

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Filosofia i Lletres
Departament de Geografia

Tesi doctoral

MIGRACIONES I SALUT:
Interrelacions a la immigració
estrangera a Catalunya

Pau Mota Moya

Directores:
Dra. Àngels Pascual de Sans
Dra. Josefina Caminal i Homar

Abril 2007

A les meves emes

“Per distogliere lo sguardo dal proprio pozzo profondo non c'è nulla di meglio che rivolgerlo all'analisi dell'identità altrui, interessarsi alla realtà e alla natura delle cose.”

(Claudio Magris, *Danubio*)

PRÒLEG

La present tesi doctoral és el resultat d'un camí sinuós que els darrers anys m'ha portat per diferents disciplines del coneixement. Al voltant dels dos pilars principals de la meva vida acadèmica, professional i personal que representen la geografia i la medicina, he anat explorant altres disciplines properes que han contribuït a enriquir la tesi i a enriquir-me personalment. Des de l'epidemiologia, passant per l'antropologia o la sociologia he anat rebent diferents influències que m'han obert noves i interessant perspectives sobre les migracions i la salut que d'alguna manera o altra, amb més o menys intensitat, queden reflectides al llarg de la tesi. Encara que part de les influències rebudes contingudes a la tesi es remunten a sis o set anys enrere es podria dir que la tesi, com a tal, es comença a gestar ara fa quatre anys amb la concessió d'una beca predoctoral de la qual la present tesi n'és el resultat principal.

El trajecte al llarg d'aquests quatre anys ha tingut diferents estacions i diferents velocitats. Als moments de treball reflexiu, pacient i metòdic se li contraposaven moments de més dinamisme i inspiració on els resultats parcials obtinguts eren contrastats i discutits per diferents especialistes. Una de les primeres estacions va ser la conclusió de la memòria de recerca que en part es troba continguda en la present tesi. La memòria de recerca va servir d'immersió a la geografia de la salut i a establir un primer contacte amb les diferents problemàtiques que envolten la immigració i la salut a Catalunya. Els resultats de la metodologia qualitativa van servir per a establir les hipòtesis i els objectius de la present tesi doctoral i per a construir el fil vertebrador dels anys posteriors de recerca. Els treballs sobre geografia de la salut inclosos en la memòria de recerca em van portar a la Universitat d'Auckland (Nova Zelanda) per a fer una estada de recerca amb un dels principals teòrics de la

geografia de la salut, el professor Kearns. A mesura que s'han anat assolint resultats parcials de la recerca s'han anat mostrant i debatent en diferents congressos, seminaris i tertúlies informals tant a nivell internacional com a nivell local. Entre d'altres cal destacar el Congrés Internacional de Geografia Mèdica realitzat a Fort Worth (Texas), el Congrés sobre Noves Geografies de la Salut realitzat a la universitat Queen Mary de Londres, els seminaris de tardor sobre epidemiologia social organitzats per les universitats John Hopkins i Pompeu Fabra o les nombroses tertúlies, conferències i xerrades realitzades al mateix campus de la Universitat Autònoma de Barcelona. De les darreres estacions d'aquest trajecte cal destacar-ne l'estada de recerca a la Universitat de St. Andrews (Escòcia) per a visitar al professor P.Boyle i el seu grup sobre migració i salut, i les darreres conferències en hospitals i centres de recerca sanitària de Barcelona on s'han exposat els resultats finals obtinguts a la tesi.

A banda del procés de construcció estricta de la tesi doctoral aquests quatre anys han estat marcats per una intensa activitat formativa. A més de les activitats pròpies de ser membre actiu del Grup de Recerca sobre Migracions (GRM) i de les assignatures dels cursos de doctorat, han estat múltiples els cursos i seminaris realitzats sobre tècniques metodològiques, habilitats docents i comunicatives o jornades i seminaris relacionats amb la recerca i el coneixement. Durant aquests quatre anys, de manera progressiva, he anat entrant en contacte amb l'apassionant món de la docència. En aquest període he experimentat la dicotomia constant de l'ensenyar i el ser ensenyat passant en un mateix dia d'un costat a l'altre de l'aula com a estudiant de medicina i professor de geografia. La dicotomia de l'ensenyar i el ser ensenyat crec que ha estat un dels descobriments més importants que he realitzat en aquest període i el qual espero que esdevingui una constant al llarg de la meua vida personal i acadèmica.

Agraïments:

Abans de tot m'agradaria agrair a les meves dues directores Àngels Pascual i Josefina Caminal l'oportunitat que m'han ofert de poder fer recerca sobre una temàtica que es troba a cavall de les seves dues especialitats. També els voldria agrair que m'hagin transmès part del seu coneixement profund sobre les migracions i la salut comunitària el qual he intentat d'incorporar en aquesta tesi doctoral. També vull agrair als professors Boyle i Kearns els seus consells i suport que m'han motivat per a seguir preguntant i investigant al llarg del procés de recerca. En aquest mateix sentit vull agrair a Davide Malmusi, a Joan Muela, a Andreu Domingo i a Cecil Helman els consells donats i la interlocució necessària per a interrogar els resultats obtinguts i les línies de recerca empreses en cada una de les cruïlles del camí de la recerca.

M'agradaria agrair molt especialment a Blas Navarro, a Jordi Moya i a Luis López Soria el seu temps i el seu assessorament quasi bé constant en l'aspecte metodològic i estadístic de la recerca. En la metodologia qualitativa m'agradaria agrair també molt especialment a la Mariona Lloret, a la Crisitina Sala i a tota la gent de Torroella de Montgrí que ha col·laborat en les entrevistes i sense la qual una part de la tesi doctoral no s'hagués pogut realitzar. En el treball de camp m'agradaria destacar l'hospitalitat altre cop de la Mariona Lloret i dels membres de l'Assemblea d'Educació per la Pau de Nador sense els quals no hagués pogut realitzar una immersió tan profunda en el treball de camp realitzat al Marroc.

També vull agrair al Ton Creus i al Joan-Eugeni Sànchez el que em fessin descobrir la geografia quan era un nen, al Departament de Geografia de la UAB i al Grup de Recerca sobre Migracions, la seva flexibilitat per a fer una tesi doctoral que inicialment s'aparta de les seves línies principals de recerca i la flexibilitat i comprensió mostrada per a poder compaginar la tesi doctoral, les tasques al departament i els estudis de medicina. Especialment m'agradaria

agrair al Lluís Herrera, Jordi Cristòbal, Jordi Sempere, Marc Parés, Helena Cruz, Xavier Oliveres, Sergi Cuadrado, Anna Vera, Albert Pèlachs i a cada una de les persones del departament i de la Universitat que en algun moment o altre han viscut aquesta tesi els nombrosos moments compartits i el seu suport moral i logístic en l'activitat quotidiana.

El suport emocional, afectiu i intel·lectual sobretot l'haig d'agrair a la Mireia, a la meva mare, al meu pare, als meus amics Bernat Lladó, Jordi López, Jaume Álvarez, Anna Pegueroles, Meritxell Monteys, Alexis Vietti, a tota la meva família extensa i a totes aquelles persones que m'han acompanyat, influït, estimulat i aconsellat al llarg d'aquests anys. En definitiva a totes aquelles persones que han contribuït, i contribueixen, a que pugui gaudir d'una feina tan estimulante.

Agrair a la Fundació Jaume Bofill la seva bona disposició i la possibilitat de treballar amb les dades del Panel de Desigualtats. Aquesta tesi també ha utilitzat dades corresponents al projecte de recerca FIS 02/1306 i s'ha realitzat amb el suport del Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya i del Fons Social Europeu.

INDEX

| | |
|--|-----------|
| <i>Agraïments:</i> | 9 |
| 1. INTRODUCCIÓ | 21 |
| 2. ANTECEDENTS TEÒRICS | 26 |
| 2.1. EL CONCEPTE D'IMMIGRANT | 26 |
| 2.1.1. <i>Definicions de migració</i> | 26 |
| 2.1.2. <i>Conceptes relacionats</i> | 30 |
| 2.2. ELS CONCEPTES DE SALUT I MALALTIA | 36 |
| 2.2.1. <i>Salut o malaltia?</i> | 36 |
| 2.2.2. <i>El model biomèdic</i> | 39 |
| 2.3. HISTÒRIA DE LES RELACIONS ENTRE MIGRACIONS I SALUT..... | 43 |
| 2.3.1. <i>Pandèmies, virus i quarantenes</i> | 44 |
| 2.3.2. <i>L'immigrant com a vector o portador de malaltia</i> | 46 |
| 2.4. PRINCIPALS TEMES DE RECERCA EN MIGRACIONS I SALUT | 48 |
| 2.4.1. <i>Dispersió de malalties infeccioses</i> | 49 |
| 2.4.2. <i>Migracions i salut mental</i> | 50 |
| 2.4.3. <i>Cultura i salut</i> | 51 |
| 2.5. MIGRACIÓ I SALUT AL MÓN | 52 |
| 2.5.1. <i>Els EEUU i el Regne Unit</i> | 53 |
| 2.5.2. <i>El "healthy migrant effect"</i> | 58 |
| 2.6. MIGRACIÓ I SALUT A CATALUNYA I ESPANYA | 61 |
| 2.6.2. <i>Principals temes de recerca</i> | 62 |
| 2.6.2.1. <i>Malalties infeccioses</i> | 63 |
| 2.6.2.2. <i>Salut mental</i> | 66 |
| 2.6.2.3. <i>Cultura i salut</i> | 69 |
| 3. OBJECTIUS | 71 |
| 3.1. <i>Relacionar els processos migratoris i les malalties associades</i> | 71 |
| 3.2. <i>Fer una proposta metodològica per a estudiar les migracions i la salut</i> | 71 |
| 3.3. <i>Analitzar les actuacions en salut pública i fer propostes de millora</i> | 73 |
| 4. HIPÒTESIS | 74 |
| 4.1. <i>La migració, per si mateixa, no és un factor de risc per la salut</i> | 74 |
| 4.2. <i>Les desigualtats socioeconòmiques com a explicació etiològica</i> | 75 |

| | |
|--|----|
| 4.3. Sobrevaloració de la diferència cultural en l'atenció a una part de la immigració estrangera..... | 76 |
| 4.4. Biaix en la selecció dels immigrants en els estudis existents..... | 77 |

5. METODOLOGIA.....79

| | |
|--|-----|
| 5.1. OPCIONS METODOLÒGIQUES..... | 79 |
| 5.1.1. Limitacions de les dades disponibles..... | 79 |
| 5.1.1.1. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2002..... | 81 |
| 5.1.1.2. Registre Central d'Assegurats (RCA)..... | 82 |
| 5.1.1.3. Malalties de Declaració Obligatòria (MDO)..... | 83 |
| 5.1.2. Estudi Ecològic..... | 84 |
| 5.1.2.1. La fal·làcia ecològica..... | 85 |
| 5.1.2.2. Disseny de l'estudi ecològic..... | 85 |
| 5.1.3. Mètodes quantitativus i qualitativus..... | 87 |
| 5.2. LES DADES UTILITZADES..... | 88 |
| 5.2.1. Panel de Desigualtats a Catalunya (PaD)..... | 89 |
| 5.2.1.1. Característiques del PaD..... | 89 |
| 5.2.1.2. Variables..... | 90 |
| 5.2.2. Conjunt Mínim Bàsic de Dades(CMBD)..... | 99 |
| 5.2.2.1. Característiques..... | 99 |
| 5.2.2.2. Variables..... | 100 |
| 5.2.3. Padró continu..... | 103 |
| 5.2.3.1. Característiques..... | 103 |
| 5.2.3.2. Variables..... | 104 |
| 5.2.4. Mètodes qualitativus..... | 105 |
| 5.2.4.1. Les variables..... | 105 |
| 5.2.4.2. Disseny de l'enquesta..... | 106 |
| A. L'àmbit d'estudi..... | 107 |
| B. La maqueta..... | 110 |
| 5.2.4.3. Mètodes de recollida d'informació..... | 113 |
| A. L'entrevista en profunditat..... | 113 |
| B. L'observació..... | 117 |
| 5.3. MODELS I MÈTODES D'ANÀLISI..... | 119 |
| 5.3.1. Panel de Desigualtats a Catalunya (PaD)..... | 119 |
| 5.3.1.1. Operativització de les variables..... | 119 |
| 5.3.1.2. Les variables creades..... | 120 |
| A. Els anys a Catalunya..... | 121 |
| B. El sumatori de nacionalitats..... | 121 |
| B.1. Índex de Desenvolupament Humà (IDH)..... | 122 |
| 5.3.1.3. Models i eines estadístiques..... | 127 |
| 5.3.2. CMBDAH..... | 128 |
| 5.3.2.1. Depuració de les dades..... | 129 |
| 5.3.2.2. Estandardització de les dades..... | 129 |
| 5.3.2.3. Les variables creades..... | 134 |

| | |
|--|------------|
| 5.3.2.4. <i>Variables sense valors extrems (SVE)</i> | 134 |
| 5.3.3. <i>Padró continu d'habitants</i> | 136 |
| 5.3.3.1. <i>Operativització de les variables</i> | 136 |
| 5.3.3.2. <i>Les variables creades</i> | 136 |
| A. <i>L'edat mitjana dels estrangers del municipi</i> | 136 |
| B. <i>Agrupació per IDH i percentatges de població</i> | 137 |
| C. <i>El coeficient de nacionalitat (CN)</i> | 137 |
| 5.3.4. <i>Creació de la Base de Dades</i> | 139 |
| 5.3.4.1. <i>Models i eines estadístiques</i> | 139 |
| 5.3.4.2. <i>Sistema d'Informació Geogràfica (SIG)</i> | 140 |
| 5.3.5. <i>Mètodes qualitius</i> | 141 |
| 5.3.5.1. <i>Teoria fonamentada ("Grounded theory")</i> | 141 |
| 5.3.5.2. <i>Transcripció i codificació</i> | 143 |
| 5.3.5.3. <i>CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis)</i> | 144 |
| A. <i>El programa d'anàlisi de dades textuais Atlas.ti</i> | 145 |
| B. <i>El programa d'anàlisi de xarxes socials Visone</i> | 146 |
| | |
| 6. RESULTATS | 148 |
| | |
| 6.1. RESULTATS DEL PANEL DE DESIGUALTATS | 148 |
| 6.1.1. El Sumatori de nacionalitats | 149 |
| 6.1.2. El model estadístic del PaD | 159 |
| | |
| 6.2. RESULTATS DE L'ESTUDI ECOLÒGIC | 167 |
| 6.2.1. Dades de població | 168 |
| 6.2.1.1. <i>Percentatge d'estrangers de nacionalitat amb IDH < Espanya</i> | 168 |
| 6.2.1.2. <i>Percentatge d'estrangers de nacionalitat amb IDH > Espanya</i> | 171 |
| 6.2.1.3. <i>El Coeficient de Nacionalitat</i> | 174 |
| 6.2.1.4. <i>Edat mitjana dels estrangers al municipi</i> | 182 |
| 6.2.2. Dades del CMBDAH | 186 |
| 6.2.2.1. <i>Distribució de les variables</i> | 186 |
| A. MALALTIES INFECCIOSES | 187 |
| A.1. <i>Tuberculosi</i> | 187 |
| A.2. <i>Malària</i> | 190 |
| A.3. <i>Xarampió</i> | 191 |
| A.4. <i>Hepatitis</i> | 192 |
| A.5. <i>VIH/SIDA</i> | 194 |
| A.6. <i>Conjunt de malalties infeccioses</i> | 196 |
| B. MALALTIES MENTALS | 199 |
| B.1. <i>Depressió</i> | 199 |
| B.2. <i>Reacció aguda d'adaptació</i> | 200 |
| B.3. <i>Reacció aguda a l'estrès</i> | 201 |
| B.4. <i>Estat d'ansietat</i> | 203 |
| B.5. <i>Conjunt de malalties mentals</i> | 204 |
| 6.2.2.2. <i>Distribució i associació de l'edat mitjana dels estrangers i les taxes de malaltia</i> | 208 |
| A. <i>Malalties infeccioses</i> | 208 |

| | |
|---|------------|
| B. Malalties mentals | 209 |
| 6.2.2.3. <i>Distribució i associació del Coeficient de Nacionalitat i les taxes de malaltia</i> ... | 211 |
| A. Malalties infeccioses..... | 212 |
| B. Malalties mentals | 213 |
| 6.2.3. El model estadístic de l'estudi ecològic | 215 |
| 6.3. RESULTATS DE L'ANÀLISI QUALITATIVA | 223 |
| 6.3.1. Procés migratori i salut | 223 |
| 6.3.1.1. <i>Migració i canvi de classe social</i> | 225 |
| 6.3.1.2. <i>Pràctiques transnacionals</i> | 227 |
| 6.3.2. Condicions de vida i salut | 229 |
| 6.3.2.1. <i>L'entorn natural</i> | 230 |
| 6.3.2.2. <i>Capital social</i> | 231 |
| 6.3.2.3. <i>Habitatge</i> | 233 |
| 6.3.2.4. <i>Legislació i condicions laborals</i> | 236 |
| 6.3.2.5. <i>Jerarquia en l'escala social</i> | 239 |
| 6.3.3. Cultura i salut | 241 |
| 6.3.3.1. <i>Models de salut</i> | 243 |
| 6.3.3.2. <i>El caràcter alienant de la biomedicina</i> | 253 |
| 6.3.3.3. <i>Comportaments respecte la salut</i> | 257 |
| 6.3.3.4. <i>Gènere i salut</i> | 259 |
| 6.3.3.5. <i>Cicle de vida i comportament respecte la salut</i> | 262 |
| 6.3.3.6. <i>Serveis sanitaris marroquins</i> | 265 |
| 6.3.3.7. <i>Accés als serveis sanitaris</i> | 269 |
| | |
| 7. DISCUSSIÓ | 275 |
| | |
| 7.1. MIGRACIÓ I SALUT | 276 |
| 7.1.1. Malalties infeccioses | 278 |
| 7.1.1.1. <i>La por als gèrmens</i> | 283 |
| 7.1.1.2. <i>El turisme global</i> | 287 |
| 7.1.2. Salut mental | 290 |
| 7.1.3. Cultura i salut en la immigració | 295 |
| 7.1.4. "Healthy migrant effect" | 301 |
| | |
| 7.2. LA PROBLEMÀTICA DEL CONCEPTE IMMIGRANT | 306 |
| 7.2.1. Les bases del problema: | 307 |
| 7.2.1.1. <i>Les limitacions dels registres existents</i> | 307 |
| 7.2.1.2. <i>Biaix en la selecció dels immigrants</i> | 308 |
| 7.2.2. Les connotacions del terme immigrant | 315 |
| 7.2.2.1. <i>Anàlisi crítica del discurs</i> | 316 |
| | |
| 7.3. CLASSE SOCIAL..... | 319 |
| 7.3.1. Migració i canvi de classe social | 322 |
| 7.3.1.1. <i>Xarxes de suport i capital social</i> | 324 |
| 7.3.2. 'Healthy migrant effect' | 326 |

| | |
|--|------------|
| 7.3.2.1. Migració i mobilitat..... | 327 |
| 7.3.2.2. Assentament i salut..... | 329 |
| 7.3.2.3. Estratificació ètnica de la societat..... | 330 |
| 7.3.3. Desigualtats en salut..... | 333 |
| 7.3.3.1. Legislació sobre immigració..... | 335 |
| 7.3.3.2. Epidemiologia social..... | 339 |
| | |
| 7.4. POLÍTIQUES SANITÀRIES EN IMMIGRACIÓ I SALUT..... | 342 |
| 7.4.1. Els protocols mèdics..... | 342 |
| 7.4.2. Models teòrics darrera de certes polítiques..... | 345 |
| 7.4.2.1. Les patologies de la immigració o l'immigrant malalt..... | 346 |
| | |
| 8. CONCLUSIONS..... | 355 |
| | |
| 8.1. 'PATOLOGIES DE LA IMMIGRACIÓ' O 'L'IMMIGRANT SA'?..... | 355 |
| 8.1.1. El model de les patologies de la immigració..... | 356 |
| 8.1.2. El model de la selecció dels emigrants o l'immigrant sa..... | 361 |
| | |
| 8.2. PROPOSTES PER A LA RECOLLIDA I MILLORA DE LES BASES DE DADES..... | 364 |
| | |
| 8.3. PROPOSTES PER A POLÍTIQUES SANITÀRIES FUTURES REFERENTS A LA IMMIGRACIÓ I LA SALUT..... | 369 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA..... | 375 |

INDEX TAULES

| | | |
|-----|---|-----|
| 1. | TAULA: ESTADÍSTICS DE VARIABLES IMMIGRATÒRIES DEL PAD..... | 91 |
| 2. | TAULA: FREQUÈNCIES DE LA VARIABLE “LLOC DE NAIXEMENT” | 92 |
| 3. | TAULA: FREQUÈNCIES DE LA VARIABLE “PAÍS DE NAIXEMENT” | 92 |
| 4. | TAULA: FREQUÈNCIES DE LA VARIABLE “1A NACIONALITAT” | 94 |
| 5. | TAULA: FREQUÈNCIES DE LA VARIABLE “2A NACIONALITAT” | 96 |
| 6. | TAULA: VARIABLES DEL PAD UTILITZADES | 97 |
| 7. | TAULA: CATEGORIES DE LES VARIABLES DEL PAD..... | 98 |
| 8. | TAULA: CODIS CIM-9-MC | 101 |
| 9. | TAULA: VARIABLES DEL CMBDAH UTILITZADES | 102 |
| 10. | TAULA: ESTADÍSTICS DE POBLACIÓ A CATALUNYA (PADRÓ CONTINU 2003)..... | 105 |
| 11. | TAULA: QUOTES D’ENTREVISTATS | 111 |
| 12. | TAULA: LLISTAT DE PAÏSOS DEL MÓN AMB UN IDH MAJOR A ESPANYA AL 2003 | 125 |
| 13. | TAULA: TOTAL DE VARIABLES DEL PAD | 126 |
| 14. | TAULA: CATEGORIES DE LES VARIABLES DEL PAD..... | 126 |
| 15. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES TAXES AJUSTADES PER A LES MALALTIES INFECCIOSES . | 130 |
| 16. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES TAXES AJUSTADES PER A LES MALALTIES MENTALS | 131 |
| 17. | TAULA:TA TBC SENSE ZEROS..... | 132 |
| 18. | TAULA:TA XARAMPIÓ SENSE ZEROS | 132 |
| 19. | TAULA:TA VIH SENSE ZEROS | 132 |
| 20. | TAULA: TA MALÀRIA SENSE ZEROS | 132 |
| 21. | TAULA: TA HVX SENSE ZEROS..... | 132 |
| 22. | TAULA: TA INFECCIOSES SENSE ZEROS | 132 |
| 23. | TAULA: TA DEPRESSIÓ SENSE ZEROS | 133 |
| 24. | TAULA:TA ESTAT ANSIETAT SENSE ZEROS | 133 |
| 25. | TAULA: TA RADA SENSE ZEROS..... | 133 |
| 26. | TAULA: TA RAE SENSE ZEROS..... | 133 |
| 27. | TAULA: TA MENTALS SENSE ZEROS..... | 133 |
| 28. | TAULA: TOTAL DE VARIABLES DEL CMBDAH | 135 |
| 29. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES VARIABLES MIGRATÒRIES | 139 |
| 30. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES VARIABLES DEL PAD..... | 148 |
| 31. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE CATEGORIES DE LA VARIABLE SUMATORI NACIONALITATS . | 149 |
| 32. | TAULA: RESUM DELS MODELS AMB I SENSE INTERACCIONS..... | 161 |
| 33. | TAULA: ANOVA DELS MODELS AMB I SENSE INTERACCIONS..... | 162 |
| 34. | TAULA: COEFICIENTS | 163 |
| 35. | TAULA: RESUM DEL MODEL FINAL DEL PAD | 164 |
| 36. | TAULA: ANOVA DEL MODEL FINAL DEL PAD | 165 |
| 37. | TAULA: COEFICIENTS DEL MODEL FINAL DEL PAD..... | 166 |
| 38. | TAULA: VARIABLES INTRODUÏDES A L’ANOVA (B)..... | 176 |
| 39. | TAULA: RESUM DEL MODEL ANOVA | 176 |
| 40. | TAULA: ANOVA DE IDHMAP I IDHMEP (B)..... | 176 |
| 41. | TAULA: COEFICIENTS DE L’ANOVA DE IDHMAP I IDHMEP (A)..... | 176 |
| 42. | TAULA: RESUM DEL CN I DEL CN SENSE VALORS EXTREMS (SVE)..... | 180 |
| 43. | TAULA: % ESTRANGERS DE DIFERENT IDH I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AL MUNICIPI | 185 |
| 44. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES VARIABLES DE POBLACIÓ | 185 |
| 45. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE LES TAXES AJUSTADES DE MALALTIA | 206 |
| 46. | TAULA: ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DE TOTES LES VARIABLES DE L’ESTUDI ECOLÒGIC SVE | 207 |
| 47. | TAULA: EL NOMBRE D’OBSERVACIONS..... | 216 |
| 48. | TAULA: RESULTATS FINAL DEL MODEL PER TOTS ELS ESTRANGERS | 219 |
| 49. | TAULA: RESULTATS FINAL DEL MODEL PER AL COEFICIENT DE NACIONALITAT | 220 |

INDEX GRÀFICS

| | | |
|-----|--|-----|
| 1. | GRÀFIC: CÀLCUL I VARIABLES INCLOSES EN L'ÍNDEX DE DESENVOLUPAMENT HUMÀ (IDH) | 124 |
| 2. | GRÀFIC: COEFICIENT DE NACIONALITAT (CN)..... | 137 |
| 3. | GRÀFIC: ANYS A CATALUNYA I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS | 151 |
| 4. | GRÀFIC: EDAT I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS..... | 152 |
| 5. | GRÀFIC: SEXE I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS | 153 |
| 6. | GRÀFIC: NIVELL ECONÒMIC PERCEBUT I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS..... | 154 |
| 7. | GRÀFIC: CLASSE SOCIAL PERCEBUDA I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS | 155 |
| 8. | GRÀFIC: MEMBRES PER LLAR I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS..... | 156 |
| 9. | GRÀFIC: FELICITAT PERCEBUDA I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS | 157 |
| 10. | GRÀFIC: SATISFACCIÓ AMB LA VIDA I AGRUPACIÓ DE NACIONALITATS..... | 158 |
| 11. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DEL % ESTRANGERS D'IDH < ESPANYA | 169 |
| 12. | GRÀFIC: DIAGRAMA DE CAIXA DEL % ESTRANGERS D'IDH < ESPANYA | 170 |
| 13. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DEL % ESTRANGERS D'IDH > ESPANYA | 171 |
| 14. | GRÀFIC: DIAGRAMA DE CAIXA DEL % ESTRANGERS D'IDH > ESPANYA | 172 |
| 15. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I CORRELACIÓ ENTRE NOMBRE D'ESTRANGERS I HABITANTS AL MUNICIPI ... | 174 |
| 16. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I CORRELACIÓ ENTRE ELS DOS GRUPS ESTRANGERS..... | 175 |
| 17. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DEL COEFICIENT DE NACIONALITAT (CN) | 178 |
| 18. | GRÀFIC: DIAGRAMA DE CAIXA DEL CN | 181 |
| 19. | GRÀFIC: DIAGRAMES DE CAIXA DEL CN SVE | 181 |
| 20. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE L'EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS | 183 |
| 21. | GRÀFIC: DIAGRAMA DE CAIXA DE L'EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS | 184 |
| 22. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE TUBERCULOSI..... | 189 |
| 23. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE MALÀRIA..... | 190 |
| 24. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE XARAMPIÓ..... | 192 |
| 25. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA D'HEPATITIS | 193 |
| 26. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE VIH/SIDA | 195 |
| 27. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE M. INFECCIOSES..... | 196 |
| 28. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE DEPRESSIÓ..... | 199 |
| 29. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE RADA..... | 200 |
| 30. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE RA L'ESTRÈS..... | 202 |
| 31. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA D'ESTAT ANSIETAT | 203 |
| 32. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ I PROVA DE NORMALITAT DE LA TAXA AJUSTADA DE M. MENTALS | 205 |
| 33. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA MALÀRIA I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE | 208 |
| 34. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE XARAMPIÓ I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE | 208 |
| 35. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE VIH/SIDA I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE..... | 208 |
| 36. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA D'HEPATITIS I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE | 209 |
| 37. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE MALALTIES INFECCIOSES I EDAT MITJANA AMB I SVE | 209 |
| 38. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE DEPRESSIÓ I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE | 209 |
| 39. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA ESTAT D'ANSIETAT I EDAT MITJANA AMB I SVE | 209 |
| 40. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA RADA I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE | 210 |
| 41. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE RA A L'ESTRÈS I EDAT MITJANA AMB I SVE | 210 |
| 42. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE M. MENTALS I EDAT MITJANA DELS ESTRANGERS AMB I SVE ... | 210 |
| 43. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE TUBERCULOSI I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 212 |
| 44. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE MALÀRIA I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 212 |
| 45. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE XARAMPIÓ I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 212 |
| 46. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DE VIH/SIDA I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE..... | 212 |
| 47. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA D'HEPATITIS I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 212 |
| 48. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA M. INFECCIOSES I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 213 |
| 49. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA DEPRESSIÓ I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 213 |
| 50. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA ESTAT D'ANSIETAT I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE ... | 213 |
| 51. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA RADA I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 213 |
| 52. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA RA ESTRÈS I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 214 |
| 53. | GRÀFIC: DISTRIBUCIÓ DE LA TA M. MENTALS I COEFICIENT DE NACIONALITAT AMB I SVE | 214 |
| 54. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DE TUBERCULOSI I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB) | 216 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 55. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DE VIH/SIDA I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB) | 216 |
| 56. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS D'HEPATITIS I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB) | 217 |
| 57. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DE REACCIÓ AGUDA D'ADAPTACIÓ I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB)..... | 217 |
| 58. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS D'ESTAT D'ANSIETAT I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB)..... | 217 |
| 59. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DE DEPRESSIÓ I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB) | 217 |
| 60. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DEL CONJUNT DE MALALTIES MENTALS I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB)..... | 217 |
| 61. | GRÀFIC: AJUSTAMENT DELS CASOS OBSERVATS DEL CONJUNT DE MALALTIES INFECCIOSES I ELS MODELS DE REGRESSIÓ PER ZEROS INFLATS DE POISSON (ZIP) I DE LA BINOMIAL NEGATIVA (ZINB) . | 218 |
| 62. | GRÀFIC: PATOLOGIES DE LA IMMIGRACIÓ | 359 |
| 63. | GRÀFIC: L'IMMIGRANT SA | 363 |

INDEX MAPES

| | | |
|-----|--|-----|
| 1. | MAPA: POBLACIÓ A CATALUNYA AL 2003 | 173 |
| 2. | MAPA: SUMATORI NACIONALITATS D'IDH < ESP..... | 173 |
| 3. | MAPA: SUMATORI NACIONALITATS D'IDH > ESP..... | 173 |
| 4. | MAPA: % D'HABITANTS AMB NACIONALITAT D'IDH < ESP..... | 173 |
| 5. | MAPA: % HABITANTS DE NACIONALITAT D'IDH > ESP..... | 173 |
| 6. | MAPA: COEFICIENT DE NACIONALITAT | 179 |
| 7. | MAPA: TA DE TUBERCULOSI (X 100.000HAB.) | 197 |
| 8. | MAPA: TA DE MALÀRIA (X 100.000HAB.) | 197 |
| 9. | MAPA: TA DE XARAMPIÓ (X 100.000HAB.) | 197 |
| 10. | MAPA: TA D'HEPATITIS (X 100.000HAB.)..... | 197 |
| 11. | MAPA: TA DE VIH/SIDA (X 100.000HAB.)..... | 197 |
| 12. | MAPA: TA DEL CONJUNT DE M. INFECCIOSES (X 100.000HAB.) | 197 |
| 13. | MAPA: TA DE DEPRESSIÓ (X 100.000HAB.) | 198 |
| 14. | MAPA. TA DE REACCIÓ AGUDA D'ADAPTACIÓ (X 100.000HAB.) | 198 |
| 15. | MAPA: TA DE REACCIÓ AGUDA A L'ESTRÈS (X 100.000HAB.) | 198 |
| 16. | MAPA. TA D'ESTATS D'ANSIETAT (X 100.000HAB.) | 198 |
| 17. | MAPA: TA DEL CONJUNT DE M. MENTALS (X 100.000HAB.) | 198 |

1. INTRODUCCIÓ

Les migracions i la salut són fenòmens que estan intrínscament lligats a la condició humana, amb elements biològics però sobretot socials, protagonitzats per individus i societats, presents des dels inicis de l'evolució humana fins als nostres dies. La interrelació entre els dos conceptes ha centrat debats i actuacions que han tingut repercussions en els propis migrants fins a totes les societats involucrades, des de les societats de partença fins a les d'arribada. Al llarg de la història les migracions han estat vistes com a vector de malaltia centrant gran part del debat sobre migracions i salut: des de les mesures de quarantena que afectaven a ciutats senceres de l'Edat mitjana fins als casos més recents de grip, còlera o tuberculosi. Darrerament, la importància de les migracions humanes en relació amb la salut de les poblacions va més enllà de la dispersió de virus i paràsits. Des del finançament dels sistemes nacionals de salut, passant per la salut mental o la diferència cultural, la relació entre les migracions i la salut és centre de reflexió i debat en molts entorns socials. L'interès que està despertant va més enllà dels professionals sanitaris i està present en els mitjans de comunicació i en altres esferes socials. La salut relacionada amb la migració inclou tractar el procés d'assentament des de diferents punts de vista entre els que s'inclouen la integració, les desigualtats socials i la injustícia social tant en la societat receptora com en les diferents societats emissores.

A Catalunya es va començar a prestar especial atenció a les relacions entre immigració i salut arrel de la creixent arribada d'immigració estrangera dels darrers deu anys. Als inicis de la dècada dels noranta del segle XX, l'estat espanyol va deixar de ser bàsicament emigratori per a convertir-se en país

d'immigració estrangera neta. La novetat del fenomen i el volum creixent d'immigració estrangera ha obert una sèrie de nous reptes en quasi bé totes les esferes socials. En els temes relacionats amb la salut, es debat sobre malalties importades, l'atenció sanitària al pacient immigrant o la universalitat del sistema de seguretat social. La novetat del fenomen ha anat acompanyada d'una manca de registres de dades, d'experiències prèvies i de corpus teòrics de referència que és palesa en les recerques i actuacions dutes a terme fins al moment. Les principals problemàtiques tractades fins al moment en els mitjans de comunicació i en diferents entorns acadèmics del nostre país, es centren en les malalties importades, la salut mental i el tractament de la diversitat cultural a les consultes. La presència creixent de mediadors culturals en els centres sanitaris i de fulletons informatius en diversos idiomes són canvis que s'estan produint amb certa celeritat els darrers anys. La novetat del fenomen o les expectatives de creixement de la immigració estrangera a curt, mig i llarg termini converteixen la recerca sobre immigració i salut a Catalunya en un camí nou d'exploració amb un trajecte que es preveu llarg i dinàmic. La seva correcta comprensió i les mesures implantades per a fer front als reptes plantejats pot ser de gran importància per atendre l'estat de salut que poden presentar les poblacions immigrades i per a la millora de l'estat de salut del conjunt de la societat. La millora de l'assistència sanitària als nous ciutadans pot ser un element clau per a la cohesió social i la lluita contra les desigualtats de la societat catalana en un futur immediat.

Els conceptes migració i salut són termes tan utilitzats que sovint no es para atenció a la complexitat que els hi és inherent. Tant migració, o més concretament immigració, com salut són conceptes dinàmics que sovint presenten connotacions i preconcepcions presents en el llenguatge corrent

però no conceptualitzats ni definits amb rigor. El simbolisme i la indefinició que acompanya la utilització dels termes en dificulta la seva anàlisi rigorosa i sovint no són tractats des de totes les dimensions possibles. La complexitat dels conceptes migració i salut augmenta al contextualitzar-los socialment i a l'intentar estudiar les interaccions entre els dos termes. Tant les migracions com la salut són fenòmens transversals que tenen causes i conseqüències relacionades amb la gran majoria d'altres fenòmens socials. Les influències socials en la salut individual i col·lectiva són multidimensionals i les migracions sovint impliquen com a mínim a dues societats clarament diferenciades. En la recerca sobre immigració i salut hi intervenen factors socials, econòmics, culturals, ambientals o biològics en dos o més contextos i una història individual i migratòria que pot tenir repercussions sobre la salut individual o col·lectiva de totes les societats implicades. La multiplicitat de contextos converteix la recerca sobre els determinants en salut en doblement complexa, però també doblement interessant, al oferir l'oportunitat de valorar en uns mateixos individus els efectes que poden tenir els canvis de context social, econòmic o cultural en la seva pròpia salut i en la salut de les societats implicades.

La present tesi doctoral és una aproximació a la complexitat que envolta les migracions i la salut a partir de les recerques i de les actuacions dutes a terme a Catalunya sobre aspectes relacionats amb la salut i la immigració estrangera. És una aproximació transdisciplinària que incorpora aportacions de l'epidemiologia, de l'antropologia, de la sociologia i de la psicologia en l'estudi de la relació entre la immigració i la salut a Catalunya. Degut a la manca de registres existents, aquesta tesi també és una aportació teòrica i metodològica per a la creació de registres i de bases de dades que millorin les futures

recerques i actuacions sobre immigració estrangera des de l'àmbit de la salut. Des del punt de vista teòric la tesi ofereix una reflexió crítica de les actuacions i recerques existents, apuntant els principals punt forts i febles, per tal d'aportar nous elements de debat i discussió a l'abordatge actual de la immigració estrangera des de l'àmbit de la salut. Metodològicament, la tesi és el primer estudi de vocació comunitària que es realitza sobre immigració i salut a Catalunya. La manca de registres és la principal explicació de la baixa existència d'estudis epidemiològics sobre immigració estrangera i salut i la present tesi ofereix un estudi ecològic que representa la primera visió comunitària de la relació entre immigració estrangera i salut a Catalunya. S'utilitzen tècniques quantitatives i qualitatives per a oferir també una visió global i multidisciplinària del fenomen a partir de dades empíriques i de reflexions teòriques. La present tesi vol complementar les recerques realitzades des de la salut pública, la medicina preventiva, la medicina internacional, la psiquiatria, la sociologia o l'antropologia sobre immigració i salut a Catalunya i vol ser una contribució per a la millora de la comprensió del fenomen i de les mesures implementades. La manca de dades existents i la incipient però creixent recerca realitzada a Catalunya és extensiva a la resta de l'estat i per aquest motiu, malgrat que les dades utilitzades per al treball empíric són referides a Catalunya, les reflexions i les anàlisis es poden aplicar també a la resta de l'estat. La majoria de recerca publicada a l'estat espanyol sobre immigració estrangera i salut es concentra a Catalunya i les publicacions existents a la resta de l'estat comparteixen enfocaments i resultats amb la majoria de publicacions catalanes.

La tesi doctoral s'estructura en sis grans capítols ordenats de la següent manera: primer es presenta el cos teòric que consisteix en una reflexió sobre

els principals conceptes involucrats en l'anàlisi. Es mostren també els principals temes sobre els que s'han relacionat les migracions humanes i la salut al llarg de la història, i els principals temes que actualment es treballen sobre immigració i salut, tant en el context internacional com a Catalunya i a la resta de l'estat. La relativa novetat del tema de recerca a Catalunya ha comportat que el cos teòric es mostri abans dels objectius i de les hipòtesis, per tal de servir com estat de la qüestió i poder contextualitzar la finalitat i els objectius de la tesi. Després de mostrar els objectius i les hipòtesis principals i secundàries es detallen les estratègies metodològiques i els diferents mètodes utilitzats. A la metodologia es descriuen tant les bases de dades, la transformació de les variables i les tècniques estadístiques utilitzades com el treball de camp, les tècniques de recollida d'informació i l'anàlisi qualitativa duts a terme. En el següent capítol es mostren els resultats obtinguts de la metodologia quantitativa i de la metodologia qualitativa ordenats segons les bases de dades i les tècniques utilitzades. A la discussió es comparen els resultats obtinguts amb el cos teòric de la mateixa tesi i es reflexiona sobre processos i fenòmens que interactuen en el tema de recerca. La discussió és un capítol crític i reflexiu sobre els propis resultats obtinguts i sobre els enfocaments que han caracteritzat la recerca i les actuacions sobre immigració estrangera des de l'àmbit de la salut a Catalunya. Per últim, les conclusions són una síntesi dels principals resultats que poden ser rellevants per a futures recerques i polítiques sanitàries. Els annexos es troben en format digital en el disc compacte que s'adjunta.

2. ANTECEDENTS TEÒRICS

Els dos conceptes clau de la tesi doctoral, migració i salut, presenten una dificultat afegida que deriva de la seva manca de definició clara i precisa. Immigració i salut són dos conceptes complexos que engloben un gran conjunt d'altres processos i matisos, els quals dificulten la seva concreció. La dificultat derivada de les definicions ens acompanyarà al llarg de tot el procés de recerca; per a intentar reduir al màxim els entrebancs que se'n puguin derivar, a continuació es proposa una definició i s'apunten les opcions teòriques i metodològiques escollides per a la resta de la recerca.

2.1. El concepte d'immigrant

Definir el concepte d'immigrant comporta definir el concepte de migració o moviment migratori. Els dos apartats que es presenten tot seguit es centren en la definició de procés migratori i en tota la constel·lació de conceptes i processos que s'hi relacionen.

2.1.1. Definicions de migració

La migració humana és el desplaçament de persones que suposa un canvi significatiu del lloc de residència habitual per a un temps considerable. El concepte inclou temps, distància i espai de residència habitual o espai de vida (Jackson 1986).

En aquests tres aspectes és on es troben les dificultats per a definir migració. A partir de quant temps es pot considerar migració? Quant temps d'assentament ha de transcórrer entre moviments migratoris, perquè aquests es puguin considerar com a migracions i no com a viatges o estades

temporals? Aquestes preguntes no tenen una resposta fàcil. Per exemple, la distància que s'ha de recórrer per a que es consideri migració tampoc és un aspecte trivial. Un canvi de residència en el mateix carrer, barri o dins d'una mateixa ciutat sovint no es poden considerar migració sinó mobilitat residencial o canvi de domicili. Per aquest motiu s'incorpora l'adjectiu 'significatiu' ja que el canvi de residència ha de comportar un canvi de 'l'espai de vida'. El concepte 'espai de vida' és la característica diferencial de les migracions davant la resta de desplaçaments humans. L'espai de vida es refereix a l'epicentre de la vida quotidiana de la persona i/o al conjunt de lligams emocionals i afectius amb el lloc on viu (Boyle, Halfacree et al. 1998, Courgeau 1988, Livi-Bacci 1993). És l'espai on menja, dorm, treballa, estableix relacions afectives i engloba l'entorn social, cultural i personal. La migració implica un canvi de l'espai de vida i, per tant, la distància del canvi de residència, per molt gran que sigui, no és sinònim de procés migratori si no hi ha hagut un canvi d'aquest espai de vida descrit. En aquest darrer cas es parla de mobilitat quotidiana o mobilitat residencial. En la dimensió temporal, el concepte de canvi de vida també exclou els viatges i el turisme que, per molt perllongats en el temps que siguin, sovint no impliquen un canvi en l'espai de vida de la persona.

La migració és un fenomen natural i funcional que forma part del comportament humà des de sempre. Les migracions s'han produït i es produeixen en tot el ventall de grups que conformen una societat humana. Com hem vist, el canvi de l'espai de vida implica un canvi implícit de les relacions amb la societat i l'entorn i, consegüentment, les migracions humanes van associades sovint a un canvi sobtat en l'escala social relativa en les diferents societats d'assentament.

Es parla de societats d'assentament en plural perquè la migració no és un procés lineal entre una societat de procedència i una societat d'arribada. Els moviments migratoris acostumen a ser uns processos estesos en el temps, on s'alternen processos d'assentament i mobilitat. No són processos entre un lloc de procedència i un lloc de destinació. Sovint es parla de rutes migratòries per incorporar el concepte d'itinerari, personal i social, implícit en el concepte de migració. Els processos migratoris, com la resta de fenòmens humans i socials, es donen en un context històric, social i personal concrets. S'han produït en totes les èpoques i formen part del funcionament normal de totes les societats des de l'origen de la humanitat. Per tant, les migracions no són fenòmens extraordinaris, però presenten diferents especificitats en cada moment i en cada lloc (Johnston, Gregory et al. 2000, Pascual-de-Sans 1993).

Al definir un procés migratori s'ha d'escollir un espai de referència (Tapinos 1988). La migració exterior, que actualment està prenent especial rellevància social i política i en la que es centra aquesta tesi, pren l'estat com a espai de referència, com a espai de vida. Les migracions s'anomenen externes quan impliquen un canvi de residència entre diferents estats. Les migracions internes, per contraposició, són les que tenen lloc dins les fronteres d'un mateix estat o territori. Els dos moviments migratoris, però, tenen característiques essencials i lògiques estructurals comunes, i es troben relacionades. Les diferències entre les diferents formes de mobilitat espacial no són molt clares i sovint s'encavalquen. Malgrat aquestes similituds entre les migracions interiors i exteriors, les fronteres administratives entre estats són importants elements condicionants en el procés migratori i en els processos d'assentament associats (Cardelús, Pascual-de-Sans et al. 1999, Pascual-de-Sans 1993).

Des del punt de vista quantitatiu a escala global, la migració internacional és l'excepció, no la norma. La majoria de moviments migratoris que es donen avui en dia són interiors i, a escala global, el volum de migrants internacionals representa un petit percentatge del total de la població mundial¹ (Cardelús, Pascual-de-Sans et al. 1999, Colectivo IOÉ 1999). Malgrat el relatiu pes quantitatiu, les migracions internacionals es poden inserir en un procés de transformació planetària que engloba tota la població del planeta i que tindrà una important significació en les properes dècades.

Reprenent la definició estricta de migració, es considera com a immigrant a la persona que ha viscut un procés migratori i que es troba residint en un nou espai. El terme immigrant i el terme emigrant, com el de migració, sempre requereix un posicionament relatiu de manera que al mateix temps que s'és immigrant en un lloc s'és emigrant en un altre, i viceversa. El ser immigrant, el sentir-se immigrant, és un procés acotat en un temps. És un procés temporal fruit de la vivència del procés migratori. Passat un temps, si la persona assumeix el lloc com a lloc d'assentament, deixarà de ser una persona immigrada per a passar a ser una persona del lloc triat. En aquest sentit, són tan importants i diversos els factors relacionats amb el moviment com amb l'assentament. Aquests dos processos, moviment i assentament, i els factors relacionats es donen simultàniament al llarg de tot el procés migratori.

