi de les dades del Programa de Prevenció i Control de la tuberculosi de la ciutat mostra que els casos de TB entre immigrants estrangers ha passat del 7 % l'any 1996 al 27 % l'any 2001 (Rius i col 2001) (figura 7). Segons el país d'origen els casos es distribueixen en Paquistàn 21 %, Marroc 21 %, Equador 14 %, Perú 10 %, Filipines 6 %, Índia 4 % i altres 14%. De fet, en els darrers anys s'observa un descens dels casos de TB en autòctons i un augment en immigrants, tendència que s'ha mantingut durant l'any 2002 i que justificaria la realització d'una anàlisi diferenciada, per a fer un seguiment de les tendències epidemiològiques, segons zones de procedència (Vallés X, 2002).

Els immigrants poden ser portadors de malalties pròpies dels seus països d'origen, denominades malalties importades (adquirides en un país i diagnosticades en un altre). Segons la seva distribució geogràfica mun-

Evolució dels casos de tuberculosi en immigrants estrangers (percentatge sobre el total de casos). Barcelona 1988-2001



dial poden classificar-se en malalties tropicals (procedents d'àrees tropicals o molt poc prevalents en països industrialitzats per no existir el medi ecològic per a la transmissió o per haver estat eradicades) i en malalties cosmopolites (d'àmplia distribució mundial) (Roca i cols, 2002). Majoritàriament, els problemes de salut de la població immigrant són els mateixos que els de la població del país d'acollida, constituint les malalties importades una petita part de les demandes de salut, però atès que poden comportar importants problemes de salut per a l'individu i per a la població, convindrà introduir dins l'examen de salut del pacient immigrant, el cribatge de malalties importades segons criteris de geografia mèdica. És important també, com serà comentat més endavant, considerar les malalties importades com a conseqüència del retorn al país d'origen anys després del procés migratori, perduda la immunitat i menystinguda la necessitat de mesures preventives.

Com ja és conegut, les malalties importades incideixen sobretot en els immigrants recentment arribats i en els que viatgen de nou al seu país d'origen per qualsevol motiu. En diversos estudis realitzats a Mataró on el procés migratori procedent de l'Àfrica negra s'inicià a finals de 1970 i en altres estudis en col·lectius procedents de països on les parasitosis són prevalents, es destaquen, entre les malalties tropicals, les helmintiasis, sobretot a expenses de les esquistosomiasis (Balanzó i cols 1984, Roca i col, 2002) i les uncinarias (Roca i cols 2003), les malalties per protozous, amebiasis intestinal preferentment i el paludisme importat també com a malaltia de retorn (Balanzó 1984, 1991; Cabezos i cols 1995; Bartolomé i cols 2002). I entre les malalties cosmopolites, la tuberculosi, les malalties de transmissió sexual i altres parasitosis.

Així mateix, en l'estudi de Roca i cols 2002, destaquen diferències, estadísticament significatives, segons el temps de residència en el país d'acollida. Així les malalties tropicals eren més prevalents en els que feia menys de 3 anys que residien al nostre país i tot i que els resultats estan basats en una mostra no representativa, orienten a que les malalties importades predominants són sobretot de distribució cosmopolita i associades a situacions de precarietat econòmica, és a dir que perpetuar les condicions de pobresa i marginalitat en el país receptor pot constituir un medi propici per al desenvolupament i la transmissió de malalties importades.

El reconeixement de factors de risc presents en els immigrants recentment establerts en països desenvolupats va orientar el diagnòstic de malalties tropicals simptomàtiques o no, mitjançant cribatges clínics i analítics. Les condicions de risc s'exposen a la **Taula 1**.

Condicions de risc en immigrants sans

- *Refugiats polítics*
- *Individus que han patit amuntegament*
- *Desnutrició*
- *Dones embarassades i nens (àdhuc adoptats)*
- *Antecedents patològics de malalties infeccioses*

Font: Valerio L, Sabrià M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Medi Clin (Barc) 2002; 118:508-514.

Taula 1

Factors que influeixen l'estat de salut dels col·lectius d'immigrants i la seva assistència

4

La immigració per si mateixa suposa un risc per a la salut. Tot professional ha de saber identificar quines són les condicions que afecten la salut d'un col·lectiu ja que, del seu reconeixement i del seu aprofundiment, se'n derivaran noves actituds i una millor acció. De manera molt abreujada (**figura 8**) mostrem alguns dels factors que caldria aprofundir en cada una de les situacions i nuclis d'immigració per caracteritzar millor quines són les situacions de risc per a l'individu i la comunitat i assolir una major eficiència en l'atenció sanitària:

a

Situació de regularització, nucli social i familiar

Les mancances en aquests àmbits suposen una agressió en l'estat psíquic i físic de l'individu: promiscuïtat, condicions de clandestinitat, dèficits en l'autocura, l'aïllament, la incomprensió respecte a la nova cultura, etc. Entre d'altres, els factors que influeixen en l'assistència dels immigrants són: el desconeixement per part

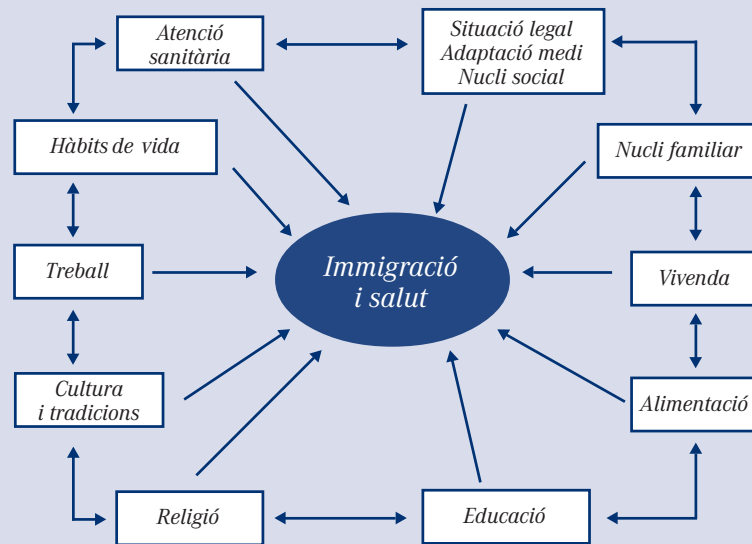


Figura 8

dels professionals de l'estructura familiar a qui pertany l'immigrant, la constitució del nou nucli, les relacions familiars deixades, el paper de la dona en la dinàmica del nucli, la incorporació de la dona en el procés migratori amb major dificultat d'integració per l'aïllament amb una important prevalença de malalties psicosomàtiques derivades del procés migratori i altres aspectes relacionats amb la salut mental (capítol 5), la presència de segones generacions, etc.

b Canvi geogràfic i condicions d'habitatge

El propi canvi de país, amb característiques climàtiques diferents, el canvi molt freqüent d'un àmbit rural a un d'urbà, les condicions de l'habitatge i de l'entorn, la qualitat i situació dels quals són majoritàriament adverses són factors dels que depenen molts problemes sanitaris i condicions d'emmalaltir per al propi individu i pel risc de transmissió. En moltes ocasions aquestes situacions estan relacionades amb condicions laborals precàries (assentaments temporals, promiscuitat: concepte llit calent, ...)

c Situació laboral, tipus i condicions de treball

La inestabilitat del treball, la clandestinitat, la irregularitat, les situacions d'explotació o la manca de qualificació, i els tipus de treball suposen greuges econòmics, factors d'estrès físic i psíquic i elevat risc d'accidentalitat.

d Religió, cultura, educació

La religió és una variable que modela el procés salut/malaltia/atenció a qualsevol col·lectiu. Els col·lectius d'immigrants que venen al nostre país es distribueixen majoritàriament entre islàmics, brahmànics, budistes, catòlics o evangèlics, però també n'hi ha africans animistes i un percentatge difícil de valorar d'agnòstics.

Ens cal conèixer la influència de la religió en els col·lectius d'immigrants. Una gran part d'immigrants procedeix de l'àrea d'influència de l'Islam, practicat per més de 800 milions de creients (als països de la Unió Europea superen els 12 milions), i que forma part de la cultura, educació i tradicions d'uns altres tants i per tant els professionals sanitaris no podem obviar aquest fet. Convindria tenir nocions sobre el que suposa l'Islam, quin és el nivell d'escolarització o les principals tradicions dels col·lectius que atenem. Desconèixer en quina època és **preceptiu** el Ramadà o **quin** és el grau de pràctica religiosa d'un individu **en particular** pot dificultar o impedir l'acompliment d'un tractament mèdic, d'exploracions diagnòstiques o el seguiment d'un procés clínic. Desconèixer el grau d'escolarització, el tipus d'educació rebuda o desconèixer els costums d'un col·lectiu pot fer inútil l'establiment de mesures preventives. D'altra banda disposar d'unes nocions de quina és la estructura sanitària del país d'origen ens pot fer més entenedores determinades actituds i demandes sanitàries, així com la utilització dels nostres

recursos sanitaris (serveis d'urgència, serveis d'obstetrícia, acompliments terapèutics, etc.).

e

Alimentació

Quins són els costums de cada col·lectiu? Quina cultura alimentària o quina és la procedència dels productes consumits (cultura del blat, cultura de l'arròs, cultura del blat de moro, consum de lacticis, fruites, verdures, etc.)? Quines són les dificultats en l'acompliment de dietes especials (diabetis, hipertensió, etc.)? Quin menjar fan els immigrants que treballen al camp? Quins són els hàbits culinaris? Una enquesta dietètica senzilla i aplicable en l'àmbit d'infermeria d'AP és una eina útil de cara a l'abordatge de la valoració de la ingesta i la ulterior correcció de desequilibris, si així el cas ho requereix.

f

Accés al sistema sanitari

Els problemes no són únicament pels immigrants en situació irregular que no tenen accés al sistema sanitari sinó també per aquells en situació regular, a causa de múltiples factors relacionats amb la cultura i tradicions dels països d'origen: la utilització inadequada del sistema sanitari amb visites per la via d'urgència, manca de puntualitat, ús de targeta sanitària utilitzada per més d'un immigrant, incompliment d'horaris i de les visites concertades, dificultats de comunicació metge-pacient, inseguretat en la diagnòsi, dificultats en la confecció de la història clínica i adequada anamnesi, incomprensió del tractament, la periodicitat i el seguiment, interpretació errònia per ambdues bandes, a partir de referents culturals i simbòlics diferents, manca de flexibilitat del sistema sanitari i poca receptivitat al canvi per part dels professionals, amb tendència a tractar els diferents col·lectius de manera homogènia.