Les causes de la migració són complexes i multidimensionals. Els motius o raons per iniciar un procés migratori abracen l'esfera personal i familiar de l'individu, i el context econòmic, polític i social del lloc on viu. La gran diversitat d'actituds col·lectives i personals relatives a les migracions han

¹ L'ONU avalua el nombre total de migrants a l'any en pocs més de 100 milions, que sols representa el 2,2% de la població mundial (Thumerelle 1996).

dificultat l'elaboració d'una teoria o model universal. Encara que la mobilitat laboral i per raons polítiques són causes centrals, en molts moviments migratoris no són les úniques. Per entendre-les, és tan important entendre les raons de l'emigració com les raons de l'assentament. Els motius per entendre les raons de l'emigració, tot i l'interès intrínsec que tenen, no són motiu central d'estudi en la present tesi doctoral. El que sí és d'interès en aquesta recerca és tenir present la complexitat i les múltiples dimensions que componen un procés migratori (Pascual-de-Sans 1993).

2.1.2. Conceptes relacionats

La definició de migració engloba moviments i aspectes tan heterogenis i dispars com les migracions individuals, les migracions col·lectives, les migracions de curta i llarga durada, les migracions de curta i llarga distància, les migracions cícliques, les migracions puntuals, l'èxode, l'exili, les migracions de retorn, els refugiats, els diferents condicionants del trajecte migratori o el conjunt de motivacions d'emigració.

En el conjunt de motivacions o raons per a dur a terme un procés migratori cal incorporar visions microindividuals, macroestructurals i causes o forces externes. Cal entendre les motivacions individuals i comunitàries, l'estructura socioeconòmica i política, i les normes socials i culturals dels diferents llocs implicats en un procés. Cal analitzar els fenòmens de mobilitat situant-los en el context de totes les societats implicades. En estudiar la migració cal estudiar l'assentament. És tant rellevant comprendre els factors que hi ha darrera de l'emigració com els que porten una persona a quedar-s'hi. De la mateixa manera, també és rellevant estudiar com es realitza la tria de la destinació, així com la presa de decisions en els processos de retorn que, al marge que s'arribi o no a fer realitat, constitueix un potent recurs simbòlic per a la majoria de les

persones desplaçades (Cardelús, Pascual-de-Sans et al. 1999, Pascual-de-Sans 1993).

En un procés migratori, el lloc que les persones consideren com a propi és important. Estrictament es pot afirmar que una persona deixa de ser immigrant quan deixa de sentir-se immigrant. Quan la persona es considera assentada en un determinat lloc ja no es troba en procés migratori i, per tant, ja no es pot considerar immigrant. El deixar de sentir-se immigrant, o el considerar-se assentat en un lloc, però, no ha de coincidir amb el significat que li donin les persones del lloc d'arribada, ni amb un trencament amb els orígens de la persona immigrada. Es deixa de ser immigrant però la persona escull el significat que li vulgui donar als seus orígens o com incorpora el seu bagatge personal en el nou espai de vida. Es pot tenir un sentiment de doble pertinença, que tot i estar assentat físicament en un lloc, i independentment de sentir-se o no persona immigrada, redibuixi l'espai simbòlic de la persona que ha viscut un procés migratori.

El transnacionalisme és un concepte nou que engloba aquesta visió multidimensional i multidireccional de les migracions. El procés migratori des d'una perspectiva transnacional engloba la dimensió privada, la dimensió imaginària i metafòrica, i els fluxos de diners, contactes i viatges entre els diferents llocs del procés migratori. El concepte transnacional va més enllà dels estat nació, i parteix de l'establiment de vincles, xarxes de relació i relacions complexes que sobrepassen els espais d'origen i arribada. La migració internacional desenvolupa, manté i consolida espais transnacionals que atorguen a la migració una dimensió més àmplia al coexistir els diferents espais i oferint la possibilitat de crear un nou espai de vida a cavall de dues o

múltiples, localitzacions geogràfiques (Castells 2003, Ostergaard–Nielsen 2003, Pascual–de–Sans 2004, Soja 1997).

La dimensió transnacional de la migració exterior ens mostra com la migració, a banda d'involucrar els propis migrants, té repercussions sobre les unitats domèstiques i les societats que no han viscut cap procés migratori. Les migracions estableixen xarxes de relació entre societats de molts caires diferents. Els moviments migratoris esdevenen part d'un sistema. No es donen sols entre estats nació tancats sinó que es donen en un sistema que els transcendeix i que sovint s'explica per processos històrics o geogràfics entre les diferents regions.

Una visió actual de les migracions internacionals, com a un aspecte intern del sistema global, ens dona un enfocament més acurat que la visió tradicional del moviment entre estats–nació. Part d'aquest sistema global s'explica per les incursions colonials històriques dels països “centrals” sobre els perifèrics. Segons aquest enfocament l'explicació dels moviments migratoris es troba en el contacte econòmic i polític entre el centre i la perifèria, i no sols en les decisions racionals aïllades dels individus. La migració com a fenomen social i la comunicació entre els que han obert camí i els que han restat, funciona molt més poderosament que els instruments institucionals a l'establir xarxes de migració (Cardelús, Pascual–de–Sans et al. 1999, Malgesini, Giménez 2000).

L'absència d'una definició funcional, clara i precisa del terme migració porta a investigadors i comunicadors a elaborar les seves pròpies categories i variables per a identificar els processos migratoris. Com a parlants d'un llenguatge comú dins d'una societat determinada, estem subjectes als estereotips i prejudicis existents que es poden utilitzar conscient o inconscientment en la descripció dels termes migració o qualsevol dels seus

associats. Aquesta és una problemàtica que acompanya a les ciències socials i a l'estudi de les migracions des dels seus orígens (Petersen 1958). Per aquesta raó, cal diferenciar entre la consideració teòrica de la immigració i la consideració que la societat d'assentament faci d'aquest fet. Les paraules immigrant, emigrant, estranger, etc. no són neutres i estan carregades de contingut simbòlic que dificulten i emmascaren els fenòmens a l'hora d'analitzar-los. Molts dels termes i sinònims que s'utilitzen per a referir-se als processos migratoris són producte de la dificultat de definició del terme migració.

La dificultat d'establir una definició universal i la pròpia naturalesa mòbil, renovable, i reversible del fenomen migratori, converteixen la migració en el fenomen demogràfic més complicat d'estudiar. Un dels problemes conceptuals en l'estudi de les migracions és la gran distància que separa les formulacions teòriques i les dades existents referents a la mobilitat en els registres oficials. A la dificultat conceptual i les deficiències de registre cal afegir que les dades i registres són transversals, quan la continuïtat i la naturalesa dels moviments migratoris requereixen dades longitudinals per a poder ser estudiats amb més detall (Solana 2001). Les fonts de dades primàries per a l'estudi general de les migracions són bàsicament les estadístiques de variacions residencials i els censos i padrons de població (Cardelús, Pascual-de-Sans et al. 1999). Es poden utilitzar enquestes sobre migracions o recollir dades però totes aquestes requereixen posicionar-se sobre la definició de migrant abans de l'anàlisi o de la recollida. Cal prendre un espai geogràfic de referència, establir una distància migratòria i un temps de d'assentament determinats per tal de poder elaborar variables operatives que permetin identificar persones i processos migratoris (Boyle, Halfacree et al. 1998, Tapinos 1988).

En l'estudi de la immigració estrangera comptem amb les dificultats comentades, però s'han tingut en compte diferents aspectes teòrics abans d'escollir una variable operativa. De les diferents variables que s'acostumen a emprar per a definir als immigrants estrangers tenim el lloc de naixement, el país de procedència i la nacionalitat. Cap d'aquestes variables assegura que tots els individus hauran viscut un procés migratori. Una cosa és la procedència, una altra la nacionalitat i una tercera la immigració. Venir de l'estranger no implica tenir una altra nacionalitat o no per tenir una nacionalitat estrangera s'ha d'haver viscut un procés migratori. La mateixa controvèrsia es troba amb el país de naixement. Per circumstàncies vàries es pot haver nascut en un altre país però haver crescut i construït el teu espai de vida en un altre lloc de manera que es podria arribar a dir, en alguns casos, que no s'ha viscut un procés migratori. O es pot haver nascut en un altre país i pels lligams familiars pot ser que tot l'espai de vida es trobi en un altre país, de manera que un canvi de residència cap al país no comporti cap canvi de l'espai de vida. La variable lloc o país de procedència és interessant per a un estudi sobre migracions per la visió longitudinal i de trajecte migratori que incorpora, però és poc utilitzada o conté forces imprecisions en les dades i registres existents. La dificultat associada a la variables migratòries és constant en els estudis sobre migracions. La tria de la variable migratòria no és plenament lliure i sovint està subjecta a les dades i registres existents que ja incorporen una decisió prèvia sobre com registrar les migracions.

Com s'ha comentat, en l'estudi de la immigració estrangera tenir una nacionalitat estrangera i estar empadronat en un municipi no implica necessàriament haver viscut un procés migratori. De totes maneres, del conjunt de variables disponibles per a estudiar la immigració estrangera, la

nacionalitat ofereix certs avantatges. Des de l'estat, la nacionalitat estableix una relació entre immigració i dret. La nacionalitat és el mecanisme que tenen els estats moderns per a establir la diferència entre nosaltres i 'els altres'. És a dir, la nacionalitat seria una manera indirecta d'aproximar-se a l'espai de vida dels immigrants estrangers. Per l'estat, l'immigrant estranger de diferent nacionalitat és vist com un portador de valors socials i culturals que poden entrar en conflicte amb els de la nacionalitat de recepció. La nacionalitat és el mecanisme utilitzat pels estats per a legitimar la inclusió o exclusió dels immigrants estrangers (Zapata-Barrero 2002). La nacionalitat, a més, té el component dinàmic i renovable que tenen les migracions i no és un aspecte fix en el temps com pot ser el lloc de naixement.

A partir de la nacionalitat podem definir el concepte d'estranger d'una manera precisa. El concepte estranger té un significat jurídic² i es refereix a totes aquelles persones que no posseeixen la nacionalitat de l'estat on viuen. La nacionalitat es recull en el moment d'empadronament de manera que és una font de dades actualitzada i abundant sobre la variable migratòria. Encara que el sentiment de pertinença i el procés de deixar-se immigrant és una valoració personal, la nacionalitat pot ser una mesura indirecta de trobar persones en procés d'assentament. El sentiment de pertinença no té per què coincidir amb la nacionalitat. La nacionalitat registrada al padró municipal no té per què coincidir amb l'idiotop³ de la persona ni tampoc ha de ser una

² A l'article 1 de la llei d'estrangeria es defineix els estrangers com aquelles persones que no tenen nacionalitat espanyola i que no siguin nacionals comunitaris, ni se'ls hi apliqui la legislació de la Unió Europea. Les diferències entre immigrants estrangers comunitaris i immigrants estrangers no comunitaris s'han de tenir en compte per les implicacions jurídiques i les seves conseqüències sobre la vida i salut de les persones (Veure a l'annex 20 fragments de la llei d'estrangeria LO 8/2000 i 14/2003). Encara que la definició d'estranger és exclusivament legislativa i no compren tota la complexitat del concepte 'immigrant' o 'estranger', ens és útil pel fet que consta en tots els registres municipals i pot ser una aproximació indirecta per a cercar persones immigrades o que es trobin en procés d'assentament.

³ Concepte elaborat per A. Pascual per a designar el lloc de referència de cada individu.

variable necessària ni suficient per a descriure a un immigrant estranger (Pascual-de-Sans 2004), així l'ús de la nacionalitat com a variable definitòria de la immigració estrangera a Catalunya es deu a la dificultat intrínseca en l'estudi de les migracions i a les limitacions de les dades existents. En aquesta tesi es tindran en compte les limitacions inherents a la naturalesa dels registres i s'acotaran els resultats i les conclusions extretes per tal de no fer generalitzacions trivials. No s'utilitzaran adjectius complementaris per a designar als immigrants estrangers i es mantindrà una visió el menys esbiaixada possible al llarg de tot el procés d'anàlisi. Es partirà de la visió més neutra i objectiva possible de les definicions centrant-nos en els immigrants estrangers, és a dir i d'ara en endavant, totes aquelles persones que viuen a l'estat espanyol i no en tenen la nacionalitat.

2.2. Els conceptes de salut i malaltia

2.2.1. Salut o malaltia?

La salut és el segon concepte clau de la tesi i igualment complex. Per Gadamer el preguntar-se què és la salut és una pregunta sense resposta (Gadamer 2001). La paraula salut prové de la paraula llatina 'salus' que significa salvació, curació. En canvi, l'etimologia de la paraula 'heal', curar en anglès, i arrel de la paraula 'health', prové de la paraula haelon, que en anglès antic significa totalitat (Gesler, Kearns 2002). L'etimologia de la paraula 'health' és propera a la definició més acceptada i utilitzada que va proposar la OMS el 1948: 'la salut és un estat de perfecte benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de malaltia'. Podem dir que la salut és un concepte intrínsecament holístic i social que inclou més que el benestar individual o

personal. La salut és multidimensional, inclou elements físics, biològics, mentals, espirituals, emocionals i socials. La salut és un estat de plenitud de la condició humana, tant a nivell individual com col·lectiu, i està íntimament relacionada amb la resta de dimensions individuals i socials (Duch 1999).

La complexitat del concepte augmenta quan es considera una construcció social dins unes escales temporals i espacials determinades (Kleinman 1980, Lurbe 2005). El concepte de salut ha variat al llarg del temps. Actualment, la definició de salut s'emmarca dins del benestar i, per tant, a la definició de salut hi són presents factors no solament endògens, sinó socials, ambientals, relacionats amb el sistema sanitari i amb les pautes de comportament (Bernabeu Mestre 1999). La definició de salut també està fortament marcada pel temps personal. Al llarg del trajecte vital individual la noció de salut i el concepte en sí mateix es va modificant de manera que la concepció i definició de salut augmenta considerablement en complexitat.

La definició de salut s'acostuma a associar d'una manera pragmàtica a l'absència de malaltia. La salut s'entén per oposició a la malaltia de manera que s'entenen les malalties com a entitats pròpies definides i a la salut íntimament relacionada a allò que s'ha perdut amb la presència de la malaltia. De la mateixa manera que no podem entendre la immigració sense l'emigració, tampoc podem entendre la salut sense la malaltia. Parlem de les ciències de la salut, de la salut pública, dels departaments de salut, etc. quan el focus central de l'activitat d'aquests centres és combatre les malalties per restituir allò que s'entén com salut. Les malalties són l'excepció. Constitueixen un ens que ofereix resistència i que cal reparar. Però la salut no es mostra com les malalties, la seva existència es deu precisament a que escapa de la malaltia. No cal un autotractament per a la salut sinó que forma part del miracle d'oblidar-

se d'un mateix. (Gadamer 2001). La salut no es fa ni es produeix. És un concepte canviant, construït socialment, en el que se sobreentén la seva presència si no hi ha presència de malaltia. Com a resultat, la malaltia també és una construcció social i la delimitació del que és excepció o normalitat és un constructe social canviant, dinàmic, que no té per què estar relacionat amb la vivència personal de malaltia o de salut (Porter 2002).

La present tesi doctoral incorpora el terme salut al seu títol encara que tota la recerca gira entorn de malalties. Aquest ús del terme salut és utilitzat socialment com a identificador d'estudis i activitats, que encara que estan centrades en malalties, tenen com a objectiu últim tornar a l'estat previ que se suposa com a estat de salut o d'absència de malaltia. De la mateixa manera que havíem d'escollir variables operatives que s'allunyaven de l'abstracció teòrica en el cas de les migracions, en la salut s'ha de fer una operació semblant al treballar sobre malalties identificables per intentar aproximar-nos a la idea de salut. Recollir dades sobre malalties és la manera més senzilla d'apropar-se a la salut.

La definició de malaltia tampoc és una tasca senzilla. Per aproximar-nos a més dimensions del concepte, ens podem fixar en les tres paraules que s'utilitzen en anglès per a designar la malaltia, 'disease', 'illness' i 'sickness'. La malaltia (disease) designa les dimensions biològiques de la malaltia. Es a dir, les anomalies funcionals o estructurals de base orgànica, observables per la seva simptomatologia o per proves diagnòstiques. La malaltia (illness) fa referència a les dimensions culturals de la malaltia especialment a la construcció semiòtica i fenomenològica dels símptomes i de les formes d'expressió individuals. La malaltia (sickness) es refereix a les dimensions

socials de la malaltia i als processos socials on s'inserten els processos de malaltia (Comelles, Martínez 1993). Per simplificar-ho podem dir que els professionals sanitaris diagnostiquen la 'disease', els pacients pateixen 'illness' i totes les dimensions socials que engloben el procés són el 'sickness'. La riquesa semàntica de l'anglès en aquest aspecte serà d'interès per entendre les diferents representacions socials de la malaltia i els fonaments de la psiquiatria transcultural exposats més endavant.

2.2.2. El model biomèdic

La biomedicina, també anomenada medicina occidental, científica o al·lopàtica, és el sistema mèdic desenvolupat a occident des de la Il·lustració que es caracteritza per assumir la distinció cartesiana entre cos i ment, i per la seva comprensió de les malalties com a entitats definides i produïdes per causes úniques (Comelles, Martínez 1993). La biomedicina parteix de la premissa que la malaltia és un fet biològic. És una entitat que existeix independentment i a priori de ser descobertes o descrites per les institucions mèdiques. El model biomèdic estableix relacions causals entre agents etiològics i malalties derivades⁴. A partir del diagnòstic, els professionals sanitaris identifiquen les causes etiològiques de les malalties, intenten combatre-les i tornar al pacient a l'estat previ a la malaltia. En la medicina occidental el curador ha deixat de ser una persona amb poders especials per ser un home de ciència. Els mitjans tècnics de la medicina moderna indueixen a valorar la competència científica dels professionals de la medicina (Gadamer 2001). Lluny de la frase atribuïda a Voltaire on afirmava que l'art que practiquen els metges es basa en entretenir els pacients fins que la naturalesa

⁴ Les relacions causals establertes per la biomedicina s'allunyen de les visions probabilístiques i multicausals dels estudis ecològics o de l'epidemiologia social.

els curi, actualment, la biomedicina fa creure a les persones que la naturalesa els colpeja constantment per noves malalties que han de ser curades pels metges (Blech 2003).

La concepció sobre la salut i la malaltia del model biomèdic també té repercussions sobre la concepció del propi cos. La metàfora que defineix el model biomèdic és el del cos com una màquina i la malaltia com a una avaria interna. El cos humà compost per diferents parts que interaccionen entre elles i el professional mèdic, com a mecànic de cossos, ha de trobar l'avaría i reparar-la. Sota el paraigües d'aquesta metàfora es pot justificar l'existència de les diferents especialitats mèdiques. El cos humà es pot entendre com el cos de Frankenstein. El cervell com un ordinador, l'alimentació com el combustible, el cor com un motor, etc. La concepció disgregada del cos humà i l'explicació etiològica de les malalties fetes per la biomedicina tenen fortes repercussions en la modificació de la relació metge pacient (Helman 2004, Jones, Moon 1987).

En les primeres dècades del segle XX, la medicina occidental va començar a conèixer i valorar l'existència d'altres maneres d'entendre el cos humà, la vida humana i la seva relació amb l'entorn. També va veure la necessitat de formular un terme que englobés no sols la part medicalitzada de la medicina sinó que englobés la seva concepció del cos humà, de la salut, de la malaltia, del procés de curació i de la relació com tenien les medicines tradicionals xinesa o ayurvèdica. La medicina no és sols un conjunt de tècniques i pràctiques sinó una concepció sobre la salut, la malaltia i, per extensió, sobre el cos humà i la vida. El terme utilitzat per la tradició mèdica institucionalitzada occidental per a referir-se a tot aquest conjunt d'aspectes és biomedicina.

Paral·lelament als processos de colonització es va produir el procés d'institucionalització de la medicina a occident. Com a resultat, la medicina occidental és l'única tradició que ha aconseguit globalitzar-se. La biomedicina, com a model mèdic occidental, s'ha expandit per tot el món juntament amb l'expansió colonial però ha calat a fons; sovint no es veu com una forma de neocolonialisme o de dependència sinó com a ciència i coneixement objectiu, pur, allunyat de les relacions de poder. L'expansió del model biomèdic i la seva impregnació han estat tan profunds que seguir-ne els seus postulats no depèn tant de lo allunyat que es visqui de la invasió colonial o del neocolonialisme actual sinó del propi comportament individual. Per exemple, la islamització de la medicina descrita en alguns països no s'explica com a un model de salut alternatiu a la biomedicina occidental, com a forma contestatària i identitària en front del neocolonialisme imperant, sinó com a una particular manifestació de la biomedicina en aquells països. No se'n neguen els postulats ni els fàrmacs, sols es canvien les formes (Porter 2002).

El model biomèdic ha estat fortament contestat per diferents autors durant les darreres dècades. A continuació es resumeixen les principals aportacions de quatre autors sobre aspectes crítics de la biomedicina. Els treballs de Cochrane evidencien com malgrat els abundants recursos econòmics i tècnics invertits en els sistemes nacionals de salut biomèdics no s'observa una millora eficaç en la salut d'una població. Cochrane va prendre mostres d'una mateixa població sotmetent-la aleatòriament a tractament biomèdic: i les persones que havien estat tractades no mostraven millors indicadors de salut que la població no tractada (Cochrane 1972). Els arguments de Cochrane dels anys setanta han estat el motor que ha acabat posant de moda la medicina basada en l'evidència

d'avui en dia, encara que en sigui una versió corrompuda. Per altra banda, Dubos argumenta com el descens de mortalitat descrit en la transició demogràfica no té res a veure amb la biomedicina. Els seus treballs demostren com el tifus i la lepra ja estaven eradicades abans de la implantació de la teoria dels gèrmens (Dubos 1959). Els treballs de Thomas McKeown van en la mateixa línia però ampliant l'espectre. McKeown creu que la biomedicina s'equivoca al dedicar esforços a la intervenció interna de les malalties i que cal focalitzar els esforços en les influències externes i en els determinants socials de la malaltia. Verifica les idees de Dubos i creu que la biomedicina ha tingut poc a veure amb la reducció de les malalties infeccioses i en el descens de la mortalitat. L'efecte de la biomedicina en el descens de la mortalitat i en la millora de la morbiditat ha estat menor que altres aspectes més estructurals com l'alimentació o la higiene (McKeown 1979). Per últim trobem els treballs més crítics amb la biomedicina d'Ivan Illich. Illich creu que el model biomèdic no és només ineficaç sinó que és contraproductiu. Per Illich, la biomedicina produeix una iatrogènesi en tres esferes diferents. Per un costat, una iatrogènesi clínica que es refereix a les malalties produïdes per l'acció directa de la biomedicina, una iatrogènesi social provocada per una medicalització de la vida i una iatrogènesi estructural que es produeix per l'alienació i l'expropiació de la salut pels individus en favor de la biomedicina (Illich 1975). Aquestes crítiques a la biomedicina s'apunten per tal de poder entendre millor part dels resultats obtinguts i algunes de les recerques sobre immigració i salut existents.

Cal tenir present que l'estudi de la salut a partir dels casos de malaltia, comporta assumir unes limitacions implícites en la naturalesa de les dades. No es poden incorporar visions més riques, integradores, holístiques i complexes

de salut, ja que es parteix sempre d'un diagnòstic i per tant d'una concepció biomèdica de la salut i la malaltia. Les poques dades existents i accessibles són dades mèdiques, elaborades per professionals mèdics i distribuïdes per institucions mèdiques. Elaborar un altre tipus de recerca que tingui en compte un visió més holística de la salut, o que parteixi d'una concepció de salut i malaltia que no sigui biomèdica, requereix la recollida de dades pròpies. Com en el cas de les migracions, la conceptualització teòrica es troba allunyada dels registres existents i cal ser conscient de les limitacions que presenten les anàlisis i resultats obtinguts per la recerca.

2.3. Història de les relacions entre migracions i salut

Les relacions entre aquests dos fenòmens es remunten als inicis de l'espècie tot i que el seu estudi no es comença a formalitzar i a institucionalitzar fins al segle XIX. Dos dels aspectes que es presenten sobre la relació entre els moviments migratoris humans i la salut o la malaltia, són, per tant, interpretacions a posteriori de fenòmens ocorreguts anys o segles abans. A continuació es presenten diversos temes estudiats històricament sobre la relació entre la migració i la salut.

Els fenòmens són la dispersió de malalties, sobretot les infeccioses, i la visió de 'l'altre' com a vector de malalties. Aquests dos temes han estat tractats conjuntament al llarg dels diferents estudis i presenten punts de relació interessants. El principi bàsic que radica en la relació entre immigració i malaltia és que la mobilitat és la responsable d'expandir les malalties de llocs d'alta prevalença a llocs sense o amb poc contacte previ amb la malaltia. Sota aquest principi es basa gran part de l'epidemiologia i de la dispersió territorial de les malalties, sobretot les infeccioses. Aquest principi aparentment lògic va

agafar molta més força a partir del segle XIX i amb el desenvolupament de la teoria dels gèrmens. L'home, com a reservori i vector de patògens esdevenia amb la seva mobilitat o amb els seus projectes migratoris un risc de dispersió de les malalties per a les regions i poblacions receptores (Roberts, Fujiki et al. 1992).

2.3.1. Pandèmies, virus i quarantenes

La mobilitat o les migracions humanes han estat històricament relacionades amb la dispersió de certes malalties. Les epidèmies de pesta, còlera o grip han protagonitzat alguns dels fenòmens demogràfics més espectaculars en la història de la humanitat. La pesta va tenir conseqüències devastadores en l'europa medieval dels segles XIII i XIV. El còlera era una de les principals causes de mortalitat al Londres del segle XIX i l'epidèmia de grip del 1918 va tenir fortes conseqüències sobre la població europea. Les respostes en els diferents moments i temps històrics que els humans han donat per a combatre la malaltia han estat diverses. Abans del desenvolupament de la teoria dels gèrmens al segle XIX, però, el mètode més estès i utilitzat era la implantació de quarantenes. Encara que sovint els agents etiològics de les malalties eren erronis, s'intuïa que les malalties provenien de fora. Concretament s'identificava la malaltia amb la persona que la patia i a partir de l'aïllament s'intentava evitar el contagi de la resta de la població.

Un dels exemples més descrits sobre la incidència de malalties infeccioses i les seves devastadores conseqüències són els que es varen donar durant els viatges colombins i l'imperialisme europeu dels segles posteriors. La gran emigració d'europaus i el contacte entre poblacions humanes va comportar el que alguns historiadors descrivissin la teoria del 'xoc biològic' entre societats.

El 'xoc biològic' descriu com l'augment de la mobilitat va posar en contacte a societats que havien viscut separades fins al moment. En períodes molt curts de temps, sense temps per a un procés adaptatiu genètic per part de les diferents poblacions biològiques, malalties infeccioses, espècies botàniques i animals de diferents parts del planeta es van posar en contacte. La conseqüència d'aquest ràpid contacte va portar a que les espècies més ben adaptades als diferents ambients, les poblacions amb sistemes immunològics més resistents o les poblacions més invasores s'imposessin sobre la resta.

Un exemple clàssic de la teoria del 'xoc biològic' és el de la verola i l'explicació racional de la victòria d'Hernan Cortès durant la colonització de Mèxic. Força historiadors han intentat cercar explicacions racionals de com pocs homes armats amb fusells procedents d'un viatge llarg amb vaixell van poder vèncer a tot un imperi maia que es calcula que tenia prop d'un milió d'habitants. Una de les explicacions que té més força és que amb els primers contactes comercials els espanyols exportessin a terres maies la verola, malaltia a la que els espanyols havien desenvolupat resistència immunològica. L'epidèmia de verola es creu que va ser devastadora i cròniques de l'època descriuen com Cortés arribava per primer cop a pobles on la malaltia ja havia arribat i havia mort tota la població. Especulacions sobre les causes de la submissió dels pobles precolombins a part, el que sí està clar és que la colonització europea va portar una varietat de malalties a nombrosos llocs del planeta (tuberculosi, verola, lepra, etc.) que, amb el primer contacte amb poblacions sense reacció immunològica prèvia, van provocar efectes devastadors sobre les poblacions receptores.

La relació entre el transport marítim i l'arribada de malalties infeccioses va comportar que a partir del segle XVI es comencessin a instal·lar centres

sanitaris a les zones portuàries europees. Un exemple proper en l'espai el tenim amb la "casa de la sanitat" construïda al segle XVI a la Barceloneta com a centre de quarantena per a possible epidèmies provinents d'ultramar. Segles més tard, la casa de la sanitat va ser ampliada per l'ajuntament el 1905 després de les epidèmies de còlera i febre groga del segle XIX, i el 1930 es va construir l'hospital per a malalties infeccioses amb l'objectiu de combatre les malalties infeccioses que afligien la ciutat. L'hospital per a infeccioses va ser el centre de referència a Catalunya per a tractar les epidèmies de verola, tifus, poliomièlitis i còlera. Actualment, i després de la remodelació olímpica, l'hospital es coneix com Hospital del Mar i segueix sent el centre de sanitari de referència a Catalunya en malaltia infecciosa.

2.3.2. L'immigrant com a vector o portador de malaltia

La figura de l'estranger, de l'immigrant, de 'l'altre' com a portador de malalties és antiga com la mateixa relació entre immigració i salut. Des de diferents enfocaments de les ciències socials es tracta la construcció de l'imatge de l'altre. L'elaboració de 'l'altre' es fa a partir de la contraposició amb el 'nosaltres' i, com passava amb la salut, l'existència de 'l'altre' serveix per a definir el 'nosaltres' de la mateixa manera que l'absència de la malaltia servia per a definir la salut. L'identificació del forani, de l'estranger, de l'immigrant, en definitiva de l'altre com a portador de malalties infeccioses té una llarga tradició en la cultura occidental.

Si reprenem l'exemple de la pesta, observem com abans de conèixer la relació entre les puces de rata i la pesta es considerava que la malaltia era importada pels estrangers i pelegrins. La quarantena era una pràctica habitual i les processons religioses resseguien les muralles de la ciutat per intentar evitar l'entrada de la malaltia. Les acusacions de malaltia, quan es desconeixia

l'etiologia, requeia sobre els 'altres', els estrangers i tots aquells restaven al marge de la societat dominant com els indigents o els jueus (Farrés 2006, Günzberg 2002).

Un altre exemple on els brots de malalties infeccioses identificaven al de fora, d'una manera essencialista, com el portador de les malalties el trobem en la sífilis i en la manera de nomenar-la. En el mateix segle XIX la sífilis era coneguda a Itàlia com a 'morbus gallicus', a França com a 'le mal de Naples', a Rússia com 'la malaltia polonesa', a Sibèria com 'la malaltia russa', al Japó com 'la malaltia portuguesa' o a Portugal com 'la malaltia castellana'. Els adjectius identitaris afegits a malalties infeccioses són recurrents i un dels exemples més recent el tenim amb l'epidèmia de grip del 1918 coneguda a tot Europa com la grip espanyola (Gandy, Zumla 2003).

En aquests exemples veiem que les pors descrites per teories sobre el racisme com inherents en l'espècie humana cap a 'l'altre', cap al 'diferent', es barregen de manera confusa amb les pors a unes malalties infeccioses on les causes etiològiques no són prou conegudes. Des del punt de vista autoidentitari, l'atribució 'dels altres', dels que venen de fora, dels immigrants, com a contraposició al 'nosaltres' ha estat força estudiada. En el cas de l'estudi de la relació entre immigració estrangera i salut la visió de l'immigrant, de 'l'altre', desenvolupada per la teoria social al tractar el racisme i els processos d'afirmació identitària es barregen amb la concepció etiològica de les diferents malalties infeccioses. En l'estudi de les migracions i la salut cal tenir en compte tots aquests aspectes per a poder entendre globalment les repercussions que poden tenir els processos no sols sobre les persones que migren sinó sobre les poblacions receptores i el procés general d'assentament (Alvaro, Garrido et al. 1996, Lurbe 2005).

2.4. Principals temes de recerca en migracions i salut

Els moviments migratoris contemporanis, tot i que responen essencialment a les mateixes lògiques dels moviments migratoris anteriors, s'estan produint en un marc global que presenta unes característiques diferents. Les migracions han estat un actor important en la globalització. Des del comerç d'esclaus, passant per les migracions transatlàntiques del segle XIX, fins als actuals moviments migratoris que es senyalen com una herència de les relacions colonials i un símptoma del manteniment de les relacions de dependència entre el conjunt de les antigues metròpolis i la resta de colònies, les migracions actuals estan prenent una magnitud i unes formes particulars (Castles, Miller 1993). Les desigualtats socials a nivell mundial, les diferències en les prevalences de malaltia, les diferències culturals o les desigualtats en l'assistència sanitària existents al planeta es combinen amb els complexos moviments migratoris que s'estan duent a terme.

En l'estudi de les migracions i la salut caldrà afegir un grau de complexitat al ser conscients que l'efecte de la migració sobre la salut varia segons sigui qui migra, quan migra, a on i d'on migra, quin aspecte de la salut es contempla i com influeix sobre la salut entesa en el sentit més holístic de les societats de partida i arribada (McKay, Macintyre et al. 2003, Rosenberg 1998, Tizón 1989). Malgrat la complexitat dels fenòmens globals, de les migracions i dels temes relacionats amb la salut en les migracions contemporànies la majoria dels debats i de la recerca sobre migració i salut giren entorn de tres eixos principals: les malalties infeccioses, la salut mental i l'atenció sociosanitària transcultural. En aquests tres grans eixos prenen especial rellevància les malalties infeccioses importades i les possibles conseqüències psicopatològiques que pot tenir el procés migratori en la persona que el realitza.

2.4.1. Dispersió de malalties infeccioses

L'associació aparentment lògica entre el moviment de persones i la dispersió de gèrmens i microorganismes que poden dispersar malalties infeccioses, és un dels temes que ha estat més estudiat i un dels que encara té més rellevància política i social. Malalties infeccioses com la tuberculosi, la malària, la SIDA o el xarampió encara són temes recurrents al parlar sobre la relació entre les migracions humanes i la salut (Diamond 1998, Gould 1993, McNeill 1984). Les migracions es perceben com a punts de contacte entre llocs amb alta prevalença de determinades malalties i zones on les malalties tenen un baix pes relatiu. Moltes d'aquestes malalties presenten taxes altes de mortalitat en els seus països i, a excepció del xarampió, no tenen vacuna coneguda. Els immigrants procedents d'aquests països són vistos com un risc directe de dispersió d'aquestes malalties i, la major part de recerca publicada apunta la necessitat d'establir cribatges selectius per a intentar detectar i controlar la dispersió de determinades malalties infeccioses. Les malalties infeccioses que es relacionen amb els moviments migratoris es poden dividir en dos grans grups: les malalties reemergents i les de nova aparició.

Les malalties reemergents, també anomenades el retorn de les plagues o el retorn de les epidèmies, es refereixen a les malalties infeccioses que es creien controlades o eradicades en algunes parts del planeta i que els darrers anys tornen a augmentar la seva incidència. Aquest és el cas de la tuberculosi o el xarampió. Les malalties de nova aparició han tingut gran repercussió mediàtica, i malgrat que la seva incidència ha estat sovint baixa, la difusió i repercussió en els mitjans de comunicació ha estat puntualment elevada. Com a exemples de malalties noves es poden considerar l'encefalopatia bovina espongiforme o malaltia de les vaques boges, la SARS o síndrome respiratòria aguda o la grip aviar. Totes aquestes malalties han comportat un elevat estat d'alarma i han tingut, en menor o major mesura, una repercussió en les

polítiques de control de la mobilitat (Buj Buj 2001, Garrett 1995). Més enllà del risc real de malaltia o del simple esdeveniment mediàtic, les malalties de nova aparició han convertit petits brots epidèmics ocorreguts en qualsevol part del món en alarmes de nivell mundial que requerien una reacció global. De la mateixa manera que la mobilitat i les migracions són de caire global, les malalties infeccioses, i els vectors de transmissió, també es comencen a percebre com a factors de risc globals.

2.4.2. Migracions i salut mental

La incorporació de la visió més holística, no merament biomèdica, del concepte de salut, ha ampliat el ventall de temes estudiats en la relació entre les migracions i la salut anant més enllà de les malalties infeccioses. La salut mental vertebrava el segon gran eix sobre el que gira el diàleg i la recerca entre les migracions i la salut.

L'argument bàsic en la relació entre les migracions i la salut mental és que els individus que viuen un procés migratori perden els lligams familiars, personals i les xarxes socials que mantenen en el lloc de procedència. Com a conseqüència de la pèrdua dels lligams es poden produir problemes relacionats amb la soledat i l'enyorança. Per alguns investigadors, l'emigració comporta una pèrdua afectiva i augmenta la vulnerabilitat i el risc de patir patologies mentals com l'estrès, l'ansietat o la depressió. Sovint es senyalen aquestes relacions com a evidents, encara que s'afegeixen condicionants agreujants en la relació com les condicions socioeconòmiques o la distància recorreguda.

Els enfocaments que relacionen les migracions amb la salut mental sovint es relacionen, o es barregen, amb les teories de la psiquiatria transcultural. Des dels inicis dels anys vuitanta es va començar a elaborar un corpus teòric al voltant de la medicina transcultural. Una de les branques més consolidades de la medicina transcultural és precisament la psiquiatria transcultural que estudia les diferents representacions del cos, de la malaltia i l'univers simbòlic que envolta la salut i la malaltia en el moment del diagnòstic i del tractament en psiquiatria, convertint la cultura en una dimensió clau en el procés de curació (Kleinman 1980). Sovint, els estudis sobre migracions i salut mental són collindants a una visió multiètnica i multicultural del procés de malaltia.

2.4.3. Cultura i salut

La mateixa construcció teòrica del concepte biomedicina porta associada un reconeixement d'altres models culturals sobre salut i malaltia. La consideració d'altres concepcions sobre la salut, la malaltia i el comportament respecte la salut és una branca a cavall de la medicina i les ciències socials que ha agafat força els darrers vint anys. Hi ha aportacions interessants des de l'Antropologia i la Sociologia de la salut que remarquen la necessitat d'una aproximació transcultural en l'assistència i recerca sanitària. Hi ha un major interès en la forma en què les creences i pràctiques culturals estructuraren l'experiència respecte la salut (Helman 2000, Kleinman 1978).

Els estudis de salut que inclouen aspectes relacionats amb la cultura acostumen a centrar-se en comunitats ètniques específiques. Els resultats ofereixen eines als professionals sanitaris per a millorar el diagnòstic, sobretot en el cas de les patologies mentals, el seguiment del tractament i la relació amb el pacient (Ellittott, Gillie 1988). Al contextualitzar culturalment la relació

entre la salut i la malaltia s'està afegint un altre element complex però enriquidor en el procés de salut i malaltia. La complexitat del concepte cultura abraça tot un ventall de pràctiques i comportaments més identificables i definitius. En aquest aspecte són nombrosos els estudis existents sobre la mutilació genital femenina i estudis sobre pràctiques i comportaments culturals més difosos com els hàbits alimentaris, la vivència familiar en el procés de malaltia o l'explicació etiològica de certes malalties (Espeitx 2004, Espeitx, Càceres 2006).

La complexitat del concepte cultura, s'afegeix a la complexitat del concepte salut i del concepte immigrant apuntades anteriorment. L'atenció a la diversitat cultural en l'assistència sanitària s'aplica a la immigració estrangera on la presència de mediadors culturals als centres sanitaris es considera necessària en l'atenció a la població nouvinguda (Balanzó 1991).

2.5. Migració i salut al món

La llei internacional reconeix el dret de qualsevol individu a poder deixar el país, però no hi ha una llei paral·lela que obligui als estats a permetre l'entrada de població al seu territori. Com a conseqüència, els visats de sortida han deixat pràcticament d'existir però els visats d'entrada estan sent introduïts de manera gradual. En els diferents requisits d'entrada i en les diferents polítiques d'immigració s'observen tendències dels diferents estats a l'hora d'abordar la immigració estrangera i tots els seus condicionants, entre ells la salut. Els intents de control de la dispersió de les malalties infeccioses ha passat tradicionalment pel control d'entrada als diferents països i per les lleis d'immigració. Les diferències entre estats en les polítiques migratòries que es

refereixen a la salut es poden englobar en una concepció general de l'immigrant estranger que influeix en les polítiques d'integració, de mestissatge i de construcció de la identitat nacional.

Estats amb més tradició immigratòria, com els EEUU, el Regne Unit, Canadà o Alemanya han abordat des de fa dècades la immigració estrangera des de múltiples perspectives. Una de les perspectives és la relació entre la immigració estrangera i la salut dels mateixos immigrants. A continuació es presenten els dos models principals d'abordatge de la salut en la immigració estrangera. Encara que no es tractin de models construïts teòricament, amb caps pensants visibles, ni institucionalitzats formalment, de la literatura existent classificada per països, i per revistes de publicació, sí que se'n poden extreure dos grans models en els que es pot encabir la majoria de les publicacions internacionals sobre migracions i salut.

A continuació es mostren les experiències i enfocaments majoritaris sobre immigració i salut que es donen en estats de major tradició immigratòria. Cal matisar, però, que encara que s'identifiquen els models amb estats concrets i amb polítiques immigratòries concretes, aquests enfocaments sobre les migracions i la salut no són exclusius de cap estat i es troben estudis de diferents tipus en qualsevol dels països descrits. El que sí s'observa en aquests països, de la mateixa manera que es fa amb els models d'integració, és un major nombre de treballs i polítiques d'actuació amb una determinada tendència que es pot resumir en un model.

2.5.1. Els EEUU i el Regne Unit.

Els treballs i les experiències que es desprenen de les publicacions nord-americanes i britàniques sobre immigració i salut es centren en el paper de les

migracions com a vectors de malalties infeccioses i en el procés migratori com a possible factor de risc per a la salut física o psíquica del propi immigrant.

Les publicacions que es poden incloure en aquest model es troben majoritàriament en revistes clíniques i en revistes en ciències socials on hi ha un èmfasi en la relació entre certes malalties i la immigració, i en els aspectes culturals relacionats amb el procés de salut i malaltia. Aquest corrent d'articles és el que relaciona, per exemple, l'entrada d'immigració estrangera amb l'augment de les taxes de tuberculosi o amb el risc que presenta la població immigrant de patir certs trastorns mentals. Hi ha publicacions que consideren a la migració o a la mobilitat humana com un factor de risc per a la salut de les poblacions involucrades ⁵. Mentre que en les malalties infeccioses les publicacions més biomèdiques es centren en els factors biològics que puguin explicar el ressorgiment de la tuberculosi en els països receptors, des de les ciències socials l'abordatge del ressorgiment de les malalties infeccioses dins d'aquest model es centra en els aspectes etnogràfics del ressorgiment de la malaltia en determinats col·lectius (Ho 2004). En les malalties mentals també es considera el procés migratori com un possible inductor d'estrès i es recomana vigilància epidemiològica als professionals sanitaris sobre la presència de malaltia mental en immigrants estrangers, basant-se en l'evidència del major nombre d'hospitalitzacions per malaltia mental en aquests. Les mesures que proposen alguns d'aquests estudis són millorar les estratègies d'afrontament dels immigrants i enfortir els lligams relacionals dels immigrants estrangers a partir de potenciar el seu capital social (Bhugra 2004).

⁵ Les poblacions implicades es refereix, principalment, als mateixos individus que fan el moviment migratori i al conjunt de poblacions receptores. Més a llarg termini també s'inclou les poblacions emissores per les repercussions de la fuga de cervells, a les famílies en les societats de procedència i als viatges dels immigrants ja assentats al país de procedència.

Els models sobre immigració estrangera i salut serien semblants als models d'integració i a les polítiques immigratòries característiques d'aquests països. El pluralisme cultural és una de les característiques de les societats nord-americanes i britàniques on hi ha una emfatització del caràcter ètnic i racial de les poblacions nouvingudes. El terme minoria ètnica, àmpliament utilitzat en aquests països, en seria un exemple⁶. El terme minoria ètnica s'utilitza per a designar a població que viu en pitjors condicions de vida, que tenen majors taxes de pobresa i que pateixen discriminació social i racial però les minories ètniques també són una part important de la vertebració social d'aquests estats. Hi ha una estratificació ètnica de la societat en la que cada ètnia o grup social conviu de manera aparentment harmònica amb el conjunt de la societat.

La recerca sobre la salut dels immigrants o de les minories ètniques és centra en les patologies sofertes per aquests grups de població. És freqüent trobar articles que relacionen patologies o comportaments respecte la salut amb trets culturals o característiques ètniques⁷. La confusió en els termes utilitzats en aquests països a l'utilitzar el terme minoria ètnica com a sinònim d'immigrant o estranger comporta que molts estudis sobre immigració i salut incloguin immigrants de segona, tercera o més generacions en els estudis sobre determinants de salut (Jones 1994).

L'atenció a la diversitat i la vigilància epidemiològica realitzada en aquest països es caracteritza per una diferenciació ètnica i racial en l'atenció sanitària

⁶ Els dos països han estat, o són, metròpolis d'importants imperis i són receptors d'immigració estrangera procedent de tot el món des de fa dècades. Els casos més recents coneguts de minories ètniques en aquests països són els hispans als EUA i els afrocaribenys i asiàtics al Regne Unit.

⁷ Un exemple seria un estudi que qüestiona les nombroses publicacions sobre la major utilització dels afrocaribenys del serveis de psiquiatria comparat amb els britànics blancs al Regne Unit (Morgana, Mallett et al. 2004) o el major sobrepès que presenten els immigrants llatinoamericans, i els seus fills, que viuen als EUA en comparació amb la mitjana de la població. El major sobrepès es relaciona amb un procés d'aculturació d'aquest grup ètnic durant el procés d'assentament (Gordon-Larsena, Mullan et al. 2003).

i per un estat d'alerta sobre la importació de certes malalties. Els EEUU i el Regne Unit són països pioners en el control fronterer i en els processos de monitoratge a les fronteres per a detectar casos de malalties infeccioses. En els darrers brots epidèmics com el de la SARS o el de la grip aviària, el CDC⁸ va ser el que va marcar les pautes de control i de vigilància epidemiològica que s'aplicarien en la resta de països. Tot i la poca eficàcia demostrada per aquestes mesures ja que no detecten malalties amb llargs períodes d'incubació o simples portadors que no hagin desenvolupat la malaltia, el monitoratge és també una de les polítiques prioritàries per a les persones que vulguin residir al país⁹. Recentment, el partit conservador britànic, actualment a la oposició, ha fet una proposta de llei per a realitzar un monitoratge complet als immigrants estrangers extracomunitaris que vulguin entrar al país com a mesura, per l'augment de casos de SIDA i de tuberculosi entre minories ètniques del Regne Unit. Les despeses de les proves mèdiques anirien a càrrec dels mateixos immigrants i els que donessin positiu o presentessin alguna malaltia no se'ls permetria l'entrada al país (Ramos 2005). El monitoratge i l'atenció sanitària a la diversitat ètnica compta amb estudis crítics per la discriminació que porten associades (Lurbe 2002a).

La darrera característica del model de relació entre la immigració estrangera i la salut als EEUU i al Regne Unit és l'èmfasi en la diferència cultural. Les desigualtats ètniques en la salut es consideren intrínscament relacionades a les desigualtats en salut en la immigració, a l'haver-hi una associació entre el

⁸ Center for Disease Control és la màxima institució sobre malalties infeccioses del EEUU. Té la seva seu a Atlanta (Geòrgia).

⁹ La prova de la tuberculina està entre les proves que segons els protocols mèdics hauríem de passar les persones de nacionalitat espanyola que vulguin residir en el Regne Unit. La no vigència d'un programa de vacunació contra la tuberculosi actualment a l'estat espanyol en seria el motiu principals. Però la mateixa prova de la tuberculina es demana als ciutadans britànics que volen residir als EEUU ja que a l'estar vacunats contra la tuberculosi mostren un contacte previ amb la malaltia.

procés migratori i la diferència ètnica en el país de procedència tant del propi immigrant com de la seva descendència. La diferència cultural pressuposada a la immigració estrangera fa que es trobin diferents programes formatius pels professionals sanitaris per tal de millorar les seves competències en el coneixement de la cultura de la població immigrada ¹⁰. Explicacions etiològiques de la presència de certes malalties en minories ètniques també s'atribueixen al procés d'aculturació que es produeix durant l'assentament de les persones immigrades ¹¹ (Farmera, Ferraroc 2005, Franzini, Fernandez-Esquer 2004, Hunt, Schneidera et al. 2004, Serra-Sutton, Hausmann et al. 2004). L'enfocament culturalista ha estat qüestionat per les desigualtats i la discriminació que suposen. A més, la confusió que comporta utilitzar indistintament minories ètniques, diferències ètniques i immigració fa que sovint sigui difícil diferenciar entre les desigualtats ètniques entre persones autòctones i les desigualtats ètniques entre persones immigrades. Sovint els termes es barregen i els resultats sobre la incidència del procés migratori sobre la salut es veuen enterbolits (Read, Emerson et al. 2005).

En el model que es pot despendre de la majoria de publicacions i actuacions dels EEUU i del Regne Unit sobre immigració i salut es pot resumir que hi ha un èmfasi en la diferència ètnica i en els aspectes culturals que, justificades per la pèrdua de capital social i per la importació de malalties infeccions, relacionen a la immigració amb determinades patologies mentals i infeccioses destacant la diferència cultural. En algunes publicacions, però, es compatibilitza el discurs de les patologies de l'immigrant amb el caràcter selectiu dels

¹⁰ La formació consisteix en ensenyar les preconcepcions sobre la vivència del dolor, la mort i la malaltia dels hispanoamericans barrejat amb cursos intensius d'idiomes.

¹¹ L'obesitat i els hàbits de vida poc saludables com l'addicció al tabac o a l'alcohol són el tipus de patologies que s'associen al procés d'aculturació.

processos migratoris i amb la hipòtesi del 'healthy migrant effect' (Jasso, Massey et al. 2004).

2.5.2. El "healthy migrant effect"

El concepte del 'healthy migrant effect' es va elaborar a partir dels resultats de les enquestes nacionals de salut. El terme es va acotar principalment a Canadà i a Alemanya, on es va apreciar com la presència d'immigrants estrangers a les mostres de població de les enquestes nacionals de salut distorsionava els resultats. Els indicadors de salut eren millors que els esperats per a determinats grups d'edat i sexe quan augmentava el nombre d'immigració estrangera recent a la mostra de l'estudi. És a dir, hi havia un efecte de la immigració en la millora de les enquestes de salut per sobre dels resultats esperats. Les enquestes nacionals de salut canadenques i alemanyes són enquestes poblacionals que es realitzen periòdicament i sobre les que es realitzen estudis longitudinals.

Aquest segon model de conceptualització de la relació entre immigració i salut entén el procés migratori com un procés selectiu on les persones que el poden dur a terme han de tenir certa fortalesa física i mental de manera que sols acaben emigrant els més sans. La hipòtesi es basa en que el procés migratori no és aleatori i que hi ha una selecció de les persones que poden emigrar¹² (McKay, Macintyre et al. 2003, Razum, Zeeb et al. 2000).

La majoria de la literatura canadenca sobre immigració i salut, sobretot pel que fa a la immigració més recent, recolza el 'healthy migrant effect', és a dir, que la immigració recent a Canadà presenta un millor estat de salut que la

¹² La selecció no es tant sols física i mental. Pot ser una selecció en múltiples aspectes com el nivell econòmic, la nacionalitat de procedència o el nivell d'inquietud personal. La selecció també es pot aplicar en la gent gran que migra i els paràmetres no són merament físics sinó que també hi intervenen aspectes econòmics, el capital social o el nivell de dependència.

població autòctona de la mateixa edat i sexe (Hyman 2004). Els estudis longitudinals a partir de les dades del National Population Health Survey del Canadà entre els anys 1994 i 2003 també mostren com la salut dels mateixos immigrants, que són els responsables del 'healthy migrant effect', transcorreguts cinc anys de permanència en el país presentaven un pitjor estat de salut que la població autòctona de la mateixa edat i sexe. Els mateixos estudis afirmen que tot i que la salut dels immigrants a la seva arribada és millor que la de la població autòctona, les condicions de vida i el nivell socioeconòmic que pateixen aquests immigrants durant els següents anys explica els pitjors indicadors de salut de la població immigrant transcorreguts cinc anys¹³ (Newbold, Danforth 2003).

Malgrat la vulnerabilitat produïda per les desigualtats socials, per les barreres d'accés als serveis sanitaris o per les possibles diferències culturals, les taxes de mortalitat i els índexs de freqüentació dels serveis sanitaris són menors en la població immigrant. El 'healthy migrant effect' també ha estat acceptat com la hipòtesi més plausible de les menors taxes de mortalitat i la menor freqüentació dels serveis sanitaris que presenten les primeres generacions d'immigrants en els països receptors¹⁴ (DesMeules, Gold et al. 2004, Newbold, Danforth 2003, Razum, Twardella 2002).

Alguns autors han apuntat els controls de la llei d'estrangeria canadenca del 1976 i els nombrosos requisits d'entrada al Canadà com a factors que expliquen el 'healthy migrant effect'. Les mesures empreses durant el darrer brot de SARS a l'aeroport de Toronto van ser molt dures i no absentes de

¹³ Ni la pèrdua dels indicadors de salut ni les desigualtats socials s'observen en els immigrants europeus que juntament amb la immigració més recent són els que més 'healthy migrant effect' presenten segons el National Population Health Survey (Ali, McDermott et al. 2004).

¹⁴ Les menors taxes de mortalitat alguns autors les atribueixen al biaix produït pel retorn dels immigrants als seus països d'origen.

polèmica i els mateixos autors recorren al control fronterer per explicar les baixes taxes de tuberculosi tot i els fluxes migratoris que arriben de països amb altes prevalences d'aquesta malaltia. (Statistics Canada 2003). Encara que el 'healthy migrant effect' canadenc pugui estar influït pel rigorós procés de selecció i per les dures lleis immigratòries, de la seva formulació sí que se'n pot extreure una conceptualització de la selecció associada a un procés migratori i esperar que la població que ha migrat presenti millors indicadors de salut que la població de la mateixa edat i sexe de les poblacions emissores i receptores (Beiser 2005, Glazier, Creatore et al. 2004, McDonald, Kennedy 2004).

En resum, de les publicacions i accions sanitàries dutes a terme pels diferents estats amb més tradició immigratòria que Catalunya i Espanya se'n poden extreure dos models. El primer seria la visió de l'immigrant com a portador de malalties i més susceptible a emmalaltir. El segon parteix d'una selecció prèvia de les persones que podem emigrar i del seu millor estat de salut a l'arribar al país de destinació comparat amb la població autòctona. Encara que es troben articles sobre la selecció migratòria als EEUU, argumentant uns millors indicadors de salut i mortalitat en la població immigrant, el corrent predominant remarca la major prevalença de malalties infeccioses en determinats grups ètnics. Hi ha articles que es podrien incloure en els dos models però de la mateixa manera que es poden caracteritzar els models d'integració de Canadà i dels EEUU i confrontar-los, també es poden elaborar certs models diferenciats per aquests països en l'abordatge de la salut dels immigrants (Singh, Miller 2004, World Health Organization 2003).

2.6. Migració i salut a Catalunya i Espanya

Catalunya i Espanya es troben en una etapa embrionària pel que fa la recerca sobre la relació entre immigració i salut. El volum de la recerca és minsa i dispersa, tot i que els darrers deu anys està augmentant la seva presència en els fòrums de recerca i en els mitjans de comunicació. Quasi tots els escrits sobre immigració i salut a Catalunya i Espanya són posteriors al 1990 i quasi bé tots fan referència a la immigració estrangera procedent de països de renda baixa¹⁵. La producció de la recerca sobre immigració i salut ha crescut paral·lelament a l'arribada d'immigració estrangera d'aquestes característiques. Els pocs articles existents han estat elaborats majoritàriament per professionals sanitaris i hi ha hagut un fort augment els darrers anys de jornades i seminaris sobre immigració estrangera dirigides als professionals de la salut (Pascual-de-Sans 2004, Ribas 2004).

Una de les principals explicacions de la baixa producció científica sobre immigració i salut és la manca de dades comunitàries sobre salut i immigració a Catalunya. La manca de registres oficials que permetin fer estudis de base poblacional que tinguin en compte les variables lligades al fet migratori per analitzar patrons de morbiditat i mortalitat, també es pot explicar per la relativa novetat de la presència d'immigració estrangera a Catalunya. Les publicacions existents són estudis de cas realitzats per centres sanitaris pioners en l'assistència a la immigració estrangera a Catalunya¹⁶. Els protocols

¹⁵ Els adjectius per a referir-se a la població d'estudi són varis: immigrants econòmics, immigrants extracomunitaris o immigrants procedents de països de renda baixa són els termes més utilitzats per a especificar que els estudis es centren sobre immigració estrangera en unes condicions socioeconòmiques determinades i procedents de determinats països.

¹⁶ Hospital de Mataró (Balanzo, Bada et al. 1984), la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de l'Institut Català de la Salut de Ciutat Vella, l'Hospital d'Olot, el Centre d'Atenció Primària de Salt (Jaumà, Viñamata 1994) el dispensari de Minories Ètniques de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona ubicat a l'Hospital del Mar, el Consorci Assistencial del Baix Empordà o els centres sanitaris de la comarca d'Osona.

i guies d'assistència han estat elaborats per iniciativa pròpia dels centres sanitaris i accions més globals estan començant a ser desenvolupades des del Departament de Salut. Un dels primers passos ha estat elaborar un estudi Delphi per a establir un consens uniforme de recollida de dades immigratòries en els registres de salut (Malmusi, Jansà et al. 2006)

Les mancances metodològiques en la identificació de la població immigrant i en els dissenys d'investigació han estat avaluades en informes de revisió com un dels aspectes més limitant dels estudis existents i precisament l'objectiu del grup Delphi és intentar establir un consens en la recollida de dades sobre immigració (Berra, Elorza Ricart et al. 2004).

Malgrat la baixa producció sobre immigració i salut a Catalunya els temes tractats es poden encabir en tres grans eixos.

2.6.2. Principals temes de recerca

La població immigrada en la que es centra la recerca realitzada és la immigració procedent de països de renda baixa. Aquesta immigració es caracteritza, segons la recerca realitzada, per ser jove, amb major probabilitat de presentar malalties infeccioses i mentals, una menor salut percebuda i un menor seguiment de les pautes terapèutiques. L'estructura d'edat jove ha augmentat la demanda dels serveis de ginecologia, obstetrícia, pediatria i la resta de serveis derivats de la salut materno-infantil (Berra, Rajmil 2004, Cots, Castells et al. 2002, De Andrés, Barruti et al. 2002, Jansà, Borrell 2002, Jansà, García de Olalla, P. 2004).

2.6.2.1. Malalties infeccioses

La majoria de publicacions sobre immigració estan dedicades a malalties infeccioses. L'augment de les taxes de malalties, que havien decrescut, i un augment de casos de malalties considerades tropicals, presents en part de la població immigrada, ha centrat l'interès dels estudis. Les malalties reemergents i les malalties importades són els temes principals en la majoria de publicacions i jornades dedicades a la immigració estrangera des de l'àmbit de la salut. La major prevalença de certes malalties en els països de procedència i l'arribada de població procedent d'aquests països són vistos com a vectors d'importació de malaltia .

La tuberculosi és la malaltia infecciosa a la que es dediquen més publicacions i és el cas paradigmàtic de la relació entre immigració i patologia. La tuberculosi és considerada una malaltia reemergent i la immigració estrangera és considerada com una clara influència al registrar-se un augment en els valors absoluts i relatius de casos de tuberculosi en immigració

estrangera¹⁷ (Alcaide, J. Altet, M.N., Taberner et al. 2000, Arce Arnaez, Inigo Martinez et al. 2005, Ramos, Gutiérrez 2006, Rodrigo 2003). Els casos de tuberculosi diagnosticats en persones immigrades es desenvolupen en els cinc primers anys de permanència en el país¹⁸.

Altres malalties reemergents que s'han relacionat amb la immigració estrangera en la recerca existent són brots recents de diferents tipus d'hepatitis i brots de xarampió en població infantil.

Les malalties infeccioses importades que han centrat l'atenció de diversos estudis són la malària i la SIDA. Mentre que la malària es considera importada per la seva inexistència fins ara a Catalunya i per ser una malaltia eminentment tropical (Balanzo, Bada et al. 1984, Bartolome, Balanzo et al. 2002, Bartolome,

¹⁷ (Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2001): 'Des del 1990, la morbiditat tuberculosa a Catalunya ha davallat considerablement. No obstant això, encara presenta una de les taxes més altes dels països desenvolupats. A més, la taxa de TBC bacil·lífera s'ha mantingut pràcticament estable i és molt més alta que als països del nostre entorn. En els casos de tuberculosi notificats l'any 2004, la proporció de persones nascudes fora d'Espanya ha augmentat de forma significativa, passant del 6,1% al 1996 al 28,8% al 2004. Entre les persones nascudes fora d'Espanya, les nascudes al Marroc són les més nombroses: 20,4% dels casos, seguides de les nascudes a l'Equador (12,4%), Pakistan (9,3%), Perú (5,6%), Romania (5%), Bolívia (4,5%) i Senegal (4%). La taxa de tuberculosi és gairebé quatre vegades superior en les persones nascudes fora d'Espanya (66,1 per 100.000 h.) que en els autòctons (17 per 100.000 h.). Si fem el càlcul de les taxes d'afectació en els casos notificats nascuts fora d'Espanya, hi observem que les persones nascudes a l'Àsia i Oceania, que representen el 17% d'aquests casos, presenten la taxa més alta de tuberculosi (118,8 per 100.000 h.), seguides de les persones nascudes a l'Àfrica (77 per 100.000 h.), que representen el 37% dels casos. Les persones nascudes a la resta d'Europa o a l'Amèrica del Sud presenten taxes de tuberculosi superiors a 50 (56 i 53,1 per 100.000 h., respectivament) i representen el 10 i el 31% dels casos respectivament. 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 pendent de seguiment siguin més nombrosos que en la població autòctona (Roca i cols 1996). 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. Segons el país d'origen els casos es distribueixen Paquistán 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.

¹⁸ Cal remarcar que en aquests primers anys d'assentament és quan acostumen a patir les situacions legals, econòmiques i socials més dures.

Balanzo et al. 2002, Cabezos, Duran et al. 1995, Cabezos, Duran et al. 1995, Roca, Balanzo et al. 2002, Roca, Balanzo et al. 2003), la SIDA es considera malaltia importada en la recerca realitzada per les diferències en les taxes d'incidència i prevalença entre els països de procedència i Catalunya. Es relaciona directament l'increment de la incidència de la malaltia amb l'augment dels fluxos immigratoris de països amb major prevalença i a la immigració estrangera com a població susceptible de tenir pràctiques de risc i una supervivència menor¹⁹ (Pazos, Martínez et al. 2004).

El percentatge de casos trobats en població estrangera ha establert una relació causal entre la presència d'immigració estrangera i augment de certes malalties infeccioses. Per la qual cosa, les actuacions es dediquen a incrementar la vigilància epidemiològica en aquests grups considerats de risc²⁰. Als darrers deu anys han augmentat el nombre de centres de recerca i

¹⁹ Fins l'any 1999, el nombre de casos de SIDA en immigrants es va mantenir relativament constant, entre el 3% i el 5%. A partir de l'esmentat any, l'augment va ser molt significatiu, coincidint també amb l'increment del flux migratori i durant l'any 2003 va arribar al 17,6% dels casos, amb predomini dels llatinoamericans (35,9%). Destaquen com a altres països de procedència més freqüents Gàmbia, Argentina i el Marroc, amb un 10,1%, un 9,8% i un 8,8%, respectivament. 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'.

²⁰ Els mateixos estudis destaquen la importància de la desigualtat socioeconòmica en les malalties estudiades i la seva relació indirecta amb la immigració: 'La immigració creixent al nostre medi té impacte en l'epidemiologia de malalties com la SIDA i la tuberculosi, clarament vinculades amb situacions de desigualtat i marginació socioeconòmica'.

assistència dedicades a la medicina tropical i a les malalties importades per augmentar la vigilància epidemiològica sobre aquestes malalties infeccioses²¹.

2.6.2.2. Salut mental

La salut mental ha estat considerada com una altra àrea important en les recerques existents sobre la relació entre immigració i salut. La recerca es centra en els immigrants extracomunitaris i en l'expressió compartida de diferents problemes psicològics i psiquiàtrics²². La salut mental es considerada com un dels aspectes més rellevants en l'atenció a la immigració estrangera pel risc que pot suposar el trencament amb l'espai de vida i l'adaptació durant el procés d'assentament. Els estudis més recents no consideren que la immigració produeixi 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 (Balanzó, Faixedas et al. 2003, Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Bouillet 1997; Garcia-Campayo, Sanz 2002, Ochoa Mangado, Vicente Muelas et al. 2005, Tizón García, Salamero Baró, 1996, Sentís 1994).

²¹ L'any 1998 es creà la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI), amb la voluntat de sumar esforços que fins aleshores es feien en la clínica de malalties importades, la recerca i els projectes aplicats. Les àrees d'interès són l'atenció primària, la salut materno-infantil, la nutrició, la medicina del viatger, els projectes intervenció, els protozoos i helmints, les micosis, l'entomologia mèdica, el diagnòstic, la terapèutica, les vacunes, la immunologia i la biologia molecular. L'any 2002, es va crear la xarxa catalana RIVEMTI (Recerca i Vigilància Epidemiològica en Malalties Tropicals i Importades), que integra diferents institucions de Catalunya que treballen a nivell assistencial i de recerca en la patologia tropical importada. Des de l'any 2002, tant el servei de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic, amb el laboratori de Microbiologia de la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona (UB), com la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, amb el laboratori de Microbiologia de l'Hospital de Sant Pau, van començar a fer diagnòstics de la malaltia de Chagas.

²² Mentre que en els estudis sobre malalties importades i reemergents els termes més utilitzats eren immigració econòmica o procedents de països de renda baixa, en la salut mental és immigració extracomunitària. En aquest canvi de termes hi pot haver un èmfasi en la importància del estatus legal en la salut mental i remarcar les condicions de pobresa econòmica i d'altres prevalences en el cas de les malalties infeccioses.

A Catalunya la relació entre immigració i salut mental ha comptat amb les aportacions de Tizón i Achotegui. Els nombrosos seminaris i articles que es dediquen a la salut mental a Catalunya són majoritàriament fruit de les seves aportacions. En una revisió sobre la salut mental a Catalunya és important citar l'aportació teòrica que significa 'la Síndrome de Ulisses' i el dol de l'immigrant (Tizón 1989, Tizón 1993).

La síndrome de Ulisses és la síndrome del immigrant amb estrès crònic múltiple. És un terme creat per Achotegui²³ per a descriure l'estrès migratori crònic i les complicacions en l'elaboració del dol de l'immigrant. Té similituds amb el trastorn per estrès agut, el trastorn adaptatiu i el trastorn per estrès posttraumàtic i dona símptomes de tipus ansiós i depressiu²⁴ (Achotegui 2001). 'La Síndrome de Ulisses' i la depressió són les malalties més freqüents en la immigració extracomunitària sense permís de residència i degut a l'impacte dels aspectes socioculturals en la manifestació de les malalties mentals caldria, segons els autors, adequar els serveis de salut mental a les noves demandes²⁵ (Achotegui 2001, Ochoa Mangado, Vicente Muelas et al. 2005) . El 'dol migratori', també proposat per Achotegui, segueix la línia de la

²³ Psiquiatre i antropòleg director del SAPPPIR (Servei d'Atenció a Psicopatològica i Psicosocial als immigrants i refugiats) de l'Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

²⁴ Les diferències amb els altres trastorns descrits en el DSM-IV és la seva duració, la síndrome d'Ulisses és més llarga i pot durar anys, existeixen estressors identificables com la situació legal, les condicions laborals, l'habitatge o la reagrupació familiar. L'estrès múltiple (síndrome d'Ulisses) ha estat exposat com un dels nous problemes de salut que cal detectar, tractar i especialment prevenir. Tot plegat resultarà de l'adaptació o inadaptació que representa el fenomen migratori. A aquesta síndrome l'hem denominat també Síndrome d'Ulisses, ja que la situació que viuen aquestes persones ens recorda les innumerables 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).

²⁵ Segons dades del Servei d' Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats(SAPPPIR)13, el 28% dels immigrants denoten pitjor salut mental que la població autòctona. La prevalença de trastorns adaptatius oscil·la al voltant del 58% de les consultes per trastorns crònics a l'atenció primària. El diagnòstic de depressió oscil·la entre el 10,2% i el 14%¹⁴. Segons un estudi a l'atenció primària de Barcelona, no hi ha diferències en el percentatge de trastorns mentals en immigrants, però sí que hi ha tendència a la depressió i als trastorns per somatització.

‘Síndrome de Ulisses’. El dol migratori²⁶ és la tristesa, dolor, lament o sentiment de culpabilitat que es pot trobar en alguns immigrants extracomunitaris associats al procés migratori (Achotegui 2001, Achotegui, Espeso et al. 2003). El procés migratori és un procés costós que pot comportar riscos per a la salut mental de la persona que el viu, encara que depèn de les característiques de la persona que emigra i del context en què es mou²⁷. El dol migratori es pot descompondre en set dols: Deixar la família i els amics, la llengua, la terra, l'estatus social, el contacte amb el grup ètnic i els riscos del mateix trajecte migratori. Achotegui diferencia 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. En definitiva, el dol migratori sorgeix de la vivència de les separacions associades al projecte migratori i en un marc de creixement de la immigració extracomunitària es considera com el sorgiment d'una patologia específica vinculada al procés migratori i a les dificultats en l'assentament (Achotegui 2001, Achotegui, Espeso et al. 2003)

²⁶ Dol: Reacció a la mort d'una persona estimada. Dins de la reacció de pèrdua, alguns individus presenten símptomes característics d'un episodi de depressió major (p.e., sentiment de tristesa i símptomes associats com insomni, anorexia i pèrdua de pes. El diagnòstic de trastorn depressiu major no està indicat a menys que els símptomes es mantinguin dos mesos després de la pèrdua. Per extensió, el terme DOL s'està extenent a d'altres tipus de pèrdua; també a la pèrdua de l'entorn psicosocial de l'individu (DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 2001).

²⁷ Achotegui argumenta en el seu discurs que hi hauria certa selecció dels que poden emigrar pels riscos que comporta el procés migratori i que el dol migratori també es pot trobar present en la descendència de les persones immigrades. El dol migratori és considerada 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" (Achotegui 2001, Achotegui, Espeso et al. 2003).

La resta de recerca i aportacions sobre immigració i salut mental a Catalunya desenvolupada des de l'àmbit sanitari i assistencial està fortament influenciada per les teories de la 'síndrome de Ulisses' i el 'dol migratori'. Hi ha pocs treballs realitzats sobre salut mental i immigració fora de l'àmbit sanitari. En aquest sentit són de destacar els treballs realitzats per Lurbe i Alves que des de la sociologia han fet aportacions crítiques a l'atenció a la salut mental en la immigració estrangera (Lurbe 2004, Alves 1996).

2.6.2.3. Cultura i salut

La relació entre els diferents àmbits de la cultura amb la immigració estrangera és el tercer gran eix al voltant del qual giren les recerques existents sobre immigració i salut a Catalunya. La presència de la perspectiva transcultural en la relació entre immigració i salut es pot considerar derivada de l'important pes que tenen els treballs sobre salut mental i immigració a Catalunya.

Les recerques existents es centren en diferents problemàtiques culturals que es relacionen amb la immigració i la salut. Són problemàtiques que deriven del conflicte cultural, de les barreres lingüístiques i de concepcions culturals o religioses sobre la salut i el comportament que originen. En general, les recerques consideren que la posició de vulnerabilitat, l'estrès mental i el conflicte cultural²⁸ poden repercutir en la salut de les persones immigrades i en la qualitat de l'atenció sanitària vers elles. Recerques sobre els comportaments alimentaris, sobre les barreres d'accés als serveis sanitaris o

²⁸ Per conflicte cultural en les recerques analitzades es pot entendre diferents hàbits o estils de vida que es poden considerar culturals i que poden tenir una influència sobre la salut individual o col·lectiva. En aquest aspecte hi ha nombrosos treballs sobre mutilació genital femenina, processos d'aculturació on la pèrdua d'hàbits, sobretot alimentaris, pot influir en la salut de les persones immigrades i el xoc cultural que es pot produir entre els professionals de la salut i les persones immigrades (Kaplan 2002, Kaplan 2004).

sobre el menor seguiment de les pautes terapèutiques en serien exemples (Berra, Cimadevilla–Ribes 1993, Elorza Ricart et al. 2004, Kaplan, Carrasco 1999, Valero, Lázaro 2004, Margalef 1992, Solé 1993)

Els cursos en competència cultural en la salut i en l'assistència sanitària als pacients immigrants han proliferat els darrers anys entre els centres d'assistència sanitària de Catalunya. Els aspectes culturals del pacient immigrant es consideren importants en la intervenció psicològica i en la comprensió dels diferents models de salut i malaltia que se'ls hi suposa a la immigració estrangera (Aparicio, Aparicio et al. 2004). La creixent presència de mediadors culturals a les consultes, els serveis de traducció i els seminaris de 'competència cultural' serien les principals mesures empreses pels professionals sanitaris per a fer front als problemes percebuts com derivats de la diferència cultural. L'aproximació 'culturalista' o multicultural de l'atenció sanitària a l'immigrant tampoc ha estat exempta de crítiques al considerar-se insuficient per a resoldre les relacions de poder entre grups socialment asimètrics i no ajudar a resoldre les problemàtiques per a les que s'ha concebut (Fernández–Rufete, Rico 2004).

3. OBJECTIUS

3.1. Relacionar els processos migratoris i les malalties associades

El principal objectiu de la tesi és reflexionar sobre l'augment de la prevalença de certes malalties associades a la immigració tal i com apareix en la literatura existent. Reflexionar sobre el pes de cada una de les variables en l'estat de salut de les persones que han viscut un procés migratori fent una reflexió teòrica i empírica sobre la relació entre immigració i certes malalties a partir d'una revisió de la literatura existent i dels resultats obtinguts a la tesi. Les atribucions etiològiques i les relacions de causalitat volen ser valorades i, si cal, qüestionades per avançar en el coneixement de la relació entre els processos migratoris i els diferents estats de salut. Aportant noves dades i reflexions es vol contribuir al debat sobre el paper de les migracions humanes en la salut dels propis migrants i de les societats involucrades. Es volen incorporar variables socioeconòmiques a les variables migratòries, mèdiques i culturals dels estudis existents i avançar en el debat sobre la relació entre la immigració i els processos de salut a Catalunya.

3.2. Fer una proposta metodològica per a estudiar les migracions i la salut

Degut a la manca de registres i dades comunitàries per al conjunt de Catalunya el primer objectiu de la tesi és fer una proposta metodològica per a estudiar les migracions i la salut amb les dades disponibles. Realitzar un abordatge metodològicament integral de la immigració estrangera i la salut a Catalunya per a intentar suplir la manca de dades existents i que justifiquen l'absència d'estudis epidemiològics per al conjunt de la immigració estrangera.

S'utilitzaran dades de població, dades sanitàries, dades socioeconòmiques i dades pròpies per a tenir una visió global i conjunta del fenomen que intenti suplir la manca de dades amb una multiplicitat de fonts d'informació i d'anàlisis metodològiques heterogènies i complementàries. Es vol fer una anàlisi de la immigració i la salut des de diferents punts de vista i utilitzant les fonts de dades més diverses que permetin un acostament a la comprensió global del fenomen.

La proposta metodològica es centra en intentar realitzar un estudi ecològic per cercar tendències. Amb una anàlisi ecològica no es poden establir relacions causals però si que es poden obtenir tendències que representin la primera aproximació comunitària al fenomen que poden aportar informació complementària als estudis de cas existents fins al moment. Elaborar un disseny ecològic pot aportar resultats que convidin a la reflexió i que serveixin de punt de partida per a les recerques posteriors que segurament ja contarán amb dades que permetin establir relacions causals en el fenomen de la immigració estrangera i la salut a Catalunya.

Una altra proposta metodològica de la tesi és incloure un ventall més ampli d'immigrants estrangers incorporant immigració empadronada procedent de tots els països estrangers. Es vol fer una proposta metodològica que permeti incorporar a tots els immigrants estrangers i al mateix temps establir una tipologia que permeti diferenciar la immigració estrangera per la seva situació socioeconòmica i el seu estat de salut. Incorporant una visió àmplia de la immigració estrangera es volen incloure variables i categories associades que permetin avaluar el pes de cada una en la salut de les persones que han viscut un procés migratori. Amb aquesta proposta d'inclusió i diferenciació de la immigració estrangera es cerca estudiar la relació entre immigració i salut al

mateix temps que s'intenta avaluar el pes de cada una de les variables socials, econòmiques i migratòries en la salut de les persones immigrades i del conjunt de la població catalana.

3.3. Analitzar les actuacions en salut pública i fer propostes de millora

El tercer objectiu de la tesi és fer una anàlisi dels principals enfocaments i actuacions a Catalunya sobre aspectes que relacionin immigració i salut. Es vol analitzar quines han estat les actuacions dutes a terme i a la llum dels resultats i de la reflexió crítica destacar-ne les principals mancances i fortaleses. Es vol contribuir a la millora de la comprensió del fenomen per tal de fer propostes d'actuacions i enfocaments que puguin ser més eficients en el tractament de la salut en la immigració estrangera. Reflexionar sobre la idoneïtat de les mesures preses i sobre les possibles repercussions que puguin tenir en l'assistència sanitària a la població immigrada; i analitzar-ne la seva eficiència en la disminució de la prevalença de les malalties associades a la immigració a partir de la conceptualització de models d'abordatge de la immigració estrangera i la salut en un context local i internacional. Es vol contextualitzar el debat sobre immigració i salut a Catalunya amb els debats internacionals teòrics i empírics sobre el tema i analitzar-ne les característiques per a una posterior avaluació. A partir dels resultats obtinguts i de la reflexió crítica es volen suggerir possibles aspectes de millora en l'enfocament i les actuacions sanitàries respecte la immigració estrangera. Suggestir també millores en la recollida de dades i dels sistemes d'informació sobre la població estrangera, per a que permetin recerques futures que captin una millor comprensió del fenomen.

4. HIPÒTESIS

Encara que amb els resultats de l'estudi ecològic i de la resta d'anàlisis que es duran a terme a la tesi no es poden acceptar ni rebutjar hipòtesis, sí que apareixen tendències i arguments de discussió que permeten aproximar-se a l'acceptació o rebuig de les hipòtesis que es detallen a continuació:

4.1. La migració, per si mateixa, no és un factor de risc per la salut

La migració, per si mateixa, no és un factor de risc per la salut de les persones que la viuen. Per contra, la migració actua com a procés selectiu on les persones que poden emigrar presentaran un millor estat de salut general que la població de la mateixa edat i sexe de les poblacions de les societats involucrades que no hagin viscut un procés migratori. La despesa i la fortalesa que es requereix per emprendre un procés migratori són individuals, intransferibles i estan directament relacionades amb les condicions del mateix procés migratori, del viatge en sí, i de les condicions de vida en les societats de procedència i d'arribada.

A Catalunya hi ha un 'healthy migrant effect' o una selecció dels emigrants que no pot ser observada per la manca de dades longitudinals poblacionals sobre immigració i salut i el que explica el increment de certes malalties en població immigrada es deu principalment a les desigualtats viscudes en el procés d'assentament.

4.2. Les desigualtats socioeconòmiques com a explicació etiològica

Segons la literatura existent esperem trobar en els resultats de la tesi un augment de la prevalença de certes malalties i un major nombre de casos en immigrants estrangers. De totes maneres, l'explicació etiològica d'aquestes malalties no serà la condició immigrant sinó les condicions de desigualtat social que pateixen els immigrants que presenten aquestes malalties. El procés migratori actua com a procés selectiu i les desigualtats socioeconòmiques i legals expliquen les diferències en els estats de salut i malaltia. Els resultats sobre els estats de salut i la presència de malaltia no són els mateixos per a tots els immigrants estrangers. Els immigrants estrangers que gaudeixin d'un bon nivell socioeconòmic i no pateixin les desigualtats socials durant el procés d'assentament no presentaran patologies com els immigrants estrangers que pateixin la desigualtat.

Existeix una estratificació ètnica de la societat i la immigració estrangera es classifica de forma diferent en el país d'assentament. Les desigualtats socioeconòmiques en el país de destinació expliquen, en gran mesura, les malalties associades a la immigració. La major prevalença trobada en immigrants estrangers en els estudis realitzats s'explica, principalment, per les condicions de vida durant el procés migratori i sobretot durant el procés d'assentament. Les condicions en que es troben part dels immigrants estrangers durant l'assentament en el nostre país expliquen les patologies que s'associen a la immigració. De manera que si no s'ha viscut un procés migratori però es pateixen les mateixes condicions que alguns grups d'immigrants estrangers que presenten patologia, probablement es desenvoluparan les mateixes malalties.

Sobre la salut i el comportament de les persones immigrades cal tenir en compte les posicions socials que ha ocupat la persona en les diferents societats en la que ha viscut per a comprendre el seu estat actual de salut i el

seu comportament respecte la salut. Les desigualtats socioeconòmiques premigratòries i postmigratòries expliquen l'estat de salut de la persona immigrada i no el fet de ser immigrant.

4.3. Sobrevaloració de la diferència cultural en l'atenció a una part de la immigració estrangera

El model biomèdic de salut i malaltia està estès arreu del món. El paradigma biomèdic, com a model de salut i malaltia, està present en la major part del planeta. El discurs biomèdic, el diagnòstic mèdic, el tipus de relació entre metge i pacient i la indústria farmacèutica es podrien considerar com universals i amb convivència permanent amb tradicions, creences i concepcions culturals sobre la salut i la malaltia d'arreu del món. Avui en dia, la biomedicina hauria reservat una part de la seva pràctica sanitària a aquests tipus de creences i teràpies en totes les societats del món, incloses aquelles econòmicament més riques i poderoses on la biomedicina hi és present des de fa més temps. Segons aquesta hipòtesi, gran part de les diferències que s'observen entre societats pel que fa a la pràctica biomèdica es podrien atribuir a situacions estructurals, conjunturals, a desigualtats socioeconòmiques i a conviccions personals.

La biomedicina, en major o menor mesura, estaria a la base de la concepció de salut i seria la tònica de comportament dominant en la majoria d'individus. El comportament atribuïble a la cultura ocuparia una parcel·la de comportament que conviuria amb la biomedicina. Les diferències culturals que es poden trobar en el comportament respecte la salut ocupen el mateix àmbit de comportament en els individus en el que predomina una concepció biomèdica de la salut. La biomedicina reserva un àmbit de comportament a la 'cultura tradicional' i és aquí on es troben les diferències atribuïbles a la

cultura entre els grups de població. Una de les hipòtesis associada a la primacia de la biomedicina arreu és que les diferències culturals no segueixen uns patrons comuns per a cada una de les cultures. És a dir, no hi ha uns patrons comuns per cada procedència cultural sinó que es troba més heterogeneïtat entre individus que no pas entre grups 'culturals' estàndards. És més probable trobar tradicions familiars i culturals semblants entre famílies de diferents procedències que no pas homogeneïtat en les creences culturals entre població d'una mateixa procedència.

Hi ha una sobrevaloració de les diferències culturals i una preconcepció de l'existència de xoc o conflicte cultural que està més pròxima al nou racisme cultural que a una visió transcultural del model de salut i malaltia. Un exemple que recolza la hipòtesi és que l'èmfasi o la sobrevaloració dels aspectes culturals no es produeix amb la mateixa intensitat entre els immigrants estrangers que gaudeixen d'una situació privilegiada o entre les persones de nacionalitat espanyola que poden presentar diferències culturals i concepcions de salut i malaltia molt diferenciades. La preconcepció de la diferència cultural com a element a destacar en l'atenció a part de la població immigrada és un element estigmatitzador i diferenciador que entorpeix anticipadament la relació entre el personal sanitari i part de la immigració estrangera.

4.4. Biaix en la selecció dels immigrants en els estudis existents

Hi ha un biaix en la selecció dels immigrants en els estudis existents que simula una relació causal entre immigració i malaltia inexistent. El biaix està produït principalment per les connotacions que ha adquirit el terme immigrant i els seus derivats immigrant econòmic o immigrant extracomunitari. El biaix

es produeix al sobreentendre, amb poc rigor els termes immigrant, immigrant econòmic o immigrant extracomunitari com a població en condicions especialment precàries i sense incloure en els estudis sobre immigració estrangera en condicions socioeconòmiques privilegiades ni població autòctona. Aquest biaix és l'explicació més plausible de l'atribució causal entre presència d'immigració estrangera i augment de certes malalties, risc de patir patologia mental i conflicte cultural en els centres sanitaris. El biaix entorpeix la inclusió de variables socioeconòmiques i de la desigualtat social en els estudis que probablement expliquin el major factor de risc de presentar certes malalties i certs comportaments atribuïts a diferències ètniques o culturals.

5. METODOLOGIA

5.1. Opcions metodològiques

La tria dels mètodes i tècniques a utilitzar per a dur a terme la tesi doctoral ha comptat amb una sèrie de limitacions i dificultats prèvies que es descriuen a continuació. Les decisions que s'han pres per a fer front a les dificultats plantejades s'expliquen i s'argumenten de manera detallada en aquest capítol.

5.1.1. Limitacions de les dades disponibles

Encara que molts dels sistemes d'informació sanitària ja han començat a recollir variables migratòries com el lloc de naixement, el país de procedència o la nacionalitat, aquests no incorporen registres ni dades assistencials que permetin identificar problemes concrets de salut. De la mateixa manera, tampoc trobem variables referents a la salut o a la malaltia en les principals fonts d'informació sociodemogràfica existents. Aquesta manca de informació és la principal dificultat exposada pel Departament de Salut per a poder fer vigilància epidemiològica i polítiques de salut específiques per a població immigrant. La manca de dades també explica la manca d'estudis sobre immigració i salut de caràcter comunitari i epidemiològic, i el fet que els estudis existents siguin casos clínics o estudis de cas elaborats en centres d'assistència sanitària amb tradició en el tractament de població immigrada (Malmusi 2006).

Cada centre sanitari té els seus propis registres. Els processos d'emmagatzematge i les dades recollides, tant de dades administratives com de dades clíniques, són molt divergents entre centres i no és estrany trobar

centres de diferent nivell (primer, segon o tercer) gestionats per una mateixa entitat que tinguin sistemes de recollida d'informació sense unificar. Hi ha un seguit de dades centralitzades i comunes per tots els centres que són demandes explícites de diferents entitats finançadores o administratives (aquest és el cas del MDO o del CMBD que s'exposen més avall) i, a part, hi ha un conjunt de dades que autònomament decideix recollir cada centre. Malgrat que en la majoria de centres sanitaris les històries clíniques no recullen cap variable migratòria hi ha alguns Centre d'atenció Primària (CAP) com el de Drassanes, alguns centres hospitalaris com l'Hospital de Mataró, l'Hospital del Mar o l'Hospital Clínic i alguns consorcis assistencials com el CABE del Baix Empordà o el SISO d'Osona que, o bé han desenvolupat un sistema de recollida de dades migratòries de forma sistemàtica, o han realitzat estudis puntuals sobre immigració i salut. La informació generada per aquests centres ha estat la font d'informació general per a realitzar estudis sobre immigració i salut al nostre país. Les dades recollides pels centres sanitaris de manera aïllada i descordinada té un valor intrínsec per a l'assistència diària en aquests centres però no permet realitzar estudis comunitaris o epidemiològics que ens aportin informació poblacional sobre la relació entre la immigració estrangera i la salut vàlida per al conjunt del país. No aporten dades que permetin fer generalitzacions sobre el fenomen vàlides per al conjunt de Catalunya.

Per altra banda, els sistemes d'informació existents que contenen variables sociodemogràfiques amb variable migratòries com són el padró d'habitants, i les dades associades de l'Idescat, els anuaris de la Caixa d'Estalvis i Pensions o els de la Caixa de Catalunya no contenen variables sanitàries ni clíniques interessants per a poder realitzar un estudi epidemiològic comunitari sobre immigració i salut.

A continuació es presenten els diferents sistemes d'informació analitzats i les principals mancances que presenten per a poder fer un estudi sobre immigració estrangera i salut a Catalunya.

5.1.1.1. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2002

L' Enquesta de Salut de Catalunya del 2002 es va realitzar pel Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS), l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) i el Servei Català de la Salut (SCS) com a continuació de la ESCA de l'any 1994. Les dues enquestes tenen l'objectiu de conèixer les necessitats, els comportaments i les opinions dels ciutadans amb relació a la salut i la malaltia. Aporten informació obtinguda directament dels ciutadans i complementen altres fonts sistemàtiques existents per a la planificació i avaluació de la polítiques sanitàries (Departament de Sanitat i Seguretat Social 2003a).

Aquest tipus d'enquestes poblacionals són una font habitual d'informació en altres països i seria la font de dades més important per a realitzar un estudi epidemiològic per a tot el país sobre immigració i salut. El principal problema amb la ESCA del 2002 és que no hi ha variables definitòries per a població immigrant. Hi ha hagut intents per part de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i pel Dr. Marc Saéz de la Universitat de Girona, entre d'altres, de fer estudis sobre immigració i salut a partir de l'ESCA del 2002 però sols hi ha la variable lloc de naixement amb la categoria a l'estranger i l'any d'arribada (Departament de Sanitat i Seguretat Social 2002b). Aquesta categoria, però, conté valors perduts i els resultats obtinguts no tenen prou força estadística com per a poder ser utilitzats en estudis epidemiològics. L'Enquesta de Salut de Catalunya que s'està duent a terme actualment, la del 2005, ja conté variables definitòries per a la població immigrant però les dades no estaran

disponibles fins als propers anys. Aquest fet és una mostra de la novetat del tema al nostre país i de les dificultats associades a la recerca.

5.1.1.2. Registre Central d'Assegurats (RCA)

El registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut permet la identificació individualitzada de tots els assegurats a partir del Codi d'Identificació Personal (CIP), la gestió i la consulta de les seves dades. També permet gestionar l'entrega de targetes sanitàries (TIS) i l'assignació dels assegurats a les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) (Departament de Sanitat i Seguretat Social 2002c). El RCA conté dues adreces; la residència habitual per assignar el CAP i la d'empadronament. Per a donar-se d'alta per primer cop al Registre Central d'Assegurats i sol·licitar una targeta sanitària per accedir a la sanitat pública cal tenir el certificat d'empadronament i presentar un certificat a la oficina del padró de l'ajuntament al que correspongui el teu Centre d'Atenció Primària (annex 1). Les adreces de la residència habitual i la d'empadronament que figuren en el RCA no han de coincidir necessàriament, encara que sovint ho facin, i després de la depuració que anualment es fa del RCA, aquest i la població empadronada coincideixen en un 95% de les entrades.

El vincle del RCA amb el padró seria interessant en un estudi epidemiològic sobre immigració i salut ja que existiria una major coincidència entre la població empadronada i les altes al RCA²⁹, de manera que es podria associar el número de CIP a les dades demogràfiques del padró obviant els problemes associats al padró d'habitants com són el sobre dimensionament o els errors tipogràfics al introduir els noms d'alguns ciutadans estrangers.

²⁹ L'alta al RCA no coincideix amb el número de targetes sanitàries dispensades. Existeix una duplicació força elevada de targetes sanitàries pels habituals canvis de municipi i per la lliure elecció de centre assistencial, de manera que es dona el cas de tramitacions varies de la mateixa targeta sanitària.

Les altes al RCA per a persones sense recursos registren la nacionalitat de la persona des del 2002 i això permet realitzar estudis sobre immigració i utilització de serveis sanitària o anàlisi de cobertura sanitària per nacionalitats. El problema d'utilitzar el RCA com a font de dades per a un estudi epidemiològic sobre immigració i salut rau en que el CIP no té associades directament dades clíniques. Amb la nacionalitat i el dia d'alta que consten en el RCA es tenen variables migratòries però per accedir a dades clíniques caldria demanar històries clíniques dels CIP corresponents als diferents centres de salut (Malmusi 2006). Lògicament la informació sanitària esta protegida per cada centre per tal de garantir la confidencialitat dels pacients. D'aquesta manera, tenir el CIP per a demanar posteriorment dades sanitàries sobre pacients concrets es converteix en un llarg procés de permisos i sol·licituds amb cada un dels centres que sovint no tenen un desenllaç òptim.