Sovint hom pensa que hi ha un ús inadequat dels serveis sanitaris. Cal però pensar que les institucions sanitàries en l'Estat del Benestar estan obertes les 24 hores i són un punt de referència per a qui té un problema, més de les vegades sanitari, o que pensa que és sanitari. Els professionals han d'acceptar que ocasionalment aquesta demanda està mal plantejada, i han d'intentar fer algun tipus de pedagogia per tal que el pacient i el seu entorn vagin adquirint un coneixement de les característiques del dispositiu. Un cop passat el primer període de desconcert, característic de qualsevol persona que hagi hagut de relacionar-se amb un servei sanitari fora del seu entorn. Cal tenir un cert grau de comprensió, però a la vegada de fermesa quan és evident que darrera la demanda hi ha abús.

De l'aprofundiment de les condicions d'immigració i

dels factors que influeixen en l'estat de salut se'n derivarien diverses recomanacions per avançar decididament en els reptes als quals ens confronta el moviment migratori. Ja fa 10 anys, l'informe Girona del centre UNESCO de Catalunya (informe 27/1992) feia 50 propostes sobre immigració, la majoria de les quals segueixen vigents.

Ens adherim a dues de les recomanacions sanitàries (recomanacions 32 i 35 de l'informe):

- Que es dotin de recursos materials, tècnics i humans suplementaris, els serveis d'atenció primària que tinguin sectors importants d'aquests col·lectius, especialment pel que fa als problemes sanitaris específics o més habituals del col·lectiu, medicina preventiva i atenció sanitària.
- Que es prenguin les mesures necessàries (serveis socials) per aconseguir una adequada educació higiènica i sanitària, especialment en matèria de planificació familiar, malalties de transmissió sexual i salut materno-infantil.

I n'afegim d'altres:

- Cal millorar el coneixement del personal sanitari sobre les cultures d'origen dels col·lectius immigrants i les seves condicions de vida, tenint en compte la seva diferent concepció de la salut i la malaltia, respectant els valors dels immigrants i millorar la comunicació professional-pacient.
- Cal augmentar el nivell d'informació dels immigrants pel que fa al sistema sanitari per millorar la receptivitat respecte als protocols establerts (programació de visites, utilització del servei adient en cada cas, seguiment de tractaments i/o teràpies, ús correcte dels recursos i programes preventius, vacunacions, seguiment embaràs, cura del nadó...)
- Cal superar certes dificultats específiques que obstaculitzen l'accés normalitzat de certs col·lectius als recursos i serveis (dificultats lingüístiques, desconeixement del territori...).
- Cal millorar el coneixement dels professionals sobre el moment del procés migratori del pacient i el seu context.
- S'ha de procurar un acompanyament adequat del pacient que faciliti l'entesa mútua. En aquest sentit té una importància cabdal la incorporació dels mediadors culturals i mediadors sanitaris eixits dels propis col·lectius, que amb l'adequada formació i una contractació per part de les institucions sanitàries, en el nostre cas, ens ajudin a millorar els missatges sanitaris i a incorporar els col·lectius a les coordinades sanitàries del país d'acollida.
- Cal promoure i fomentar accions de sensibilització i informació als immigrants perquè entenguin els beneficis de seguir els tractaments prescrits així com el seguiment de malalties cròniques i/o processos de salut (planificació familiar, embaràs, part, cura del nadó, salut mental...).

5.1

Estrès i dol migratori

Igual que altres esdeveniments de la vida dels éssers humans (canvis familiars, socials, etc.), la migració suposa un complex conjunt de riscos, beneficis i pèrdues. En la migració existeix una part del benefici per tot allò desitjat al que s'accedeix, però també hi ha una part de dol per tot el valuós que es deixa enrera. Des d'una perspectiva psicològica, la part relacionada amb els riscos, les separacions i les pèrdues és el que constitueix l'estrès o dol migratori que representaria "el costat fosc" de la migració.

S'haurien de diferenciar dos tipus de dol migratori: el simple, que té lloc quan la persona emigra en bones condicions personals i es troba amb un medi social acollidor que li facilita l'èxit del projecte migratori, i el dol complicat en el que un conjunt de circumstàncies personals i socials adverses dificulten el procés d'elaboració del dol migratori i posen en perill l'equilibri psíquic de la persona.

El dol migratori sorgeix de la vivència de les separacions que té lloc en la migració. Donat que aquest dol posseeix característiques específiques, la intervenció terapèutica eficient, la bona praxi, es troba lligada a tenir molt en compte de quin tipus de dol es tracta. Veiem a continuació quines en són les característiques i de quina manera s'han de tenir en compte:

- 1 El dol migratori és un dol parcial. El fet clau que diferencia el dol migratori del dol per la pèrdua d'un ésser volgut –el referent clàssic del concepte de dol– és que en el cas de la migració l'objecte del dol, el país d'origen, no desapareix, no es perd pròpiament per l'individu, perquè roman on estava i es pot donar la possibilitat de retornar o de contactar novament amb ell (en aquest sentit el dol migratori se sembla més al dol de les separacions de parella, per exemple). Així doncs, el dol migratori és més un dol per una separació que per una pèrdua. D'altra banda, tal i com veurem a continuació, el que es tracti d'un dol parcial no vol dir que sigui un dol fàcil de resoldre.
- 2 És un dol recurrent. L'anar i tornar en relació als contactes, els records del país d'origen que conti-

nua essent present, que no ha desaparegut per sempre dona lloc a que els processos d'elaboració de dol funcionin de manera recurrent i a que es tracti d'un dol de llarga durada, que es reactiva quan l'immigrant té dificultats o fracassos personals i això li fa tornar a la cultura d'origen.

En la intervenció és important, per aquesta raó, prestar atenció a la interrelació del dol migratori amb altres dols i problemes de l'immigrant.

- 3 És un dol en relació a aspectes molt arrelats de la personalitat. Suposa la revaloració de tota una sèrie de trets previs. El que el dol migratori sigui parcial, no significa que sigui un dol fàcil de resoldre perquè l'immigrant se separi d'aspectes culturals que es trobin molt arrelats en la seva personalitat, aspectes que s'han interioritzat en la infància, l'etapa de la vida en la que es desenvolupa en gran part la personalitat. Per aquest motiu, és important en la intervenció entendre que els canvis es produeixen de manera lenta i que no és fàcil substituir el que s'ha viscut des de la infància (el tema de fins a quin punt s'ha de substituir la cultura d'origen pertany a un debat més ampli).
- 4 El dol migratori és a més a més un dol per moltes coses, és un dol múltiple, en realitat són 7 dols:
 - La família i els amics,
 - la llengua,
 - la cultura,
 - la terra,
 - l'estatus social,
 - el contacte amb el grup ètnic i/o nacional
 - els riscos físics lligats a la migració

Si analitzem aquest llarg llistat de dols podríem dir que quasi tot el que envolta l'individu canvia i que poques circumstàncies de la vida donen lloc a tants canvis com la migració: una raó més per entendre que és un procés que requereix temps i recolzaments.

- 5 Tants canvis, als que ha de fer front l'immigrant, comporten una modificació de la seva identitat (per bé o per mal: més integrada i madura o més desestructurada). Des d'aquesta perspectiva, hem d'entendre que la persona pot trobar-se a vegades confusa, desorganitzada, etc., i que necessiti recolzament.

- 6 Dóna lloc a una regressió: una altra conseqüència de la situació que suposa haver d'afrontar tants canvis alhora és que en alguns moments l'immigrant se senti desbordat i tendeixi a adoptar actituds regressives (més infantils) que comporten postures d'excessiva dependència o queixa. Davant aquesta situació, és important entendre que la regressió s'expressa amb freqüència en els llocs en els que l'immigrant és millor acollit, com és el cas dels serveis sanitaris i assistencials. I moltes vegades resulta difícil d'elaborar per als professionals que els que millor tracten els immigrants siguin els màxims destinataris de les seves demandes i queixes.
- 7 L'elaboració del dol migratori es dóna en una sèrie de fases: una primera fase en la que predomina la negació (que es dóna més en els homes), una fase de protesta i queixa i una tercera fase d'acceptació de la nova realitat.
- 8 El retorn de l'immigrant és un nou procés migratori que comportarà un canvi vital amb la seva part de dol. La persona que emigra canvia –per bé o per mal– després d'uns anys i el mateix passa amb el país d'acollida que també s'ha anat transformant en aquest període de temps, per la qual cosa és precís elaborar psicològicament tots aquests canvis. Des d'aquesta perspectiva, s'ha d'ajudar a preparar psicològicament el retorn de l'immigrant si veiem que es troba associat a signes de desadaptació i tensió psicològica.
- 9 El dol migratori és transgeneracional, no afecta tant sols de manera important els que emigren sinó també els seus fills. I si les següents generacions d'immigrants no accedeixen a ser ciutadans amb les mateixes oportunitats en la societat d'acollida, tendeixen a convertir-se en minories no integrades dins del país d'acollida. A nivell assistencial, s'ha de prestar especial atenció als nens immigrants que viuen dols complicats, donat el seu risc de patir trastorns mentals.
- 10 El dol migratori ho viuen també els autòctons que reben els immigrants. També s'ha de tenir en compte que, donat que la migració és un fenomen social que té repercussions sobre el conjunt de la societat, dóna lloc a canvis en la vida no tant sols de qui emigra sinó també d'aquells que reben els immigrants i dels familiars que queden en el país d'origen. (Tizón i cols, 1993).

Resumint, a nivell d'intervenció s'ha d'entendre que l'elaboració psicològica de la migració, l'elaboració del dol migratori és un procés que requereix temps, es reactiva per altres dols, passa per diferents etapes i s'acompanya d'actituds regressives i d'ambivalència.

- 1 La psicopatologia de la migració es caracteritza per estar condicionada per dos grans factors:
 - Les vivències de la migració. Si s'elabora el dol migratori de manera inadequada dóna lloc a dificultats psicopatològiques.
 - La cultura del pacient que desenvolupa l'expressió del trastorn mental i li dóna un significat en el marc de l'esmentada cultura.
- 2 Des de la perspectiva de l'expressió clínica, els símptomes tindrien característiques especials:
 - Es donarien menys sentiments de culpa. Com se sap, la culpa es troba molt vinculada a la cultura judeocristiana, en altres concepcions del món no és tant rellevant.
 - S'expressarien els símptomes psicològics molt barrejats amb els símptomes de tipus somàtic, ja que en les cultures d'origen dels immigrants no se separen tant radicalment les esferes d'allò físic i d'allò mental, a diferència del que s'esdevé en la cultura occidental.
 - La clínica es troba lligada, amb freqüència, a una interpretació cultural de tipus màgic sobre les causes últimes de la malaltia: mal d'ull, bruixeria, etc.
- 3 La Síndrome de l'Immigrant amb estrès crònic i múltiple (Síndrome d'Ulisses).

En el context actual, en el que un número rellevant d'immigrants extracomunitaris està vivint circumstàncies especialment difícils en la migració, està sorgint una patologia específica vinculada a la intensitat de l'estrès i el dol que pateixen: problemes per obtenir els papers, perills en el viatge migratori, dificultats per la reagrupació familiar, islamofòbia, etc. A aquesta síndrome l'hem denominat també Síndrome d'Ulisses, ja que la situació que viuen aquestes persones ens recorda les innumerable dificultats i perills, lluny de la família, que va haver d'afrontar l'heroi de la mitologia grega.

Aquest estrès es caracteritza per ser crònic (se suporta durant llargs períodes de temps), múltiple (afecta a tota una sèrie d'àrees bàsiques, sobre tot hi ha dol per la família, dol per l'estatus social i dol pels riscos físics de la migració), és un estrès que l'immigrant no pot controlar i és un estrès que es viu amb molt poc recolzament social (els immigrants tenen menys xarxa social que els autòctons).

La simptomatologia d'aquestes persones, sotmeses a situacions d'estrès tant brutals, constaria de símptomes de l'àrea depressiva (tristesa, plors), de l'àrea de l'ansietat (preocupacions excessives, insomni), símptomes de ti-

pus somatomorf (cefalees, fatiga, molèsties osteoarticulars) i símptomes de tipus dissociatiu (confusió temporoespacial, despersonalització, desrealització).

A més, en molts casos, s'afegeix una interpretació cultural de la simptomatologia, donant un sentit màgic al que li passa al pacient: pensa que té molt mala sort

perquè li han fet un mal d'ull, li han fet bruixeria, etc.

La intervenció terapèutica ha de ser una combinació de factors de tipus psicodinàmic (contenció emocional), cognitiu (disminuir la confusió i els errors cognitius en el processament de la informació), psicofarmacològic (ansiolítics i antidepressius) i psicosocial (potenciació de la xarxa de recolzament social).

L'atenció primària davant el fenomen de la immigració

6

6.1

Accesibilitat i població immigrant

Els immigrants es poden trobar amb una sèrie de dificultats a l'hora d'accedir als serveis de salut i a la informació sanitària. Aquest fet repercuteix en la seva salut, en la qualitat de l'atenció que se'ls presta i en el bon ús d'aquests serveis.

Per tal d'explicar aquests dèficits en l'accessibilitat, s'han definit dos tipus de restriccions: les restriccions internes i les externes.

1. Restriccions internes (les pròpies de l'individu):

- l'autopercepció de salut
- la falta d'informació sobre els recursos de què es disposa
- altres prioritats, com el treball o l'habitatge abans que la seva salut; demandes més per a assistència a malalties que per a activitats preventives.
- les experiències prèvies negatives amb els serveis, que influiran en l'ús que en faci l'individu en el futur
- els dèficits de comunicació (idioma) i educatius (analfabetisme)

2. Restriccions externes

Existeixen unes restriccions externes, causades tant per aspectes legals i administratius com per diferències culturals que provoquen que l'immigrant es trobi amb dificultats per accedir als serveis de salut.

Com exemples d'aquestes restriccions podem citar: la manca del domini dels idiomes pont per part dels treballadors dels centres sanitaris, la qual cosa dificulta extraordinàriament la comunicació i pot provocar l'actitud discriminatòria d'alguns treballadors que no

senten l'obligació d'atendre a una població que consideren "sense drets".

L'immigrant sovint no és ben rebut o, en el millor dels casos, és tractat d'una forma massa paternalista, cosa que no li permet fruir plenament dels seus drets reals. En aquest sentit seria necessari informar l'usuari del funcionament del sistema sanitari, dels seus drets, dels seus deures i dels requisits per accedir-hi.

6.2

Vulnerabilitat i població immigrant

La persona immigrant més vulnerable serà aquella amb un dol migratori complicat per la influència de diverses variables, amb un entorn socioeconòmic deprimat, i mancat d'un recolzament social i/o familiar que contingui el seu malestar psicològic. Les queixes psíquiques, sovint expressades en forma de somatitzacions, suposaran una barrera afegida als problemes d'accessibilitat. Aquest individu farà amb més freqüència demandes als sistema sanitari, ja sigui al seu metge de família, ginecòleg, pediatre o als serveis d'urgències.

La manca de formació i sensibilització dels professionals sobre el procés migratori pot generar un dèficit en la qualitat del servei ofertat a aquesta població, quedant les demandes inadequadament satisfetes, afavorint la cronificació i l'extensió de la simptomatologia somatòforme expressada pel pacient.

D'aquesta manera es pot arribar al que podríem anomenar medicalització cronificada. Aquest és un procés en el qual els professionals, des de l'atenció primària, buscant un diagnòstic orgànic que moltes vegades no existeix, recorren a diverses exploracions complementàries sovint innecessàries i a derivacions injustificades a nivells especialitzats sense obtenir els

resultats esperats. I els usuaris, que no troben una resposta efectiva a les seves demandes, cauran en la hiper-freqüentació dels centres, amb el consegüent risc de iatrogènia. Tot això comporta una gran insatisfacció dels usuaris i dels professionals i un augment dels costos.

6.3

Comunicació i població immigrant

Les principals dificultats amb què es troba el metge en l'atenció a l'immigrant són de comunicació, tant per les barreres d'idioma, com per saber interpretar la demanda.

La "queixa" és la porta d'entrada al món del pacient, és la clau que ens donarà accés al problema. Els "estils de vida", els costums, les interpretacions del món dibuixen l'estil de la demanda.

Per poder llegir la queixa haurem d'observar, escoltar i preguntar el que es desconeix de la seva cultura, però cal mantenir una actitud dinàmica ja que en aquest sentit és fàcil caure en els estereotips. Convé tenir en compte que la cultura es renova i evoluciona a casa dels immigrants: si els adults conserven una visió més congelada, els joves desenvolupen sistemes de combinació de les dues cultures més o menys estables i útils.

El pacient ha d'estar segur que es respecten els seus valors, encara que no siguin compartits: "comprendre sense jutjar". Tot això fa que l'entrevista sigui dues o tres vegades més llarga de l'habitual, és per això que la demanda de temps és la principal necessitat per a l'atenció a l'immigrant.

6.4

Atenció sanitària i població immigrant

Moltes de les necessitats de la població immigrada han estat ateses de formes diverses, més en dependència de la zona on s'ha generat la necessitat que pel tipus de necessitat mateixa. Així, per exemple, l'immigrant pot haver estat derivat en moltes ocasions a centres hospitalaris o unitats d'atenció especialitzada de Medicina Tropical, sovint per un problema lleu o moderat de salut o sense que el problema precisés d'aquesta especialització, o a organitzacions no governamentals que s'han vist amb la necessitat d'organitzar alternatives assistencials o a través d'atenció de beneficència en el marc de les administracions locals.