5.1.1.3. Malalties de Declaració Obligatòria (MDO)

El sistema de declaració obligatòria de malalties (MDO) es va instaurar el 1993 amb l'objectiu de sistematitzar i millorar la vigilància epidemiològica de les malalties que formen part de la llista del MDO. Sempre que algun metge tingui la sospita o diagnostiqui alguna de les malalties del MDO ho ha de notificar al seu equip d'atenció primària (EAP) que ho haurà de notificar al sistema de declaració obligatòria de malalties (Departament de Sanitat i Seguretat Social 2004). Hi ha tres formes de declaració que depenen del tipus de malaltia: malalties de declaració numèrica, individualitzada i urgent. Les malalties de declaració numèrica o urgent no contenen informació sobre alguna variable immigratòria del pacient, però les malalties de declaració individualitzada contenen una variable que indica el país de procedència de la persona atesa (Departament de Salut 2005). Aquesta variable juntament amb la

notificació de la malaltia infecciosa declarada podria servir com a una bona base de dades per veure la relació entre immigració i malalties importades tot i que el fet de que s'hagi de declarar solsament la sospita té un efecte de sobrevaloració de les dades. El problema amb el MDO rau en que la centralització de les declaracions es fa en institucions i departaments diferents segons quina sigui la malaltia. Obtenir dades per a alguna o més de les malalties infeccioses, esdevé llavors un considerable període de procediments, peticions i temps per a obtenir informació per a malalties amb una baixa incidència i/o prevalença (Departament de Sanitat i Seguretat Social Desembre 2004), amb l'existència de forces valors perduts, o 'missings', a la variable país de procedència i amb l'error del sistema de vigilància epidemiològica MDO per notificar sospites sense confirmació diagnòstica microbiològica.

Per a veure una possible relació entre immigració estrangera recent i malalties importades el qüestionari de declaració individualitzada del MDO és la base de dades que aporta una informació més sistemàtica, detallada i actualitzada de les bases de dades disponibles actualment. Els problemes, però, descrits sobre l'obtenció de les dades i la baixa freqüència de les malalties en va descartar la seva utilització.

5.1.2. *Estudi Ecològic*

Els estudis ecològics en epidemiologia són estudis de correlació que relacionen poblacions senceres amb exposicions globals a un factor de risc. Acostumen a ser estudis preliminars amb informació existent i serveixen per trobar possibles relacions causals entre variables i per generar hipòtesis de treball per a futures investigacions. Els estudis ecològics són de més utilitat per a estudiar la variabilitat 'entre grups' i no ho són tant per a estudiar la variabilitat 'intra grups' (Diez Roux, Schwartz et al. 2002).

Els desavantatges principals que plantegen els estudis ecològics en epidemiologia és que la correlació poblacional assumeix exposicions iguals per a tota la població i no permet relacionar exposicions individuals a factors de risc concrets. Aquesta limitació es coneguda com a fal·làcia ecològica (Irala-Estévez, J., Martín González et al. 2005).

5.1.2.1. La fal·làcia ecològica

La fal·làcia ecològica és la confusió que es pot produir entre l'efecte d'una exposició individual, el que ens interessaria trobar per a estudiar la relació entre procés migratori i salut, i els efectes d'un context determinat. La fal·làcia ecològica es dona quan l'associació entre dues variables en comparacions poblacionals és diferent que l'associació entre les dues mateixes variables en comparacions individuals. Es a dir, hi ha l'efecte de factors de confusió que no podem incloure a la comparació poblacional però que influeixen de manera determinant en la relació causal a nivell individual.

Per aquesta possible font d'error, els estudis ecològics són menys desitjables quan l'exposició individual té una gran variabilitat a nivell individual i la informació poblacional no és del tot representativa dels valors individuals.

5.1.2.2. Disseny de l'estudi ecològic

Un disseny ecològic en l'estudi de la immigració i la salut a Catalunya ens pot servir per a intentar provar la relació causal entre procés migratori i certes patologies plantejada en alguns estudis anteriors. En un estudi ecològic, si existís una alta variabilitat entre grups (estrangers i no estrangers) i es donessin les diferents patologies en la població immigrant apuntada per alguns dels estudis existents, esperaríem trobar que en els municipis amb

percentatges superiors de població estrangera hi hagués majors taxes de patologies que s'associen amb la immigració.

Davant la manca de dades comentada anteriorment i, malgrat l'existència de la fal·làcia ecològica com a error probable en l'estudi, s'ha escollit un disseny ecològic amb alguns dels sistemes d'informació existents, per tal de poder realitzar un primer estudi epidemiològic per al conjunt de la població de Catalunya sobre immigració i salut. Amb un estudi ecològic esperem observar si existeix una correlació entre la presència de població immigrant estrangera en un municipi i la prevalença de les malalties que es relacionen amb la immigració en la literatura existent.

Les anàlisis ecològiques per a estudiar les desigualtats en la salut individual són un dels camps de la geografia de la salut. Les tesis sostingudes per alguns geògrafs de la salut és que els indicadors de salut individual no expliquen tot l'estat de salut de la persona i cal conèixer i entendre variables demogràfiques i socioeconòmiques derivades dels llocs on la població viu per a comprendre els indicadors de salut individual (Ecob, Macintyre 2000, Gatrell, Popay et al. 2004, Jones, Duncan 1995, Mitchell, Gleave et al. 2000).

Seguint aquest corrent teòric i metodològic es va decidir escollir els municipis com a unitat territorial i poder relacionar les variables migratòries incloses en el padró i les variables clíniques de salut incloses en sistemes d'informació sanitaris. Concretament es va centrar l'atenció en el percentatge de persones de nacionalitat estrangera empadronada en cada un dels 946 municipis de Catalunya i els diagnòstics d'alta hospitalària, juntament amb els municipis de residència dels pacients, inclosos en el Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Altes Hospitalàries (CMBDAH) per a l'any 2003. Així doncs, els individus de l'estudi són els 946 municipis de Catalunya i el disseny ecològic

de l'estudi té la finalitat de realitzar un primer estudi epidemiològic per tot Catalunya relacionant la quantitat i tipus d'immigrants per cada un dels 946 municipis amb les taxes d'altres hospitalàries de certes malalties (com a mesura de comorbiditat indirecte) per el municipi de residència del pacient.

5.1.3. Mètodes quantitativus i qualitativus

Els mètodes i les tècniques dels dos tipus de metodologia, quantitativa i qualitativa, s'han combinant al llarg de tot el procés de recerca. La metodologia qualitativa s'ha utilitzat a l'inici de la recerca amb finalitats exploratòries, per a realitzar una primera immersió i definir el univers d'estudi³⁰. La novetat del tema de recerca i certs desconeixements teòrics i aplicats del fenomen de la immigració i la salut a Catalunya feien necessari aquest treball qualitatiu previ de descobriment. Els resultats d'aquest primer treball qualitatiu han conclòs amb la construcció de les hipòtesis de la tesi (Bertaux 1997, Bryman 1988, Quivy, Campenhoudt 2001).

La metodologia quantitativa i els models estadístics s'han utilitzat per a intentar acceptar o rebutjar les hipòtesis. El disseny quantitatiu i la anàlisi estadística de les diferents bases de dades s'han aplicat a més d'una població i s'ha intentat realitzar el primer estudi comunitari i epidemiològic per la conjunt de Catalunya.

Finalment, amb els documents primaris elaborats durant la fase qualitativa inicial s'ha realitzat una segona fase d'anàlisi qualitativa. En aquesta darrera fase s'ha realitzat una anàlisi més exhaustiva de la informació per a intentar comprendre els resultats obtinguts en la anàlisi estadística i aquells aspectes

³⁰ Aquest treball qualitatiu exploratori està recollit en la memòria de recerca (Mota-Moya 2004).

que no poden ser explicats amb les dades disponibles. Aquests aspectes són els relacionats amb la significació cultural o la interpretació dels significats. Aquesta darrera anàlisi qualitativa en profunditat s'ha realitzat seguint les pautes de la teoria fonamentada o grounded theory. Els documents primaris obtinguts en la primera fase de la recerca s'han utilitzat amb la finalitat de comprendre i sintetitzar totes les dimensions de la immigració i de la salut que han aparegut durant la recerca (Glaser 1992, Glaser, Strauss 1967, Ragin 1994).

En tot moment s'ha intentat adoptar un esperit crític amb els mètodes i els resultats obtinguts, ressaltant les mancances de les dades primàries i les limitacions dels resultats obtinguts. En el conjunt del treball s'ha combinat la metodologia qualitativa i la quantitativa amb la finalitat comuna d'intentar avançar en la comprensió global de la relació entre la immigració i la salut (Brunet, Pastor et al. 2002, Reichardt, Rallis 1994).

5.2. Les dades utilitzades

S'ha elaborat i treballat amb tres grans conjunts de dades amb una finalitat d'ús diferents per a cada un d'ells. S'ha fet una primera anàlisi quantitativa amb finalitat exploratòria utilitzant el Panel de Desigualtats a Catalunya de la Fundació Jaume Bofill. Un segon conjunt de dades ha servit per a fer l'anàlisi ecològica i s'han utilitzat dades provinents del padró continu i del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Altes Hospitalàries (CMBDAH) del Servei Català de la Salut. El tercer grup de informació prové del treball de camp i la posterior anàlisi qualitativa. A continuació es detallen cada una de les fonts d'informació, les variables utilitzades i les tècniques utilitzades.

5.2.1. Panel de Desigualtats a Catalunya (PaD)

5.2.1.1. Característiques del PaD

El Panel de Desigualtats és una iniciativa de la Fundació Jaume Bofill per aportar informació sobre les causes i l'evolució de les desigualtats socials a Catalunya. L'enquesta es centra en set béns socials: l'educació, l'habitatge, la salut, la informació, la riquesa, el treball i la reproducció (Fundació Jaume Bofill 2006).

La característica bàsica d'una enquesta tipus panel és que es fa sempre sobre la mateixa mostra d'individus en diferents onades. La finalitat és incorporar la possibilitat de poder fer anàlisis longitudinals, a més dels transversals corresponents a qualsevol enquesta, per tal de detectar petits canvis en el temps en una mateixa mostra. El PaD de la Fundació Bofill s'emmiralla en la British Household Panel Survey i les enquestes nacionals que permeten anàlisis longitudinals amb una millora en la comprensió dels aspectes subjectius, de les motivacions i dels sentiments que acompanyen els processos socials, en comparació amb les estadístiques oficials o les enquestes transversals. El Panel de Desigualtats de la Fundació Bofill, juntament amb l'ESCA, és el més semblant que hi ha al nostre país a les enquestes longitudinals de Canadà o Alemanya. Són enquestes que contenen variables socioeconòmiques, migratòries i de salut i es desenvolupen a fora dels sistemes sanitaris, dels registres oficials i dels cursos habituals d'elaboració de dades clíniques.

La unitat mostral del PaD de la Fundació Bofill són les llars catalanes encara que en una mateixa llar es distribueixen tres tipus de qüestionaris. La mostra la formen 2000 llars de Catalunya i el mostreig és estratificat polietàpic i

aleatori simple. El mètode de mostreig compta amb un sistema de reemplaçament per tal de tenir la mateixa mida mostral en cada una de les onades. La periodicitat del PaD és anual de manera que tenim una onada per any i es van començar a recollir dades l'any 2000 (Fundació Jaume Bofill 2001–2002).

5.2.1.2. Variables

En el moment de realitzar l'anàlisi sols hi havia dades disponibles de 3 anys consecutius, del 2000 al 2003. Les limitacions derivades de fer un estudi longitudinal amb sols 3 anys i el fet que la submostra de població susceptible de ser immigrant estrangera segons les variables migratòries incloses al panel és petita i no permet fer extrapolacions per al conjunt de Catalunya van fer que s'optés per fer un estudi transversal recollint les dades de la darrera onada disponible en el moment de realitzar l'anàlisi. Concretament s'han utilitzat les dades del panel corresponents a la tercer onada, la de l'any 2003. Que la submostra d'immigrants estrangers en el conjunt del panel sigui petita, tenint en compte que el mostreig és aleatori simple polietàpic i que la mostra total es prou gran, ens indica que el volum d'immigrants estrangers per tot Catalunya al 2003 encara era un volum relativament petit.

Hi ha tres tipus de qüestionaris diferents. El qüestionari de llar, el del membre principal de la llar i el qüestionari individual per a cada un dels membres de la llar. Per al present anàlisi sols s'han utilitzat les dades del qüestionari individual per ser les que més s'ajustaven als objectius d'utilització del panel en el conjunt de la tesi doctoral (Fundació Jaume Bofill 2004).

Com s'ha apuntat, la limitació principal per a utilitzar el PaD com a base de dades única per estudiar la immigració estrangera a Catalunya és el baix nombre d'immigrants estrangers, per qualsevol de les variables que es podrien utilitzar com a variables migratòries. Les variables que es podrien escollir com a identificadores d'immigrants estrangers en el qüestionari individual del PaD, així com la seva distribució es detallen a la taula següent:

1. Taula: Estadístics de variables immigratòries del PaD

| | | LLOC DE NAIXEMENT | PAÍS NAIXEMENT | 1a NACIONALITAT | 2a NACIONALITAT |
|---|------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| N | Vàlids | 4816 | 207 | 4485 | 358 |
| | Perduts | 0 | 4609 | 331 | 4458 |
| | Mitjana | 1,2475 | 242,0435 | 254,4163 | 285,5559 |
| | Mediana | 1,0000 | 228,0000 | 108,0000 | 108,0000 |
| | Moda | 1,00 | 228,00 | 108,00 | 108,00 |
| | Desv. típ. | ,52259 | 91,75020 | 222,21911 | 232,15318 |
| | Mínim | 1,00 | 102,00 | 101,00 | 102,00 |
| | Màxim | 3,00 | 504,00 | 600,00 | 600,00 |
| | Suma | 6008,00 | 50103,00 | 1141057,00 | 102229,00 |

Per a interpretar els estadístics descriptius cal veure la taula on es mostren les categories de cada variable (annex 2). Però sols observant el nombre de valors vàlids per a cada una de les variables ja es pot veure com hi ha una variable amb molts valors perduts ("2a nacionalitat") que la podem descartar inicialment de l'anàlisi. De totes maneres, per tal de fer una selecció acurada de la variable principal a utilitzar com a definidora d'immigrant estranger, a continuació es mostren les taules de freqüències de cada una de les variables migratòries del PaD:

2. Taula: Freqüències de la variable “Lloc de naixement”

| | | Freqüència | % | % vàlid | % acumulat |
|--------|---------------|------------|-------|---------|------------|
| Vàlids | A CATALUNYA | 3833 | 79,6 | 79,6 | 79,6 |
| | A ESPANYA | 774 | 16,1 | 16,1 | 95,7 |
| | EN ALTRE PAÍS | 209 | 4,3 | 4,3 | 100,0 |
| | Total | 4816 | 100,0 | 100,0 | |

En la taula de freqüències observem que la variable “lloc de naixement” sols té tres categories i amb 209 individus que han nascut en un altre país. Deixant de banda les dificultats teòriques d'escollir el país de naixement com a variable migratòria (es pot donar la situació d'haver nascut casualment en un altre país però això no implica que hagi viscut un procés migratori o que encara et consideris immigrant estranger), hi ha una dificultat intrínseca a la variable que és la no especificació del país on s'ha nascut. Aquesta dificultat queda resolta en la variable país de naixement que compta amb tants valors perduts (4609) perquè no inclou les categories Catalunya ni Espanya. També s'observen dos casos de diferència entre la categoria “en altre país” de la variable lloc de naixement (209) i el nombre total de casos vàlids de la variable “país de naixement” (207).

3. Taula: Freqüències de la variable “País de naixement”

| | | Freqüència | % | % vàlid | % acumulat |
|--------|---------------|------------|----|---------|------------|
| Vàlids | Àustria | 1 | ,0 | ,5 | ,5 |
| | Dinamarca | 1 | ,0 | ,5 | 1,0 |
| | França | 13 | ,3 | 6,3 | 7,2 |
| | Itàlia | 2 | ,0 | 1,0 | 8,2 |
| | Països Baixos | 3 | ,1 | 1,4 | 9,7 |
| | Portugal | 3 | ,1 | 1,4 | 11,1 |
| | Andorra | 2 | ,0 | 1,0 | 12,1 |
| | Regne Unit | 1 | ,0 | ,5 | 12,6 |

| | | | | |
|---------------------|------|-------|-------|-------|
| Alemanya | 9 | ,2 | 4,3 | 16,9 |
| Suïssa | 4 | ,1 | 1,9 | 18,8 |
| Ucraïna | 5 | ,1 | 2,4 | 21,3 |
| Geòrgia | 1 | ,0 | ,5 | 21,7 |
| Bòsnia i Herc. | 4 | ,1 | 1,9 | 23,7 |
| Armènia | 6 | ,1 | 2,9 | 26,6 |
| Rússia | 2 | ,0 | 1,0 | 27,5 |
| Algèria | 2 | ,0 | 1,0 | 28,5 |
| Gàmbia | 18 | ,4 | 8,7 | 37,2 |
| Mali | 1 | ,0 | ,5 | 37,7 |
| Marroc | 48 | 1,0 | 23,2 | 60,9 |
| Mauritània | 5 | ,1 | 2,4 | 63,3 |
| Nigèria | 1 | ,0 | ,5 | 63,8 |
| Sud-àfrica, Rep. de | 1 | ,0 | ,5 | 64,3 |
| Canadà | 1 | ,0 | ,5 | 64,7 |
| Mèxic | 3 | ,1 | 1,4 | 66,2 |
| Cuba | 6 | ,1 | 2,9 | 69,1 |
| Salvador, el | 1 | ,0 | ,5 | 69,6 |
| Hondures | 10 | ,2 | 4,8 | 74,4 |
| Dominicana, Rep. | 1 | ,0 | ,5 | 74,9 |
| Argentina | 6 | ,1 | 2,9 | 77,8 |
| Brasil | 2 | ,0 | 1,0 | 78,7 |
| Colòmbia | 5 | ,1 | 2,4 | 81,2 |
| Xile | 4 | ,1 | 1,9 | 83,1 |
| Equador | 13 | ,3 | 6,3 | 89,4 |
| Perú | 5 | ,1 | 2,4 | 91,8 |
| Uruguai | 6 | ,1 | 2,9 | 94,7 |
| Xina | 2 | ,0 | 1,0 | 95,7 |
| Filipines | 1 | ,0 | ,5 | 96,1 |
| Jordània | 1 | ,0 | ,5 | 96,6 |
| Pakistan | 6 | ,1 | 2,9 | 99,5 |
| Nova Zelanda | 1 | ,0 | ,5 | 100,0 |
| Total | 207 | 4,3 | 100,0 | |
| Perduts Sistema | 4609 | 95,7 | | |
| Total | 4816 | 100,0 | | |

La variable “1a nacionalitat” és la que teòricament s’ajustaria més a l’estudi per a poder categoritzar els diferents tipus d’immigrant segons la seva nacionalitat i poder fer una associació amb les nacionalitats dels estrangers

inclosos en el padró ³¹. Les implicacions legals de la nacionalitat i les associacions que en part de la literatura científica es fa entre situació legal, integració, immigració i salut mental en serien un motiu. La variable presenta els problemes de perdre aquelles persones que comptaven amb una nacionalitat espanyola abans del procés migratori i el fet de trobar dues categories jurídicament iguals per a l'objectiu de la tesi, Espanya i Catalunya³². A continuació es presenta la taula de freqüències de la variable "1a nacionalitat":

4. Taula: Freqüències de la variable "1a nacionalitat"

| | | Freqüènci | % | % vàlid | % acumulat |
|--------|----------------------|-----------|------|---------|------------|
| | | a | | | |
| Vàlids | Albània | 1 | ,0 | ,0 | ,0 |
| | Àustria | 1 | ,0 | ,0 | ,0 |
| | Espanya | 3045 | 63,2 | 67,9 | 67,9 |
| | França | 5 | ,1 | ,1 | 68,0 |
| | Itàlia | 3 | ,1 | ,1 | 68,1 |
| | Països Baixos | 5 | ,1 | ,1 | 68,2 |
| | Portugal | 2 | ,0 | ,0 | 68,3 |
| | Regne Unit | 1 | ,0 | ,0 | 68,3 |
| | Alemanya | 5 | ,1 | ,1 | 68,4 |
| | Suïssa | 1 | ,0 | ,0 | 68,4 |
| | Ucraïna | 6 | ,1 | ,1 | 68,6 |
| | Geòrgia | 1 | ,0 | ,0 | 68,6 |
| | Bòsnia i Hercegovina | 4 | ,1 | ,1 | 68,7 |
| | Eslovènia | 1 | ,0 | ,0 | 68,7 |

³¹ La variable primera nacionalitat ofereix una variable que s'ajusta al fenomen migratori. A diferència del lloc de naixement, és una variable reversible que pot indicar certa relació amb un estat concret. De fet, la variable nacionalitat és la manera institucionalitzada que tenen els estats nació de definir qui entra, i qui queda exclòs, dels seu espai de vida. En aquests termes la primera nacionalitat inclou a les persones que estan en ple procés d'assentament, encara que també hi poden haver persones assentades que no hagin volgut, o no hagin pogut, obtenir la nacionalitat.

³² Encara que la diferenciació entre Espanya i Catalunya en la nacionalitat del PaD pot ser d'interès per altres estudis sobre altres temàtiques, en la present recerca s'han sumat ja que el grup de comparació és la població estrangera i la variable d'agrupació la nacionalitat. Els individus que presentaven les dues nacionalitats en les dades del PaD han estat inclosos sols una vegada en les diferents anàlisis estadístiques.

| | | | | |
|--------------------------|------|-------|-------|-------|
| Armènia | 2 | ,0 | ,0 | 68,7 |
| Rússia | 1 | ,0 | ,0 | 68,8 |
| Egipte | 1 | ,0 | ,0 | 68,8 |
| Gàmbia | 16 | ,3 | ,4 | 69,1 |
| Mali | 1 | ,0 | ,0 | 69,2 |
| Marroc | 37 | ,8 | ,8 | 70,0 |
| Mauritània | 5 | ,1 | ,1 | 70,1 |
| Sud-àfrica, República de | 1 | ,0 | ,0 | 70,1 |
| Canadà | 1 | ,0 | ,0 | 70,1 |
| Mèxic | 2 | ,0 | ,0 | 70,2 |
| Cuba | 2 | ,0 | ,0 | 70,2 |
| Salvador, el | 1 | ,0 | ,0 | 70,3 |
| Hondures | 4 | ,1 | ,1 | 70,3 |
| Argentina | 1 | ,0 | ,0 | 70,4 |
| Brasil | 1 | ,0 | ,0 | 70,4 |
| Colòmbia | 3 | ,1 | ,1 | 70,5 |
| Xile | 3 | ,1 | ,1 | 70,5 |
| Equador | 10 | ,2 | ,2 | 70,7 |
| Perú | 5 | ,1 | ,1 | 70,9 |
| Uruguai | 2 | ,0 | ,0 | 70,9 |
| Xina | 1 | ,0 | ,0 | 70,9 |
| Filipines | 1 | ,0 | ,0 | 70,9 |
| Pakistan | 5 | ,1 | ,1 | 71,1 |
| Catalunya | 1298 | 27,0 | 28,9 | 100,0 |
| Total | 4485 | 93,1 | 100,0 | |
| Perduts Sistema | 331 | 6,9 | | |
| Total | 4816 | 100,0 | | |

La darrera de les variables del PaD que ens podrien ser útils per a identificar als immigrants estrangers podria ser la “2a nacionalitat” però la baixa freqüència de segones nacionalitats de països estrangers, les baixes implicacions de tenir més d’una nacionalitat en la salut individual de les persones immigrants, tema inexistent en la literatura, i el fet que moltes d’aquestes segones nacionalitats tenen com a primera nacionalitat la espanyola, fan que la variable sigui menys interessant per a l’estudi que la variable “1a nacionalitat”. De totes maneres, a continuació es presenta la taula de freqüències de la variable “2a nacionalitat”:

5. Taula: Freqüències de la variable “2a nacionalitat”

| | | Freqüènci a | % | % vàlid | % acumulat |
|---------|-----------|----------------|-------|---------|------------|
| Vàlids | Àustria | 1 | ,0 | ,3 | ,3 |
| | Espanya | 206 | 4,3 | 57,5 | 57,8 |
| | França | 6 | ,1 | 1,7 | 59,5 |
| | Itàlia | 2 | ,0 | ,6 | 60,1 |
| | Andorra | 1 | ,0 | ,3 | 60,3 |
| | Alemanya | 4 | ,1 | 1,1 | 61,5 |
| | Suïssa | 2 | ,0 | ,6 | 62,0 |
| | Mali | 1 | ,0 | ,3 | 62,3 |
| | Marroc | 2 | ,0 | ,6 | 62,8 |
| | Cuba | 2 | ,0 | ,6 | 63,4 |
| | Dominica | 1 | ,0 | ,3 | 63,7 |
| | Argentina | 2 | ,0 | ,6 | 64,2 |
| | Xile | 2 | ,0 | ,6 | 64,8 |
| | Uruguai | 2 | ,0 | ,6 | 65,4 |
| | Catalunya | 124 | 2,6 | 34,6 | 100,0 |
| | Total | 358 | 7,4 | 100,0 | |
| Perduts | Sistema | 4458 | 92,6 | | |
| Total | | 4816 | 100,0 | | |

Del total de les 159 variables incloses a la tercera onada del Panel de Desigualtats de la Fundació Jaume Bofill, per aquesta part de la recerca, s’han escollit les que es detallen a continuació. Abans, però, s’ha de destacar que el potencial del PaD per a fer estudis longitudinals sobre la relació entre els processos migratoris i la salut és gran, si considerem la resta de variables no utilitzades per aquest anàlisi. El gran nombre i heterogeneïtat de les variables incloses en l’enquesta permeten fer anàlisi complertes relacionant variables clàssiques de salut, fora dels registres sanitaris oficials, amb una gran varietat de variables socioeconòmiques i migratòries. Aquesta riquesa d’anàlisi potencial del PaD es troba limitada actualment per les poques onades realitzades fins al moment i pel nombre relativament baix d’individus mostrals

que fan que la submostra d'immigrants estrangers a la mostra sigui massa petita.

6. Taula: Variables del PaD utilitzades

| Variable | Etiqueta | Nivell de mesura |
|----------|---|------------------|
| V0010 | SEXE ENTREVISTAT/DA | Nominal |
| V0012 | LLOC DE NAIXEMENT | Nominal |
| V0015 | PAÍS NAIXEMENT | Escala |
| V0016 | ANY ARRIBADA A CATALUNYA | Escala |
| V0019 | EDAT | Escala |
| V0021 | 1a NACIONALITAT | Escala |
| V0022 | 2a NACIONALITAT | Nominal |
| V0306 | COM VALORA LA SEVA SALUT (ESCALA DE 0 A 10) | Nominal |
| V0280 | CLASSE SOCIAL SUBJECTIVA | Nominal |
| V0281 | ESPECIFICAR CLASSE SOCIAL SUBJECTIVA | Nominal |
| V0028 | Nº DE PERSONES A LA LLAR | Nominal |
| V0094 | SITUACIÓ LABORAL DE L ENTREVISTAT/DA | Nominal |
| V0307 | COM VALORA EL SEU NIVELL ECONÒMIC (ESCALA DE 0 A 10) | Nominal |
| V0312 | FINS A QUIN PUNT DE SATISFET/A O INSATISFET/A ESTÀ AMB LA SEVA VIDA EN GENERAL (ESCALA DE 0 A 10) | Nominal |
| V0348 | ÉS FELIÇ | Nominal |

A banda de les variables migratòries anteriorment citades, a l'anàlisi de la tesi s'hi han inclòs altres variables referents a la salut com la "salut percebuda", "la felicitat" i "la satisfacció amb la vida", i variables referents al estatus socioeconòmic com la "classe social subjectiva", el "nº persones a la llar", la "situació laboral" i el "nivell econòmic percebut". En el qüestionari del PaD hi ha dues variables de salut percebuda. Una és la clàssica ordinal amb les cinc categories (molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta) i l'altre és una escala de 1 a 10. En la variable de salut percebuda, així com en les altres variables que presentaven aquesta dicotomia, s'ha optat per la variable contínua per tenir més facilitat i precisió en l'anàlisi estadística. Les categories de les variables del PaD escollides per a l'anàlisi es detalla a continuació:

7. Taula: Categories de les variables del PaD

| Valor | Etiqueta |
|-------|---|
| V0010 | 1,00 Home |
| | 2,00 Dona |
| V0280 | 1,00 CLASSE ALTA |
| | 2,00 CLASSE MITJANA-ALTA |
| | 3,00 CLASSE MITJANA-BAIXA |
| | 4,00 CLASSE BAIXA |
| | 5,00 ALTRES |
| | 6,00 NO TÉ CAP CLASSE SOCIAL |
| | 99,00 NO SAP |
| V0094 | 1,00 TREBALLADOR/A PER COMPTE ALIÈ |
| | 2,00 TREBALLADOR/A PER COMPTE PROPI: EMPRESARI/A, AUTÒNOM/A |
| | 3,00 ÉS COOPERATIVISTA/SOCI/A TREBALLADOR/A D'UNA SAL |
| | 4,00 AJUDA EN EL NEGOCI FAMILIAR |
| | 5,00 ARRENDATARI/A O MASOVER/A |
| | 6,00 ALTRES |
| | 99,00 NO SAP |
| V0348 | 1,00 SÍ, MOLT |
| | 2,00 SÍ, UNA MICA |
| | 3,00 NO, GAIRE |
| | 4,00 NO, GENS |
| | 99,00 NO, SAP |

Els objectius principals per a utilitzar el conjunt de dades del Panel de Desigualtats de Catalunya dins del marc de la recerca són dos. El primer es veure qualitativament si existeixen característiques comunes i diferències significatives entre les diferents nacionalitats d'estrangers i entre el total d'estrangers i la població amb nacionalitat espanyola. Al relacionar diferents variables socioeconòmiques o variables relacionades directament, o indirectament, amb la salut, amb una variable migratòria com la nacionalitat es vol veure si es poden agrupar les diferents nacionalitats per tal de simplificar una posterior anàlisi. El segon objectiu d'utilitzar el PaD és realitzar un primer model estadístic que relacioni variables socioeconòmiques i la salut percebuda,

i poder fer una aproximació indirecta a la salut percebuda dels diferents tipus d'immigrants estrangers en funció de les variables que els caracteritzen.

5.2.2. Conjunt Mínim Bàsic de Dades(CMBD)

5.2.2.1. Característiques

El segon conjunt de dades utilitzat per a la tesi doctoral és el format per el padró continu i el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). El CMBD és un registre de dades clíniques i administratives que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. El CMBD està inspirat en el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) creat el 1972 als Estats Units pel National Committee on Vital and Health Statistics Tots els centres sanitaris públics i privats de Catalunya tenen personal entrenat que ha de notificar en suport magnètic els episodis d'hospitalització, dades d'activitat i morbiditat sanitària al registre del CMBD (Bonillo Martín, Navarro Pastor et al. 2004). Aquest informació és utilitzada pel Departament de Salut per avaluar els planificar, gestionar i distribuir recursos sanitaris. El CMBD recull dades d'hospitalització d'aguts (CMBDAH), de recursos socio-sanitaris (CMBDSS), dels hospitals monogràfics psiquiàtrics (CMBDSMH) i dels centres de salut mental ambulatoria (CMBDSMP) (Departament de Sanitat i Seguretat Social 2002). Les dades del CMBD es publiquen anualment.

Les variables que podem trobar al CMBD són el Codi d'Identificació Personal (CIP), la data de naixement, el sexe, el municipi de residència del pacient, la circumstància d'admissió, la circumstància d'alta, la data d'admissió i la data d'alta. Com a variables clíniques trobem els diagnòstics i els procediments mèdics. Tant els diagnòstics com els procediments estan codificats d'acord

amb la Classificació internacional de Malalties, 9a edició, modificació clínica, CIM-9-MC (Instituto Nacional de Salud 1988, Servei Català de la Salut 2006).

Per a la present recerca, del conjunt de CMBD sols s'ha utilitzat el que recull dades d'hospitalització d'aguts (CMBDAH) per a l'any 2003. Aquest conjunt de dades recull la informació clínica de tots els pacients que han estat ingressats, han passat més d'una nit, i han estat donats d'alta, de tots els centres hospitalaris de Catalunya. Són dades d'ingressos hospitalaris i no s'hi inclouen les consultes d'urgències, les urgències ni altres activitats hospitalàries que no requereixin ingrés. El CMBDAH ofereix informació individualitzada a partir del CIP així com el municipi de residència del pacient. Respecte dels altres sistemes d'informació té el gran avantatge que cobreix tot l'espectre de patologies clíniques que poden ser diagnosticades en un hospital. Encara que són casos greus i no cobreix l'assistència ambulatoria ni l'assistència sense ingrés, el CMBDAH és el únic sistema transversal existent a Catalunya que recull des de patologies mentals fins a les infeccioses en un mateix sistema d'informació centralitzat.

5.2.2.2. Variables

Del total de patologies incloses al CIM-9-MC solsament s'han seleccionat les malalties principals que a la literatura científica es relaciona amb la immigració. Com hem vist al cos teòric, aquestes malalties es poden dividir en dos grans grups, malalties infeccioses i mentals. El nom, l'abreviació i el codi CIM de cada una de les patologies, o grup de patologies, que s'han contemplat a l'estudi es detallen a continuació:

8. Taula: Codis CIM-9-MC

| | |
|--------------------------------|---|
| Malalties infeccioses | |
| Tuberculosi (TBC) | 010, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017, 018 |
| Hepatitis (HVx) | 070 |
| VIH/SIDA | 042 |
| Xarmpió (Xar) | 055 |
| Malària | 084 |
| Malalties mentals | |
| Estat Ansietat (eAns) | 3000 |
| Reacció Aguda a l'Estres (RAE) | 308 |
| Reacció Adaptació (Rada) | 309 |
| Depressió | 311 |

Del total de variables que es troben al CMBDAH de l'any 2003 sols s'ha tingut en consideració per a l'estudi les que permetien identificar el lloc de residència del pacient per a poder fer l'estudi ecològic, les patologies diagnosticades (diagnòstics principals i secundaris), i el sexe i l'edat del pacient per tal de poder estandarditzar les altes hospitalàries i convertir els valors bruts d'ingressos en altes ajustades per sexe i edat.

El diagnòstic principal és el que es considera com a causa principal d'ingrés del pacient al centre hospitalari. Els diagnòstics secundaris són les afeccions, complicacions o malalties coexistents en el moment d'ingrés i que es desenvolupen durant l'estada al centre (Servei Català de la Salut 2006).

9. Taula: Variables del CMBDAH utilitzades

| | Variable | Nivell de mesura | Etiqueta |
|----|----------|------------------|--------------------------|
| 7 | sexe | Cadena | Sexe |
| 9 | residenc | Cadena | Residència del pacient |
| 18 | edat | Numérico | Edat |
| 29 | Cdp | Cadena | Diagnòstic principal |
| 30 | Cds1 | Cadena | Diagnòstic secundari (1) |
| 31 | Cds2 | Cadena | Diagnòstic secundari (2) |
| 32 | Cds3 | Cadena | Diagnòstic secundari (3) |
| 33 | Cds4 | Cadena | Diagnòstic secundari (4) |
| 34 | Cds5 | Cadena | Diagnòstic secundari (5) |
| 35 | Cds6 | Cadena | Diagnòstic secundari (6) |
| 36 | Cds7 | Cadena | Diagnòstic secundari (7) |
| 37 | Cds8 | Cadena | Diagnòstic secundari (8) |
| 38 | Cds9 | Cadena | Diagnòstic secundari (9) |

El fet d'afegir tots els diagnòstics secundaris en l'estudi és per minimitzar al màxim el biaix derivat de tractar-se d'altres d'ingrés hospitalari i de no incloure totes les patologies que generalment no són motiu d'ingrés hospitalari. D'aquesta manera, totes els pacients amb patologies de tractament ambulatori interessants per estar relacionades amb la immigració, que per altres motius han estat ingressats a l'hospital poden aparèixer a l'estudi en alguns dels diagnòstics secundaris. Es recullen, llavors, els malalts aguts per les patologies descrites o malalts ingressats per altres patologies que també presentaven algunes de les patologies estudiades i que han estat introduïdes al CMBD com a diagnòstics secundaris.

5.2.3. Padró continu

5.2.3.1. Característiques

El Padró és un registre administratiu de competència i actualització municipal que recull la relació d'habitants en cada terme municipal. A partir del 1996 es va instaurar un nou sistema de gestió continuat i informatitzat dels padrons municipals, sota la supervisió de l'INE, que es coneix com a Padró Continu. Les dades municipals que es generen amb el padró continu són oficials i es publiquen anualment amb referència a 1 de gener de cada any. La informació publicada conté la població total del municipi a 1 de gener del corresponent any desagregada per edat, sexe, any de naixement, lloc de naixement, país de naixement i nacionalitat.

Les variables del padró utilitzades per a fer l'estudi ecològic juntament amb les dades del CMBD són les dades a 1 de Gener del 2003 per nacionalitat, sexe i edat de tots els municipis de Catalunya. Treballar amb dades del padró continu també presenta una sèrie de limitacions.

Els padrons continus municipals pateixen un sobredimensionament de les dades degut a les duplicacions per no notificar la baixa al canviar de municipi, als errors tipogràfics en la introducció dels noms d'alguns empadronats, a les dobles inscripcions deliberades i a altres casuístiques que comporten una duplicació de registres. Hi ha també un sobredimensionament del 8% en la població major de 85 anys al no constar com a baixes algunes defuncions (Blanes 2004, Reclons 2005). Aquest sobredimensionament s'explica, en part, pels trams de població que serveixen per a repartir els pressupostos públics entre els ajuntaments. A més població, més ingressos pel municipi (annex 3). Paral·lelament existeix un subregistre considerable al padró continu de la població menor a 3 anys. A partir dels 3 anys i amb la necessitat d'empadronar

els infants per a que se'ls hi assigni un centre escolar, el padró registra per primera vegada a aquest segment de població.

5.2.3.2. Variables

De les possibles variables migratòries incloses al padró s'ha escollit la nacionalitat com a variable definitòria de la població estrangera. La dicotomia entre país de naixement i nacionalitat és la mateixa que la plantejada amb el panel de desigualtats de la Fundació Jaume Bofill i els motius d'escollir la nacionalitat en comptes del país de naixement són els mateixos. La nacionalitat té implicacions jurídiques que segons la literatura existent sobre immigració i salut mental afecten la salut. Si bé es perden casos de persones amb nacionalitat espanyola adquirida i que han viscut un procés migratori, es contempen indirectament aspectes jurídics i d'integració legal i social al país. Els anys de residència, els contractes laborals precaris o la situació il·legal al país poden ser factors generadors d'estrès que es poden associar amb la nacionalitat i no tenen per què tenir res a veure amb el país de naixement³³. Aquesta elecció de la nacionalitat com a variable principal definitòria d'immigració estrangera per davant del país de naixement no és compartida per tots els investigadors que treballen sobre immigració i salut ja que no permet identificar a les persones procedents d'altres països amb la nacionalitat espanyola (Malmusi 2006, Malmusi, Jansà et al. 2006). Davant els diferents problemes que plantegen les dues variables es va decidir escollir la nacionalitat com a variable migratòria. Amb la nacionalitat, com es comprova amb els resultats de l'anàlisi de les dades del PaD, es té una mesura indirecta de l'any

³³ L'obtenció del permís de residència o la nacionalitat com a disminuïdors del factor de risc apuntat per Achotegui és un altre dels motius teòrics pels que s'ha escollit la nacionalitat com a variable migratòria. 'Els sense papers' són els principals candidats a patir trastorns mentals (Berra, Rajmil 2004).

d'arribada mentre que aquesta informació no la proporciona la variable país de naixement.

A continuació es presenta una breu anàlisi descriptiva del conjunt de població registrada en el padró continu de tots els municipis de Catalunya a data 1 de Gener del 2003.

10. Taula: Estadístics de població a Catalunya (padró continu 2003)

| N | Vàlids | 946 |
|------------|---------|---------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 7086,84 |
| Mediana | | 829,50 |
| Desv. típ. | | 54393,8 |
| | | 10 |
| Mínim | | 27 |
| Màxim | | 158273 |
| | | 8 |
| Percentils | 25 | 302,00 |
| | 50 | 829,50 |
| | 75 | 3063,00 |

5.2.4. Mètodes qualitius

El tercer gran conjunt de dades utilitzades per a la tesi són les recollides durant el treball de camp. Entre les tècniques qualitatives utilitzades hi ha entrevistes en profunditat i observació participant. A continuació es mostren les tècniques i les variables utilitzades per a recollir la informació que s'utilitzarà en la anàlisi qualitativa.

5.2.4.1. Les variables

Les variables principals escollides per a fer la selecció de les persones a entrevistar són l'edat, el sexe i el país de procedència. Aquestes variables són les que s'han considerat per aproximar-se als objectius d'utilització de l'anàlisi

qualitativa que són recollir informació sobre el model de salut i malaltia, la utilització dels serveis sanitaris i el comportament respecte la salut. Altres variables secundàries que no han format part de la maqueta (veure el punt 5.2.4.2.B) són els anys de residència a Catalunya, el nombre de persones a la llar, el nivell d'estudis de la persona entrevistada i la classe social percebuda. La tècnica utilitzada per a contactar als individus de la maqueta ha estat la bola de neu i les variables secundàries s'han tingut en compte per tal de tenir la mostra més heterogènia de persones entrevistades possible.

5.2.4.2. Disseny de l'enquesta

Es realitzen entrevistes a informants clau³⁴ i entrevistes en profunditat obertes i flexibles que han de permetre generar enfocaments i hipòtesis que hauran de ser complementats amb altres tècniques qualitatives i quantitatives en fases posteriors de la recerca (Brunet, Pastor et al. 2002, Quivy, Campenhoudt 2001). El disseny de l'enquesta per a recollir dades qualitatives per l'anàlisi que tinguin una utilitat exploratòria al començament de la recerca i una utilitat d'anàlisi qualitativa en profunditat ha seguit diferents fases. La tria de l'àmbit d'estudi, les tècniques utilitzades per a la recollida d'informació, la selecció de les persones entrevistades, la codificació, transcripció i anàlisi de les entrevistes realitzades i els llocs on s'ha realitzat observació participant han tingut una seqüència i segueixen una sèrie de criteris. S'ha de tenir sempre present que l'enfocament qualitatiu treballa amb grups o mostres estructurals i no amb poblacions o mostres estadísticament representatives i, per tant, és més important la qualitat que la quantitat. El subjecte o l'individu és rellevant en si mateix i no és un nombre tipificat com en el estudi ecològic.

³⁴ També anomenades entrevistes a experts o a informants qualificats, a banda d'oferir una visió global del tema d'estudi també poden actuar com a agents facilitadors: ajuden a contactar persones per a entrevistar i a una millor acceptació del treball de l'entrevistador.

La funció principal de les entrevistes qualitatives consisteix en fer emergir certes dimensions del fenomen i establir l'univers d'estudi al començament de la recerca, és per això que és tant important que l'entrevista es desenvolupi de manera oberta i flexible.

A. L'àmbit d'estudi

Per a dur a terme la recollida de dades qualitatives es va cercar un àmbit de treball relativament poc poblat, amb una oferta sanitària limitada i amb un percentatge alt d'immigració estrangera amb nacionalitat d'Índex de Desenvolupament Humà (IDH)³⁵ major i menor en el mateix municipi. Amb aquestes premisses es pretenia trobar un lloc relativament reduït on la immersió necessària per a dur a terme un treball de camp qualitatiu en profunditat no requerís un temps excessiu i on es poguessin analitzar els aspectes d'interès per a la recerca amb el menor nombre de variables i factors de confusió possibles. En els espais rurals catalans, la presència de població estrangera és relativament nova, l'oferta de serveis sanitaris i socials és menor, les relacions que s'estableixen entre la població a les zones rurals són lleugerament diferents a les que s'estableixen a la àrees urbanes i són espais que estan envoltats d'un cert imaginari saludable (Prats 1996).

Tenint en compte les premisses esmentades, per a dur a terme el treball de camp qualitatiu es va decidir escollir un municipi de la comarca de l'Empordà on el volum de població dels municipis es relativament petit i s'hi pot trobar immigració estrangera de diferents nacionalitats en proporcions semblants (mapes 2,3,4,5). L'Empordà ha estat, i és, una àrea geogràfica força estudiada al Departament de Geografia de la UAB i, concretament, pel Grup de Recerca

³⁵ S'explica de manera més detallada en el punt 5.3.1.2.B.1.

sobre Migracions. Els nombrosos estudis que ja es desenvolupen a la zona facilita la cerca d'informació general sobre l'àrea d'estudi. Els percentatges de nascuts a l'estranger són força elevats en la majoria dels 105 municipis que formen les dues comarques empordaneses. A 27 municipis trobem percentatges de població nascuda a l'estranger superiors al 10% (annex 4). El nombre total de població nascuda a l'estranger era de 18.304 persones i representa un 9,1% de la població a les dues comarques empordaneses (annex 5). La nacionalitat amb major nombre d'individus és la marroquina, 8.061 persones, seguida per la francesa, 1.583, l'alemanya, 1.329, i l'anglesa, 790 (annex 6). Concretament, els criteris tinguts en compte per a escollir el municipi han estat, per ordre de prioritats, un percentatge alt d'immigrants estrangers amb nacionalitat d'IDH major i menor, que la població estrangera resideixi tot l'any al municipi i que el municipi compti amb un nombre total d'habitants del municipi ni massa gran ni massa reduït³⁶. D'aquesta manera s'ha fet una primera selecció amb els municipis de les dues comarques empordaneses que tenien un percentatge de població estrangera superior al 10%. Després, s'ha escollit els municipis que tenien un volum total de població superior als 5.000 habitants per a que el percentatge de població estrangera correspongués a un nombre absolut de població alt i els municipis que compleixen aquests dos primers requisits són: Calonge, Castelló d'Empúries³⁷, Castell-Platja d'Aro, l'Escala, Roses i Torroella de Montgrí.

Entre aquests municipis s'ha acabat escollint Torroella de Montgrí i l'Estartit per ser el que compleix menys amb l'estereotip de poble costaner turístic i per

³⁶ El volum de població del municipi no pot ser gaire baix perquè cal que els percentatges de població estrangera es corresponguin amb valors absoluts mínimament elevats per tal de trobar població estrangera a entrevistar.