Fins l'entrada en vigor de la Llei Orgànica 4/2000, aquesta població només tenia dret a l'accés dels serveis

sanitaris normalitzats en processos de caràcter urgent i en salut materno-infantil.

Actualment, amb l'accés universal de la població als sistemes sanitaris unificats, les xarxes alternatives haurien de reorientar la seva tasca per tal d'afavorir la plena incorporació de la població immigrant al Sistema Nacional de Salut.

La població immigrada, per tant, ha de ser atesa de manera integral des de l'atenció primària de salut. L'atenció especialitzada en unitats de patologia tropical només hauria de ser utilitzada com a suport per tractar processos o patologies importades poc freqüents en el nostre mitjà.

6.5

Problemes específics de salut

Fins al moment actual, en general el perfil de l'immigrant és el d'un individu jove, sa, emprenedor, que ha estat capaç de prendre la decisió de migrar, que ha superat importants esculls, amb grau elevat d'iniciativa i capacitat per adaptar-se als canvis. És per això que és ell qui emigra i no altres persones de la seva comunitat. En els darrers temps, amb el reagrupament familiar, aquesta situació ha anat canviant incorporant-se sovint part del nucli familiar, especialment els pares en situació de major fragilitat.

En els recent arribats, el procés migratori els fa més vulnerables i la malaltia neix en els països d'acollida sovint a causa d'una multiplicitat de factors com: el xoc cultural, el malestar psicològic, l'absència de suport familiar, l'aïllament, la marginació, el clima, els diversos hàbits alimentaris, la insuficient alimentació, la degradació de l'habitatge, la manca de treball, el risc laboral, les condicions socioeconòmiques, la precarietat...

Els problemes de salut més prevalents que pateix aquesta població es podrien classificar en: patologia importada i de base genètica, patologia adquirida, patologia reactiva i/o d'adaptació i patologia del retorn.

D'entre les patologies causades o influenciades pel procés migratori cal destacar:

6.5.1. Patologia importada i de base genètica

Sobre les malalties importades ja ens hem referit en el capítol 3.8. En tot cas, remarcar el problema de les hepatopaties parasitàries i sobretot les relacionades amb infeccions pels virus de l'hepatitis i una major prevalença en trastorns en l'hemograma en tres aspectes: a) una

major presència d'eosinofília secundària a parasitosis crònica amb poca expressió clínica (filariasi, esquistosomiasi, anquilostomiasi), b) leucopènies sense relació amb parasitosis ni altres processos que solen normalitzar-se en el decurs dels dos primers anys de la seva residència i c) les anèmies de causes diverses (carencials, patologia parasitària, gastropaties i hemoglobinopaties).

Pel que fa a les malalties de base genètica hem de referir-nos molt especialment a les hemoglobinopaties que es presenten en aquests col·lectius, tant per una major prevalença en els països d'origen com pel fet d'una major endogàmia en les relacions familiars. Aquest fet suposa per als professionals d'atenció primària i hospitalària la necessitat d'una major atenció en el despistatge de drepanocitosi, talasèmies, dèficits enzimàtics i altres hemoglobinopaties que en més o menys grau afecten fins un 20 % dels immigrants del continent africà (Cabot 1996; Las Heras 2000).

6.5.2. *Malalties reactives i d'adaptació*

Es tracta d'un grup de malalties que sorgeixen a causa de les condicions amb què viuen els individus i el procés d'adaptació a aquest nou medi. Aquestes, afecten també a la població autòctona que pateix el mateix entorn socioeconòmic desfavorable o qualsevol procés de dol que comporti canvis al seu voltant.

■ *Malalties d'adaptació*

En general, ens volem referir als trastorns mentals dels que s'han fet consideracions en el capítol 5. En centres especialitzats s'ha descrit una major prevalença d'ansietat i depressió en la població immigrada. Aquestes patologies són expressades, sovint, en forma de somatitzacions, essent les més freqüents les cefalees, epigastràlgies, la somatització ginecològica, les disfuncions sexuals, els dolors músculoesquelètic i l'insomni, depenent de les formes d'expressió i llenguatge de les diferents cultures. Els hàbits tòxics també són un problema creixent dins la població jove.

■ *Malalties reactives*

A més de les recollides en el capítol 3 referides a la reactivitat pel propi procés migratori, la promiscuïtat, etc., (tuberculosi, MTS, hepatopaties), els immigrants presenten major prevalença d'infeccions respiratòries altes, síndromes gripals, reaccions al·lèrgiques, trastorns digestius, trastorns nutricionals (fins i tot raquitisme). Cal tenir en compte una major prevalença de la malaltia gastroduodenal relacionada amb infecció per H. Pilorae, l'hèrnia hiatal i els restrenyiments molt relacionats amb el tipus de dieta i els canvis d'hàbits higiènics. Les dermopaties, les micosis i especialment la pruija

inespecífica són motiu de consulta molt freqüent sovint relacionades amb els canvis d'hàbits (calçat), algunes noxes laborals (ús de productes en hivernacles, construcció, etc.) i el tipus de pell menys hidratada i més clivellada. També els trastorns osteomusculars i patologia de columna, molt relacionats amb el tipus de treball.

Hi ha estudis que han trobat a la població immigrada una major durada de les baixes laborals i un clar augment dels accidents laborals, que podria estar influenciat per la precària situació laboral en què es troben alguns grups d'immigrants.

6.5.3. *Malalties adquirides*

En aquest sentit, volem subratllar algunes de les malalties referides en el capítol 3, l'adquisició de les quals es relaciona amb el procés migratori i molt especialment per les condicions socioeconòmiques i pràctiques de risc (MTS, tuberculosi, dermopaties infeccioses o parasitàries, trastorns digestius, depressions, somatitzacions) i que obliguen a una major alerta des de l'atenció primària de salut.

6.5.4. *Malalties del retorn*

Ens referim a les que afecten els immigrants que retornen al país d'origen per reagrupament familiar, vacances, presentar els fills als avis, etc. i relacionades majoritàriament amb la manca de mesures preventives. En general són conseqüència de patologia infecciosa.

En moltes ocasions també, per la pèrdua de la immunitat adquirida al país d'origen als dos o tres anys de viure en el país d'acollida o en cas dels infants que no la tenien. En aquest sentit, és especialment rellevant la malaltia palúdica sobretot la del paludisme resistent a la cloroquina, pel major risc de problemes greus o mort. També altres malalties de transmissió, com el Dengue, o el risc d'infecció per pràctiques de risc i ens referim no sols a les MTS, sinó al risc per escarificacions, tatuatges, circumcisió, o escissió de clitoris, entre d'altres. No insistirem mai prou en la necessitat de procedir, des de l'atenció primària, al consell del viatger que inclogui a més de la correcta vacunació i quimioprofilaxi, tots els consells higiènic-dietètics i relacionats amb les pràctiques de risc o rituals i a establir els reconeixements urgents davant d'un procés febril en viatgers a països de baixa renda.

Cal, per tant, dotar de major temps l'entrevista clínica, formació suplementària i guies adients pel que fa al

consell de viatger en els llocs amb nuclis d'immigració de països amb prevalença d'aquests processos.

6.6

Salut materno-infantil

L'embaràs, sovint, és el motiu de primer contacte amb els serveis específics d'atenció a la dona en l'àmbit de l'atenció primària.

El rol de la maternitat en el país d'origen, directament relacionat amb conceptes de riquesa, continuïtat i futur, afavoreix en aquesta població la tendència a la multiparitat i els intervals intergenèsics curts. També cal tenir en compte l'embaràs en l'adolescència, més freqüent en la població immigrant per raons socio-culturals segons el país d'origen.

Hi ha situacions que en la dona immigrant es poden presentar amb més freqüència degut a la vulnerabilitat i el context sociocultural del país d'origen, com els maltractaments (violència domèstica, mutilacions genitals, explotació sexual).

És absolutament necessari actuar de forma eficaç en la prevenció de la interrupció de l'embaràs oferint la contracepció adequada a cada dona segons les seves característiques i necessitats, amb el major benefici i el menor risc en un context ampli de salut.

S'ha de considerar la salut materno-infantil en la perspectiva de gènere i la major vulnerabilitat de la dona, conseqüència de les relacions de poder dominant de l'home, especialment pel que fa a la salut afectivo-sexual i reproductiva.

L'atenció especialitzada

7

En el progressiu fenomen migratori, és innegable la incorporació de l'atenció de l'immigrant en l'atenció primària o en qualsevol altra consulta especialitzada.

Qualsevol servei de qualsevol hospital del país pot tenir pacients immigrants. Per això tothom hauria de tenir present les següents consideracions.

7.1 Derivació del pacient immigrant a l'atenció especialitzada

a Davant processos o malalties que fan suposar que necessitaran assistència professional o tècnica no disponible a l'atenció primària de la salut.

- Per la presència o la sospita de malalties parasitàries, febre o símptomes poc comuns en malalts que han fet viatges intercontinentals o a països de la franja intertropical, pruíges o eosinofílies inexplicables, anèmies no comuns, lesions cutànies no habituals o altres.
- Per la presència més habitual de severitat d'alguns processos comuns (deshidratació per diarrees, per exemple).
- Per les mateixes raons que enviaríem a qualsevol persona a una atenció hospitalària o especialitzada.

b Abans d'un viatge intercontinental, i en el cas dels migrants, quan viatgin al país d'origen (Unitat de Consells al viatger).