³⁷ Cal tenir present que l'alt percentatge de població amb nacionalitat estrangera (27,3%) es deu a Empúria Brava, complex turístic amb una accentuada estacionalitat.

ser, dels cinc municipis el que pot presentar menor estacionalitat³⁸. Torroella de Montgrí compta amb una població estrangera de 943 habitants (11,4% de la població total), entre els quals 167 tenen nacionalitat britànica i 391 marroquina. Respectivament són un 2 i un 4,7 per cent del total de la població del municipi i són les nacionalitats estrangeres quantitativament més importants (annex 7). Segons el padró continu Torroella comptava a 1 de Juny del 2004 amb 9.917 habitants³⁹. El municipi de Torroella de Montgrí inclou un nucli de població amb entitat pròpia, l'Estartit. La seva presència en l'àmbit d'estudi segurament explica l'alt percentatge de població estrangera amb IDH major al municipi. Encara que l'Estartit, a una altra escala, segueix el model turístic que presenten Empúria Brava, Platja d'Aro, Roses i Calonge, hi ha algunes diferències significatives. La revisió urbanística del Pla General de Torroella de Montgrí del 1981 va frenar en sec la urbanització del litoral que s'havia iniciat feia pocs anys. Va ser una mesura molt impopular en el seu moment però que es va guanyar un reconeixement estatal i ha estat, durant molt anys, referència en el planejament de municipis litorals (Ferrer i Aixalà, A. 1981).

El poblament que presenta ara Torroella no és típicament turístic sinó que el municipi ha crescut urbanísticament entre els dos nuclis de població. A les faldes del Massís del Montgrí han aparegut una sèrie d'urbanitzacions de baixa densitat freqüentades, majoritàriament, per estrangers amb nacionalitat d'IDH major. Aquesta població sol ser en gran part envellida i pot explicar, en part, el

³⁸ Calonge, Castelló d'Empúries, Castell-Platja d'Aro, l'Escala i Roses són municipis eminentment turístics, on la diferència de població entre la temporada d'estiu i la resta de l'any és molt accentuada. Per aquests motius s'han descartat els municipis estrictament costaners com St. Antoni de Calonge o Empúria Brava, per l'estacionalitat de la població i per la menor fiabilitat que ofereixen els padrons d'habitants.

³⁹ En experiències prèvies de recerca sobre els entorns rurals, hem vist com els municipis pròxims als 10.000 habitants són òptims per a treballar-hi d'una manera fluïda i eficient, al tenir suficient volum de població perquè els percentatges de població estrangera representin un nombre absolut d'individus prou gran per a fer el treball de camp, i al mateix temps, estar allunyats dels 20.000 habitants que marcarien el límit de l'assentament urbà.

percentatge de població entre 70 i 74 anys que s'observa en la piràmide de població del municipi (annex 8). La composició per edat d'aquesta població també pot explicar que aquestes urbanitzacions, a diferència de les que es troben a Roses o a Castelló d'Empúries, estiguin habitades una gran part de l'any. Una altra peculiaritat de Torroella de Montgrí és la diversificació econòmica que presenta. La gran majoria de població estrangera ocupada als municipis litorals, abans citats, es troba al sector serveis. Torroella, a banda dels serveis de l'Estartit, té una important dedicació a la construcció i a l'agricultura, sobretot al conreu de la fruita. Molts dels estrangers que viuen al municipi treballen en aquests sectors d'activitat que no són tan estacionals com ho pot ser el turisme de platja⁴⁰.

B. La maqueta

Al la maqueta⁴¹ s'hi han inclòs les tres variables anteriorment citades, el sexe, l'edat i la procedència. La primera pels diferents rols socials entre homes i dones, i principalment, pel rol de "cuidadora" que s'atribueix a les dones. Pel que fa a l'edat s'han construït tres grups d'edat. El primer, de 18 a 29, joves

⁴⁰ Altres particularitats de Torroella són el dinamisme social i cultural. Per ser un poble d'aproximadament 10.000 habitants, el municipi gaudeix d'una vida culturalment molt rica. S'hi editen dues revistes de difusió científica i cultural de periodicitat anual i mensual. que respectivament són: Papers del Montgrí i El llibre de la Festa Major. Avui en dia, compte amb alguns ciutadans 'il·lustres' com en Joan Surroca i Sens (exmembre del Parlament de Catalunya, historiador i escriptor), i entre algunes de les personalitats històriques que han desenvolupat gran part de la seva producció artística i intel·lectual al municipi hi ha el geògraf Pere Blasi i el compositor Vicenç Bou. El festival de música que s'organitza cada estiu al poble està considerat el segon més important de Catalunya, darrera del de Peralada. Cada dijous el cinema de propietat municipal té una sessió de cine club, hi ha quatre galeries d'art obertes tot l'any, i existeixen nombroses associacions i entitats al municipi, tal com queda recollit a la pàgina web de l'ajuntament. Aquestes dades són importants a l'hora de fer el treball de camp i de realitzar les entrevistes per a establir major grau de complicitat amb els entrevistats i per a conèixer millor l'entorn social i espacial en el que es mouen.

⁴¹ La construcció de graells tipològiques o maqueta és una eina que s'ha utilitzat per fer operativa una selecció dels entrevistats que garanteixi, mínimament, l'heterogeneïtat de la mostra en variables considerades analíticament rellevants. En cap moment es cerca la representativitat del conjunt de la població, sinó que el que es pretén és la comprensió dels processos per tal de construir una sèrie de preguntes d'investigació i hipòtesis que serveixin per a la comparació i interpretació dels fenòmens. Tot i la construcció de la maqueta, s'ha de tenir en compte que el mostreig qualitatiu és un procés flexible i en contínua revisió (Mason 2002, Valles 2002).

en general encara sense descendència, correspondria a una etapa d'incorporació a l'activitat laboral; el segon de 30 a 65 correspon a la plena edat activa; i el tercer, de més de 65 anys, a la jubilació. Hagués estat interessant afegir més grups d'edat, com per exemple majors de 75 anys, pel diferent moment vital i la proximitat de la mort, però per la limitació dels recursos els grups d'edat i el nombre d'entrevistes per casella no s'han pogut augmentar. Per a la procedència, s'han construït tres grans grups. Els que han nascut a Torroella i hi han viscut tota la vida, els habitants de Torroella amb nacionalitat britànica i els habitants nascuts a Nador, amb nacionalitat marroquina. Creuant aquestes tres variables surten un total de 18 persones a entrevistar (taula 11). S'ha triat la procedència com a variable per a controlar "l'etnicitat". Per a evitar al màxim les controvèrsies que presenta aquesta relació, s'ha intentat que els estrangers amb una mateixa nacionalitat provinquin de les mateixes zones del país de procedència. Així, tots els marroquins entrevistats provenen de la Zona del Rif i concretament de la província de Nador. Allà, el primer idioma és l'amazigh, no l'àrab, i els acostuma a caracteritzar un fort sentiment identitari en front dels àrabs marroquins de Casablanca i de la costa Atlàntica. De la mateixa manera, els anglesos provenen majoritàriament de les zones industrials del nord d'Anglaterra i del sud d'Escòcia i els empordanesos han de complir el requisit d'haver viscut tota la seva vida a Torroella de Montgrí.

11. Taula: Quotes d'entrevistats

| Homes | Torroella | Regne Unit | Nador | Total |
|---------|-----------|------------|-------|-------|
| 18 a 29 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 30 a 65 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| > 65 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Total | 3 | 3 | 3 | 9 |

| Dones | Torroella | Regne Unit | Nador | Total |
|---------|-----------|------------|-------|-------|
| 18 a 29 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 30 a 65 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| > 65 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Total | 3 | 3 | 3 | 9 |

Altres variables com el nivell socioeconòmic, el nivell d'estudis, el nombre de familiars al nucli domèstic i els anys de residència al municipi són variables que s'han tingut en compte a posteriori. S'han realitzat una sèrie de preguntes tancades al final de l'entrevista per a intentar que les següents persones a entrevistar de la mateixa procedència o edat responguessin a altres categories de les mateixes variables referents al nivell socioeconòmic.

Els informants clau, o informants qualificats, que s'han entrevistat han estat seleccionats sota uns mateixos criteris. El primer ha estat entrevistar a tots els professionals del municipi que s'anunciessin com a professionals o venedors de la salut. En aquelles professions, com la farmacèutica, en què hi ha més d'un professional treballant al municipi, se n'ha triat un d'ells en funció dels comentaris i recomanacions que han realitzat altres professionals entrevistats. També s'han entrevistat altres persones rellevants del municipi, com l'alcalde del municipi durant 12 anys, gerent d'una empresa important ubicada al municipi i fill d'una família coneguda de Torroella, o una infermera, filla de Torroella, que actualment està fent el doctorat en Antropologia a la UAB sobre immigració i salut (annex 9).

En total s'han realitzat 30 entrevistes, 18 entrevistes en profunditat no estructurades a població 'autòctona' i a migrants, i 12 a informants clau. Les formes de contacte, els guions i l'explotació de la informació obtinguda es detallen en els mètodes d'anàlisi.

5.2.4.3. Mètodes de recollida d'informació

A. L'entrevista en profunditat

L'entrevista en profunditat és una de les estratègies més utilitzades per a obtenir informació en la investigació social. Pot ser definida com una tècnica per a obtenir informació mitjançant una conversa professional amb una persona que transmet oralment a l'entrevistador/a la seva definició personal de la situació estudiada. Juntament amb les entrevistes no estructurades i les semi-estructurades, les entrevistes en profunditat conformen el que es coneix com a entrevistes qualitatives. Aquest tipus d'entrevistes es caracteritzen per ser un diàleg interactiu, amb un estil relativament informal i centrat en un tema de recerca concret. Permet recollir informació sobre esdeveniments i aspectes subjectius de les persones: creences i actituds, opinions, valors o coneixement, que d'altra manera no estarien a l'abast de l'investigador. Són d'utilitat en la delimitació de l'univers d'estudi i en fer accessible informacions difícils d'observar com l'anàlisi de significats i la interpretació dels fenòmens (Brunet, Pastor et al. 2002, Domingo, Clapés et al. 1995, Mason 2002).

Per elaborar el guió d'entrevista i degut al grau d'abstracció que comporten temes com la salut o els processos migratoris, es va considerar apropiat construir dos guions d'entrevista; un amb els conceptes abstractes d'estudi i un altre amb un llenguatge més planer per al treball de camp⁴². Així, dels dos guions que s'havien elaborat, un per als informants clau i un altre per a les entrevistes en profunditat, que estaven construïts amb un llenguatge de vegades massa tècnic, se'n van construir dos guions, anomenats dinàmics, que

⁴² En termes pràctics, per a elaborar el guió 'dinàmic' d'entrevista, s'han seguit els següents passos: 1) Definició dels objectius i de la pregunta, o preguntes, d'investigació. 2) 'traducció' de cada pregunta central en 3 o 7 preguntes de teoria. En els guions 'dinàmics' (figures 9 i 10) les 3-7 preguntes dinàmiques estan agrupades per paràgrafs. Segons convenia en cada entrevista, s'ha utilitzat una manera o altra per a introduir la mateixa pregunta d'investigació.

són els que s'acabaren utilitzant en el treball de camp (annexos 10,11,12,13). D'aquesta manera, les 'preguntes d'investigació' es poden distingir clarament de les 'preguntes d'entrevista'. Les primeres es formulen amb un llenguatge especialitzat, sovint extret de la revisió de la literatura, mentre que a les segones s'utilitza el llenguatge col·loquial. El primer guió, amb les principals preguntes 'temàtiques', ha estat de gran utilitat a l'hora de construir les categories d'anàlisi. El segon, amb les preguntes 'dinàmiques' és el que s'ha fet servir per a les entrevistes i s'ha provat de tenir en compte la doble dimensió (temàtica i dinàmica) de la comunicació interactiva⁴³ (Valles 2002).

Un dels aspectes a tenir més present en una entrevista en profunditat és que l'entrevistador intervingui el mínim, i que qui acabi parlant sigui l'entrevistat. Quant més curtes siguin les preguntes de l'entrevistador, i més llargues les respostes dels entrevistats, millor. L'ordre de les preguntes, o de plantejament dels temes, també ha estat pres en consideració. Al començament de l'entrevista s'han plantejat preguntes d'un ampli espectre o s'han plantejat temes de debat per a què l'entrevistat inici la conversa que consideri oportuna. Si es fan preguntes molt específiques a l'inici, que no conviden a la narració sinó a la resposta monosil·làbica, l'entrevistat s'acomoda a la dinàmica pregunta-resposta típica del qüestionari quantitatiu. S'han reservat les preguntes més semblants a un qüestionari quantitatiu per al final de l'entrevista. Són una sèrie de preguntes fetes per a intentar controlar aquelles

⁴³ Un exemple de la utilitat de construir dos guions d'entrevista diferents el tenim en la concepció de salut. Anteriorment ja s'han destacat les dificultats que planteja la definició de salut. En el guió d'entrevista s'ha optat per donar el concepte com a entès. És a dir, s'ha preguntat directament per les activitats diàries que l'entrevistat feia per la seva salut, pel seu estat de salut i per canvis que introduiria per a millorar la salut. Al partir d'aquestes preguntes, inicialment molt obertes, s'ha esperat obtenir del discurs de l'entrevistat la seva concepció sobre el terme salut i el seu model de salut i malaltia. Aquesta metodologia de pregunta pot tenir l'inconvenient, que en part s'apunta en aquest treball de recerca, d'obrir discursos preestablerts per part dels entrevistats degut a la connotació social que acompanya a molts conceptes.

variables que no s'han pogut tenir en compte en la maqueta però que són importants en l'estudi. S'ha preguntat la professió, el nivell d'estudis, el nombre de persones del nucli domèstic, el nombre de fills, els anys de residència i l'origen rural o urbà en el cas dels immigrants.

Una altra eina metodològica que s'ha inclòs a l'entrevista són les vinyetes o escenaris hipotètics. Són mètodes molt utilitzats en models etnogràfics de decisió-resposta utilitzats per a preveure el comportament respecte la salut. L'investigador crea les diferents vinyetes, per exemple: Què faria si tingués diners i patís una malaltia greu? Sovint, si el nombre d'entrevistats és alt, les respostes a les vinyetes es presenten com a percentatges però en aquest cas han servit com a plantejament d'escenaris que podien obrir noves hipòtesis o línies de recerca. Les vinyetes que s'han utilitzat es mostren al guió dinàmic d'entrevista (annexos 12,13).

Com és degut, els guions dinàmics d'entrevista es van provar abans de començar el treball de camp. Les proves prèvies han servit per a introduir modificacions en la manera de formular les preguntes i en l'ordre de les mateixes. Un dels aspectes que es va observar al provar els guions és la dificultat d'establir una relació d'iguals a l'entrevista. Encara que es vulgui donar un to d'igualtat a l'entrevista hi ha una certa jerarquia. L'entrevistador és el que sap el que cerca i el que li dona un fil a l'entrevista. Es per això que a l'hora de fer el treball de camp s'ha evitat, el màxim possible, establir tons de veu (per exemple s'ha parlat de vostè i només en moments en els que es creia oportú s'ha fet servir la segona persona del singular per a buscar major complicitat) o postures corporals que tendissin a comunicar la sensació de desigualtat. En altres paraules, l'entrevistador ha de crear un clima adequat per

a facilitar que la persona entrevistada expressi amb llibertat les seves opinions i els seus sentiments⁴⁴. La clau es troba a traslladar el focus d'atenció des de l'entrevistador a la persona entrevistada (Brunet, Pastor et al. 2002, Valles 2002).

La manera d'establir contacte amb els informants clau i amb la resta de persones a entrevistar ha estat força diferent. Els primers es van contactar als llocs de feina, en plena jornada laboral, i es va concertar l'entrevista al mateix lloc de feina però per una altre dia i dins de l'horari laboral. En canvi, per a les altres entrevistes es va haver de concertar l'entrevista, sovint, fora de l'horari laboral. En el cas de la gent gran no va ser cap problema però si que es van presentar certes dificultats amb la resta d'entrevistats. En aquests casos, els caps de setmana i els vespres van ser els moments en què es van realitzar més entrevistes. Amb aquests tipus d'informants es va evitar mencionar els estudis de medicina de l'autor ja que l'experiència de les proves pilot indicaven que, per empatia de l'entrevistat, el discurs sobre la biomedicina no seria tant crític ni obert. Alguns discursos es podien veure condicionats al fet de no voler ofendre a l'entrevistador amb segons quines opinions sobre l'estament mèdic oficial. Després de cada entrevista es van demanar nous contactes per a futures entrevistes. La tècnica de la bola de neu va facilitar el treball de camp encara que va plantejar alguns problemes com es veurà a l'anàlisi (Valles 2002).

⁴⁴ Per a establir una major complicitat entre l'entrevistador i l'entrevistat s'ha començat parlant, breument, i de forma natural sobre qualsevol tema que sorgeixi espontàniament o interessar-se per la vida o feina de l'entrevistat. En la present recerca, el treball de camp a Nador (veure apartat sobre l'observació) o els estudis de medicina han servit, sovint, com a conversa introductòria. Posteriorment caldria fer una introducció, més o menys formal, del motiu de l'entrevista.

Les entrevistes van ser gravades en tota la seva duració amb una gravadora digital⁴⁵. Sempre que ha estat possible s'ha entrevistat als informants de la maqueta a casa seva. L'observació dels habitatges, del barri i del veïnatge ha aporta informació sobre les seves condicions de vida de les persones entrevistades i també s'ha recollit com a informació a analitzar.

S'ha de tenir present en tot moment que els entrevistats han col·laborant desinteressadament a la recerca. En tot moment se'ls ha informat del temps que durarà l'entrevista i la finalitat del conjunt de la recerca. També se'ls ha informat del complet anonimats de l'estudi i d'on el podrien trobar en cas que el volguessin consultar un cop finalitzat. Al finalitzar l'entrevista amb els informants de a peu se'ls ha intentat agrair la seva disponibilitat amb un petit obsequi.

B. L'observació

L'observació engloba tots els aspectes de l'ambient social en què es desenvolupa l'objecte d'investigació. Per a que tingui validesa des del punt de vista metodològic, és a dir, que sigui sistemàtica i controlada, és necessari que sigui intencionada, ja que es realitza amb una finalitat determinada. L'observador genera diferents documents durant el seu treball. En la present recerca s'han elaborat diferents quaderns de camp que contenen bàsicament notes manuals sobre les observacions realitzades.

Un dels mètodes d'observació més utilitzat pels investigadors socials és l'observació participant. L'observació participant és una eina que permet

⁴⁵ L'elecció en front de les gravadores de cassette no s'ha fet tant sols per motius d'estalvi, fiabilitat o qualitat del so, que ja serien importants per si mateixes, sinó també perquè el seu disseny recorda al d'un telèfon mòbil i no està tant present al llarg de l'entrevista entre el l'entrevistador i l'entrevistat com la gravadora tradicional.

l'observació sistematitzada de grups o comunitats en la seva vida diària. Les principals característiques de l'observació participant que ens interessin són les següents: l'investigador ha de ser un subjecte forà al nucli que investiga, ha de convida i integrar-se en el grup social a estudiar i el nucli d'investigació ha de tenir unes característiques que li són pròpies. Les limitacions de l'observació participant són la manca d'operativitat de la seva noció de subjectivitat col·lectiva i la necessitat de les entrevistes en profunditat per a captar fenòmens que estan latents de forma profunda però no es poden observar (Brunet, Pastor et al. 2002).

Unes primeres incursions a l'àmbit d'estudi deu mesos abans de començar el treball de camp van servir per observar que molta de la població procedent del Marroc que es trobava a Torroella eren de la província de Nador ⁴⁶. Aquestes primeres informacions es van complementar amb dades sobre la immigració marroquina a Catalunya, que encara que eren del 1991 exemplificaven l'observació empírica i servien per ubicar la població marroquina de Torroella amb la del conjunt de la comarca, de la província i del Principat. Així es va comprovar com la majoria d'habitants marroquins a Catalunya també procedien d'una mateixa província del Rif marroquí, Nador, però que la proporció d'aquests habitants a la província de Girona encara era més alta (annexos 14,15). Es va mirar concretament d'on procedien els habitants del Baix Empordà⁴⁷ i es va considerar interessant realitzar una estada a la província d'origen de la major part dels marroquins de la zona d'estudi. Es va realitzar una estada de 15 dies al Rif marroquí entre el 4 i el 18 d'Agost del

⁴⁶ En entrevistes exploratòries a informants clau s'apunta com quasi tots els marroquins de Torroella són de la província de Nador. Nador és una província del nord del Marroc, eminentment bereber, que és una de les parts més pobres del país i està allunyat de les principals rutes turístiques.

⁴⁷ No es disposava de dades específiques sobre Torroella, però a partir de l'observació i del treball de camp es podria confirmar que la majoria de la població de procedència marroquí que habita al municipi també és originària de la província de Nador (annex 16).

2003. Es va passar la major part del temps a les ciutats de Nador i Alhuceimas ja que no es disposava de transport propi i no es va poder anar a les zones més rurals del Rif d'on venen la gran majoria de marroquins que es troben a Torroella de Montgrí. Tot i així, l'estada es valora positivament per a la investigació. Es va entrar en contacte amb ONGs espanyoles que treballen a la zona, concretament l'Assemblea d'Educació per la Pau (AEP), que em van oferir la possibilitat d'assistir a reunions amb governadors, metges i responsables de salut de tota la regió. Es va estar treballant durant cinc dies a l'hospital públic Al Hassani, únic hospital públic de tot el Rif, muntant equips de perfusió per a la Unitat de Vigilància Intensiva. Aquest. L'experiència al Rif ha servit per tenir una visió global dels serveis sanitaris de la zona i de les principals característiques socio-econòmiques de la regió. A més, va servir com a bona carta de presentació per a poder tenir contactes i establir un clima de confiança amb els marroquins entrevistats durant el treball de camp a l'Empordà.

5.3. Models i mètodes d'anàlisi

Un cop exposats les diferents fonts d'informació primàries, es detalla la manipulació i el tractament de les dades per tal de poder fer operativa la seva anàlisi.

5.3.1. Panel de Desigualtats a Catalunya (PaD)

5.3.1.1. Operativització de les variables

Un dels problemes apareguts en el disseny de l'estudi ecològic va ser trobar una base de dades existent que contingui variables socioeconòmiques a nivell municipal. Actualment existeix l'Anuari econòmic i social de la Caixa de

Pensions que conté informació detallada a nivell municipal però sols per a municipis majors de mil habitants i per tot Espanya, de manera que la variabilitat entre els municipis de Catalunya era massa petita com per a fer un estudi vàlid a nivell català. L'anuari Comarcal de la caixa de Catalunya no conté informació a escala municipal i les dades municipals que ofereixen a l'Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya) no eren rellevants per a l'estudi. D'altra banda, les dades a nivell municipal no permeten copsar diferències inframunicipals, que com es veurà en els resultats de l'anàlisi qualitativa, són importants per a detectar diferències entre immigrants estrangers i nivells socioeconòmics. Mancats, doncs, de variables socioeconòmiques que poguessin ser d'interès com a variables de control en un estudi epidemiològic sobre immigració estrangera i salut a Catalunya, es va decidir treballar amb el PaD per a intentar fer una categorització socioeconòmica dels diferents tipus d'immigrants i poder controlar indirectament variables socioeconòmiques a partir de les dades disponibles al padró.

Es va firmar un conveni de col·laboració entre l'investigador responsable de la tesi doctoral i la Fundació Jaume Bofill. Després de complimentar els tràmits formals es va obtenir tot el conjunt de dades de la onada del panel corresponent a l'any 2003. Es va utilitzar el programa gestor de bases de dades ACCESS i a partir de comandes SQL es va construir la base de dades definitiva per a realitzar l'anàlisi.

5.3.1.2. Les variables creades

A banda de les variables del PaD que s'han inclòs directament a l'anàlisi, s'han creat dues variables més a que formaran part d'aquest primer anàlisi de les dades del Panel de Desigualtats a Catalunya.

A. Els anys a Catalunya

La primera de les variables creada és el nombre d' anys que els immigrants estrangers porten residint a Catalunya. Per a construir-la es va fer la resta entre l'any 2004 i la variable any d'arribada a Catalunya inclosa en el PaD. Encara que les dades de la tercera onada del PaD van ser recollides l'any 2003 es va decidir agafar com a any de referència el 2004. La raó és que no sabem en quin mes de l'any es va fer cada una de les entrevistes, ni a quin mes de l'any es va arribar, així que prenent de referència el 2004 ens assegurem de no excloure població que hagués pogut arribar el mateix any 2003.

B. El sumatori de nacionalitats

La segona de les variables és el sumatori de nacionalitats. L'objectiu d'aquesta variable és poder agrupar les diferents nacionalitats que consten al PaD i veure si els individus de la mostra del panel presenten característiques sociodemogràfiques semblants segons sigui la seva nacionalitat. S'han agrupat els diferents individus del panel en funció de l'Índex de Desenvolupament Humà (IDH) dels seus respectius països. La definició i els detalls sobre la construcció de l'IDH es detallen en l'apartat següent. L'agrupació de les diferents nacionalitats que apareixen al panel de desigualtats per IDH, té la finalitat de veure si es possible agrupar les diferents nacionalitats mantenint unes característiques comunes de cada tipologia d'immigrant estranger al nostre país. És un intent de simplificar el model per les posteriors anàlisis ecològiques. S'és conscient dels nombrosos problemes que es plantegen al reduir la complexitat i les diferències, intra i inter, estatals en un sol indicador però és la única manera de poder fer una comparació i classificació de tots els països del món i és una dada general que pot aportar informació indicativa de la situació relativa dels diferents països d'origen dels immigrants estrangers.

La simplificació del model, tot i la pèrdua d'informació derivada de tota simplificació, ens serà d'utilitat a l'hora de fer la anàlisi ecològica.

La finalitat és poder tipificar els diferents tipus d'immigrants segons diferents variables socioedemogràfiques de manera que en el estudi ecològic es pugui utilitzar la informació del padró tenint en compte les possibles diferències sociodemogràfiques entre els diferents tipus d'immigrants. Davant la manca de dades individuals i municipals sobre diferents variables socials, s'ha optat per aquest mètode d'agrupació per a intentar controlar, encara que sigui de manera indirecta, les variables socioeconòmiques en l'estudi de la immigració i la salut. Aquesta classificació simple dels immigrants estrangers per nacionalitats és el primer intent que es realitza en el nostre país d'incloure tots els immigrants estrangers, sense biaixos, en un estudi epidemiològic sobre immigració i salut. L'agrupació per IDH es fa per a incloure les diferències socials, econòmiques i legals existents entre molts dels immigrants estrangers. Aquesta agrupació és la única manera possible d'incloure a tots els d'immigrants estrangers i diferenciar-los per tipologies utilitzant les dades secundàries actualment existents en un estudi epidemiològic sobre immigració estrangera i salut a Catalunya o Espanya. L'ús de l'IDH com a classificador de la immigració estrangera és una metodologia innovadora que pot presentar controvèrsies però que aporta un augment de la perspectiva d'anàlisi i un valor afegit a l'estudi sobre la immigració estrangera i la salut a Catalunya.

B.1. Índex de Desenvolupament Humà (IDH)

El IDH és un índex que elabora anualment, des del 1993, el Programa de les Nacions Unides per al desenvolupament (PNUD). Es basa en els treballs del prestigiós economista Amartya Sen sobre indicadors nacionals per a mesurar la

desigualtat i és un intent de classificar els diferents països a partir de crear un índex social compost per a cada un d'ells. El IDH prova de sintetitzar en un sol indicador les variables utilitzades tradicionalment en economia (PIB), en educació (taxa d'alfabetització) i salut (esperança de vida) en un sol indicador⁴⁸.

Utilitzar el IDH de cada una de les nacionalitats ens permet aplicar una mateixa mesura de classificació a les dades del panel de desigualtats i a les dades del padró continu del 2003 que s'utilitzaran per a l'estudi ecològic. És una manera senzilla i aproximada de percebre possibles influències socioeconòmiques en els diferents tipus d'immigrants estrangers al nostre país i en les seves influències sobre la salut. Per a calcular el IDH de cada país s'utilitzen les estadístiques oficials de cada un dels països i se'ls hi apliquen les fórmules que es detallen al gràfic següent:

⁴⁸ Es considera més adient utilitzar el IDH que solsament el PIB. El concepte d'immigració procedent de països de renda alta i de renda baixa és força utilitzada en estudis sobre immigració i salut a Catalunya però presenta menys riquesa i matisos al mesurar el benestar, el nivell socioeconòmic o les desigualtats d'un país que el IDH.

1. Gràfic: Càlcul i variables incloses en l'Índex de Desenvolupament Humà (IDH)

El Índex de Desenvolupament Humà (IDH) es calcula seguint el càlcul que es detalla a continuació:

$$\frac{1}{3} \times (LEI) + \frac{1}{3} \times (EI) + \frac{1}{3} \times (GI)$$

Els tres paràmetres que apareixen en el càlcul del IDH són:

1. Esperança de vida al néixer (LEI: Life Expectancy Index) =

$$\frac{LE - 25}{85 - 25}$$

2. Índex d'educació (EI: Education Index) =

$$\frac{2}{3} \times ALI + \frac{1}{3} \times GEI$$

Índex d'alfabetització en adults (ALI: Adult Literacy Index) =

$$\frac{ALR - 0}{100 - 0}$$

Taxa bruta de matriculació (GEI: Gross enrolment index) =

$$\frac{CGEI - 0}{100 - 0}$$

3. PIB per Càpita mesurat en dòlars americans (GI) =

Llistat de països ordenats pel valor del IDH que a l'any 2003 tenien un IDH major que Espanya es mostren a la taula següent. Encara que no surt a la llista original elaborada pel PNUD, s'ha inclòs el càlcul de l'IDH per a Catalunya fet per l'Idescat i s'ha ordenat corresponentment a la taula i la resta de països amb un IDH menor es detallen a l'annex 17.

12. Taula: Llistat de països del món amb un IDH major a Espanya al 2003

| Rank IDH (Alt) | PAÍS | IDH 2003 | Esperança de vida al néixer (anys) |
|-------------------|---------------------------|-------------|--|
| 1 | Noruega | 0.963 | 79.4 |
| 2 | Islàndia | 0.956 | 80.7 |
| 3 | Austràlia | 0.955 | 80.3 |
| 4 | Luxemburg | 0.949 | 78.5 |
| 5 | Canada | 0.949 | 80.0 |
| 6 | Suècia | 0.949 | 80.2 |
| 7 | Suïssa | 0.947 | 80.5 |
| 8 | Irlanda | 0.946 | 77.7 |
| 9 | Bèlgica | 0.945 | 78.9 |
| 10 | Estats Units | 0.944 | 77.4 |
| 11 | Japó | 0.943 | 82.0 |
| 12 | Països Baixos | 0.943 | 78.4 |
| 13 | Finlàndia | 0.941 | 78.5 |
| 14 | Dinamarca | 0.941 | 77.2 |
| 15 | Regne Unit | 0.939 | 78.4 |
| 16 | França | 0.938 | 79.5 |
| 17 | Àustria/ Catalunya | 0.936 | 79.0 |
| 18 | Itàlia | 0.934 | 80.1 |
| 19 | Nova Zelanda | 0.933 | 79.1 |
| 20 | Alemanya | 0.930 | 78.7 |
| 21 | Espanya | 0.928 | 79.5 |

Font: elaboració pròpia a partir *del Human Development Reports* de les Nacions Unides. Disponible a <http://hdr.undp.org/>

En total, les variables utilitzades per a fer l'anàlisi amb el panel de desigualtats de la Fundació Jaume Bofill estan formades per les variables extretes directament de la base de dades proporcionades i les variables creades que s'han descrit en el present apartat. A continuació es mostra una relació de les variables utilitzades i la seva tipologia o nivell de mesura.

13. Taula: Total de variables del PaD

| Etiqueta | Nivell de mesura |
|---------------------------------------|------------------|
| Sexe | Nominal |
| Sumatori Nacionalitats | Nominal |
| Edat | Escala |
| Anys a Catalunya | Escala |
| Salut Percebuda | Nominal |
| Classe Social Percebuda | Nominal |
| Nivell Econòmic Percebut | Nominal |
| Nombre de membres a la llar | Nominal |
| Satisfacció amb la vida | Nominal |
| Felicitat Percebuda | Nominal |
| Sum IDH > Esp | Escala |
| Sum IDH < Esp | Escala |
| Sexe i IDH > Esp | Escala |
| Sexe i IDH < Esp | Escala |
| Edat i IDH > Esp | Escala |
| Edat i IDH < Esp | Escala |
| Sexe i Classe social autopercebuda | Escala |
| Edat i Classe social autopercebuda | Escala |

Les variables que apareixen després de la variable felicitat percebuda són variables formades per la unió de dues variables. Concretament s'han combinat les variables 'sex', 'sumatori de nacionalitats', 'edat' i 'classe social percebuda' per a incloure-les en el model final després d'estudiar els termes d'interacció. Les categories de les variables utilitzades en l'anàlisi del PaD es descriuen a la taula següent:

14. Taula: Categories de les variables del PaD

| Valor | Etiqueta |
|-----------------------|--------------------------------------|
| SEXE | 0 Home 1 Dona |
| Sumatori Nacionalitat | 1 Nac. Espanyola 2 Nac. IDH > Esp |

| | | |
|---------------|----|----------------|
| s | 3 | Nac. IDH < Esp |
| Classe Social | 0 | Mitjana–Alta |
| Percebuda | 1 | Mitjana–Baixa |
| Felicitat | 1 | SÍ, MOLT |
| Percebuda | 2 | SÍ, UNA MICA |
| | 3 | NO, GAIRE |
| | 4 | NO, GENS |
| | 99 | NO, SAP |

En la variable ‘sumatori’ de nacionalitats s’han creat tres categories. Sumatori de nacionalitats amb un IDH major que el d’Espanya, sumatori de nacionalitats amb un IDH menor que el d’Espanya i sumatori dels individus amb nacionalitat espanyola (explicat en l’apartat 5.2.1.2.). S’ha escollit com a país de referència Espanya en comptes de Catalunya perquè l’elecció de Catalunya deixava exclosos Àustria, Itàlia, Nova Zelanda i Alemanya. Les particularitats dels immigrants estrangers d’aquestes nacionalitats al nostre país solen ser més semblants als països amb un IDH major que no pas a les dels països amb IDH menor. A més, la inclusió d’una nació no estat com a país de referència sols per el cas de Catalunya i no en la resta de països podria esdevenir una variable de confusió.

5.3.1.3. Models i eines estadístiques

Les primeres anàlisis exploratòries es van realitzar amb el paquet informàtic estadístic STATISTICA. Més endavant, per les anàlisi finalment incloses en la tesi, s’ha utilitzat el paquet informàtic i la sintaxi del programa SPSS. Per a realitzar el model final de les dades del PaD s’ha utilitzat STATA, degut a que ofereix la possibilitat d’elaborar models amb variables que segueixen una distribució de tipus *poisson*.

S’han elaborat els box plot per a les variables que es mostren al capítol de resultats, per a veure possibles variables comunes per a les diferents

categories de la variable 'sumatori de nacionalitats'. Per al model final amb les dades del PaD s'ha observat la correlació existent entre les variables 'anys aquí' i edat. Després d'observar que la correlació és molt elevada (0.90) es va decidir escollir sols la variable 'edat' per a incloure-la al model. S'han creat *dummies* per a les categories de la variable 'sumatori de nacionalitats' on la categoria Nac. IDH > Esp. pren el valor 2 i la categoria Nac. IDH < Esp. pren el valor 3. Per a evitar biaixos en la variable 'edat' s'han escollit sols els individus entre edats igual o major a 5 i menors o igual a 85. La variable 'classe classe social percebuda' que originàriament té quatre categories ha estat reduïda a dos categories per la baixa freqüència que presenten les categories extremes (1=baixa i 4=alta) i s'han creat les categories que s'indiquen a la taula anterior. S'han realitzat les interaccions entre, per una banda, les variables 'sexe' i 'edat', i per l'altra, la resta de variables predictives incloses al model. A partir d'un model general lineal (GLM) final s'han estudiat els termes d'interacció prenent com a variable dependent la 'salut percebuda'. Finalment s'ha creat el GLM amb la variable 'salut percebuda' com a dependent i la resta de variables que apareixen a la taula. Per a comprovar el sentit dels efectes de relació entre variables i facilitar la interpretació dels mateixos s'han elaborat els gràfics que apareixen als resultats.

5.3.2. CMBDAH

La transformació i l'adequació de les dades del CMBDAH es va fer per tal de construir el segon conjunt de dades de la tesi doctoral i per a dur a terme l'anàlisi ecològica. A continuació es presenten les diferents transformacions que s'han realitzat a les variables del CMBDAH de l'any 2003 descrites amb anterioritat.

5.3.2.1. Depuració de les dades

Les dades del CMBDAH procedents del Servei Català de la Salut utilitzades per a la tesi han estat depurades seguint les indicacions de Bonillo, Navarro i Caminal (Bonillo Martín, Navarro Pastor et al. 2004). Amb les dades del CMBDAH depurades s'han extrets els punts presents en els codis diagnòstics del CIM-9 i s'han reduït els diagnòstics als 3 i 4 dígits inicials que són els d'interès per a l'estudi. S'han seleccionat les entrades del CMBDAH del 2003 que continguin, en algun dels seus diagnòstics primaris o secundaris, algun dels codis del CIM-9 que es relacionen amb immigració i salut en la literatura existent. Per tant, tenim seleccionades les altes hospitalàries que continguin en qualsevol dels seus diagnòstics, com a mínim, un codi de les nou patologies triades per a l'estudi ecològic.

Un cop seleccionats els codis diagnòstics de les altes hospitalàries s'ha reduït el camp de la variable 'municipi de residència' als 5 dígits amb els que s'identifiquen tots els municipis segons l'Idescat. Seguidament s'han agregat tots els codis diagnòstics de les patologies d'interès per la variable 'municipi de residència', passant a tenir una base de dades on els individus ja no són les altes hospitalàries sinó que, ara, els individus d'estudi passen a ser els 946 municipis de Catalunya. Finalment, per a cada un dels municipis tenim tots els ciutadans empadronats que han estat ingressats en qualsevol centre hospitalari de Catalunya durant el 2003 per alguna de les patologies indicades o que han estat ingressats per un altre motiu però presenten alguna de les patologies d'interès com a diagnòstic secundari.

5.3.2.2. Estandardització de les dades

Per evitar possibles distorsions en el nombre d'altes diagnòstiques, derivades del volum total de població del municipi o de les diferents

composicions en edat i sexe entre els municipis catalans, s'han estandarditzat les dades corresponents a les malalties estudiades. El mètode d'estandardització ha estat directe i s'ha pres com a població de referència la població total espanyola, per sexe i grups d'edat, empadronada a 1 de gener del 2003. Els tres grups d'edat i sexe han estat homes i dones < 14 anys, de 15 a 64 i > de 65 anys. Les taxes brutes de les altes han estat elaborades sobre 100.000 habitants pels mateixos grups d'edat i sexe. Les estandarditzacions directes s'han realitzat aplicant la població de referència a les taxes brutes. Un cop s'han fet els càlculs de les altes esperades s'ha calculat la taxa global ajustada de manera directa per a cada una de les patologies estudiades.

A continuació es mostren respectivament els estadístics descriptius de les taxes ajustades d'altes per a les malalties infeccioses i mentals incloses a l'estudi ecològic.

15. Taula: Estadístics descriptius de les taxes ajustades per a les malalties infeccioses

| | | Taxa TBC ajustada x 100000 | Taxa VIH ajustada x 100000 | Taxa HVx ajustada x 100000 | Taxa Mal ajustada x 100000 | Taxa Xar ajustada x 100000 | Taxa Infe ajustada x 100000 |
|------------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| N | Vàlids | 934 | 934 | 934 | 934 | 934 | 934 |
| | Perduts | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Mitjana | | 1,8143 | 3,2178 | 9,5849 | ,1062 | ,0021 | 12,7927 |
| Mediana | | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | 4,6325 |
| Desv. típ. | | 7,97871 | 30,2246 | 25,8181 | 1,00719 | ,06155 | 36,4843 |
| Mínim | | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 |
| Màxim | | 108,46 | 870,20 | 495,35 | 19,52 | 1,88 | 870,20 |
| Percentils | 25 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 |
| | 50 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | 4,6325 |
| | 75 | ,0000 | 11,9868 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | 16,6636 |

16. Taula: Estadístics descriptius de les taxes ajustades per a les malalties mentals

| | | Taxa Dep ajustada x 100000 | Taxa eAns ajustada x 100000 | Taxa RAE ajustada x 100000 | Taxa RAda ajustada x 100000 | Taxa mentot ajustada x 100000 |
|------------|---------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| N | Vàlids | 934 | 934 | 934 | 934 | 934 |
| | Perduts | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Mitjana | | 21,6640 | 4,4646 | ,0874 | ,9524 | 26,9619 |
| Mediana | | 14,6148 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | 20,7123 |
| Desv. típ. | | 46,65455 | 10,35205 | ,68691 | 3,79600 | 51,5389 |
| | | | | | | 3 |
| Mínim | | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 | ,00 |
| Màxim | | 991,23 | 117,86 | 10,24 | 53,38 | 1109,09 |
| Percentils | 25 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 | ,0000 |
| | 50 | 14,6148 | ,0000 | ,0000 | 20,7123 | ,0000 |
| | 75 | 28,9724 | ,0000 | 5,1735 | 35,6908 | ,0000 |

Els municipis per als que no teníem altes de les patologies d'interès s'han considerat com a zeros. No es poden considerar valors perduts ja que, en teoria, tots els casos de patologia ingressats han d'haver estat notificats. Degut al gran nombre de zeros que presenten les taxes ajustades per a la majoria de les patologies, només cal veure els percentils 25, 50 i 75 de totes les patologies, i que s'explica per la baixa prevalença d'ingrés de moltes d'aquestes patologies, s'ha considerat convenient fer el mateix anàlisi descriptiva treient els zeros. Les representacions cartogràfiques que s'expliquen més endavant i les taules que es presenten a continuació són els valors de les taxes sense els zeros.

Taxes ajustades (TA) de les altes per malaltia infecciosa per municipi de residència del pacient a Catalunya per a l'any 2003 extraient els municipis amb cap cas d'alta per a la patologia descrita:

17. Taula:TA TBC sense zeros

| N | Vàlids | 222 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 7,6329 |
| Mediana | | 3,1779 |
| Desv. típ. | | 14,97128 |
| Mínim | | ,46 |
| Màxim | | 108,46 |
| Percentils | 25 | 1,8334 |
| | 50 | 3,1779 |
| | 75 | 6,2396 |

18. Taula:TA Xarampió sense zeros

| N | Vàlids | 3 |
|------------|---------|---------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | ,6434 |
| Mediana | | ,0402 |
| Desv. típ. | | 1,07169 |
| Mínim | | ,01 |
| Màxim | | 1,88 |
| Percentils | 25 | ,0093 |
| | 50 | ,0402 |
| | 75 | 1,8808 |

19. Taula:TA VIH sense zeros

| N | Vàlids | 221 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 13,5992 |
| Mediana | | 4,4026 |
| Desv. típ. | | 61,09306 |
| Mínim | | ,61 |
| Màxim | | 870,20 |
| Percentils | 25 | 2,6436 |
| | 50 | 4,4026 |
| | 75 | 7,4619 |

20. Taula: TA Malària sense zeros

| N | Vàlids | 46 |
|------------|---------|---------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 2,1564 |
| Mediana | | ,6765 |
| Desv. típ. | | 4,06364 |
| Mínim | | ,12 |
| Màxim | | 19,52 |
| Percentils | 25 | ,3085 |
| | 50 | ,6765 |
| | 75 | 2,2334 |

21. Taula: TA HVx sense zeros

| N | Vàlids | 448 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 19,9829 |
| Mediana | | 12,4701 |
| Desv. típ. | | 34,39575 |
| Mínim | | ,70 |
| Màxim | | 495,35 |
| Percentils | 25 | 7,8268 |
| | 50 | 12,4701 |
| | 75 | 20,8519 |

22. Taula: TA Infeccioses sense zeros

| N | Vàlids | 485 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 24,6359 |
| Mediana | | 16,1836 |
| Desv. típ. | | 47,68207 |
| Mínim | | ,70 |
| Màxim | | 870,20 |
| Percentils | 25 | 10,2972 |
| | 50 | 16,1836 |
| | 75 | 24,8143 |

Taxes ajustades (TA) de les altes per malaltia mental per municipi de residència del pacient a Catalunya per a l'any 2003, extraient els municipis amb cap cas d'alta per a la patologia descrita:

23. Taula: TA Depressió sense zeros

| N | Vàlids | 631 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 32,0668 |
| Mediana | | 24,1035 |
| Desv. típ. | | 53,75310 |
| Mínim | | 1,03 |
| Màxim | | 991,23 |
| Percentils | 25 | 14,1477 |
| | 50 | 24,1035 |
| | 75 | 35,5082 |

25. Taula: TA RAdA sense zeros

| N | Vàlids | 170 |
|------------|---------|---------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 5,2325 |
| Mediana | | 2,8768 |
| Desv. típ. | | 7,55135 |
| Mínim | | ,11 |
| Màxim | | 53,38 |
| Percentils | 25 | 1,0768 |
| | 50 | 2,8768 |
| | 75 | 5,9139 |

24. Taula: TA Estat Ansietat sense zeros

| N | Vàlids | 373 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 11,1795 |
| Mediana | | 6,5503 |
| Desv. Típ. | | 13,91062 |
| Mínim | | ,68 |
| Màxim | | 117,86 |
| Percentils | 25 | 3,9182 |
| | 50 | 6,5503 |
| | 75 | 12,0765 |

26. Taula: TA RAE sense zeros

| N | Vàlids | 46 |
|------------|---------|---------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 1,7738 |
| Mediana | | ,7013 |
| Desv. típ. | | 2,59332 |
| Mínim | | ,08 |
| Màxim | | 10,24 |
| Percentils | 25 | ,2222 |
| | 50 | ,7013 |
| | 75 | 1,9392 |

27. Taula: TA mentals sense zeros

| N | Vàlids | 673 |
|------------|---------|----------|
| | Perduts | 0 |
| Mitjana | | 37,4181 |
| Mediana | | 28,4791 |
| Desv. típ. | | 57,41166 |
| Mínim | | 1,03 |
| Màxim | | 1109,09 |
| Percentils | 25 | 18,1292 |
| | 50 | 28,4791 |
| | 75 | 41,4705 |

5.3.2.3. *Les variables creades*

A part de les modificacions i transformacions fetes a les variables del CMBDAH s'ha cregut convenient crear dues variables més. El motiu és la baixa prevalença de la majoria de patologies incloses en l'estudi. D'aquesta manera, tot i la disparitat etiològica en el conjunt de les malalties s'han creat dos grans grups de malalties sumant el total de patologies infeccioses i el total de patologies mentals per a cada un dels municipis de residència dels pacients registrats al CMBDAH. La variable 'infe' és la suma de les altes amb codis diagnòstics de tuberculosi, hepatitis, VIH, xarampió i malària, i la variable 'mentot' és la suma del conjunt d'altes amb diagnòstics de reacció aguda a l'estrès, reacció aguda d'adaptació, estat d'ansietat i depressió. Aquestes dues variables també han estat ajustades aplicant la mateixa estandardització directa realitzada a les altres variables clíniques.

L'objectiu d'aquestes variables no és establir relacions causals sinó veure alguna possible relació entre les patologies relacionades en la literatura amb la immigració estrangera i la presència de població estrangera en els municipis de Catalunya.

5.3.2.4. *Variables sense valors extrems (SVE)*

De les taxes ajustades de cada una de les patologies s'han tingut en compte els casos compresos entre els percentils 5 i el 95. Aquesta mesura s'ha pres després de comprovar en la distribució de les taxes la presència d'alguns casos extrems que podien esbiaixar els resultats del model. El nom que reben les taxes ajustades sense valors extrems (SVE) o *outlyers* com a noves variables derivades del CMBDAH es detallen al final de la taula següent:

28. Taula: Total de variables del CMBDAH

| Variable | Etiqueta | Nivell de mesura |
|------------|---|------------------|
| Id_muni | CODI MUNI SENSE 0 | Escala |
| IdhMA | <ninguna> | Escala |
| IdhMe | <ninguna> | Escala |
| idhmep | Percentatge Estrangers amb Nacionalitat IDH < Esp | Escala |
| idhmap | Percentatge Estrangers amb Nacionalitat IDH > Esp | Escala |
| R_NACION | Coeficient de Nacionalitat | Escala |
| edat_m | Edat Mitjana Estrangers al Municipi | Escala |
| edat_m_rec | <ninguna> | Escala |
| TA_TBC | Taxa TBC (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_Xar | Taxa Xarampiό (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_VIH | Taxa VIH (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_Mal | Taxa Malària (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_HVx | Taxa Hepatitis (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_RAE | Taxa Reacció Aguda a l'Estrés (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_RAda | Taxa Reacció Aguda d'Adaptació (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_eAns | Taxa estat d'Ansietat (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_Dep | Taxa Depressió (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_mentot | Taxa Total patologies Mentals (ajustada x 100000) | Escala |
| TA_Infe | Taxa Total patologies Infeccioses (ajustada x 100000) | Escala |
| Nidhmep | PEN IDH < Esp SVE | Escala |
| Nidhmap | PEN IDH > Esp SVE | Escala |
| Nedat_m | Edat Mitjana Estrangers al Municipi SVE | Escala |
| NR_NACIO | Coeficient de Nacionalitat SVE | Escala |
| NTA_TBC | Taxa TBC (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_Xar | Taxa Xarampiό (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_VIH | Taxa VIH (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_Mal | Taxa Malària (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_HVx | Taxa Hepatitis (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_Infe | Taxa Total patologies Infeccioses (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_RAE | Taxa Reacció Aguda a l'Estrès (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_RAda | Taxa Reacció Aguda d'Adaptació (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_eAns | Taxa estat d'Ansietat (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_Dep | Taxa Depressió (ajustada x 100000) SVE | Escala |
| NTA_ment | Taxa Total patologies Mentals (ajustada x 100000) SVE | Escala |

5.3.3. Padró continu d'habitants

El segon conjunt de dades de l'anàlisi ecològica és el format per les dades del padró continu a data 1 de gener del 2003. A continuació s'especifiquen les modificacions i transformacions fetes a les dades i variables inicialment rebudes, la creació de noves variables i els mètodes i tècniques utilitzats per a l'anàlisi.

5.3.3.1. Operativització de les variables

Es van demanar les dades del padró continu a l'Idescat. Concretament es va demanar el volum de població per nacionalitat, edat i sexe empadronada a 1 de gener del 2003 de tots els municipis de Catalunya. Un cop rebudes les dades es van seleccionar les variables d'interès i es van deixar estrictament les variables que formarien part de l'anàlisi ecològica. Es van agrupar els individus pels mateixos grups d'edat que les taxes per tal de poder realitzar les estandarditzacions i es van elaborar les noves variables que es detallen a continuació.

5.3.3.2. Les variables creades

A. L'edat mitjana dels estrangers del municipi

Considerant que l'edat pot ser una variable de control important a introduir en un model sobre incidència de certes malalties, es va crear la variable 'edat mitjana estrangers del municipi' que representa la mitjana d'edat de tots els individus de nacionalitat estrangera present en cada un dels municipis de Catalunya al 2003.

B. Agrupació per IDH i percentatges de població

Les nacionalitats presents en el padró continu s'han agrupat seguint els mateixos criteris que per al PaD. Per una banda s'han agrupar sota la variable 'IDHma' a tots els individus de nacionalitat amb IDH major que Espanya i, per una altra banda, als immigrants amb un IDH menor que Espanya sota la variable 'IDHme'. Per a poder observar el pes relatiu de cada una d'aquestes variables en cada municipi s'han creat els percentatge de persones amb nacionalitat d'IDH major i menor que Espanya respecte el total de la població de cada un dels municipis de Catalunya. Les variables creades han estat 'IDHmap' i 'IDHmep' respectivament.

C. El coeficient de nacionalitat (CN)

El Coeficient de nacionalitat (CN) és un índex creat per simplificar les dues variables 'IDHme' i 'IDHma' en una sola variable. La seva formulació permet controlar el volum total de la població del municipi al dividir el sumatori dels immigrants estrangers amb nacionalitat d'IDH menor amb els de nacionalitat d'IDH major. El coeficient de nacionalitat estalvia incloure el volum total de població del municipi com a variable de control en un model sobre altes hospitalàries i volum d'immigrants estrangers del municipi. El càlcul del Coeficient de Nacionalitat es mostra en el gràfic següent.

2. Gràfic: Coeficient de Nacionalitat (CN)

$$\text{Coeficient de Nacionalitat (CN)} = \frac{\text{sumatori IDH} < \text{Espanya}}{\text{sumatori IDH} > \text{Espanta}}$$

Els possibles valors que pot prendre el coeficient de nacionalitat són: 0, > 1 i < 1 . Un $CN = 0$ indicaria que no hi ha presència de com a mínim un dels dos grups d'immigrants estrangers en el municipi. Un $CN > 1$ indicaria una presència major d'immigrants estrangers de nacionalitats d'IDH menor que no pas d'IDH major i un $CN < 1$ indicaria la situació inversa. Com més pròxim sigui a 1, el coeficient de nacionalitat indica que el nombre d'immigrants estrangers d'IDH menor i major està més equilibrat. El volum total de població i els volums totals de població estrangera dels municipis no es poden apreciar amb el coeficient de nacionalitat ja que queden implícits en el quocient.

El coeficient de nacionalitat ens permet, com s'ha comentat, controlar en una sola variable els diferents tipus d'immigrants estrangers i el volum total de població del municipi en una sola variable, quan sols disposem de la variable nacionalitat. A més, el 'Coeficient de Nacionalitat' ens aporta, en cas que els resultats del panel de desigualtats ens ho permetin, fer una primera classificació dels municipis a partir d'una tipificació general dels immigrants estrangers que hi predominen. Partint d'una manca de dades socioeconòmiques, a escala municipal, sobre els immigrants estrangers a Catalunya, el coeficient de nacionalitat pretén ser una mesura indirecta orientativa sobre la situació dels immigrants estrangers predominant en els municipis. La variable es podrà incloure en el model ecològic com a variable independent per a relacionar-la amb les taxes d'altres de les malalties que es relacionen amb la immigració.

A continuació es presenten els estadístics descriptius de les variables creades a partir del padró continu dels municipis de Catalunya a data 1 de Gener del 2003.

29. Taula: Estadístics descriptius de les variables migratòries

| | | idhmap | Idhmep | Coeficient de nacionalitat (idhMe/idhMa) |
|------------|---------|--------|--------|---|
| N | Vàlids | 946 | 946 | 895 |
| | Perduts | 0 | 0 | 51 |
| Mitjana | | ,0366 | ,0669 | 2,5928 |
| Mediana | | ,0278 | ,0512 | 1,5714 |
| Desv. típ. | | ,03383 | ,06545 | 3,19745 |
| Mínim | | ,00 | ,00 | 1,00 |
| Màxim | | ,20 | ,66 | 41,00 |
| Percentils | 25 | ,0107 | ,0258 | 1,1765 |
| | 50 | ,0278 | ,0512 | 1,5714 |
| | 75 | ,0544 | ,0867 | 2,5364 |

5.3.4. Creació de la Base de Dades

La base de dades per a realitzar l'anàlisi ecològica ha requerit la transformació i la conversió de les dades del padró continu i del CMBDAH originàries. S'han creat fitxers ASCII i s'han realitzat diferents operacions i consultes amb llenguatge SQL. Concretament, s'han creat fitxers ASCII i fitxers de bases de dades DBASE IV per intercanviar dades i variables de les bases de dades del padró del CMBDAH i informació territorial amb MiraMon.

Creació d'una base de dades pròpia amb variables procedents del CMBDAH i del padró continu, fent consultes SQL i utilitzant ACCESS

5.3.4.1. Models i eines estadístiques

Per a quantificar l'efecte de la variable Coeficient de nacionalitat, ajustat per l'edat mitjana de la població estrangera del municipi, sobre la taxa de les diferents malalties que es relacionen amb la immigració estrangera s'han estimat models de regressió de poisson i binomial negativa amb zeros inflats.

L'ús d'aquests models, en comptes dels que s'haurien d'utilitzar com la poisson o la binomial negativa per a recomptes i taxes, com és el cas, es justifica per l'excessiva freqüència de valors zero que corresponen a municipis sense cap alta diagnòstica per a les patologies estudiades.

Per triar el model a aplicar, entre el model de regressió de poisson amb zeros inflats (zip) o el model de regressió de la binomial negativa amb zeros inflats (zibn) s'han analitzat visualment l'ajust d'ambdós models a les dades observades (veure resultats). Donada la gran mida mostral (n=946), la prova de significació del paràmetre de dispersió (alpha) no s'ha tingut en compte. Degut a la poca variabilitat que presentaven algunes de les taxes ajustades de malaltia, segurament com a conseqüència del baix nombre de casos, als resultats sols es mostren els resultats del model de regressió de poisson amb zeros inflats per a les taxes que tenen prou variabilitat⁴⁹.

En el model ecològic es volien incloure les variables del Panel de Desigualtats de la Fundació Bofill però per preservar la confidencialitat dels entrevistats no s'ha pogut disposar dels municipis de residència de les persones amb nacionalitat estrangera que formaven part de la mostra del PaD. Aquestes variables haguessin pogut aportat informació sobre la salut percebuda i la possibilitat d'afegir variables laborals, d'habitatge i familiars individuals a l'estudi ecològic.

5.3.4.2. Sistema d'Informació Geogràfica (SIG)

La base de dades municipal del ICC, afegir les dades de població del Idescat i les dades sanitàries del CMBD escollides. S'han realitzat importacions de les

⁴⁹ Les diferències en la distribució de les variables abans i després de treure els valors extrems es detallen en cada una de les regressions que apareixen als resultats.

diferents bases de dades i s'han realitzat 'joints' físics per tal de representar o visualitzar les dades de població i les dades clíniques a nivell municipal. En la present tesi doctoral no s'ha aprofitat tot el potencial que ofereixen els Sistemes d'Informació Geogràfica per a realitzar estudis ecològics d'aquestes característiques per la debilitat estadística de les dades secundàries utilitzades, però en futurs estudis ecològics que comptin amb una base de dades més detallada i extensa que permeti estudiar la immigració i la salut, els sistemes d'informació geogràfica poden ser una bona eina per aplicar anàlisis estadístiques directament a les unitats territorials.

5.3.5. Mètodes qualitius

Els mètodes utilitzats en l'anàlisi qualitativa i les proposicions teòriques que la fonamenten es descriuen a continuació. Cal recordar que la finalitat de l'anàlisi qualitativa era la delimitació de l'univers d'estudi i la captació de les interpretacions i significats que no poden oferir les dades quantitatives utilitzades. Tota l'anàlisi qualitativa i les tècniques i eines utilitzades es basen en els postulats a de la teoria fonamentada o grounded theory.

5.3.5.1. Teoria fonamentada ("Grounded theory")

L'anàlisi qualitativa de la tesi no ha seguit estrictament les pautes de la teoria fonamentada però sí que se n'ha servit per a fer una extracció lògica i una proposició teòrica a partir dels resultats obtinguts. En la present tesi es presenten dos models d'enfocament de les relacions entre les migracions i la salut, les patologies de l'immigrant i la selecció dels més sans, que no estan constituïts com a corrents teòrics. Els articles i recerques aïllats, llegits i analitzats durant el procés d'elaboració de la tesi doctoral s'han agrupat en

dos grans corpus teòrics que s'han conceptualitzat, analitzat i criticat en la present tesi utilitzant l'esperit i algunes de les guies i mètodes de la teoria fonamentada. Es pot dir, que encara que l'objectiu final de la recerca no és construir teoria, sí que ha calgut desenvolupar i construir teoria per analitzar la informació recollida i per analitzar críticament els resultats obtinguts a la tesi. En aquest sentit sí que s'ha utilitzat teoria fonamentada en la present recerca.

La creació de categories i la generació de conceptes abstractes a partir de les dades recollides per a establir relacions específiques entre ells si que és un dels aspectes fonamentals de la 'grounded theory' que s'ha aplicat a la present tesi doctoral. La manca generalitzada de dades i la incipient recerca duta a terme sobre immigració i salut a Catalunya han fet quasi necessari recórrer a la teoria fonamentada per a construir els marcs teòrics sobre els que construir la recerca (Charmaz 2006, Glaser 1992, Glaser, Strauss 1967).

La teoria fonamentada es realitza a partir de dades qualitatives i quantitatives. En la present tesi s'ha utilitzat els principis de la teoria fonamentada en l'anàlisi quantitativa com qualitativa tot i que la interpretació, conceptualització i teorització que ha requerit part del procés de tesi s'ha desenvolupat a partir de les dades qualitatives. L'anàlisi qualitativa, utilitzant teoria fonamentada, ha estat un mètode de generació d'hipòtesis, en un procés amb un fort component inductiu, que seran contrastades posteriorment amb una anàlisi quantitativa. La codificació i l'elaboració dels mapes conceptuals s'ha basat en el conjunt de les dades analitzades i, en aquest sentit, s'han seguit les indicacions per a mantenir un esperit integrador i crític defensat en la teoria fonamentada.

5.3.5.2. Transcripció i codificació

En la recollida de la informació i en la valoració dels documents primaris elaborats cal apuntar algunes limitacions. El temps i els recursos dels que es disposava han estat acotats. Les restriccions de temps, sovint associades a les limitacions de recursos ha fet que només es pogués entrevistar un individu per a cada una de les categories de la maqueta. No haver assolit el punt de saturació teòrica a partir de les entrevistes realitzades es considera una limitació menor ja que s'ha intentat compensar amb la lectura paral·lela de literatura científica de diverses disciplines. El segon factor limitant més important de la recerca ha estat la manca del domini d'algunes llengües estrangeres. Les sis entrevistes als immigrants procedents del Regne Unit s'han fet en anglès. Ara bé, davant del desconeixement del berber rifeny i de l'àrab marroquí, les entrevistes als immigrants marroquins només s'han pogut fer en català o en castellà. Així, no s'ha pogut entrevistar a immigrants acabats d'arribar o que no parlessin ni català, ni castellà, ni francès (el coneixement del francès per la població del Rif és baix ja que durant molts anys ha sigut un protectorat espanyol). Sovint, la gent entrevistada procedent del Marroc i que parlava català o castellà portava forces anys residint al nostre país i ja han col·laborat en vàries recerques sobre immigració. (Una dona marroquina, que parlava català, ha comentat que li demanaven entre tres i quatre entrevistes l'any, per a diferents estudis). La seva predisposició estava força condicionada per les experiències prèvies, i els prejudicis, de vegades, han dificultat el primer contacte. El grau de complicitat o la fluïdesa en el discurs per part dels entrevistats s'ha vist molt reduïda per fer l'entrevista en una altra llengua que no sigui la materna. Pel simple fet de conèixer algunes paraules d'àrab, la

complicitat amb els entrevistats es veia molt reforçada i es podia establir més ràpidament un clima de confiança mútua.

Totes les entrevistes foren gravades íntegrament, tenen una durada mitjana d'una hora, i s'han transcrit en la seva totalitat. Tots els noms propis, dades i llocs que poguessin facilitar la identificació dels entrevistats s'han substituït per d'altres. S'han transcrit tant les entrevistes fetes als informants clau com les fetes a persones de la maqueta. El resultat obtingut de les 12 entrevistes als informants clau ha estat prou interessant com per a què s'analitzen totes les entrevistes com si fossin entrevistes en profunditat. Amb la transcripció completa de totes les entrevistes realitzades s'ha passat a la codificació. Alguns autors l'anomenen categorització, assignació de nodes o indexació, però tots aquests termes es refereixen a l'assignació uniforme de categories a les parts que componen la transcripció, d'una manera sistemàtica i consistent. Sovint es creen més d'un tipus de categories i es jerarquitzen en nivells i subnivells de manera que es pot arribar a un conjunt complex de categories i subcategories interrelacionades (annex 18). La feina de codificació es pot fer manualment però actualment es poden emprar paquets informàtics que ajuden a gestionar i ordenar la informació.

5.3.5.3. CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis)

Els CAQDAS són un conjunt d'eines informàtiques que permeten gestionar, ordenar i classificar la informació recollida en les entrevistes i en els quaderns de camp. Els CAQDAS s'utilitzen per a dur a terme teoria fonamentada d'una manera més ordenada i estructurada encara que no realitzen cap càlcul ni cap operació lògica de manera autònoma, es a dir, no pensen ni realitzen part de la

recerca per si sols, com sí poden fer els paquets estadístics al calcular les diferents operacions. Sí que ofereixen una millor gestió i estructuració de la informació permetent anar de la teoria als documents d'informació primaris, i viceversa, d'una manera ràpida, eficient i estructurada. Un dels programes informàtics disponibles per a dur a terme l'anàlisi fonamentada és l'Atlas/ti.

A. El programa d'anàlisi de dades textuais Atlas.ti

El Atlas.ti és el programa que s'ha utilitzat per a treballar la informació continguda en les transcripcions de les entrevistes. L'anàlisi de la informació recollida a les transcripcions segueix les línies del mètode comparatiu constant (Ferrando, Ibáñez et al. 2000, Glaser, Strauss 1967). L'Atlas/ti facilita l'aplicació del mètode comparatiu constant ja que treballa amb diferents 'nivells de treball textual' de lectura i selecció d'un text convencional. Es distingeix un 'nivell de treball conceptual', que consisteix en la construcció de xarxes i mapes conceptuals a partir dels codis generats a la fase textual. A més, el programa té prevista la possibilitat d'exportació d'informació per a què pugui ser analitzada també amb paquets estadístics. A la documentació de l'Atlas/ti s'ofereix una seqüència de sis passos generals, considerada habitual en els mètodes comparatius constants, i que s'ha fet servir a l'anàlisi com a guia per a construir les categories: 1) crear un projecte; 2) Associar els documents primaris amb la Unitat Hermenèutica; 3) Llegir i seleccionar fragments d'interès, assignant codis o notes; 4) Comparar fragments codificats igual o distintament; 5) Organitzar els documents primaris, codis i memos en famílies; 6) Traçar xarxes a partir dels codis creats (Ferrando, Ibáñez et al. 2000, Mason 2002, Muñoz 2001).

B. El programa d'anàlisi de xarxes socials Visone

El programa Visone és un programa gratuït elaborat per investigadors de la Universitat de Konstanz normalment utilitzat per a l'anàlisi de xarxes socials per matemàtics, sociòlegs i antropòlegs⁵⁰. S'ha utilitzat el programa per a elaborar els mapes conceptuals derivats de l'anàlisi qualitativa de la informació recollida. Un cop extrets els conceptes i les relacions entre ells, el programa ofereix la possibilitat d'ordenar automàticament les relacions prèviament establertes pels investigadors. Una de les possibilitats d'anàlisi que ofereix és construir matrius de relació, o mapes conceptuals, dins d'un entramat concèntric on els conceptes amb més 'inputs' queden a la part més central i els conceptes amb més 'outputs' a les parts més perifèriques. D'aquesta manera la informació continguda en els mapes conceptuals és més fàcil de visualitzar i d'interpretar. Els mapes conceptuals que es mostren a les conclusions estan elaborats amb Visone.

⁵⁰ Es pot descarregar a la següent adreça electrònica: <http://visone.info>

6. RESULTATS

A continuació es presenten els resultats obtinguts de les anàlisis de les tres fonts de dades principals que constitueixen els tres eixos analítics de la recerca: el panel de desigualtats, els resultats de l'estudi ecològic i l'anàlisi qualitativa. La disposició dels resultats segueix la lògica exposada en els objectius i la metodologia sense seguir, estrictament, l'ordre cronològic de les anàlisis realitzades.

6.1. Resultats del Panel de Desigualtats

Com s'ha comentat, els objectius principals d'utilitzar el PaD són veure les potencialitats de l'única enquesta longitudinal amb variables socioeconòmiques, migratòries i de salut a l'estil de les enquestes nacionals longitudinals realitzades a Canadà, Alemanya o Gran Bretanya per tal de contemplar-la com a font de dades per a posteriors estudis, i veure les possibilitats de classificar i categoritzar els immigrants estrangers en dos grans grups segons les seves característiques, especificitats i circumstàncies. Les variables del PaD originals utilitzades per a l'anàlisi i els resultats de la seva anàlisi descriptiva es detallen a continuació:

30. Taula: Estadístics descriptius de les variables del PaD

| | N | | Mitjana | Mediana | Desv. típ. | Mínim | Màxim |
|--------------------------|--------|---------|---------|---------|---------------|-------|-------|
| | Vàlids | Perduts | | | | | |
| Sumatori Nacionalitats | 4268 | 254 | 1,06 | 1,00 | ,333 | 1 | 3 |
| Anys a Catalunya | 4522 | 0 | 37,87 | 36,00 | 19,993 | 0 | 85 |
| Salut Percebuda | 3083 | 1439 | 7,26 | 8,00 | 1,737 | 0 | 10 |
| Classe Social Percebuda | 2766 | 1756 | ,68 | 1,00 | ,467 | 0 | 1 |
| Nivell Econòmic Percebut | 3077 | 1445 | 6,01 | 6,00 | 1,813 | 0 | 10 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|------|------|---------|--------|---------|---|-------|
| Nombre de membres a la llar | 3878 | 644 | 3,31 | 3,00 | 1,345 | 1 | 10 |
| Felicitat Percebuda | 3066 | 1456 | 1,48 | 1,00 | ,636 | 1 | 4 |
| Satisfacció amb la vida | 3062 | 1460 | 7,40 | 8,00 | 1,462 | 0 | 10 |
| Ingressos nets | 1680 | 2842 | 1078,21 | 900,00 | 897,712 | 0 | 12000 |
| Edat | 4522 | 0 | 41,59 | 40,00 | 20,675 | 5 | 85 |
| Sexe | 4522 | 0 | ,51 | 1,00 | ,500 | 0 | 1 |

6.1.1. El Sumatori de nacionalitats

La variable creada agrupant els diferents individus de la mostra del PaD segons si l'IDH és major o menor al d'Espanya evidencia el principal problema de l'enquesta de la Fundació Bofill per a treballar aspectes relacionats amb la immigració estrangera, que és el baix nombre d'individus estrangers a la mostra.

31. Taula: Estadístics descriptius de les categories de la variable Sumatori Nacionalitats

| | | Freqüència | % | % vàlid | % acumulat |
|---------|-----------------|------------|-------|---------|------------|
| Vàlids | Nac. Espanyola | 4130 | 91,3 | 96,8 | 96,8 |
| | Nac. IDH > Esp. | 21 | ,5 | ,5 | 97,3 |
| | Nac. IDH < Esp. | 117 | 2,6 | 2,7 | 100,0 |
| | Total | 4268 | 94,4 | 100,0 | |
| Perduts | Sistema | 254 | 5,6 | | |
| Total | | 4522 | 100,0 | | |

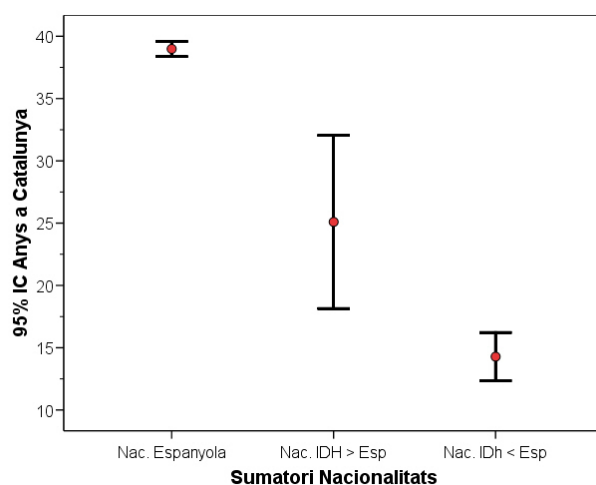
A la taula 2 s'observa com el total de persones estrangeres que formen part de la mostra del PaD és de 138 i només 21 d'aquests tenen una nacionalitat d'IDH superior al d'Espanya. Aquesta manca d'individus de nacionalitat d'IDH major explica el gran interval de confiança al 95% que presenta aquest grup respecte els altres dos. Lògicament, el grup que compta amb més individus, el de nacionalitat espanyola, és el que presenta l'interval de confiança menor.

Malgrat que el baix nombre d'individus estrangers no permet fer un estudi sobre immigració estrangera vàlid pel conjunt de Catalunya, per la poca potència estadística de les dades, el sumatori de nacionalitat sí que permet fer un estudi exploratori de les possibles diferències socioeconòmiques i sociodemogràfiques dels estrangers que resideixen a Catalunya a partir de la seva nacionalitat. L'aproximació indirecta de les diferents situacions socioeconòmiques i sociodemogràfiques dels immigrants estrangers a partir de la seva nacionalitat pot presentar controvèrsies. Els resultats que s'analitzaran sols tenen l'objectiu de fer una classificació genèrica sense cap vocació universalista. Amb el sumatori de nacionalitats es pretén fer un estudi epidemiològic incloent a tots els estrangers que resideixen a Catalunya però diferenciant-los, a grans trets, en dos grans grups. Els resultats de l'anàlisi, per veure la possible congruència d'agrupar els estrangers per l'IDH de la seva nacionalitat, quan sols es disposa de la nacionalitat com a variable migratòria, es detallen en els gràfics que venen a continuació.

S'han realitzat comparacions entre els dos grups d'individus, amb nacionalitat d'IDH major i amb nacionalitat d'IDH menor, i s'han comparat segons altres variables d'interès que també estan incloses al PaD. En els gràfics s'ha inclòs el grup de nacionalitat espanyola com a mesura de referència. Els resultats obtinguts sols es poden interpretar comparant entre dos grups i no fent una comparació conjunta dels tres grups. Es a dir, es poden comparar els individus amb nacionalitat espanyola amb el conjunt dels estrangers, els grups d'individus amb nacionalitat d'IDH superior amb els estrangers de nacionalitat d'IDH inferior, o un dels dos grups d'estrangers amb els de nacionalitat espanyola. Les comparacions s'han de fer entre dos grups

per què si volguéssim fer una comparació dels tres grups hauríem de fer una ANOVA. Degut als pocs individus estrangers que trobem a la mostra i als objectius principals de l'anàlisi del PaD realitzar una ANOVA com a model d'anàlisi no es creia convenient.

3. Gràfic: Anys a Catalunya i agrupació de nacionalitats

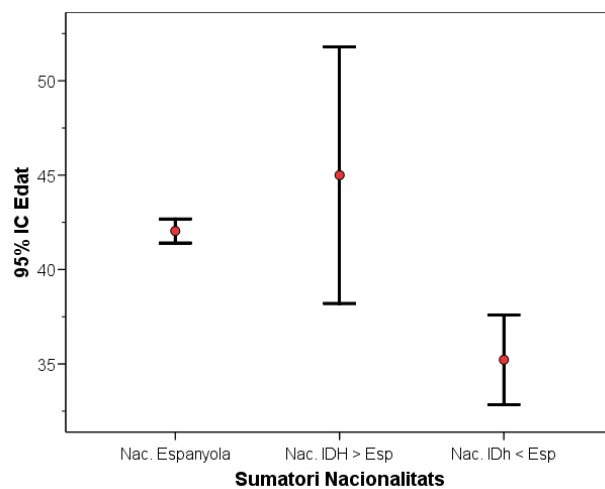


En el primer dels gràfics observem com la diferència entre els dos grups de població estrangera es correspon amb el descrit a la literatura sobre els diferents moments immigratoris que hem viscut a Catalunya. Per una banda, la immigració que generalment prové del nord d'Europa, assentada a Catalunya des de fa vint o trenta anys, i la immigració estrangera procedent de països de menor IDH de la darrera dècada. Les diferències entre els dos grups d'estrangers són estadísticament significatives i les seves mitjanes estan separades per una dotzena d'anys.

Les diferències entre la immigració estrangera d'IDH major i els d'IDH menor també són significatives pel que fa l'edat mitjana dels immigrants. Com

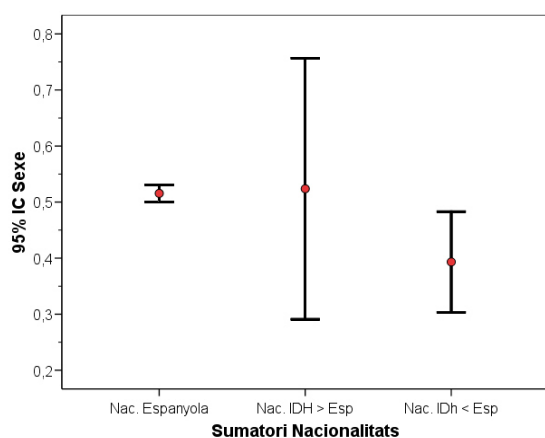
es pot veure en el gràfic 4 la mitjana dels d'IDH menor és 10 anys menor que la dels d'IDH major. Aquesta diferència també coincideix amb el descrit a la literatura sobre la immigració recent, més jove, i la immigració de més edat procedent de països d'IDH major que porta més temps residint a Catalunya.

4. Gràfic: Edat i agrupació de nacionalitats



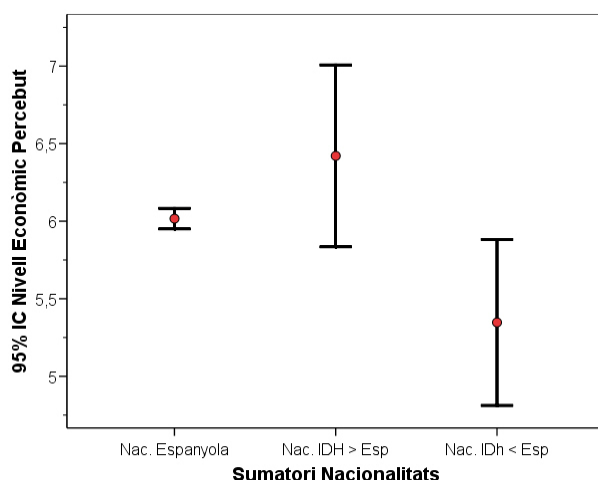
Les diferències sociodemogràfiques observades en l'edat són existents, però no significatives, si observem la mitjana de la variable sexe entre els diferents grups de població. El valor 0 són els homes i l'1 són les dones. Lògicament, el gran volum de la mostra del grup de referència situa la seva mitjana al 0,5, mentre que les diferències observades entre els dos grups d'estrangers també segueixen la tendència que es recolza amb la literatura existent, es a dir, la immigració de nacionalitats d'IDH menor, és més recent, jove i està més masculinitzada que la immigració de nacionalitats de major IDH.

5. Gràfic: Sexe i agrupació de nacionalitats



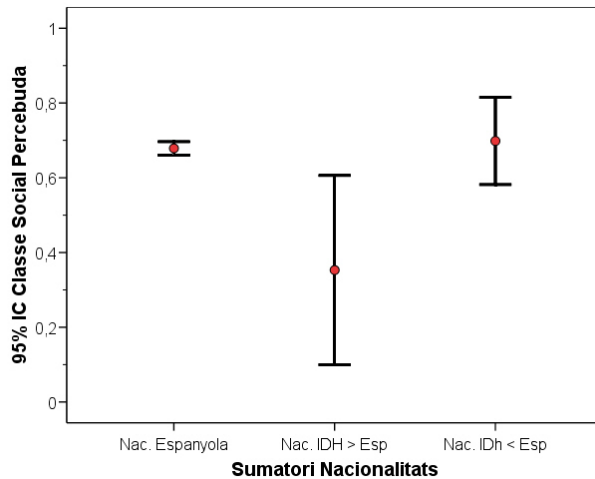
Després de comparar les mesures de tendència central dels tres grups de població per a les variables demogràfiques, l'any d'arribada, l'edat i el sexe, i de veure diferències significatives entre ells, passarem a comparar les variables socioeconòmiques per als tres grups. Una de les avantatges de les variables que inclou el PaD són el caràcter perceptiu de moltes d'elles. Davant la dificultat d'haver de definir classe social o nivell socioeconòmic, que s'incrementa al estudiar les migracions per el canvi de context social que acompanya sovint els processos migratoris, són d'utilitat les variables en que la pròpia persona entrevistada es posiciona en algun grup o gradient. Els gràfics 6 i 7 incorporen variables de caire perceptiu sobre la classe social i el nivell socioeconòmic que són complementàries.

6. Gràfic: Nivell econòmic percebut i agrupació de nacionalitats



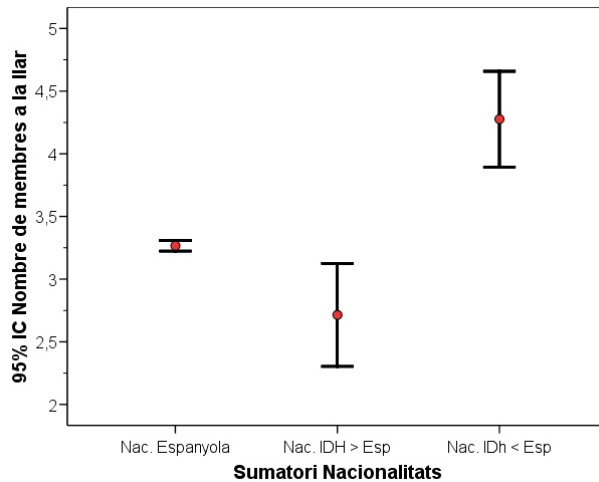
Sobre el nivell econòmic percebut, gràfic 6, les mitjanes entre els dos grups d'estrangers presenten una diferència significativa estadísticament d'un punt. La diferència es pot considerar gran si tenim en compte que l'escala de mesura és sobre 10 i que en el punt mig de la diferència trobem el valor de referència dels individus de nacionalitat espanyola. La diferència també pot ser un bon indicador relatiu del nivell econòmic percebut dels diferents tipus d'estrangers respecte a la població autòctona sense incorporar el nivell econòmic percebut de les persones al llarg del procés migratori. Per no caure en un excés de reduccionisme i d'atribuir la classe social al nivell socioeconòmic la informació és pot complementar amb la variable classe social percebuda. Un dels atributs interessants de la variable és que no s'orienta sobre el que, a priori, entenen els investigadors com a classe social, sinó que es dona la definició de classe social per sabuda i els resultats ofereixen la pròpia percepció de la posició relativa sobre el que l'individu entrevistat considera com a classe social. Tot i la manca de definició prèvia del terme classe social, els resultats obtinguts al fer l'agrupació per nacionalitats mostra diferències interessants.

7. Gràfic: Classe social percebuda i agrupació de nacionalitats



Les categories de la variable classe social percebuda són el 0, per a la classe social mitjana-alta, i l'1, per a la classe social mitjana baixa. Tenint en compte les limitacions de la mostra, a partir dels resultats obtinguts en els gràfics 6 i 7 podríem dir que el sumatori de nacionalitats és una bona mesura de classificació per classe social dels diferents tipus d'immigrants estrangers residents a Catalunya. La variable permet incloure tots els immigrants estrangers en l'estudi sense haver de fer tries a priori utilitzant termes com immigrant econòmic o procedent de països pobres. L'agrupació de nacionalitats a partir de l'IDH realitzada i els resultats del PaD obtinguts ens permeten crear dos grans grups de persones que han viscut un procés migratori transnacional, es a dir incorporar tots els tipis d'immigrants estrangers, però establint una manera de diferenciació entre ells de manera que podríem diferenciar el que a nivell col·loquial coneixem com a estrangers, 'rics', i immigrants, 'pobres', quan els comparem, en termes general, amb la població de referència.

8. Gràfic: Membres per llar i agrupació de nacionalitats

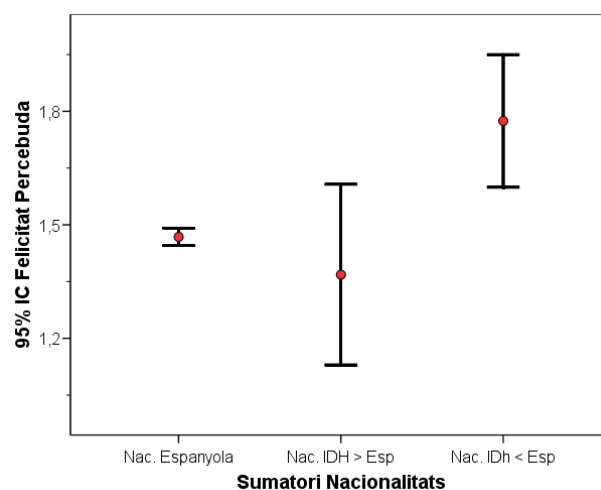


Respecte al nombre de membres que viuen a la mateixa llar, el sumatori de nacionalitats també mostra diferències significatives entre cada un dels grups i el grup de referència. Els resultats del PaD en aquest aspecte també coincideixen amb els resultats obtinguts de l'anàlisi qualitativa i del treball de camp realitzat (veure punt 6.3.). Els immigrants estrangers amb una nacionalitat d'IDH menor tenen una mitjana d'un membre més per llar que la població de referència, mentre que els immigrants estrangers d'IDH superior un membre menys. La diferència de les mitjanes entre els dos grups d'estrangers és, per tant, de dos membres per llar. La relació entre aquesta variable i les variables percebudes sobre nivell socioeconòmic presentades són coincidents amb la resta de resultats obtinguts i amb el descrit sobre determinants socials i estat de salut.

Finalment, si ens fixem amb les variables del PaD sobre felicitat percebuda també es troben resultats coincidents amb la resta de dades obtingudes. La

relació, encara que sigui indirecta, entre el nivell econòmic percebut i la salut percebuda amb la felicitat percebuda pot ser un complement al intent de categoritzar els diferents immigrants estrangers en dos grans grups. Com en el cas del nivell econòmic percebut i la classe social percebuda, en el cas de la felicitat percebuda també s'han analitzat dues variables complementàries per veure si els resultats eren coincidents.

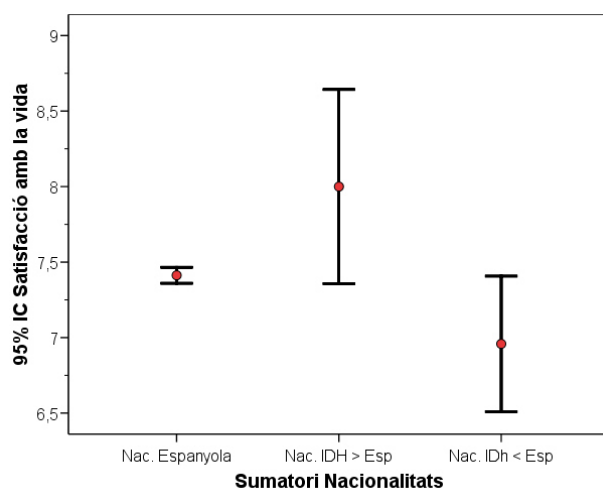
9. Gràfic: Felicitat percebuda i agrupació de nacionalitats



Les categories de la variable felicitat percebuda van del valor 1 (sí, molt) al valor 4 (no, gens), els valors 2 i 3 entremitjos es corresponen als valors 'una mica' (veure punt 5.2.1.2.). Les diferències entre els dos grups d'estrangers són estadísticament significatives. En la comparació amb el grup de referència (els de nacionalitat espanyola) les diferències sols són significatives pel grup d'IDH menor tot i que les mitjanes si que indiquen una millor felicitat percebuda en els estrangers d'IDH major respecte el grup de referència. Si considerem la variable nivell de satisfacció amb la vida com a una altra

manera, menys estàndard, de preguntar si una persona es considera feliç observem com els resultats coincideixen.

10. Gràfic: Satisfacció amb la vida i agrupació de nacionalitats



L'escala de gradació de la variable satisfacció amb la vida va de 0 a 10. Els resultats són coherents amb els obtinguts per a la felicitat percebuda, però les diferències en el cas de la satisfacció amb la vida són estadísticament significatius. Les diferències en significació estadística entre les dues variables es deu segurament a la diferent escala de mesura. Mentre que la felicitat percebuda són quatre categories, la satisfacció amb la vida és una escala continua de 0 a 10. Si tenim en compte les repercussions que poden tenir els diferents determinants socioeconòmics sobre la felicitat percebuda i la satisfacció amb la vida, i la més que possible relació entre felicitat percebuda i estat de salut percebuda, els resultats d'aquestes dues variables, felicitat percebuda i nivell de satisfacció amb la vida, també li donen certa congruència a l'agrupació dels diferents immigrants estrangers a partir de l'IDH.

Basant-nos en una primera anàlisi dels resultats del PaD ens podríem aventurar a afirmar que l'agrupació de nacionalitats segons el seu IDH, que es proposa per primer cop en aquesta tesi, i de la seva posició relativa respecte el país d'assentament, pot ser una bona aproximació a la classificació dels diferents grups d'immigrants estrangers que resideixen a Catalunya. L'agrupació per nacionalitat ofereix la possibilitat d'incloure a tots els immigrants estrangers sense fer categories a priori de manera arbitrària. Si partim sols de la nacionalitat de les persones empadronades o que habiten a Catalunya, l'agrupació o sumatori de nacionalitat pot ser una bona manera d'incorporar components socioeconòmics i sociodemogràfics de tots els estrangers que resideixen a Catalunya sense fer una selecció prèvia amb la utilització d'adjectius com immigrant extracomunitari o immigrant econòmic.

6.1.2. El model estadístic del PaD

Un cop analitzada la plausibilitat d'agrupar els estrangers presents al PaD a partir de l'IDH de la seva nacionalitat, s'ha mantingut la variable sumatori de nacionalitats i s'ha creat un model per a veure l'efecte de la immigració, de la classe social, del sexe i de l'edat sobre la variable que també està inclosa al PaD sobre la salut percebuda. Aquest primer model estadístic parteix de la dificultat, ja apuntada, del baix nombre d'estrangers que figuren a la mostra del PaD, els seus resultats, però, poden ser un bon model introductori per a anàlisis posteriors sobre la relació entre immigració estrangera i salut a Catalunya.

En el model estadístic del PaD s'hi ha inclòs les variables sexe, edat, classe social percebuda, sumatori de nacionalitats d'IDH major que Espanya (Sum IDH > Esp), sumatori de nacionalitats d'IDH menor que Espanya (Sum IDH < Esp) i salut percebuda.

Al començar l'anàlisi dels resultats s'ha observat que les variables edat i anys a Catalunya estan correlacionades en un 90%. Aquesta forta correlació segurament s'explica per la major importància relativa dins de la mostra del PaD de les persones amb nacionalitat espanyola que han viscut sempre a Catalunya en front de les poques persones que han viscut un procés migratori i tenen nacionalitat estrangera. Degut a la gran correlació que presenten les dues variables s'ha decidit escollit solsament la variable edat per a incloure-la al model. En el gràfic 2 hem vist com l'edat presenta diferències significatives entre els diferents grups d'estrangers i en un model on la variable depenent és la salut percebuda s'ha considerat més important conservar la variable edat en el model i prescindir de la variable anys aquí. Per evitar possibles biaixos de la variable edat s'han tingut en compte solsament les edats > 5 i les < 85 anys i la variable sexe ha estat transformada en una variable 0 i 1 on el 0 són homes i l'1 són dones.

Seguidament s'ha escollit el grup de nacionalitat espanyola com a grup de referència i s'han creat variables 'dummies' a partir de la comparació entre el grup d'IDH major amb el grup de referència i del grup d'IDH menor amb el grup de referència. D'aquesta manera, les variables Sum IDH < Esp i Sum IDH > Esp s'han d'interpretar en el model com una comparació directe amb el grup de referència. La creació de variables 'dummies' té sentit si tenim en compte

que l'objectiu del model és observar el pes de la variable migratòria en la salut percebuda i no fer comparacions entre els diferents grups d'estrangers com hem fet fins ara.

La variable classe social percebuda també ha estat recodificada i de les 4 categories originals s'ha passat a 2 categories degut a la baixa freqüència dels valors extrems 1 i 4. D'aquesta manera el valor 0 és classe social percebuda 'mitjana-alta' i el valor 1 és classe social 'mitjana-baixa'.

Abans de valorar els resultats del model del PaD s'ha fet una regressió lineal per a estudiar els possibles termes d'interacció que poguessin existir i per incorporar-los posteriorment al model. S'han cercat interaccions entre les variables sexe i edat amb la resta de les tres variables predictores, es a dir, la classe social percebuda, el Sum IDH > i el Sum IDH <. Els resultats de l'ANOVA amb el model amb les 5 variables predictores i amb el model que inclou les interaccions es detallen a continuació.