- Per la necessitat d'administrar vacunes especials (p.ex. Febre Grogà).
- Per la gran experiència en consells al viatger en relació a la zona a visitar, l'època de l'any, el tipus de viatge, el grau de convivència amb la població, el temps d'estada, i en relació a viatges i experiències anteriors del viatger.

c La sol·licitud d'hospitalització en relació a la població immigrada, encara que no específicament en una Unitat de Medicina Tropical, es basa també, amb freqüència, en altres raons no gens menyspreables:

- Por d'un mal seguiment del tractament (incomprensió de dosis, de durada, del perquè del mateix).
- Dificultats o mancances socials (habitatge, concentració de convivents, tipus de cuidador, coneixement de normes elementals com l'ús del termòmetre, acompliment de medicació, etc.)
- La utilització espontània dels migrants dels serveis hospitalaris, concretament dels Serveis d'Urgències per causes banals.

Sovint caldrà una actitud especialment acollidora, mentre s'intenta fer entendre la realitat del funcionament del sistema sanitari.

Entre els condicionants de la relació entre personal sanitari i pacient en el context hospitalari, cal tenir en compte:

- Moltes vegades s'estableix una relació entre migrants i professionals basada en idees preconcebudes o prejudicis, que són sovint recíproques. L'actitud d'acolliment és clau per esvair aquestes dificultats.

- La dismetria entre el migrant i el professional està encara més accentuada al medi hospitalari pel llenguatge mèdic eclèctic, la "super-estructura" organitzativa, quasi com un ritual, incompreensible per molts i més per aquells de cultura diferent. L'hospital es comporta sense adonar-se'n com a "ghetto cultural".

- En el cas dels nens de famílies immigrades, on la relació amb els grans és molt més dependent i estreta, encara tenen menys recursos per entendre perquè un estrany els agafa, els fa mal, els alimenta, perquè se'ls deixa sols en algun moment en mans d'estranyers.

- La "confiança" en l'estructura hospitalària, clarament desenfocada, d'algunes famílies migrants que deleguen l'atenció al seu fill al personal sanitari (infermeres, auxiliars, etc.) i els deixen moltes hores sols. Molt sovint s'afegeixen obstacles d'organització familiar, laborals, etc.

- L'angoixa s'accentua en situació de migració per la difícil comunicació, per la llunyania de la família en una situació límit, per la por, per l'aïllament. I se silencia sovint per un cert "acovardament" davant la "macro-estructura" hospitalària.

Entre les actuacions a tenir en compte, destacariem:

- Ser flexible en la mesura del possible davant el pudor de molts migrants a l'hora de despullar-se o deixar-se explorar per un metge del gènere contrari. Però sense que això vagi en contra de la igualtat de gènere.

- Tenir en compte els tabús alimentaris.

- Recordar el rol "d'adult" que fan els nens d'alguns col·lectius a partir dels 12-13 anys. A l'hospital (també a les consultes externes o d'atenció primària) fan sovint

de cuidadors de germans més petits o de traductor dels pares. Aquest és un fet que cal reconduir sense caure en un fàcil etiquetat de la família com a "descuidada" o "desatenta" envers el nen ingressat.

De manera especial per als nouvinguts, pot ser important el treball de la família o amics amb més experiència amb els costums de casa nostra per assolir cert grau de comunicació, o encara més d'un mediador intercultural. Cap altra situació crea més angoixa, i ningú es beneficia tant de l'actuació d'aquests professionals.

El fet d'ingrés hospitalari en el cas d'un immigrant, ja suposa un cert cribatge de patologia. Creiem també oportú apuntar algunes observacions –malgrat puguin semblar òbvies– pel que fa al metge hospitalari:

- Convé recordar la importància de la història clínica i epidemiològica de la migració (quan va marxar del país, com ha viatjat, quins països va travessar, quines situacions de risc, quan temps fa que resideix al país d'acollida, quan ha viatjat per darrer cop, etc.) i d'aquells aspectes comentats en el capítol 2.
- En patologia tropical cal pensar en el poliparasitisme, i en general, en més d'un diagnòstic que poden -o no- estar associats a la simptomatologia que presenta el pacient (per exemple, paràsits intestinals i anèmia).
- Quan el pacient és diagnosticat d'alguna malaltia amb la qual, a causa de la medicació, presentarà un estat d'immunosupressió (malalties autoimmunes, trasplantaments...) cal descartar i tractar prèviament si es diagnostiquen malalties parasitàries de llarga durada que poden provocar patologies greus en pacients amb immunosupressió (l'estrangiloidiosi, per exemple).
- En les poblacions prevalents, i sobre tot en nens, cal recordar la polisimptomatologia de les complicacions d'hemoglobinopaties, com la Drepanocitosi, i la possibilitat de quadres infecciosos greus o la necessitat urgent de fluidoteràpia o transfusions. En aquests casos la rapidesa de l'actuació pot ser cabdal per la vida del pacient.

La mediació intercultural, eina indispensable per a l'atenció a l'immigrant

8

La llei 21/2000, d'àmbit autonòmic, i la llei 41/2002, d'àmbit estatal, ambdues reguladores dels drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, obliga les institucions sanitàries i els seus professionals a facilitar informació sanitària àmplia i entenedora a tots els usuaris, i això inclou els usuaris estrangers, en igualtat de drets. I és responsabilitat de l'administració dotar dels mitjans perquè això pugui ser així.

La comunicació entre l'usuari del sistema sanitari i el professional és la base de l'acció sanitària. Això permet la recollida de dades, la vehiculització d'informació, la negociació entre pacient i professional sobre els objectius assolibles de salut, l'educació sanitària i la prevenció i l'establiment de la funció relacional en el marc de l'entrevista clínica.

En el cas dels immigrants, especialment els que provenen de països amb llengua i codis culturals diferents (elaboració diferent dels conceptes de salut, malaltia, vida-mort, relacions parentals, de gènere, etc.), el procés d'aproximació mútua és molt més difícil i el dèficit de comunicació esdevé un risc (errors d'interpretació bilaterals, errors en els tractaments, sensació d'incomprensió, desencís, desconfiança, abandó dels tractaments i incompliment de les cites).

El/la mediador/a cultural és una eina que pot facilitar aquesta comunicació. D'una banda el sistema sanitari està encara sorprès per la multiculturalitat i la "multiprocedència", tot i que en procés d'adaptació. Els països europeus amb més llarga tradició i més volum d'immigració (França, Bèlgica, Holanda, Anglaterra) tenen bona experiència en mediació intercultural, i a Catalunya aquelles zones amb més proporció de població nouvinguda comencen a tenir experiències exitoses en l'ús de mediadors culturals sanitaris (com per exemple: H. de Mataró, H.G. de Granollers, Centre d'Atenció a la dona de Mataró, Cap Arenys de Mar, CAP Drassanes, ABS Manlleu, H. del Mar, H. Vall d'Hebron, H. Palamós, etc.).

El perfil de mediador/a és el d'una persona que "pertany" o forma part del col·lectiu amb el que ha de mediar, coneix la llengua i els codis culturals (costums, tradicions, religió, etc.) tant propis com del país d'acollida. Així mateix, ha de conèixer els recursos i circuits sanitaris. El/la mediador/a ha de ser una persona equilibrada, respectada i amb cert lideratge dintre del seu

col·lectiu, i amb capacitat dialogant i negociadora. I en el millor dels casos, amb un mínim domini dels conceptes i del llenguatge sanitari.

La seva funció va molt més enllà de la simple traducció. La informació sanitària que és "filtrada" per un mediador, una persona que entén i respecta la pròpia cultura, és sempre millor entesa i millor acceptada. Es tracta de posar en contacte dos móns, aproximar-los, fer-los entenedors en les dues direccions. I amb freqüència, donades les diferències culturals, negociar i arribar a pactes. El mediador sempre s'haurà de mantenir en una estricta posició neutral, i no podrà en cap cas modificar ni deformar la informació.

La funció, per delicada, precisa de professionals. És arriscat delegar-ho a familiars (sovint s'utilitza els nens pel seu bon coneixement de la llengua "d'acollida"), a amics o a voluntariat mal preparat.

En general, la mediació contempla:

- Un treball preventiu.
- La mediació com a resolució de conflictes (abandó de tractament d'una malaltia transmissible, rebuig d'una exploració o tècnica necessàries, malaltia greu, ablació parcial de genitals femenins, circumcisió fora de la xarxa sanitària...)

Algunes vegades no és necessària la figura del mediador, ja que l'únic problema és estrictament de comunicació. En aquest cas, cal recordar l'existència del *sanitat respon*, que és un servei que el DSSS ofereix als professionals i a la població en general, i que pot actuar com traductor entre diferents llengües i/o d'informador respecte a problemes o serveis sanitaris.

El procés de mediació és "transitori", doncs servei bàsicament en la fase d'arribada recent i primers contactes, però la seva funció no pot enquistar-se en els equips assistencials, en la mesura que la elaboració de l'experiència per aquests, ha de conduir a que puguin resoldre ells mateixos els problemes de mediació.

RECOMANACIONS:

atès que avui per avui el mediador cultural sanitari és un bé escàs, caldrà optimitzar els recursos existents amb una bona col·laboració amb les institucions i les administracions.

El procés de la immigració implica, entre d'altres, situar-se en un escenari social i cultural on la seguretat legal i laboral són sovint deficitàries. És fonamental que els professionals sanitaris coneguin els drets i obligacions que tenen les persones immigrants respecte a la seva atenció sanitària, per poder dur a terme una bona orientació i una bona educació per a la salut i estar ben informats dels límits jurídics que permetin decidir de quina manera s'ha d'actuar davant de determinades pràctiques importades dels països d'origen.