32. Taula: Resum dels models amb i sense interaccions

| Model | R | R quadrat | R quadrat corregida | Error típ. de l'estimació |
|-------|---------|-----------|---------------------|---------------------------|
| 1 | ,316(a) | ,100 | ,098 | 1,649 |
| 2 | ,330(b) | ,109 | ,105 | 1,643 |

^a Variables predictores: (Constant), Sum IDH < Esp, Classe Social Percebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Edat

^b Variables predictores: (Constant), Sum IDH < Esp, Classe Social Percebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Edat, Sexe i IDH < Esp, Sexe i IDH > Esp, Sexe i Classe social autopercebuda, Edat i IDH > Esp, Edat i IDH < Esp, Edat i Classe social autopercebuda

33. Taula: ANOVA dels models amb i sense interaccions

| Model | | | Suma de quadrats | gl | Mitjana quadràtica | F | Sig. | Canvi en R quadrat |
|-------|-----------------------|---|---------------------|------|-----------------------|--------|---------|--------------------------|
| 1 | Proves de subconjunts | Sexe, Edat, Classe Social Percebuda, Sum IDH > Esp, Sum IDH < Esp Sexe i IDH > Esp, Sexe i IDH < Esp, Edat i IDH > Esp, Edat i IDH < Esp, Sexe i Classe social autopercebuda, Edat i Classe social autopercebuda | 801,465 | 5 | 160,293 | 58,930 | ,000(a) | ,100 |
| | Regressió | | 801,465 | 5 | 160,293 | 58,930 | ,000(b) | |
| | Residual | | 7219,001 | 2654 | 2,720 | | | |
| | Total | | 8020,466 | 2659 | | | | |
| 2 | Proves de subconjunts | Sexe, Edat, Classe Social Percebuda, Sum IDH > Esp, Sum IDH < Esp Sexe i IDH > Esp, Sexe i IDH < Esp, Edat i IDH > Esp, Edat i IDH < Esp, Sexe i Classe social autopercebuda, Edat i Classe social autopercebuda | 73,967 | 6 | 12,328 | 4,569 | ,000(a) | ,009 |
| | Regressió | | 875,431 | 11 | 79,585 | 29,495 | ,000(c) | |
| | Residual | | 7145,034 | 2648 | 2,698 | | | |
| | Total | | 8020,466 | 2659 | | | | |

^a Provat respecte el model complet

^b Variables predictores en el model complet: (Constant), Sum IDH < Esp, Classe Social Percebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Edat.

^c Variables predictores en el model complet: (Constant), Sum IDH < Esp, Classe Social Percebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Edat, Sexe i IDH < Esp, Sexe i IDH > Esp, Sexe i Classe social autopercebuda, Edat i IDH > Esp, Edat i IDH < Esp, Edat i Classe social autopercebuda.

^d Variable dependent: Salut Percebuda

S'observa com els dos models són estadísticament significatius ($p < 0.005$). El 'Chunk test' dels 6 termes d'interacció, però, té un increment de R quadrat associat pràcticament insignificant (0.009). Per a veure amb més detall les interaccions més rellevants s'ha decidit desglossar-les realitzant proves t individuals per veure quines d'elles calia incloure-les al model final. La taula que es mostra a continuació mostra els models amb les 5 variables predictorres i el model amb les interaccions desglossades i el seu nivell de significació.

34. Taula: Coeficients^a

| Model | | Coeficients no estandarditzats | | Coeficients estandarditzats | t | Sig. | |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|---------|--------|------|
| | | B | Error típ. | Beta | | | |
| 1 | (Constant) | 8,916 | ,105 | | 85,114 | ,000 | |
| | Sexe | -,306 | ,064 | -,088 | -4,752 | ,000 | |
| | Edat | -,024 | ,002 | -,246 | -13,212 | ,000 | |
| | Classe Social Percebuda | -,528 | ,069 | -,142 | -7,651 | ,000 | |
| | Sum IDH > Esp | ,175 | ,402 | ,008 | ,436 | ,663 | |
| | Sum IDH < Esp | ,080 | ,213 | ,007 | ,376 | ,707 | |
| | Sexe i IDH > Esp | | | | | | |
| | Sexe i IDH < Esp | | | | | | |
| | Edat i IDH > Esp | | | | | | |
| | Edat i IDH < Esp | | | | | | |
| | Sexe i Classe social autopercebuda | | | | | | |
| | Edat i Classe social autopercebuda | | | | | | |
| | 2 | (Constant) | 8,297 | ,168 | | 49,370 | ,000 |
| | | Sexe | -,082 | ,113 | -,023 | -,721 | ,471 |
| Edat | | -,013 | ,003 | -,132 | -3,866 | ,000 | |
| Classe Social Percebuda | | ,405 | ,207 | ,109 | 1,955 | ,051 | |
| Sum IDH > Esp | | ,330 | 1,379 | ,015 | ,239 | ,811 | |
| Sum IDH < Esp | | -,290 | ,735 | -,025 | -,395 | ,693 | |
| Sexe i IDH > Esp | | ,815 | ,817 | ,029 | ,998 | ,318 | |
| Sexe i IDH < Esp | | ,692 | ,425 | ,041 | 1,629 | ,103 | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------|------|-------|--------|------|
| Edat i IDH > Esp | -,016 | ,026 | -,036 | -,620 | ,535 |
| Edat i IDH < Esp | ,000 | ,018 | ,001 | ,015 | ,988 |
| Sexe i Classe social autopercebuda | -,368 | ,137 | -,103 | -2,677 | ,007 |
| Edat i Classe social autopercebuda | -,016 | ,004 | -,250 | -3,994 | ,000 |

^a Variable dependent: Salut Percebuda

Les dues úniques interaccions que són significatives en les proves t individuals són les que es donen entre les variables sexe i classe social autopercebuda ($p=0.007$), i les variables edat i classe social autopercebuda ($p=0.000$). Per a estimar el model final a interpretar inclourem aquestes dues interaccions i les cinc variables predictores. Cal apuntar que encara que les variables predictores Sum IDH > Esp i Sum IDH < Esp no són significatives en les proves t individuals ($p=0.663$ i $p=0.707$ respectivament) si que és important tenir en compte el valor del seu coeficient B per a poder quantificar el seu efecte sobre la salut percebuda.

35. Taula: Resum del model final del PaD

| Model | R | R quadrat | R quadrat corregida | Error típic de l'estimació |
|-------|---------|-----------|---------------------|----------------------------|
| 1 | ,328(a) | ,108 | ,105 | 1,643 |

^a Variables predictores: (Constant), Edat i Classe social autopercebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Sum IDH < Esp, Edat, Sexe i Classe social autopercebuda, Classe Social Percebuda

36. Taula: ANOVA del model final del PaD

| Model | | Suma de quadrats | gl | Mitjana quadràtic a | F | Sig. |
|-------|-----------|------------------|------|---------------------|--------|---------|
| 1 | Regressió | 864,380 | 7 | 123,483 | 45,762 | ,000(a) |
| | Residual | 7156,086 | 2652 | 2,698 | | |
| | Total | 8020,466 | 2659 | | | |

^a Variables predictorres: (Constant), Edat i Classe social autopercebuda, Sexe, Sum IDH > Esp, Sum IDH < Esp, Edat, Sexe i Classe social autopercebuda, Classe Social Percebuda

^b Variable dependent: Salut Percebuda

Els resultats final del model estadístic del PaD per a analitzar el pes de cada una de les variables predictorres sobre la salut percebuda es detallen a la taula 8. Són interessants els valors B de les variables sumatori de nacionalitats encara que l'efecte és dèbil i no són estadísticament significatius. La significació estadística no es compleix, segurament, pel problema ja citat del baix nombre d'individus estrangers a la mostra del PaD. En aquests casos ens haurem de fixar en els intervals de confiança al 95% per a veure el pes de les variables en el model global i en l'efecte sobre la salut percebuda.

37. Taula: Coeficients del model final del PaD

| Model | | Coef. no estandarditzats | | Coef. Estandard. | t | Sig. | IC per al B al 95% | |
|-------|------------------------------------|--------------------------|------------|------------------|--------|------|--------------------|------------|
| | | B | Error típ. | Beta | | | Límit inf. | Límit sup. |
| 1 | (Constant) | 8,303 | ,168 | | 49,567 | ,000 | 7,974 | 8,631 |
| | Sexe | -,054 | ,112 | -,015 | -,480 | ,632 | -,275 | ,167 |
| | Edat | -,014 | ,003 | -,136 | -4,022 | ,000 | -,020 | -,007 |
| | Classe Social Percebuda | ,386 | ,207 | ,104 | 1,869 | ,062 | -,019 | ,791 |
| | Sum IDH > Esp | ,068 | ,401 | ,003 | ,170 | ,865 | -,718 | ,854 |
| | Sum IDH < Esp | ,034 | ,212 | ,003 | ,159 | ,874 | -,383 | ,450 |
| | Sexe i Classe social autopercebuda | -,376 | ,137 | -,105 | -2,748 | ,006 | -,645 | -,108 |
| | Edat i Classe social autopercebuda | -,016 | ,004 | -,243 | -3,896 | ,000 | -,024 | -,008 |

a Variable dependent: Salut Percebuda

Els dos coeficients B de les variables Sum IDH > i < Esp mostren una lleugera tendència de millor salut percebuda que els grup de referència o de nacionalitat espanyola. Els valors dels coeficients són de 0.068 i 0.034 respectivament. Segons aquests primers resultats podem afirmar que hi ha certa tendència positiva en els immigrants estrangers a presentar millor salut percebuda que les persones amb nacionalitat espanyola encara que el valor de l'efecte sobre una escala 0-10 és baix. Si mirem l'interval de confiança veiem com l'efecte pot ser important, pròxim a l'1, en el seu límit superior. El coeficient B s'ha d'interpretar com el canvi que es produeix en la variable dependent, en el nostre cas la salut percebuda, per cada increment unitari de la variable predictora, en aquest cas el Sum IDH > i < Esp. Així doncs, els resultats del PaD mostren com els estrangers presenten una lleugera millor salut percebuda que les persones de nacionalitat espanyola.

Al valorar els resultats obtinguts en el model del PaD cal ser curós a l'interpretar les interaccions. El valor del coeficient de la variable classe social

percebuda (0.386) és efectiu quan el valor de la variable sexe és 0, homes, i en el cas de les dones cal tenir en compte els valors de les dues variables, sexe i classe social percebuda, i el valor de la interacció, de manera que per a les dones l'efecte de la classe social percebuda en la salut percebuda és de 0.010. El mateix passa amb la variable edat i la classe social percebuda, cal interpretar l'efecte de la variable classe social percebuda de manera diferent per a cada una de les edats que presenten els individus. Els resultats obtinguts indiquen, com era lògic d'esperar, que a mesura que augmenta l'edat l'efecte positiu sobre la salut percebuda disminueix.

Per concloure l'anàlisi, caldria apuntar la gran potencialitat del PaD per a fer estudis que relacionin la immigració estrangera, la classe social i la salut. Si anualment l'enquesta panel de la Fundació Bofill té continuïtat, i s'augmenta la mostra d'estrangers, els estudis que se'n poden derivar poden ser de gran interès per a futures recerques. El seu caràcter longitudinal encaixa perfectament amb fenòmens també longitudinals com la salut o els processos migratoris, i les variables que inclou són adients per a realitzar estudis sobre desigualtats socials, migracions i salut.

6.2. Resultats de l'estudi ecològic

En l'anàlisi dels resultats obtinguts de l'estudi ecològic cal tenir sempre present que la unitat d'anàlisi, els individus de l'estudi, són els 946 municipis de Catalunya. A partir d'ara, tots els gràfics, taules i mapes que es presenten tindran com a unitat de referència cada un dels municipis de Catalunya, de

manera que la n dels anàlisis, en el cas que no hi hagi valor perduts ni extrems, serà sempre de 946.

La presentació dels resultats de l'estudi ecològic s'estructura mostrant primer la descripció de les variables de població i de les variables clíniques. A continuació es mostren els núvols de punts de l'associació entre les variables poblacionals i les mèdiques, i finalment es mostren els resultats del model estadístic aplicat.

6.2.1. Dades de població

Un cop analitzats els resultats de l'anàlisi del PaD sobre el sumatori o agrupació de nacionalitats, a continuació es mostren els resultats de l'anàlisi de les dades del padró continu del mateix any 2003. Primer es mostren els resultats obtinguts del sumatori de nacionalitats, aplicant les mateixes categories que amb el PaD, es a dir, sumatori d'estrangers empadronats a qualsevol municipi de Catalunya a data 1 de gener del 2003 amb nacionalitats d'IDH major i menor que Espanya. En un segon apartat es mostren els resultats obtinguts de les variables creades, el coeficient de nacionalitat i l'edat mitjana dels estrangers al municipi.

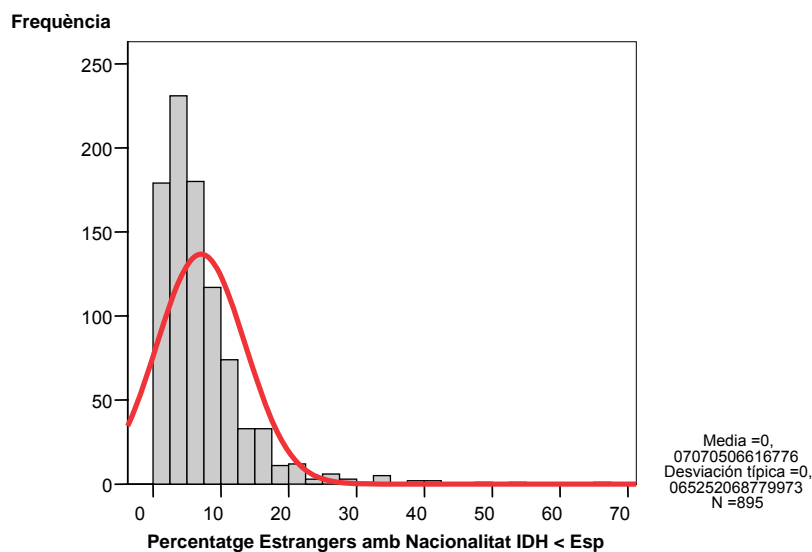
6.2.1.1. Percentatge d'estrangers de nacionalitat amb IDH < Espanya

La majoria de municipis tenen una percentatge d'estrangers d'IDH menor entre el 0 i el 10% de la seva població. Al analitzar el gràfic 9 cal tenir en compte que la freqüència d'individus són municipis de Catalunya. Encara que no s'ha realitzat una prova Kolmogorov-Smirnov per a mesurar la normalitat de cada variables s'ha incorporat la corba a cada un dels gràfics. Sovint, la baixa freqüència de les variables i la naturalesa de les mateixes, quasi totes

són recomptes, fa que visualment ja s'observa que les variables no s'ajusten a una distribució normal.

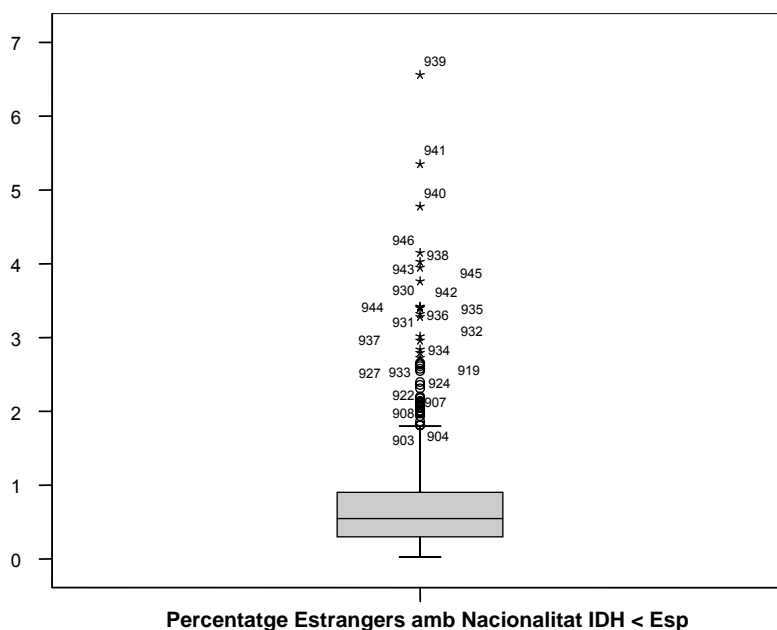
En el gràfic 9 observem com hi ha 51 municipis que no registren cap estranger empadronat (n= 895) i que hi ha una alta freqüència relativa de municipis que presenten, encara que en percentatges baixos, estrangers empadronats amb una nacionalitat d'IDH inferior.

11. Gràfic: Distribució i prova de normalitat del % estrangers d'IDH < Espanya



Si representem la mitjana, la desviació típica i l'interval de confiança del 95% de la variable (gràfic 10) podem observar com el 95% dels municipis que tenen estrangers empadronats tenen un percentatge d'estrangers d'IDH menor inferior al 20% i el cas amb un percentatge més elevat té un valor proper al 70%.

12. Gràfic: Diagrama de caixa del % estrangers d'IDH < Espanya

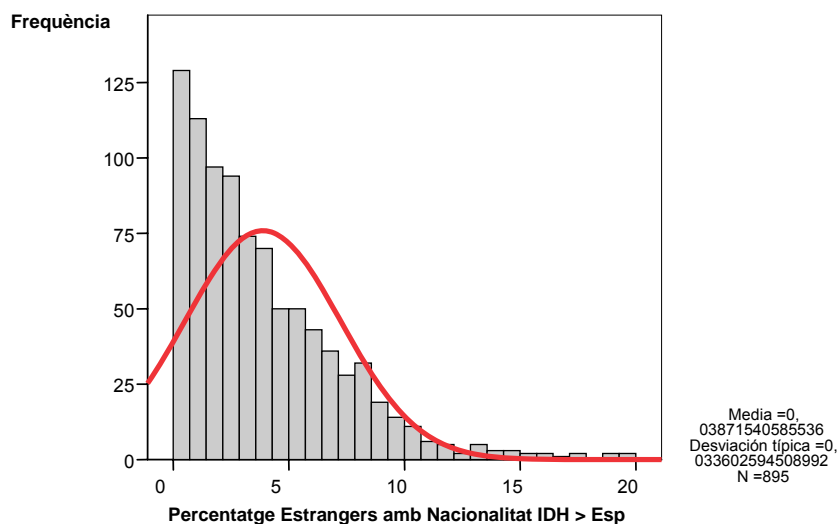


Els mapes de població mostren un major volum de població a la regió metropolitana de Barcelona, al llarg de la línia de la costa, a les capitals de província i al voltant d'algunes capitals de comarca com Manresa, Vic o Ripoll (veure mapa 1). Els mapes de les variables sumatori de nacionalitats (mapes 2 i 3) segueixen el mateix patró de població. A grans trets, la població estrangera es localitza en els municipis on es troba més població a Catalunya. Els seus percentatges (mapes 4 i 5) indiquen el pes relatiu de del sumatori de nacionalitats en cada un dels municipis. El mapa 4 indica alts percentatges a municipis dels dos Pallars, del camp de Tarragona, de l'Empordà i en alguns municipis dispersos. La pauta general segueix el patró de població dels mapes 1,2 i 3 i els casos d'aquests municipis amb als percentatges de població es podrien explicar per l'efecte del baix nombre de població total dels municipis, on pocs estrangers empadronats representen un percentatge alt de població.

6.2.1.2. Percentatge d'estrangers de nacionalitat amb IDH > Espanya

Les consideracions tingudes en compte al analitzar els resultats del percentatge d'estrangers d'IDH menor també s'han de tenir en compte en els d'IDH major. La variable segueix la mateixa tendència que l'apuntada pels estrangers d'IDH menor, es a dir, la major concentració de casos es troba en els percentatge de població menors. La mitjana també està al voltant del 5% i tenim 51 municipis en els que tampoc hi ha cap estranger d'IDH major empadronat. Les principals diferències rauen en la major distribució de les freqüències, fet que explica l'eixamplament de la corba, i en una major concentració de casos entre el 0% i el 5% el que indica un menor pes relatiu dels estrangers d'IDH major en els municipis en que hi són presents.

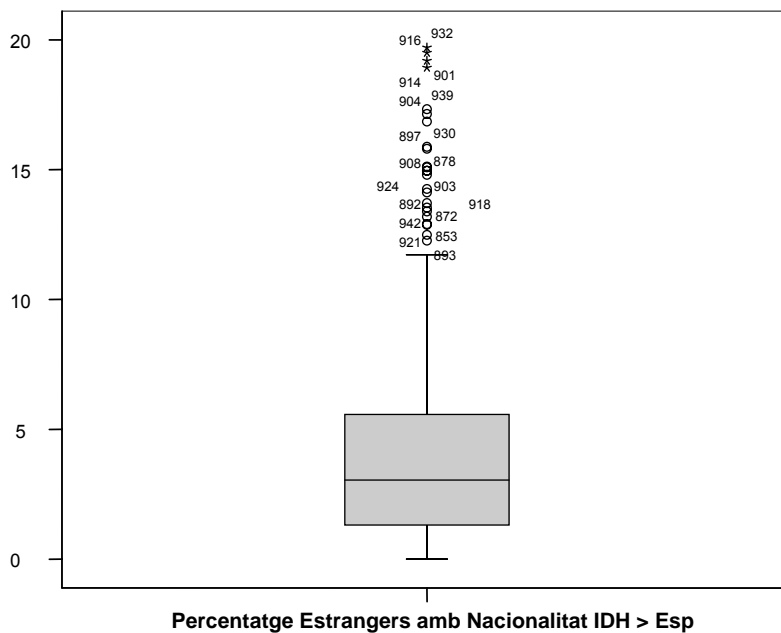
13. Gràfic: Distribució i prova de normalitat del % estrangers d'IDH > Espanya



En el 'Box plot' del gràfic 12 es pot observar com els cassos amb un percentatge més alt tot just s'aproximen al 0.2% que és el límit superior de l'interval de confiança que trobem en els estrangers d'IDH menor. El 95% dels

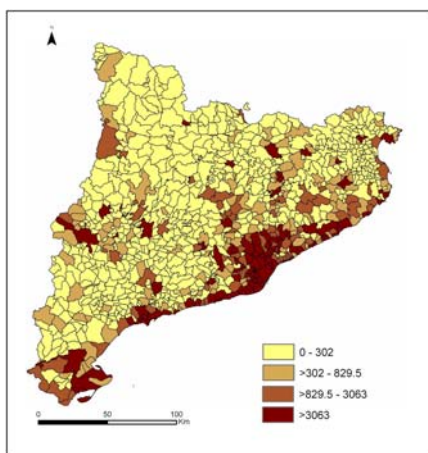
casos els trobem entre els percentatge 0 i 12% de manera de manera que podem dir que la distribució de la variable segueix, en termes generals, la mateixa tendència que el percentatge d'estrangers d'IDH menor però amb uns percentatges menors i una distribució menys concentrada de les freqüències.

14. Gràfic: Diagrama de caixa del % estrangers d'IDH > Espanya

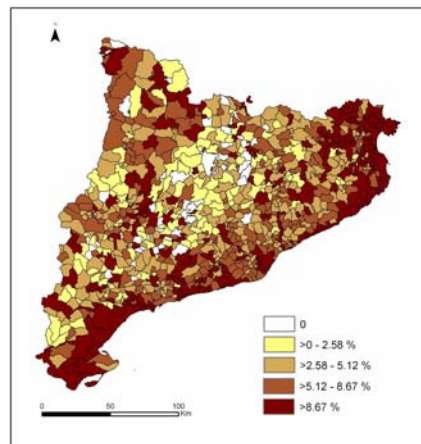


Els resultats del diagrama de caixa es visualitzen millor en el mapa 5. En ell s'observen les mateixes pautes de població que en la resta de mapes i que les observades amb els estrangers amb nacionalitat d'IDH < Esp. en el mapa 4. Els municipis aïllats que no encaixen en la pauta de població descrita també es poden explicar, segurament, per l'efecte de tractar-se municipis amb poca població empadronada i on la presència de pocs estrangers empadronats representen un percentatge de població elevat.

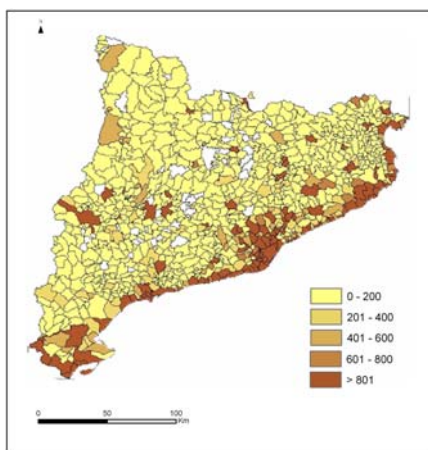
1. Mapa: Població a Catalunya al 2003



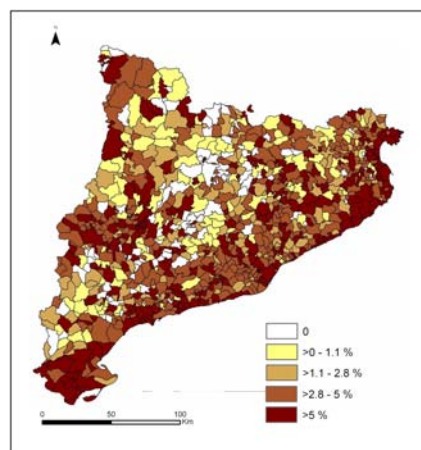
4. Mapa: % d'habitants amb nacionalitat d'IDH < Esp.



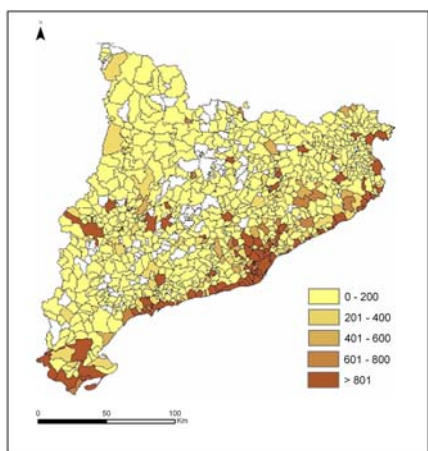
2. Mapa: Sumatori nacionalitats d'IDH < Esp.



5. Mapa: % habitants de nacionalitat d'IDH > Esp.



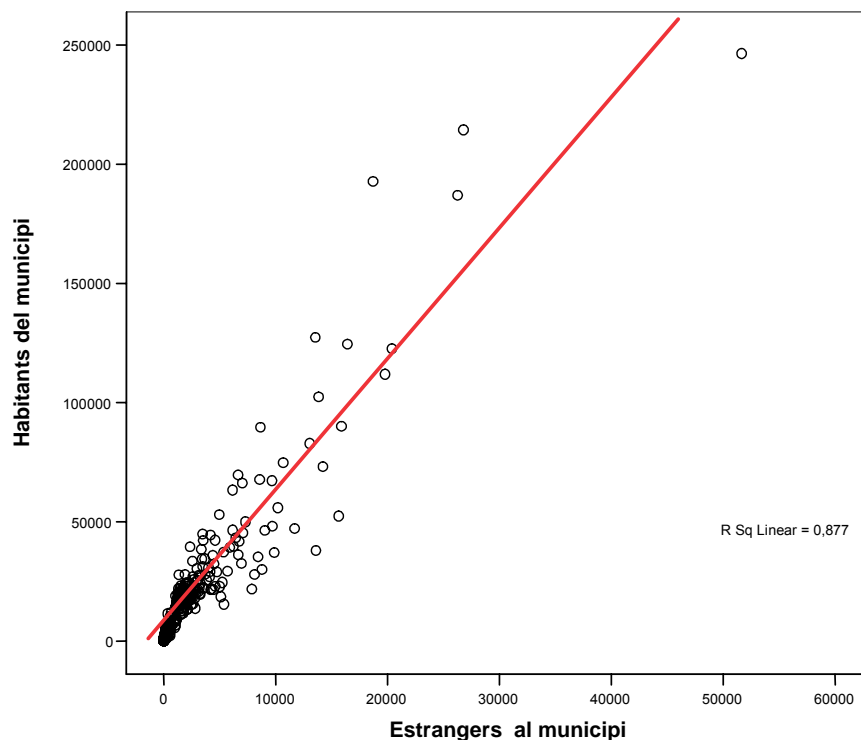
3. Mapa: Sumatori nacionalitats d'IDH > Esp.



6.2.1.3. El Coeficient de Nacionalitat

El coeficient de nacionalitat és el resultat de dividir el nombre d'estrangers amb nacionalitat IDH < a Esp. pel nombre d'estrangers amb nacionalitat d'IDH > a Esp. És una variable creada que s'ha construït després d'unes observacions preliminars. A partir de les similituds, que a primer cop d'ull presentaven els mapes sobre estrangers a Catalunya, es va considerar necessari veure les relacions existents entre tres variables: els estrangers d'IDH menor, els estrangers d'IDH major, i el volum total de població al municipi. A continuació es presenten els resultats de les anàlisis fetes al voltant d'aquestes tres variables.

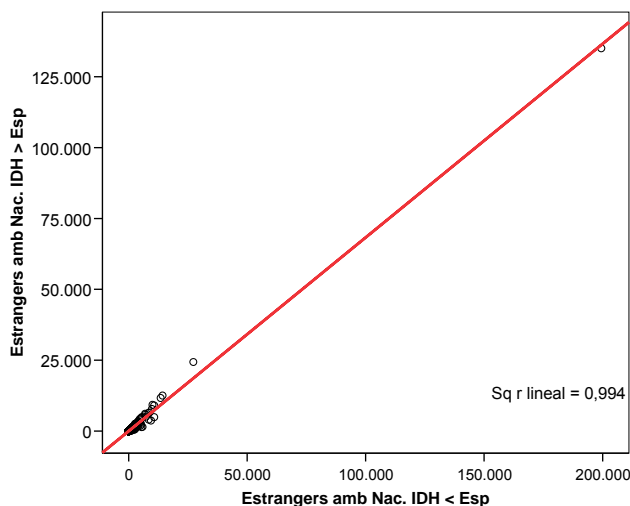
15. Gràfic: Distribució i correlació entre nombre d'estrangers i nombre d'habitants al municipi



El gràfic 13 mostra la correlació existent entre la grandària del municipi, els habitants del municipi, i el nombre d'estrangers empadronats. La correlació és positiva, es a dir, que en els municipis més grans és on es troben més estrangers empadronats, i molt elevada (0.877) de manera que com més augmenti d'habitants el municipi més estrangers empadronats trobarem i viceversa.

Al separar als estrangers empadronats en els dos grups segons l'IDH de la seva nacionalitat, i analitzar-ne la seva correlació obtenim el següent.

16. Gràfic: Distribució i correlació entre els dos grups estrangers



La correlació és pràcticament perfecta positiva (0.994), de tal manera que podem afirmar que en el municipi on trobem estrangers empadronats amb un IDH menor, en trobarem d'IDH major i viceversa. A banda del mostrat en el gràfic 14 s'ha realitzat una ANOVA per veure l'efecte de la correlació. Les variables incloses són el percentatge d'estrangers d'IDH menor (idhmep) i el percentatge d'estrangers d'IDH major (idhmap) per a tots els municipis de Catalunya.

38. Taula: Variables introduïdes a l'ANOVA (b)

| Model | Variables introduïdes | Variables eliminades | Mètode |
|-------|-----------------------|----------------------|-----------|
| 1 | idhmap(a) | . | Introduir |

^a Totes les variables sol·licitades introduïdes

^b Variable dependent: idhmep

39. Taula: Resum del model ANOVA

| Model | R | R quadrat | R quadrat corregida | Error tip. de la estimació |
|-------|---------|-----------|---------------------|----------------------------|
| 1 | ,666(a) | ,443 | ,442 | ,04887 |

^a Variables predictores: (Constant), idhmap

40. Taula: ANOVA de idhmap i idhmep (b)

| Model | | Suma de quadrats | gl | Mitjana quadràtica | F | Sig. |
|-------|-----------|------------------|-----|--------------------|---------|---------|
| 1 | Regressió | 1,793 | 1 | 1,793 | 750,733 | ,000(a) |
| | Residual | 2,255 | 945 | ,002 | | |
| | Total | 4,048 | 946 | | | |

^a Variables predictores: (Constante), idhmap

^b Variable dependent: idhmep

41. Taula: Coeficients de l'ANOVA de idhmap i idhmep (a)

| Model | | Coeficients no estandarditzats | | Coef. Estandard. | t | Sig. |
|-------|------------|--------------------------------|------------|------------------|--------|------|
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constant) | ,020 | ,002 | | 8,426 | ,000 |
| | idhmap | 1,287 | ,047 | ,666 | 27,400 | ,000 |

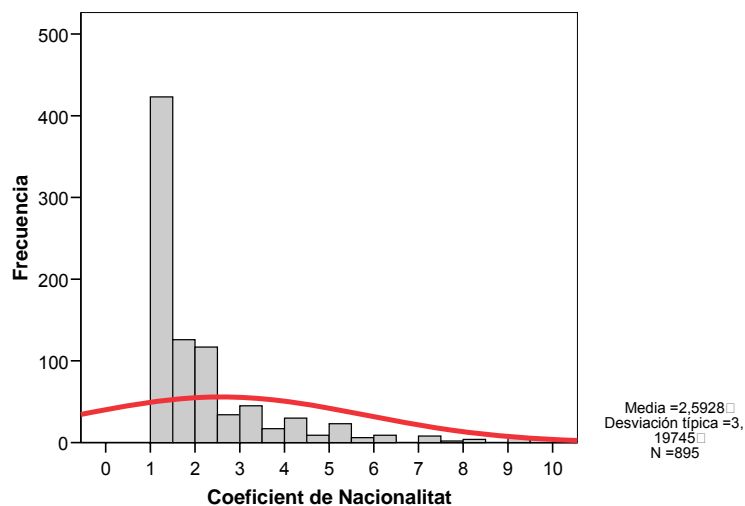
^a Variable dependent: idhmep

La prova ha sortit estadísticament significativa però era esperable degut a l'elevat nombre d'individus de la mostra (n = 946). El resultat més destacat en l'ANOVA és l'elevat coeficient B obtingut. Per a cada increment de la variable predictora o independent idhmap (percentatge d'estrangers d'IDH major) hi ha

un increment de 1,29 de la variable dependent *idhmep* (percentatge d'estrangers d'IDH menor), o el que és el mateix, per cada augment del percentatge d'estrangers de nacionalitat d'IDH major trobarem un increment del 1,29 del percentatge d'estrangers de nacionalitat d'IDH menor. Els resultats mostren una correlació positiva existent entre el percentatge d'estrangers de nacionalitat d'IDH major i d'IDH menor de manera que podem afirmar que en els municipis on trobem immigrants estrangers d'un tipus segurament trobarem també immigrants estrangers de l'altre.

Un cop analitzats aquests resultats s'ha volgut incorporar la informació continguda en les tres variables, els dos sumatoris de nacionalitats i el volum total de població del municipi, o la seva versió simplificada que són els percentatges d'estrangers d'IDH superior i inferior en una sola variable. La creació d'una sola variable sembla lògica al veure les similituds que presenten les cinc variables anteriors i ens permet simplificar la informació per tal d'agilitzar el model i facilitar-ne la seva elaboració i interpretació. Els percentatges inclosos en el model són, sovint, de difícil interpretació i els avantatges del coeficient de nacionalitat respecte la inclusió de totes les variables al model han anat aflorant a mesura que s'han analitzat i interpretat els resultats. Els resultats de l'anàlisi de la variable coeficient de nacionalitat es resumeix en el gràfic 15. El diagrama de caixa de la variable es mostra en el gràfic 16.

17. Gràfic: Distribució i prova de normalitat del Coeficient de Nacionalitat (CN)

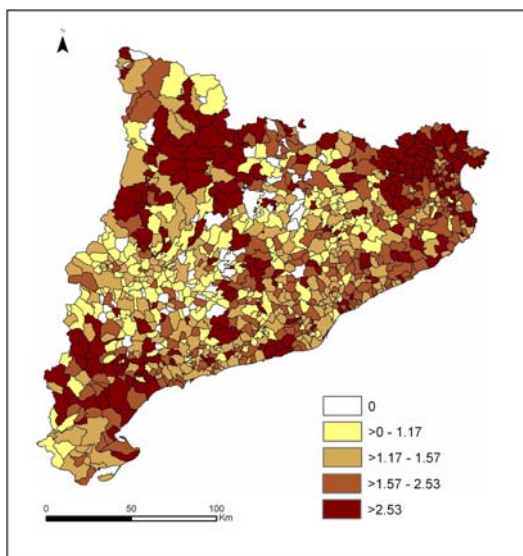


El primer que s'aprecia a l'analitzar els resultats de la distribució de la variable coeficient de nacionalitat és l'absència d'algun cas amb un coeficient de nacionalitat menor que 1. Es a dir, que a partir dels resultats obtinguts, es pot afirmar que en un municipi on es trobin estrangers empadronats, hi haurà estrangers d'IDH major i d'IDH menor al mateix temps. Al ser superior a 1 també podem afirmar que en els municipis on hi hagi estrangers, en tots els casos, el nombre d'estrangers amb IDH menor sempre és superior al nombre d'estrangers amb IDH major. Aquest resultat és una de les aportacions de la tesi al comprovar com les diferents tipologies d'immigrants estrangers estarien presents en els mateixos municipis i el nombre absolut d'estrangers amb nacionalitats d'IDH menor sempre és major que el nombre d'estrangers amb nacionalitat d'IDH major.

En el mapa 6 s'observa com la variable creada controla indirectament el volum total de població del municipi. La fisonomia del mapa no reflecteix el

mateix patró de població que el mapa de població de Catalunya, major població a la costa i capitals, i tampoc es correspon directament amb els mapes de percentatges d'estrangers. Des d'aquest sentit, podríem dir que el coeficient de nacionalitat és una variable que conté la informació del volum total de població i del nombre d'estrangers al municipi però que ofereix una mesura relativa interessant al classificar els diferents municipis segons els diferents estrangers empadronats, amb major o menor IDH, que hi predominen. En el mapa 6, com en els mapes 1,2 i 3, s'observa un possible efecte del baix nombre de població empadronada en les zones interiors i de muntanya. Concretament s'aprecien valors elevats del CN als dos Pallars i a la zona dels ports. Els CN elevats que s'aprecien a la Garrotxa, a l'alt Empordà i a la zona de Girona sí que es poden interpretar com a valor reals de CN elevat i no un biaix pel baix nombre de població. Aquests casos es corresponen amb zones de més llarga tradició amb immigració estrangera d'IDH menor o amb casos puntuals documentats sobre els estrangers, majoritàriament d'IDH menor, empleats a la cooperativa agrícola de Girona.

6. Mapa: Coeficient de Nacionalitat



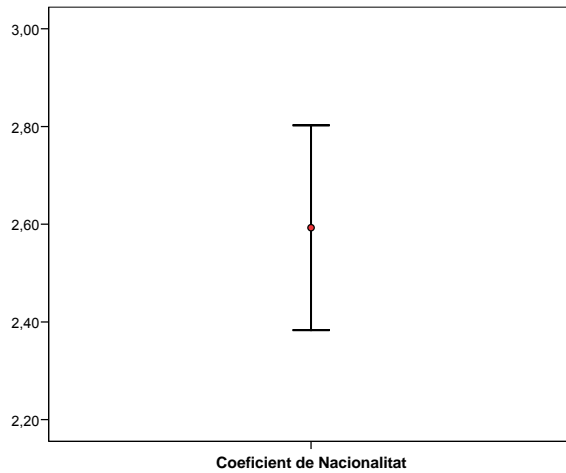
Per treballar sense casos extrems que puguin comportar un biaix a l'anàlisi s'han eliminat els casos que queden fora de l'interval de confiança del 95%, es a dir, els que presenten freqüències menors que el 5% o superior al 95% respecte el global de casos. A continuació es presenten els resums dels processaments de cassos per a les dues variables i els seus diagrames de caixa.

42. Taula: Resum del CN i del CN sense valors extrems (SVE)

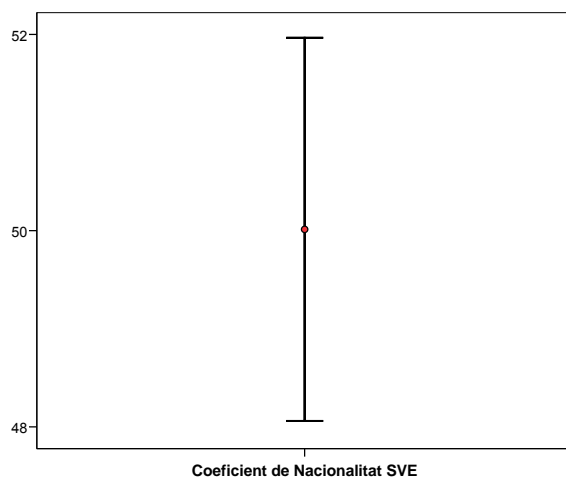
| | Casos | | | | | |
|--------------------------------|--------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | Vàlids | | Perduts | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Coeficient de Nacionalitat | 895 | 94,6% | 51 | 5,42% | 946 | 100,0% |
| Coeficient de Nacionalitat SVE | 821 | 86,8% | 125 | 13,2% | 946 | 100,0% |

La mostra del coeficient de nacionalitat, tant en el gràfic 15 com a la taula 13, és de 895 casos. El nombre no es correspon amb els 946 per què s'han exclòs de l'anàlisi del CN els municipis que no tenien cap persona estrangera empadronada. Aquests municipis es corresponen als 51 casos perduts de la taula 13. El crear la variable CN sense valors extrems té la finalitat d'eliminar els casos on el coeficient de nacionalitat té valors extrem. Aquests casos es poden correspondre amb els municipis del Pallars que s'observen al mapa i en el que l'elevat coeficient de nacionalitat es podia explicar, probablement, pel baix nombre d'estrangers empadronats de manera que diferències quantitativament poc importants donessin coeficients molt elevats. La comparació de la variable CN amb i sense valors extrems es pot analitzar en el gràfic 16.

18. Gràfic: Diagrama de caixa del CN



19. Gràfic: Diagrames de caixa del CN SVE



Comparant els gràfics 16 i 17 es pot observar el gran efecte dels casos extrems en una variable, que per molt gran que sigui la n, poden influir

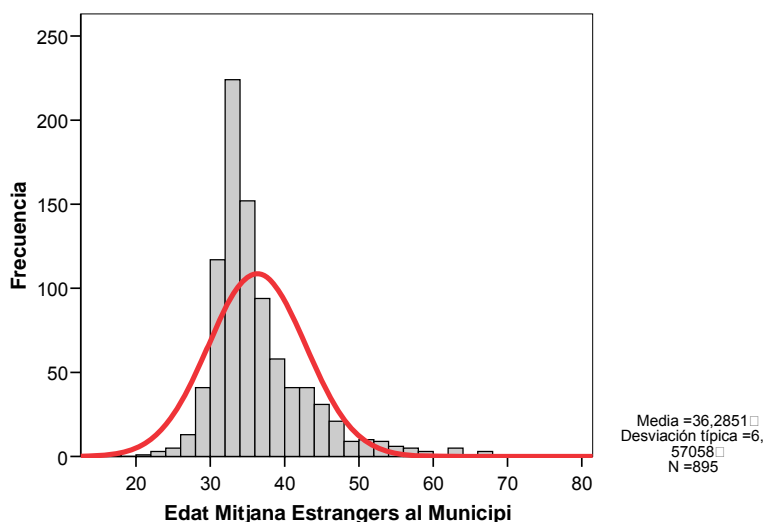
decisivament en el conjunt de les dades. En el present estudi ecològic, al tenir municipis tan heterogenis a Catalunya, cal treure els casos extrems de la mostra i quedar-se amb el 95% dels casos per tal d'evitar els 'outlayers' o casos extrems. En els gràfics de dispersió de les taxes ajustades de malaltia (gràfics 31-55) es veu l'efecte que poden tenir els valors extrems en el conjunt de la mostra per molt gran que sigui aquesta.

6.2.1.4. Edat mitjana dels estrangers al municipi

La segona de les variables de població creada per a incloure-la al model ecològic és el càlcul de l'edat mitjana dels estrangers a cada municipi. Com a conseqüència de la relació observada en els resultats del Panel de Desigualtats (PaD) entre els dos grups d'estrangers i la seva edat mitjana i de la composició demogràfica de la immigració estrangera recent a Catalunya descrita a part de la literatura, s'ha considerat oportú crear la variable edat mitjana dels estrangers al municipi com a variable de control en model ecològic.

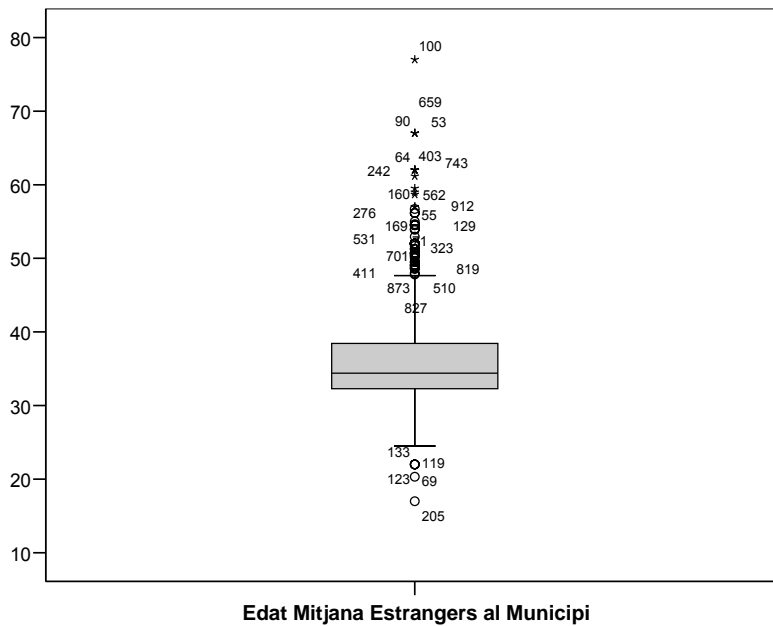
Els diferents tipus d'estrangers a cada municipi, a partir d'ara ens hi referirem com a coeficient de nacionalitat (CN), té una influència indirecta sobre l'edat mitjana dels estrangers en cada municipi, i l'edat, té una influència directa sobre els estats de salut i malaltia. Si construïm, doncs, una variable amb la mitjana d'edat dels estrangers empadronats al municipi podem tenir una variable de control important al introduir les variables clíniques al model ecològic final.

20. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de l'edat mitjana dels estrangers



En el gràfic 18 s'observa com la distribució de la variable s'aproxima a una normal amb la mitjana i la moda compreses entre els 30 i els 35 anys. El nombre de municipis de la mostra torna a ser de 895 ja que s'han exclòs, lògicament i tal com s'ha fet amb el coeficient de nacionalitat, els municipis que no tenien cap estranger empadronat. El diagrama de caixa amb la mitjana, la desviació estàndard i l'interval de confiança al 95% és mostra en el gràfic 25. Per a la inclusió de la variable en el model ecològic final també s'ha creat la variable edat mitjana dels estrangers al municipi sense valors extrems. Les diferències de la relació de les dues variables, amb i sense valors extrems, amb les taxes de malaltia es mostren en els gràfics 34 fins al 44.