El coneixement dels aspectes jurídico-legals que envolten l'assistència sanitària als immigrants han de permetre la correcció de les mancances en l'accessibilitat i dret a l'assistència, la detecció de pràctiques sanitàriament i legal reprovable i recolzar els procediments que permetin iniciar accions legals contra les pràctiques contràries a la integritat física i moral, la salut individual i pública, i també contra aquells que les afavoreixin.

9.1

Marc legal

La Constitució Espanyola proporciona els criteris generals sobre els drets dels immigrants. Així, l'article 13 estableix que els estrangers gaudiran a l'Estat espanyol de les llibertats públiques que garanteix el Títol dels drets i deures fonamentals. L'article 43 reconeix el dret a la protecció de la salut, encomanant als poders públics l'organització i tutela de la salut pública a través de les mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris.

La manca de cobertura sanitària, especialment en els casos dels immigrants sense papers, va donar lloc a que l'Estat espanyol promulgés primer la Llei 1/94, destinada a assegurar l'assistència de nens i embarassades i després la Llei 4/2000, per la qual es decideix dotar de targeta sanitària a tot aquell que la sol·liciti, independentment de la seva situació legal en el país.

Al dia d'avui, el marc legal de referència, tant pel que fa a les activitats preventives com assistencials, el constitueix la Llei Orgànica 4/2000 sobre drets i llibertats dels estrangers, modificada per la Llei Orgànica 8/2000. L'article 12 d'aquest cos legal garanteix l'assistència sanitària als immigrants en el seu municipi

de residència, afegint-se a més a més, a tots els menors, embarassades i qualsevol persona que requereixi d'una atenció mèdica urgent.

Així, l'actual text únicament condiona l'obtenció de la targeta sanitària a l'empadronament i als possibles requisits sanitaris d'entrada. En aquest sentit, la Llei General de Sanitat en el seu article 2 estableix que són titulars del dret a la protecció a la salut i a l'atenció sanitària tots els espanyols i els ciutadans estrangers que tinguin establerta la seva residència en territori nacional.

Pel que fa a l'àmbit internacional, el Conveni per a la protecció dels Drets Humans i la dignitat de l'ésser humà en relació a les aplicacions de Biologia i Medicina signat a Oviedo estableix l'accés equitatiu de totes les persones als beneficis de la sanitat (art. 3)

9.2

Assistència sanitària a immigrants

La situació administrativa, regularitzada en cas d'obtenir el permís de residència, no té res a veure amb el dret a la prestació sanitària, requerint-se per aquesta únicament l'empadronament de l'immigrant.

Tal i com s'ha dit, l'únic requisit per a que els immigrants accedeixin a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que la població autòctona és estar empadronat. Empadronament que el realitzarà l'Ajuntament corresponent necessitant únicament comprovar que la persona realment resideix a la localitat, independentment de la seva situació administrativa. Existeix però, la por a que s'identifiqui la seva situació irregular quan inicien els tràmits d'empadronament per les autoritats competents. Per tant, resulta imprescindible fer-los entendre la necessitat de dur a terme aquests tràmits administratius fent-los saber que la seva situació irregular no els impedirà obtenir l'empadronament. A més caldrà que els Ajuntaments no posin traves i que disposin d'un document d'identitat vàlid.

A les embarassades, als menors de 18 anys i als malalts en situació d'urgència se'ls ha de garantir sempre l'assistència sanitària. Totes aquestes situacions es mostren en la **taula 2**.

Assistència sanitària a immigrants

- 1. Els estrangers que es trobin a Espanya inscrits en el padró del municipi en el que resideixin habitualment, tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.*
- 2. Els estrangers que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència davant el patiment de malalties greus o accidents, qualsevol que sigui la seva causa, i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica.*
- 3. Els estrangers menors de divuit anys que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.*
- 4. Les estrangeres embarassades que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària durant l'embaràs, part i postpart.*

Taula 2

A Catalunya, els immigrants no regularitzats i d'acord amb l'establert al Decret 55/1990, que reconeix l'assistència a persones sense recursos, poden obtenir la targeta sanitària únicament amb el seu empadronament.

Els immigrants amb situació administrativa irregular, per tal de gaudir de la targeta d'assistència sanitària hauran de sol·licitar-la al centre d'atenció primària de la zona on resideix o a les regions sanitàries del Servei Català de la Salut. Per a això, s'haurà de complimentar els impresos destinats a l'efecte (Formulari per a l'emissió de la targeta sanitària i Sol·licitud de reconeixement del dret a l'assistència sanitària a les persones sense recursos econòmics suficients), adjuntant:

- Fotocòpia del passaport o documentació que acrediti la seva identitat.
- Declaració de no estar inclosos en cap dels règims de la Seguretat Social a efectes d'assistència sanitària.
- Declaració sobre insuficiència de recursos econòmics.
- Certificació d'empadronament.

Pel que fa a les prestacions dels serveis socials, cal recordar que els estrangers residents tenen dret a accedir a les prestacions i serveis de la Seguretat Social en les mateixes condicions que els espanyols, als serveis i a les prestacions socials, tant als generals i bàsics com als específics, en les mateixes condicions que els espanyols. Finalment, els estrangers, qualsevol que sigui la seva situació administrativa, tenen dret als serveis i prestacions socials bàsiques.

9.3

Situacions especials

9.3.1. Certificats mèdics a immigrants

Segons l'art. 10 de la Llei General de Sanitat, el pacient té dret a obtenir un certificat mèdic quan la seva exigència vingui establerta per una disposició legal o reglamentària. Per tant, llevat dels casos de naixement, defunció i aquells que es derivin de les diferents modalitats de prestacions sanitàries (atenció primària i especialitzada, prestacions farmacèutiques i complementàries, i serveis d'informació i documentació), els professionals sanitaris no estaran obligats a lliurar un certificat mèdic oficial.

Sobre la problemàtica suscitada davant de la sol·licitud de certificats de virginitat (en realitat el que es pot comprovar només és la integritat de l'himen), cal considerar:

Primer. L'acreditació de la integritat de l'himen d'una pacient no està prevista legalment ni forma part de la prestació sanitària pública. Per tant no hi ha obligació legal d'estendre'l.

Segon. El metge del sector o de finançament públic, en principi, no ha d'estendre un certificat sobre aquest extrem atès que no pot utilitzar recursos sanitaris públics

per exclusiu interès del pacient o ciutadà en una activitat exploratòria no assistencial.

Com a excepció, podria fer el certificat si la informació relativa a l'extrem a certificar constés en la història clínica de la pacient peticionant, sense poder cobrar, no obstant, honoraris professionals.

Tercer. El metge de medicina privada, lliurement pot estendre el certificat o informe que se li sol·licita, previ abonament dels honoraris professionals que les parts privadament convinguin per les proves complementàries realitzades i pel temps d'exploració necessari per a la correcta emissió del document peticionat.

Quart. El metge en tot cas ha de respectar la petició de lliurament d'un certificat que sobre aquest extrem li fa/n un/s membre/s d'un col·lectiu específic atès ve motivada per les seves conviccions religioses, ideològiques i culturals.

No obstant, la privacitat del contingut de qualsevol certificat mèdic exigeix que, exclusivament, es pugui emetre a petició, sense coacció, de la persona a la qual es refereixen les dades personals i de salut a incorporar o a requeriment d'un tribunal de l'ordre penal. Contràriament es podria incórrer en responsabilitat penal, civil i/o de tipus administratiu, disciplinari i deontològic

9.3.2. *Mutilacions genitals femenines*

Qualsevol mutilació de genitals femenins, a banda d'ésser un abús del cos de la dona, origina repercussions en la salut, sexualitat i reproducció. Aquesta pràctica d'origen cultural, no pas religiosa en tant que no figura a cap text religiós, és una forma extrema d'opressió i abús del sexe femení.

Prohibir la seva pràctica no és una actitud racista i permetre-ho, àdhuc l'acceptació per part de la víctima, dins o fora del territori nacional és, a banda d'il·legal,

una política misògina. Resta establert que les autoritats locals tenen el deure d'investigar i protegir les nenes susceptibles de patir mutilacions genitals i de recórrer a un Tribunal o al Ministeri Fiscal per impedir als pares endur-se a la nena al país d'origen per a practicar la mutilació.

La mutilació dels genitals femenins és contrària a les lleis que garanteixen l'exercici dels drets fonamentals de la persona: la Constitució, l'Estatut d'Autonomia i el Codi Penal, per tant constitueix un delictes de lesions greus contra la integritat física, així com la normativa comunitària i la mateixa Declaració dels Drets Humans.

La comissió d'aquest delictes està tipificat a l'article 149 del Codi Penal com a delictes de lesions. Paral·lelament, conèixer i no impedir la comissió d'aquest delictes pot comportar en el professional sanitari la comissió del delictes de l'omissió dels deures d'impedir delictes o de promoure la seva persecució (art. 450 C.P).

Aquesta pràctica no pot justificar-se amb l'argument que constitueix un element cultural que cal respectar. El marc legal i deontològic ja consagra la protecció del pluralisme ideològic i cultural dels individus i de les col·lectivitats.

Els professionals sanitaris tenim el deure de prestar assistència davant una persona que requereix ajut. Quan la persona és un menor -immigrant o no- també estem obligats a protegir-lo de les decisions dels seus pares o tutors que atemptin contra els seus drets (el dret a la vida, la integritat física i moral, l'honor, la intimitat, la sexualitat i l'opinió, etc.). Per tant, estem obligats a assumir la defensa del menor i a denunciar la situació de risc o perjudici en què es trobi i que sigui susceptible d'afectar els drets citats.

Els professionals, davant d'aquesta situació i seguint les recomanacions del Protocol per la prevenció de la mutilació genital femenina (Generalitat de Catalunya 2002), estan obligats a comunicar la situació al Ministeri Fiscal per tal que la menor que atenen, que es podria veure afectada per aquesta pràctica o amb risc de patir-la, pugui ser protegida degudament.

Recomanacions generals per a l'atenció sanitària en el marc de la diversitat

10

- 1 Facilitar l'acollida de l'immigrant al nostre sistema sanitari, així com informar-li dels requisits per accedir-hi i la seva correcta utilització. Cal fer-los entendre la necessitat de dur a terme els tràmits administratius d'empadronament per tal d'obtenir la targeta sanitària, fent-los saber que la seva situació irregular no els impedirà obtenir-la.
- 2 La població immigrada ha de ser atesa de manera integral des de l'atenció primària de salut sense fer cap diferència amb els ciutadans autòctons. L'atenció especialitzada només hauria de ser utilitzada com a suport per tractar patologies importades poc freqüents en el nostre mitjà.
- 3 Cal obtenir dades, a partir de registres i estudis epidemiològics específics, per conèixer les necessitats de la població immigrant a cada zona i homogeneïtzar els protocols assistencials sobre la base de l'evidència científica davant dels problemes específics de la població immigrant.
- 4 Caldria reestructurar i flexibilitzar els circuits assistencials dels centres i en conseqüència el temps d'atenció, per aconseguir atendre la demanda de l'immigrant amb major efectivitat.
- 5 L'administració sanitària hauria de proporcionar recursos materials, tècnics i humans als serveis assistencials que atenguin a sectors importants d'aquests col·lectius mentre durin les situacions d'excepcionalitat provocades pel procés migratori.
- 6 Cal adequar culturalment els materials d'informació i d'educació sanitària mentre duri el procés d'integració de l'immigrant a la societat d'acollida. Cal fomentar el treball sanitari i educatiu així com la negociació cultural com a la millor estratègia per lluitar contra determinats costums o pràctiques d'alguns col·lectius com a contrapartida a determinades actituds simplistes, restrictives o criminalitzadores que es donen també al món sanitari.
- 7 Cal estimular la formació dels professionals en atenció a la diversitat i en front als problemes de morbiditat específics dels diferents col·lectius immigrants.
- 8 És necessari optimitzar els recursos de mediació cultural o facilitar la incorporació dels mateixos per tal de millorar el coneixement i l'entesa mútua i afavorir l'atenció a les demandes des d'una estratègia que afavoreixi l'accessibilitat.
- 9 Els professionals hauran de vetllar per la detecció i abordatge d'aquelles situacions de fragilitat social que poden constituir un risc per a la salut dels col·lectius immigrants. En aquest sentit, és important establir una coordinació eficaç entre els serveis socials i sanitaris, especialment en els llocs d'atenció nuclear (serveis d'urgències, atenció primària, atenció farmacèutica, serveis socials, etc.)
- 10 Des del profund respecte a la legalitat, i recolzant-nos en la bioètica i la deontologia, cal fer el màxim esforç sanitari, educatiu i social que permeti l'obertura de les fronteres culturals d'ambdues parts i la plena integració dels immigrants en la societat d'acollida en el camí d'un futur ètnicament més ric i plural.

Les publicacions relacionades amb els continguts d'aquest Quadern són molt nombroses. Malgrat que hi ha molts trets comuns també és cert que el món de la immigració també té aspectes molt relacionats amb la societat d'acollida i per aquest ens hem cenyit a presentar majoritàriament alguns dels treballs més relacionats amb els aspectes mèdics i sanitaris referits al món de la immigració a Catalunya. Queden exclosos, per motius d'espai, aspectes molt importants treballats per altres disciplines relacionades o no amb les Ciències de la Salut també a Catalunya: aspectes antropològics, hermenèutics, sociològics, treball social, econòmics, lingüístics, etc.

- **Alonso Mayo E.** Gestión de la Diversidad Cultural en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión de Atención Primaria 2002;8:49-53.
- **Álvarez Degregori MC.** Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios. Pub Antropología cultural. UAB. 2002.
- **Artigas E, Costa L, Monistrol O i col.** Projecte d'educació Sanitària en Dones Prostitutes del Vallès Oriental i Occidental. Jornades Sanitàries del Vallès 2002. La immigració un repte sanitari. Palau - Solità i Plegamans. <http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/>.
- **Atxotegui, J (2000).** Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En Perdiguero, E, Comelles, JM. (Ed.), Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona, Bellaterra, 83-100.
- **Bada JL, Cabezos J, Treviño B.** Enfermedades importadas en nuestro medio. Medicine (Madrid) 1987;4:3281-87.
- **Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM.** Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC Formación Méd Continuada. Aten Primaria 1996 3:277-78.
- **Balanzó X, Bada JL, González CA.** La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona). Rev San Hig Pub 1984, 58:769-78.
- **Balanzó X.** Enfermedades importadas y medicina de la inmigración, Atención Primaria 1991; 8:527-529.
- **Balanzó X, Bada JL, Castells I.** Esquistosomiasis. Estudio de una serie de 41 casos. Med Clin (Barc) 1984; 82:139-144.
- **Balanzó X.** Urgències i immigració. Annals de Medicina 2002; 85:141-143.
- **Bartolomé M, Balanzó X, Roca C, Ferrer P, Fernández Roure JLL, Daza M.** Paludismo importado: una enfermedad emergente Med Clin (Barc) 2002;119:372-374.
- **Beneduce R.** Comunicació personal. Jornades Sexualitat, Immigració i prevenció de la SIDA, Barcelona 6-7 de Juny 2002.
- **Bruguera M, Sánchez Tapia JM.** Hepatitis viral en població immigrada y en niños adoptados: un problema de magnitud desconocida en España. Med Clin (Barc) 2001;117:595-596.
- **Cabot A.** Problemes de salut en fills d'immigrants africans. Pediatría Catalana 1996; 56:37-41.
- **Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL.** Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. Med Clin (Barc) 1995;104:45-48.
- **Castells X.** Atenció Sanitària de l'IMAS al col·lectiu d'estrangers il·legals. Comunicació presentada al Seminari: "Sanitat i Immigració". Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa dels Drets Civils. Casa Golferichs, Barcelona, 25 de maig 1993.
- **Castilla J, del Amo J, Sánchez F.** Casos de Sida en España en personas de otros países de origen. Boletín Epidemiológico Semanal. Madrid; 2000;8: 97-108.
- **Comelles JM, Mascarella L, Bardají F, Allué X (20002).** Some Health Care Experiences for Foreign Migrants in Spain. En Vulpani P, Comelles JM, Dongen, Els van (Ed.), Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants. Perugia, Cidis Alisei, 84-112.
- **Comelles JM, Bardají F, Mascarella L, Allué X (20002).** International Migrations and Health Care Policy in Spain. En Vulpani P, Comelles JM, Dongen, Els van (Ed.), Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants. Perugia, Cidis Alisei, 84-112.
- **Comissió d'associacions i organitzacions no governamentals de les comarques de Girona.** L'informe de Girona: cinquanta propostes sobre immigració. Centre UNESCO de Catalunya 1992. Document núm 27.
- **Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O.** Perfil de la casuística hospitalaria de la població inmi-grante en Barcelona. Gac Sanit 2002;16:376-384.
- **Cervantes RC, Salgado de Snyder VM, Padilla A.** Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico. Hosp Com Psychiatry 1989;40:615-19.
- **Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O.** Perfil de la casuística hospitalaria de la població inmi-grante de Barcelona. Gac Sanit 2000;216:376-384.
- **De Andrés J.** Salud y Marginación Social. Revista de Documentación Social 2002;127:97-123.
- **Durán E, Cabezos J, Ros M i col.** Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med Clin (Barc) 1996;106:525-28.
- **Farias Huanqui P.** Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante. Artur SA; Madrid. 2001
- **Ganduxer D, Villalbí JR.** Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres filipinas. An Esp Pediatr 1993;39:253-259.
- **García Campayo J, Sanz-Carrillo C.** Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc) 2002;118:187-191.
- **García de Olalla P, Lai A, Jansà JM i col.** Características

- diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 2000;14:189-194.
- **García de Olalla P, Caylà JA, Jansà JM et al (2002a).** Sida a Barcelona 57. Situació a 30 de setembre 2002.
 - **García de Olalla P, Jansà JM, Clos R i col (2002b).** Características diferenciales del SIDA en Inmigrantes extranjeros. Barcelona 1988-2001. Sociedad Iberoamericana de Información Científica, SIIC 2002. www.siicsalud.com, www.siicginecologia.com, www.saludpublica.com.
 - **Generalitat de Catalunya. Departament de Presidència.** Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004.
 - **Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.** Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria de l'any 2001.
 - **Huerga H, Lopez-Vélez R.** Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:830-4.
 - **Institut Municipal de Salut Pública (2002).** La salut dels Immigrants estrangers (Informe 2000). Barcelona.
 - **Jansà JM, Borrell C.** Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria* 2002;29:466-8.
 - **Jansà JM, Villalbí JR.** La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Atención primaria* 1995;15:320-327.
 - **Jaumà RM, Viñamata B.** Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1994;13: 283-289.
 - **Kaplan A.** De Senegambia a Catalunya: procesos de aculturación e integración social. Ed. Fundació La Caixa. Barcelona 1998.
 - **Laboratorios Géminis (Novartis) (2002).** Guia; Entenderse en 7 idiomas. <http://www.webgenéricos.com/paciente/idiomas/miniguia.pdf>
 - **Las Heras G.** Hemoglobinopaties i dèficit de G-6-PD en immigrants del Maresme. Tesi Doctoral. Universitat Autònoma. Barcelona 2000.
 - **Llàcer A, Del Amo J, Castillo S i col.** Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gaceta Sanitaria* 2001;15:197-9.
 - **Masvidal RM (2002).** Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord, Barcelona, <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>
 - **Michaut C, Quesada M, Almazán M i col.** I els fills dels immigrants?. XVI Congrés d'Atenció Primària de la SCMFIC, 31 de maig - 1 de juny 2001. Girona.
 - **Muñoz E, Nebot M.** Cobertura vacunal en població immigrant atesa al Servei de Vacunes de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (comunicació personal). Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona 2001.
 - **Navarro Alonso J A.** Actualización del calendario vacunal en población inmigrante. Ponencia presentada al primer congreso de la Asociación Española de Vacunología. Cádiz; Noviembre 2001.
 - **Níguez JC, Amoraga JF, Bernal PJ i col.** Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación. Resúmenes del Congreso de la Sociedad Española de Vacunología. Cádiz; Noviembre 2001.
 - **Oller C, Martínez A, Petit M i col.** Programa d'Atenció a les Minories Ètniques del CMOPF. Erasme Janer. VI Reunió de la Societat Anual de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques 1992.
 - **Pasarín M, Salvador J.** L'embaràs adolescent a Barcelona. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública 2001.
 - **Pons P, Franch J, Oriol C i col.** Els musulmans i la Diabetis Mellitus tipus II. Comunicació presentada al XVI Congrés d'Atenció Primària de la SCMFIC. Girona 31 maig 1 juny 2002.
 - **Prats N.** Comunicació personal. Sessió ordinària de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. La salut maternoinfantil dels immigrants estrangers a Catalunya. Acadèmia de Ciències Mèdiques. Barcelona, 3 d'octubre de 2001.
 - **Consejería de Salud. Programa de Desigualdades sociales en Salud.** Subprograma de inmigración y salud. Memoria del año 2000. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid 2001.
 - **Plans P, Salleras LI.** Prevalencia de anticuerpos antihepatitis A,B i C en los escolares nacidos y no nacidos en Catalunya. Dirección general de Salud Pública, 2003. (en prensa)
 - **Programa de Prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya (2000).** Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria 1999. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. Barcelona, Octubre.
 - **Puy L, Borlan E, Jiménez E i col.** Hàbits de Salut en una població Immigrant. Jornades Sanitàries del Vallès, La immigració, un repte Sanitari. Palau Solità i Plegamans, 8 març 2002. <http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/comunicacionshtm>
 - **Ramos M, March JC.** Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Atención Primaria* 2002; 29: 463-468.
 - **Real Rodríguez B, Cortés Rico O, Montón Álvarez J L (2002).** Demografía de la Población Inmigrante en España. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <http://aepap.org/inmigrante/demografia.htm>
 - **Rius C, Caylà JA, García de Olalla P i col (2001).** La tuberculosis en Barcelona. Informe 2000. Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.
 - **Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Corachan M.** Tuberculosis en un colectivo de inmigrantes africanos. XVII Congreso SEMFYC. *Atención primaria* 1997;20:408.
 - **Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascon et al.** Enfermedades impotadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002;119:616-619.
 - **Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Pujol E, Corachan M.** Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999; 111:215-217.
 - **Roca C, Balanzó X, Gascón, Fernández JL, Sauca G, Corachan M.** Schistosomiasis mansoni imported by travellers and immigrants: a comparative, clinico-epidemiologic study. *Eur J Clin Microb Infect Dis* 2002;21:219-223.
 - **Roca C, Balanzó X, Sauca G, Fernández-Roure JL, Boixeda R, Ballester M.** Uncinariasis importada por inmigrantes africanos: estudio de 285 casos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121:139-141.

- **Roca C, Valerio LL, Balanzó X, Fernández Roure JL, Pujol E, Corachán M.** Enfermedades de transmisión sexual en un colectivo de inmigrantes africanos. Congreso internacional MFiC. Atención primaria 1996; 18:340.
- **Rodríguez A, González E, Herrero M.** Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria. Med Clin (Barc) 1999;113; 556-7.
- Salut i Família (2001). Programa d'Atenció a la Maternitat a Risc. Memòria 2000. Barcelona, 2.001.
- **Sánchez E (1995).** Los inmigrantes extranjeros en el Plan de Salud de Catalunya. Comunicació presentada a les Jornades sobre Migració i Salut a la Conca de la Mediterrània, Barcelona 8 i 9 de març 1995.
- **Savall R, Fernandez JL, Gomez E, Isern M.** Infecciones cutáneas tropicales en población autóctona: tungiasis y larva migrans. Actas dermo-Sif. 1990; 81: 358-360.
- **Savall R, Fernández JL, Valls F, Balanzó X.** Prevalencia de la infección por VIH tipo I en enfermos africanos residentes en Cataluña. Med Clin (Barc) 1987; 94:414-416.
- **Savall R, Pérez JL, Valls F.** Infección gonocócica en el àrea del Maresme. Piel 1990;2:59-64.
- **Savall R, Balanzó X, Valls F.** HIV-1 and HIV-2 in Spain. Genitourinary Med 1992; 68:143.
- **Serra ME, Salvador G, Ribas L et al.** Aproximación a los hábitos alimentarios de la población inmigrante de origen africano residente en Mataró. Rev Esp Nutr Comunitaria 1999; 143-146.
- **Servei Català de la Salut.** Unitat de Planificació de la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat. Problemes relacionats amb les desigualtats. Immigrants estrangers. Servei Català de la Salut, Barcelona, 1994.
- **Soriano V, Gutiérrez C, Tuset R, et al.** Estudio multicéntrico de la infección por el VIH-2 en España. Med Clin (Barc) 1993;100:531-5.
- **Soriano V, Caldon E, Cilla G, Aguilera A, Merino F, Gutiérrez M et al.** Análisis multicéntrico de las infecciones por HTLV-I y HTLV-II en España. Med Clin (Barc) 1993; 100: 492-496.
- **Soriano V, Leal M, Fernandez JL, Tort J, Agudé I, Valls Fet al.** Transfus Sci 1993; 14: 167-172.
- **Soriano V, Tort J, Muga R, Fernández JL, Ribera A, Balanzó X, Foz M.** Infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo 2 en africanos occidentales residentes en Catalunya. Med Clin (Barc) 1989;92:161-163.
- **Sundquist J.** Migration, equality and access to healthcare services. J Epidemiol Comm Health 2001;55:691-2.
- **Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA.** Immigrants in the Netherlands; Equal Acces for Equal Needs? J Epidemiol Community Health 2001;55:701-707.
- **Teixidor R, Sardañes P, Plaja P. i col.** Projecte immigrants. Una necessitat. But Soc Cat Pediatr 1993;53:42-45.
- **Tizón JL.** Migraciones y salud mental. Gac Sanit 1989;3:527-529.
- **Tizón García JL, Salamero M, Pelegero N, Sáinz F, Atxotegui J, San José J, Díaz-Munguira, JM (1993).** Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya. Barcelona, PPU.
- **Valerio LL, Sabrià M, Fàbregas A.** Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clin (Barc) 2002;118:508-514.
- **Valerio L, Sabrià M, Fabregat A.** Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clin (Barc) 2002; 118:508-514.
- **Vall Combelles O, García Perez J, Puig C.** La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. Pediatr Integral 2001;6: 42-50.
- **Vallès X, Sánchez F, Pañella H i col.** Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. Med Clin (Barc) 2002;118:376-378.
- **Vázquez Villegas J.** Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria, aspectos organizativos, formativos y de planificación. Jano 2002;8:54-60.
- World Bank. Data & Statistics. Country Classification; Washington 2002. <http://www.worldbank.org/data/databytopic/class.htm>
- **Zellweger JP.** Screening for Tuberculosis in risk groups in Switzerland. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen 1993;41:739-743
- **Zubero Z, Santamaría J, Muñoz M, Teira R, Baraia J, Cisterna R.** Enfermedades importadas «tropicales»: experiencia de una consulta especializada en un hospital general. Rev Clin Esp 2000 Oct;200:533-537.

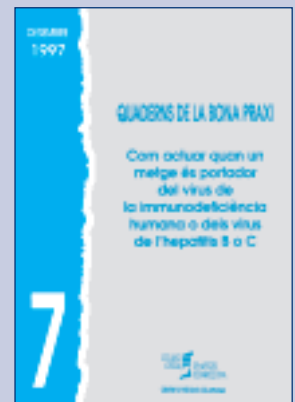
¹ Consell Municipal de Benestar Social. Realitzacions 2001, propostes 2002. Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. http://www.bcn.es/serveispersonals/serveis/P_ben_soci.htm

² Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya. Plans Comarcals. <http://www.gencat.net/benestar/immigra>

³ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Plans de Salut de Catalunya. <http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalat>

⁴ Pla Interdepartamentl d'Immigració. <http://www.gencat.net/presidencia/immigracio>

Números publicats



Quaderns de la Bona Praxi



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.