21. Gràfic: Diagrama de caixa de l'edat mitjana dels estrangers



El resum de casos de la variable es mostra en la taula 14 juntament amb els casos de les variables sobre percentatges d'estrangers amb nacionalitats d'IDH major i menor que Espanya. Cal destacar que els valors perduts en les tres variables són 51 i es corresponen amb aquells municipis que no tenen cap estranger empadronat. En els casos de les variables percentatge d'estrangers amb nacionalitat d'IDH major o menor s'ha aplicat un filtre per seleccionar els casos amb, al menys, un estranger empadronat. D'aquesta manera es vol mostrar com el nombre de municipis sense estrangers és el mateix que el nombre d'individus seleccionat per a estudiar les variables coeficient de nacionalitat i edat mitjana dels estrangers al municipi.

43. Taula: % estrangers de diferent IDH i edat mitjana dels estrangers al municipi

| | Casos | | | | | |
|--------------------------------|--------|-------|---------|------|-------|--------|
| | Vàlids | | Perduts | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| % Estr. amb Nacion. IDH < Esp | 895 | 94,6% | 51 | 5,4% | 946 | 100,0% |
| % Estr. amb Nacion. IDH > Esp | 895 | 94,6% | 51 | 5,4% | 946 | 100,0% |
| Edat Mitjana Estr. al Municipi | 895 | 94,6% | 51 | 5,4% | 946 | 100,0% |

Els resultats de l'anàlisi descriptiva per a les quatre variables de població estudiades, es detallen a la taula 15. S'ha de dir, que per a calcular els diferents paràmetres s'ha eliminat el filtre aplicat a les variables. D'aquesta manera es tenen en compte tots els casos encara que per a les dues variables creades, els casos originals en el moment de creació de les variables són els municipis que compten, com a mínim, amb un habitant estranger. Per aquest motiu les n de les variables són diferents.

44. Taula: Estadístics descriptius de les variables de població

| | N | | Mitjana | Mediana | Desv. típ. | Mín. | Máx. |
|--------------------------------|--------|---------|---------|---------|------------|--------|--------|
| | Vàlids | Perduts | | | | | |
| % Estr. amb Nacion. IDH < Esp | 946 | 0 | 6,7 | 5,1 | 6,5 | ,000 | 65,6 |
| % Estr. amb Nacion. IDH > Esp | 946 | 0 | 3,7 | 2,8 | 3,4 | ,000 | 19,7 |
| Coef. de Nacionalitat | 895 | 51 | 2,593 | 1,571 | 3,197 | 1,000 | 41,000 |
| Edat Mitjana Estr. al Municipi | 895 | 51 | 36,285 | 34,403 | 6,571 | 17,000 | 77,000 |

6.2.2. Dades del CMBDAH

A continuació es presenten els resultats de l'anàlisi del segon gran conjunt de dades de l'estudi ecològic, les dades clíniques procedents del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalàries. Cal tenir en compte que com a part de l'estudi ecològic, les dades que es presenten són a partir del municipi de residència del pacient. De tal manera que, com en les dades poblacionals, els casos o individus d'estudi són tots els municipis de Catalunya.

En el següent apartat es mostren els resultats de l'anàlisi de les variables del CMBDAH estudiades. Es mostra la distribució de les malalties estudiades a partir d'histogrames i de mapes municipals. Conjuntament, s'ofereix una descripció de les característiques etiològiques, de morbiditat i de tractament de cada una de les malalties per tal de facilitar la interpretació dels resultats i comprendre'n la seva distribució.

6.2.2.1. Distribució de les variables

En l'anàlisi de les patologies del CMBDAH cal tenir sempre present que es tracta de codis diagnòstics d'ingressos hospitalaris i que la majoria de malalties incloses en l'estudi ecològic, per ser les que es relacionen amb la immigració, són, a excepció dels casos aguts, de tractament ambulatori. Aquesta raó ha estat el motiu principal d'incloure tots els codis diagnòstics, principals i secundaris, en l'anàlisi de les malalties. Es volen recollir totes les malalties infeccioses que no siguin motiu d'ingrés però que estiguin presents en el pacient. D'aquesta manera, un ingrés per qualsevol altra causa, per exemple una fractura traumàtica, en un pacient que presenti alguna de les

malalties infeccioses i consti en algun dels diagnòstics secundaris està recollida en l'anàlisi i en els resultats.

El cas d'algunes malalties mentals és una mica més complexa ja que el codi diagnòstic de la malaltia mental pot estar directament relacionat amb el motiu principal d'ingrés. Aquest és el cas dels episodis aguts com l'estat d'ansietat o la reacció aguda a l'estrès. D'altres, de més llarga evolució o més específiques com la depressió o la reacció aguda d'adaptació, segurament es poden interpretar de la mateixa manera que es fa amb les malalties infeccioses, es a dir, intentar recollir aquestes malalties en ingressos no directament relacionats amb la malaltia però que es troben presents en el pacient.

A. MALALTIES INFECCIOSES

A.1. Tuberculosi

De les malalties infeccioses relacionades amb la immigració i considerades reemergents la tuberculosi és la que mostra unes taxes ajustades més elevades. De totes maneres, aquestes segueixen sent baixes degut a que el tractament de la tuberculosi en l'actualitat, és eminentment ambulatori. Les taxes són del conjunt de casos de tuberculosi no sols de la pulmonar.

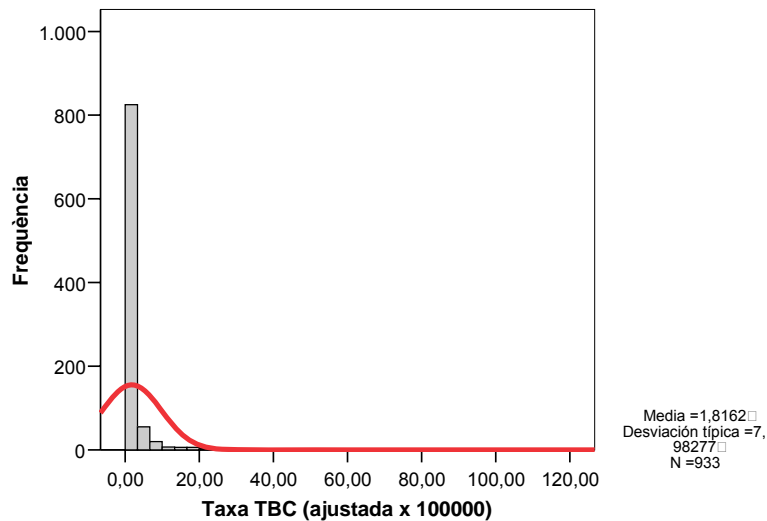
La tuberculosi és una malaltia infecciosa causada per un micobacteri⁵¹ que es transmet de persona a persona per inhalació. Encara que es produeixi la infecció de persona a persona el micobacteri pot tenir un període de latència de dècades sense que la persona desenvolupi la malaltia. Les condicions de

⁵¹ El micobacterium tuberculosi també és conegut com bacil de Koch.

vida i la immunodepressió són factors de risc per a les persones que han estat infectades per a desenvolupar la malaltia. Els casos que quedarien aquí registrats serien casos aguts de malaltia tuberculosa desenvolupada que hauria requerit ingrés. Actualment el diagnòstic i el tractament dels casos, que no siguin severos, no requereixen hospitalització i el tractament amb els fàrmacs adequats dona una millora de la simptomatologia en 2-3 setmanes i una remissió total de la malaltia als tres mesos.

Analitzant el conjunt de mapes de les malalties infeccioses es pot veure com la tuberculosi presenta les taxes més elevades darrera de tot el conjunt d'hepatitis i dels casos d'infecció de VIH/SIDA. En la distribució territorial dels municipis de residència de casos d'alta es pot observar que mentre els casos d'hepatitis i VIH semblen tenir una major concentració en zones urbanes, la tuberculosi sembla tenir els casos més alts de taxa distribuïts per les zones rurals.

22. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de tuberculosi



Entre la població de risc que pot presentar la malaltia desenvolupada el manual de medicina interna Harrison en destaca els ancians, els adults joves amb VIH, els immigrants i les poblacions amb menys recursos. En els darrers vint anys s'ha detectat un augment dels casos de tuberculosi als EEUU i a l'estat Espanyol. Aquest augment s'explica en el Harrison en part per la relació entre casos de SIDA⁵² i casos de tuberculosi però també per l'augment de la pobresa, la immigració, la manca d'habitatge o el consum de drogues (Kasper, Braunwald et al. 2006).

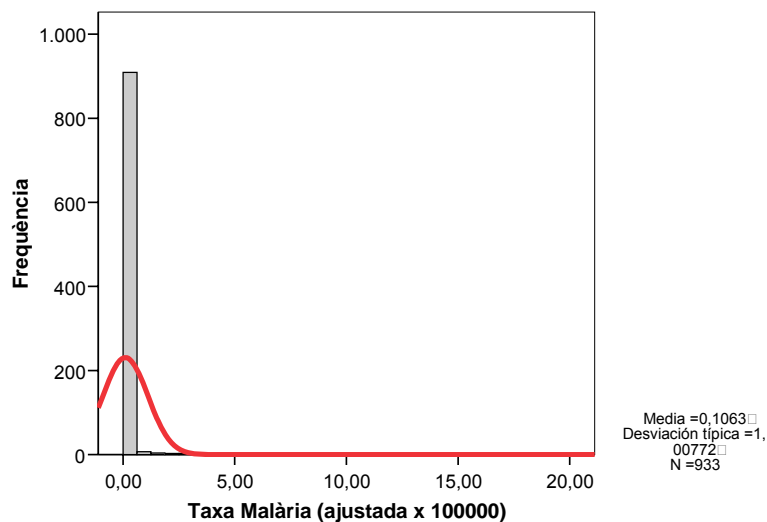
⁵² En el tractament de les dades del CMBDAH s'han comptat solsament una vegada les persones que presentaven les dues malalties infecció per VIH i infecció per tuberculosi pel que part dels casos d'alta per tuberculosi també els mateixos casos d'alta per VIH.

A.2. Malària

La malària o paludisme és la malaltia importada que clàssicament s'ha associat més a la immigració. És la malaltia parasitària més freqüent en éssers humans i es troba al llarg de totes les regions tropicals del món. El seu vector de transmissió és la picada de la femella del mosquit anòfeles i la malària és la causa de mort de 1 a 3 milions de persones cada any.

Com la tuberculosi no té cap vacuna coneguda i el tractament és amb antipal·lútics, fenobarbital, control de la glicèmia o transfusió sanguínia. En fases agudes de la malaltia pot ser motiu d'ingrés hospitalari i es creu possible la seva profilaxi mitjançant fàrmacs antipal·lútics com la cloroquina o la mefloquina (Kasper, Braunwald et al. 2006).

23. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de malària



De les malalties infeccioses estudiades la malària és la que presenta les taxes més baixes darrera del xarampió (veure mapes). La malària també és la

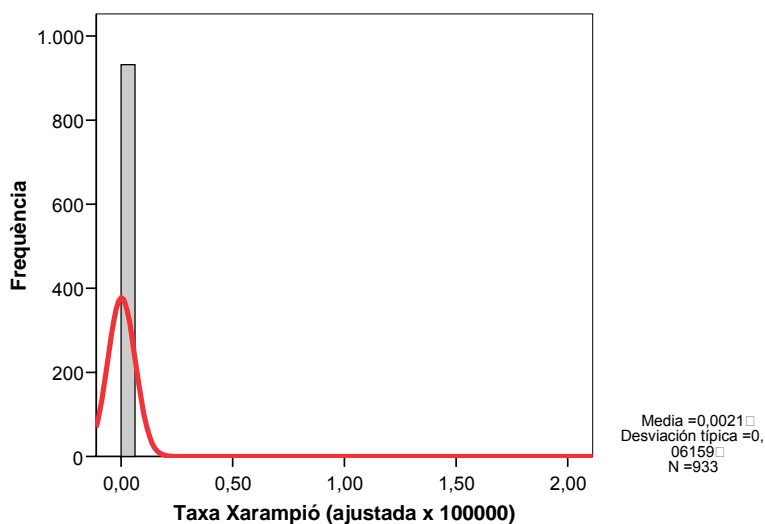
malaltia infecciosa importada més estudiada entre part la població immigrada encara que els casos entre viatgers que no han pres la profilaxi també són abundants (Corachán, Gascón 2002).

A.3. Xarampió

El xarampió presenta el nombre més baix de casos d'alta del conjunt de malalties estudiades. És una malaltia aguda vírica molt contagiosa que es troba distribuïda per tot el món. Té vacunació coneguda (la triple vírica) i la malaltia es creia pràcticament eradicada amb la vacunació massiva de la població infantil catalana.

Es transmet a través de les secrecions nasofaríngies. Una persona infectada pot transmetre el virus des del cinquè dia de l'exposició fins el cinquè dia següent de l'aparició de les lesions cutànies (enantema patognomònic). Té un període d'incubació d'entre 8 i 12 dies. Els símptomes prodròmics són malestar, irritabilitat, febre, conjuntivitis i fotofòbia. Les taques de Koplick (patognomòniques del xarampió) apareixen 1-2 dies abans de l'erupció en les mucoses, especialment davant del segon molar de cada arcada dentària. En general, cura espontàniament. En un de cada 1000 pacients, especialment nens immunodeprimits, presenten complicacions de les que el 10 % són mortals. El xarampió precisa d'una convalescència llarga i d'ingrés hospitalari en casos agut encara que el tractament es senzill. La vacunació es recomana en casos de persones no vacunades immunodeprimides (Kasper, Braunwald et al. 2006).

24. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de xarampió



Tot i que amb la implantació de la triple vírica es creia quasi bé eradicada de Catalunya hi ha agut lleugers brots de la malaltia que en cap dels casos arribava al centenar de persones però que en alguns mitjans de comunicació s'han atribuït a l'arribada de població immigrant no vacunada i a casos de no vacunació voluntària per part de població autòctona.

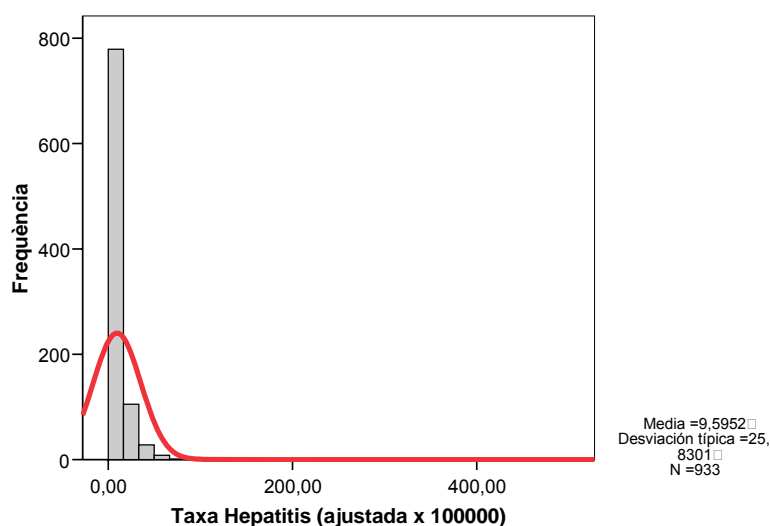
A.4. Hepatitis

De les malalties infeccioses incloses a la present recerca l'hepatitis és la més genèrica. El terme hepatitis es refereix a diversos símptomes digestius i certes hepatomegàlies doloroses. Inclou a malalties de molt diversa etiologia causades per diferents virus hepatotròpics que donen les hepatitis de tipus A,B,C,D o E. D'aquestes, cal destacar l'hepatitis C com la que presenta major prevalença i l'hepatitis B que és endèmica de l'Àfrica subsahariana i del SE

asiàtic on fins el 20 % de la població la contrau en la infància o en la primera joventut.

La transmissió de l'hepatitis acostuma a ser percutània, sexual o perinatal i es recupera espontàniament en més del 90 % dels casos. Requereix ingrés en casos de dolors hepàtics aguts (Kasper, Braunwald et al. 2006).

25. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada d'hepatitis



Les hepatitis incloses a l'estudi presenten unes taxes elevades comparades amb la resta de malalties infeccioses que es pot explicar per l'heterogeneïtat etiològica que engloba el terme hepatitis. Els casos d'hepatitis C es podrien considerar malalties reemergents i els casos d'hepatitis B que es poguessin produir com a malalties importades. Degut al baix nombre de casos que presentaven les hepatitis individualment i que el nivell d'especificitat que implicava estudiar-les per separat no era necessari en un estudi epidemiològic generalista com el que aquí es planteja, es va considerar millor estudiar-les

conjuntament. Per aquest motiu les taxes d'hepatitis poden ser més elevades que les de malalties com la malària o el xarampió.

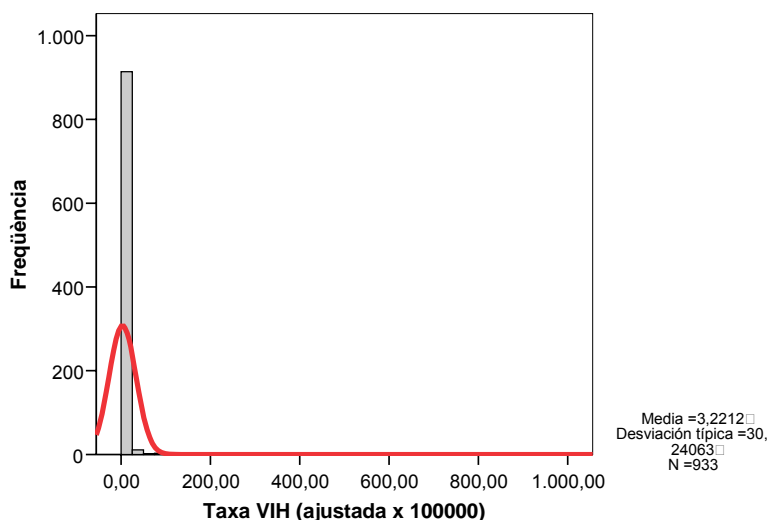
A.5. VIH/SIDA

Els casos de portadors de VIH i dels que ja han desenvolupat la malaltia de la SIDA s'estudien conjuntament. La SIDA és una malaltia que es produeix per la infecció dels retrovirus humans VIH-1 i VIH-2. La transmissió és per contacte sexual, contacte de sang, hemoderivats o d'altres líquids corporals, per transmissió materna intrapart o perinatal i per la llet materna.

Existeix un període de latència d'uns 10 anys de mitjana en els que la persona està infectada però que encara no està desenvolupada la malaltia i aquesta és la diferenciació entre les persona portadors de VIH i les persones amb SIDA. No existeix vacuna coneguda i actualment s'ha pogut allargar el període de latència amb l'aparició de fàrmacs antiretrovirals però l'accessibilitat a aquests fàrmacs no és igual a totes les zones del planeta.

Segons el Harrison els principals grups de risc continuen sent els homes que han mantingut relacions homosexuals i els consumidors de drogues per via parenteral, encara que d'altres grups augmenten ràpidament (Kasper, Braunwald et al. 2006).

26. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de VIH/SIDA



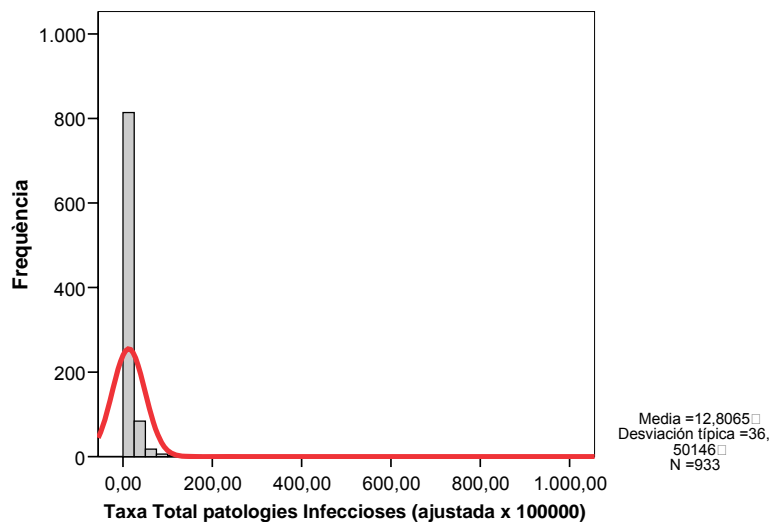
L'alta incidència i prevalença de persones infectades amb VIH que tenen alguns països africans ha inclòs a la SIDA com a una de les malalties infeccioses importades en els estudis sobre immigració estrangera i salut a Catalunya. Si s'observa la distribució territorial de la malaltia en els mapes, aquests mostren unes majors taxes en zones urbanes i en capitals de comarca que no pas els casos de tuberculosi, encara que els patrons de distribució no estan clarament definits.

Sobre les dades utilitzades cal apuntar que és probable que la majoria de casos de SIDA del CMBDAH no corresponguin a casos aguts de SIDA que siguin motiu principal d'ingrés, sinó de casos diagnosticats d'infecció per VIH. També es probable que els casos de SIDA siguin els mateixos que alguns dels casos de tuberculosi o xarampió que s'han mostrat amb anterioritat.

A.6. Conjunt de malalties infeccioses

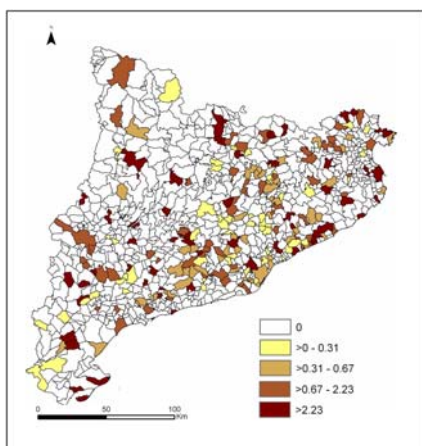
Degut a la baixa prevalença que mostren totes les malalties infeccioses s'ha decidit agrupar-les totes en una sola variable. La variable creada, conjunt de malalties infeccioses, no té com a objectiu cercar factors de risc ni elements etiològics de malalties específiques, cosa que no seria possible, sinó intentar cercar una relació a nivell ecològic entre presència d'immigració estrangera i taxes de malalties que es relacionen amb la immigració en la literatura existent.

27. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada del conjunt de malalties infeccioses



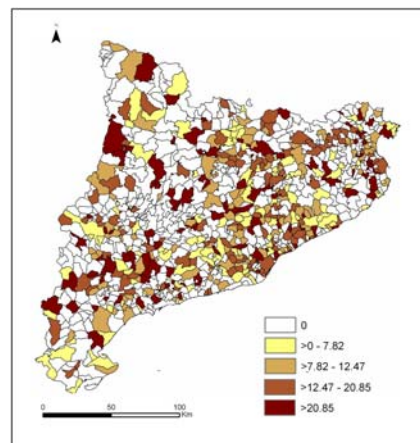
7. Mapa: TA de tuberculosi

(x 100.000hab.)



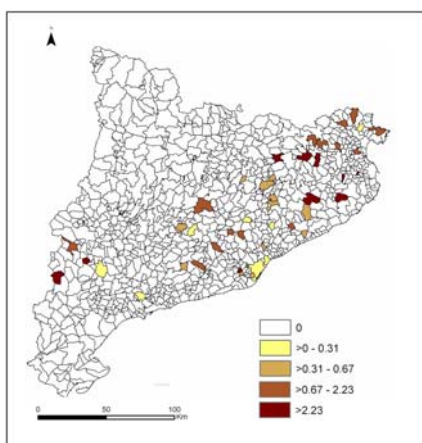
10. Mapa: TA d'hepatitis

(x 100.000hab.)



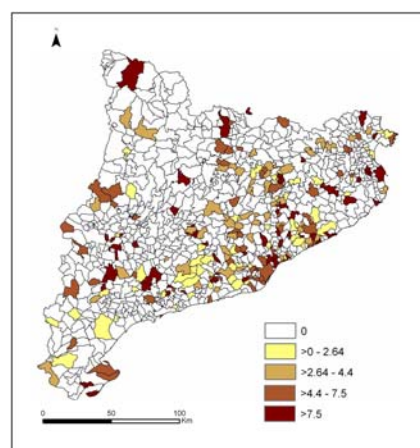
8. Mapa: TA de malària

(x 100.000hab.)



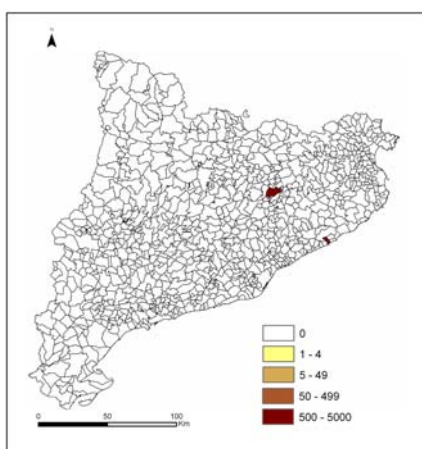
11. Mapa: TA de VIH/SIDA

(x 100.000hab.)

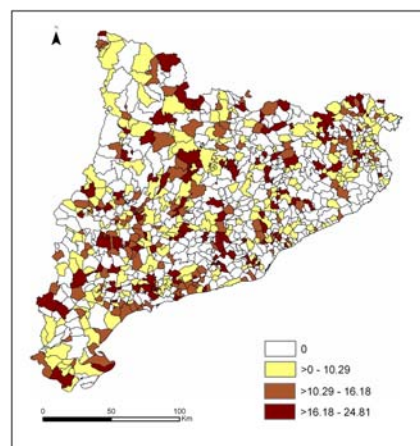


9. Mapa: TA de xarampió

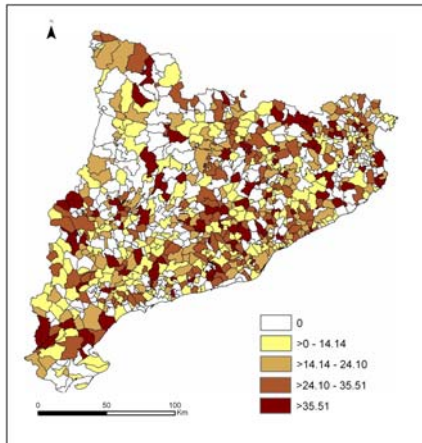
(x 100,000hab.)



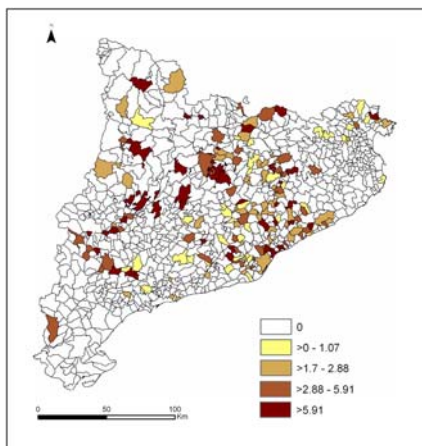
12. Mapa: TA del conjunt de m. infeccioses (x 100.000hab.)



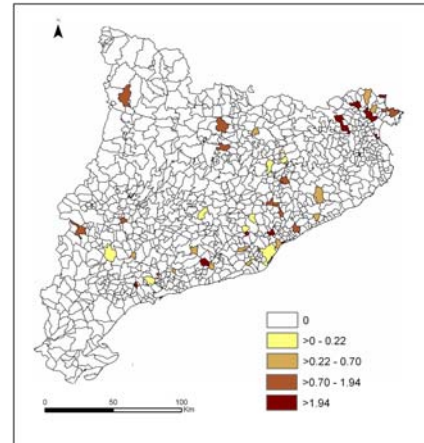
13. Mapa: TA de depressió
(x 100.000hab.)



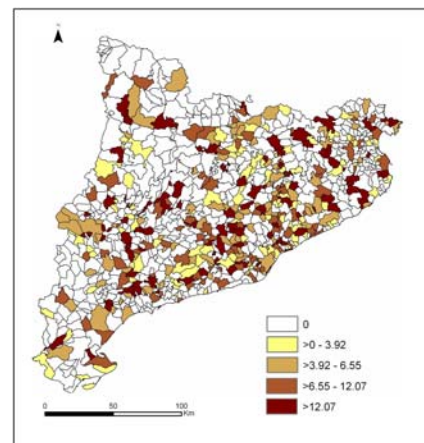
14. Mapa. TA de reacció aguda d'adaptació (x 100.000hab.)



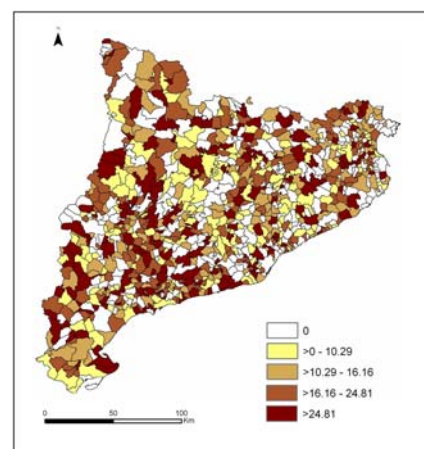
15. Mapa: TA de reacció aguda a l'estrès (x 100.000hab.)



16. Mapa. TA d'estats d'ansietat (x 100.000hab.)



17. Mapa: TA del conjunt de m. mentals (x 100.000hab.)

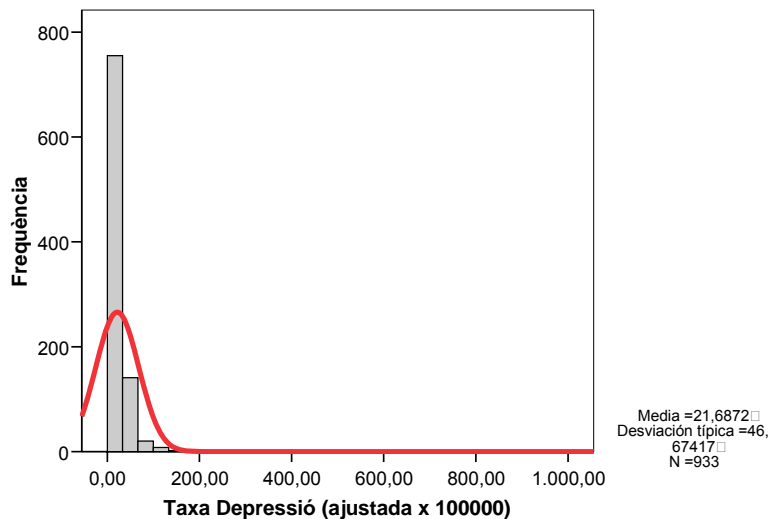


B. MALALTIES MENTALS

B.1. Depressió

Segons la Classificació Internacional de Malalties dels Trastorns Mentals i del Comportament, per a establir un diagnòstic de depressió cal que es presentin quatre d'aquests símptomes: pèrdua d'interès per a gaudir amb activitats que abans causaven plaer, absència de reaccions emocionals davant d'esdeveniments o activitats que haurien de produir-les, despertar-se 2-3 hores abans de l'hora habitual, empitjorament matinal de l'estat d'ànim, alentiment psicomotor o agitació, disminució de la gana, pèrdua de pes o disminució de la libido (WHO 2000).

28. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de depressió



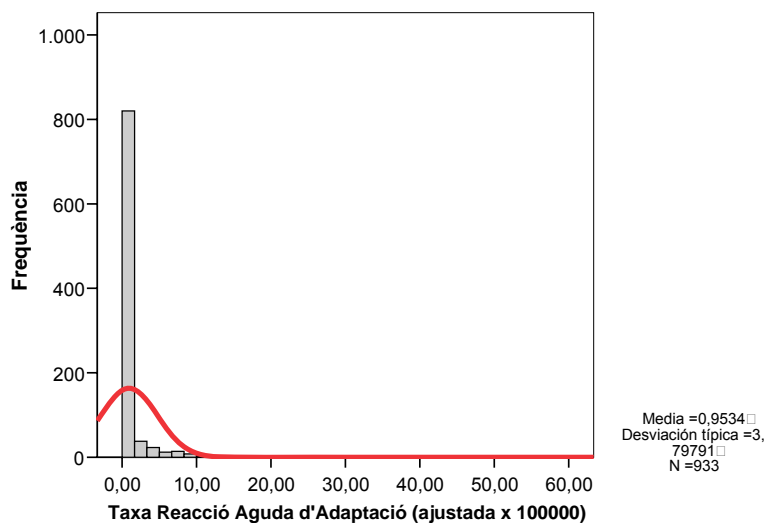
Encara que les taxes de depressió segons el CMBDAH són les més elevades de les malalties mentals hi ha diferents motius que porten a prendre amb cautela els resultats per aquesta patologia. La depressió acostuma a ser una malaltia de llarga evolució que sols en fases molt agudes pot ser motiu

principal d'ingrés hospitalari. Les causes i l'etiologia poden ser molt diverses. El gran espectre poblacional i etiològic de la malaltia i la seva manca d'especificitat fan que el seu paper en l'estudi ecològic sobre immigració estrangera i salut no sigui del tot rellevant.

B.2. Reacció aguda d'adaptació

Una de les malalties mentals que més s'acosta a les patologies de la immigració descrites és la reacció aguda d'adaptació o el trastorn adaptatiu que es caracteritza per un malestar subjectiu i per alteracions emocionals que interfereixen amb el funcionament i activitats socials. El trastorn adaptatiu apareix en els períodes d'adaptació a una canvi biogràfic significatiu o a un esdeveniment vital estressant com poden ser el dol, la separació, la migració, l'exili polític, la maternitat, o la jubilació.

29. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de reacció aguda d'adaptació



Els trastorns adaptatius es caracteritzen per humor depressiu, ansietat i preocupació excessiva i en la seva aparició sembla existir una predisposició i vulnerabilitat individuals (WHO 2000). Els taxes obtingudes són les segones menys prevalents de les malalties mentals darrera de la reacció aguda a l'estrès però el mapa de distribució territorial ofereix informació interessant al situar les taxes més altes en els municipis d'interior. Pràcticament no hi ha casos a la costa i aquest fet pot coincidir amb la mateixa descripció de la malaltia ja que les comarques d'interior són les menys poblades de Catalunya.

B.3. Reacció aguda a l'estrès

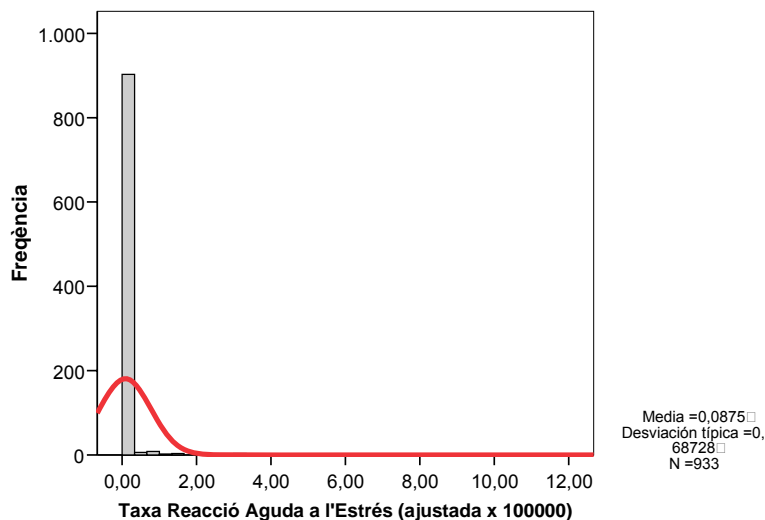
La reacció aguda a l'estrès és la segona de les patologies mentals que podria coincidir amb les patologies de la immigració descrites. La reacció aguda a l'estrès és un trastorn transitori en resposta a un estímul físic o psicològic que remet en hores o dies. El trastorn influeix en la vulnerabilitat i la capacitat d'enfrontament de l'individu.

La reacció aguda a l'estrès és un quadre mixt i canviant que presenta atordiment, disminueix la comprensió dels processos conscients, l'atenció és focalitza, no s'assimilen els estímuls i quasi sempre apareix desorientació temporo-espacial. Sovint va acompanyat d'estupor dissociatiu, agitació, hiperactivitat i són freqüents els signes autonòmics d'ansietat com la taquicàrdia, la sudoració i el rubor (WHO 2000).

La reacció aguda a l'estrès apareix als pocs minuts de l'esdeveniment i desapareix en 2-3 dies o a les hores de produir-se. Pot presentar amnèsia. Per aquestes característiques, dins del mateix perfil de reacció a l'estrès encaixa millor en el procés migratori el que al CIM de Trastorns mentals es defineix com a trastorn d'estrès posttraumàtic que és una resposta tardana o

diferida (setmanes o mesos després) a una situació o esdeveniment estressant, amenaçant, que provoca malestar a quasi tothom. Per a diagnosticar un trastorn d'estrès posttraumàtic cal observar al menys quatre d'aquests símptomes: freqüents flashbacks del fet desencadenador, terrors nocturns, atordiment emocional, distanciament de les persones, no respostes a l'entorn, expressió pobre o nul·la de les emocions, evitació de les activitats, hiperactivitat vegetativa; augment de la tensió arterial, hipervigilància; augment de les respostes als estímuls ambientals, insomni, d'altres símptomes ansiosos i depressius i, de vegades, ideació suïcida (WHO 2000)

30. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada de reacció aguda a l'estrés



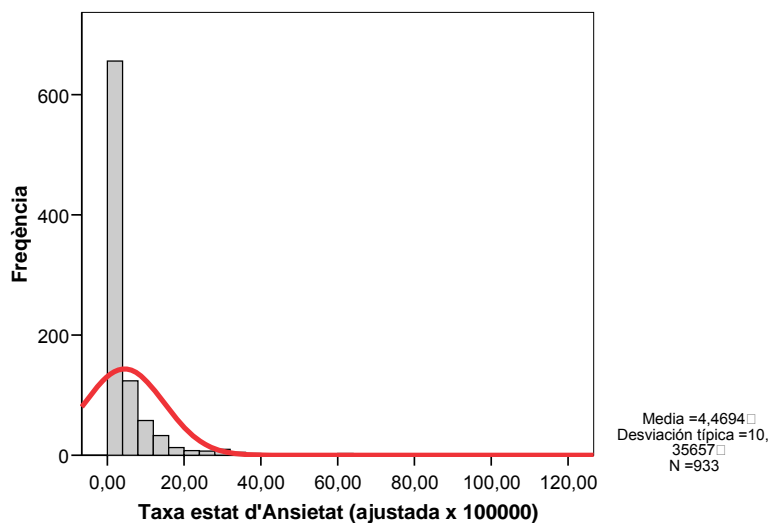
Més enllà dels casos aguts els trastorns d'estrès posttraumàtic o la reacció aguda a l'estrès no són motiu d'ingrés hospitalari per ells mateixos. En aquests casos seria interessant relacionar la presència de la malaltia amb el motiu principal d'ingrés ja que les baixes taxes segurament s'expliquen per accidents o altres esdeveniments traumàtics. En els estudis sobre

immigracions tindria més importància dades ambulatories i no hospitalàries de les presència de reaccions agudes a l'estrès en les persones immigrades.

B.4. Estat d'ansietat

Els estats d'ansietat es poden convertir en trastorns d'ansietat generalitzada si són persistents en el temps. Per a diagnosticar un estat d'ansietat cal que es presentin alguns d'aquests símptomes: Síntomes autonòmics (palpitacions, acceleració del ritme cardíac, sudoració, tremolor), calor o calfreds, formigueig, tensió, dolor, incapacitat per a relaxar-se, sentiment 'd'estar al límit', els objectes, o l'individu mateix, són percebuts com a irreal (desrealització o despersonalització), nus a la gola, pressió al pit, ofec, nàusees, dolor abdominal, resposta exagerada a estímuls ambientals, dificultat per a concentrar-se, irritabilitat, dificultat per a començar el son, por a perdre el control, por a la mort, por a tenir por o por al futur (WHO 2000).

31. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada d'estat ansietat

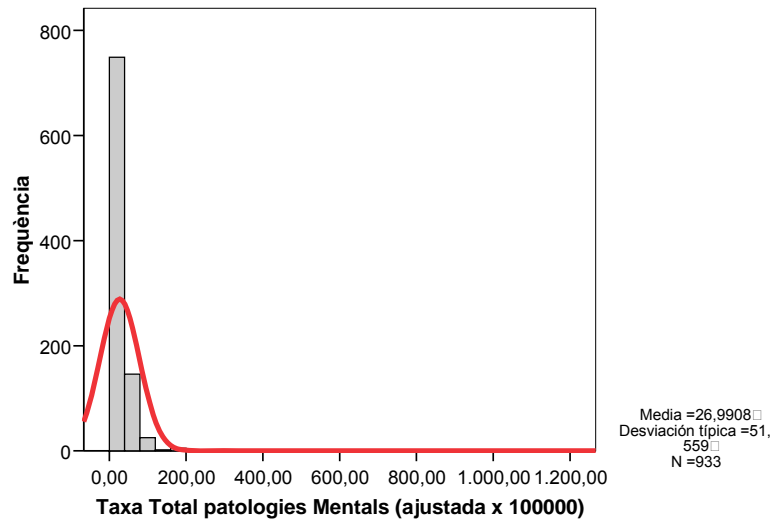


Amb l'estat d'ansietat, com en la reacció aguda a l'estrès, els casos d'alta hospitalària segurament estan relacionats amb el motiu principal d'ingrés ja que no són per ells mateixos motiu d'ingrés hospitalari. Les taxes que presenta el diagnòstic són de les més altes de les malalties mentals encara que també presenta els problemes d'inespecificitat i de tractament ambulatori que en dificulten la seva valoració quan s'utilitzen dades d'ingressos hospitalaris.

B.5. Conjunt de malalties mentals

Com s'ha fet amb les malalties infeccioses, s'ha creat una variable amb el conjunt de les malalties mentals encara que el sentit de la variable no respongui a un intent de compensar els baixes taxes de les malalties. Les malalties mentals presenten el problema afegit que a excepció dels casos realment aguts no són motiu d'ingrés hospitalari i a més poden estar estretament relacionades amb el motiu principal d'ingrés que no té per què estar relacionat amb un procés migratori.

32. Gràfic: Distribució i prova de normalitat de la taxa ajustada del conjunt de malalties mentals



Lògicament la variable creada, conjunt de malalties mentals, no té com a objectiu cercar factors de risc ni elements etiològics de malalties específiques i la seva inclusió en l'estudi ecològic s'ha fet per la seva importància dins de les patologies de la immigració. Amb les limitacions que presenten les dades hospitalàries, de manera particular amb les malalties mentals, es vol incloure les malalties mentals a l'estudi que intenta cercar una relació a nivell ecològic entre presència d'immigració estrangera i taxes de malalties que es relacionen amb la immigració en la literatura existent.

Analitzades les distribucions de les diferents malalties i comentades segons les seves característiques, etiologia i pautes de tractament, a la taula 16 es resumeixen els estadístics descriptius de les taxes ajustades de totes les variables clíniques incloses a l'estudi. Són les taxes de malaltia sobre 100.000 habitants.

45. Taula: Estadístics descriptius de les taxes ajustades de malaltia

| | N | | Mitjana | Mediana | Desv. típ. | Mín. | Màx. |
|---|--------|---------|---------|---------|------------|------|---------|
| | Vàlids | Perduts | | | | | |
| TA TBC (x 100.000hab) | 933 | 13 | 1,8162 | ,0000 | 7,98277 | ,00 | 108,46 |
| TA Xarmpió (x 100.000hab) | 933 | 13 | ,0021 | ,0000 | ,06159 | ,00 | 1,88 |
| TA VIH (x 100.000hab) | 933 | 13 | 3,2212 | ,0000 | 30,24063 | ,00 | 870,20 |
| TA Malària (x 100.000hab) | 933 | 13 | ,1063 | ,0000 | 1,00772 | ,00 | 19,52 |
| TA Hepatitis (x 100.000hab) | 933 | 13 | 9,5952 | ,0000 | 25,83010 | ,00 | 495,35 |
| TA Reacció Aguda a l'Estrés (x 100.000hab) | 933 | 13 | ,0875 | ,0000 | ,68728 | ,00 | 10,24 |
| TA Reacció Aguda d'Adaptació (x 100.000hab) | 933 | 13 | ,9534 | ,0000 | 3,79791 | ,00 | 53,38 |
| TA estat d'Ansietat (x 100.000hab) | 933 | 13 | 4,4694 | ,0000 | 10,35657 | ,00 | 117,86 |
| TA Depressió (x 100.000hab) | 933 | 13 | 21,6872 | 14,6626 | 46,67417 | ,00 | 991,23 |
| TA Total m. Ment. (x 100.000hab) | 933 | 13 | 26,9908 | 20,7147 | 51,55900 | ,00 | 1109,09 |
| TA Total m. Infecc. (x 100.000hab) | 933 | 13 | 12,8065 | 4,8072 | 36,50146 | ,00 | 870,20 |

Com a conseqüència de la baixa freqüència de la majoria de malalties, observable en l'anàlisi de la seva distribució i en els estadístics descriptius de la taula 16, s'extrauran els valors extrems. S'han seguit les mateixes pautes que amb les variables de població (veure taula 17) considerant com a valors extrems els que presten freqüències $< 5\%$ i $> 95\%$.

46. Taula: Estadístics descriptius de totes les variables de l'estudi ecològic sense valors extrems (SVE)

| | N | | Mitjana | Mediana | Desv. típ. | Mín. | Màx. |
|---------------------------------------|--------|---------|---------|---------|------------|------|------|
| | Vàlids | Perduts | | | | | |
| PEN IDH < Esp SVE | 946 | 0 | 49,99 | 50,00 | 28,582 | 3 | 99 |
| PEN IDH > Esp SVE | 946 | 0 | 50,01 | 50,00 | 28,529 | 6 | 99 |
| Edat Mitjana Estr. al Municipi SVE | 895 | 51 | 49,98 | 50,00 | 28,551 | 1 | 99 |
| Coefficient de Nacionalitat SVE | 821 | 125 | 50,01 | 50,00 | 28,517 | 5 | 99 |

En els gràfics següents es mostren les distribucions i les associacions bivariants entre variables de població i variables clíniques. En cada una de les associacions els gràfics més petits estan fent sense treure els valors extrems i els gràfics més grans de la mateixa associació bivariant són amb les variables sense valors extrems (SVE). Els gràfics sense valors extrems aclareixen el núvol de punts ajudant a confirmar la tendència que s'hi observa o convertint-la a un sentit invers degut al fort pes relatiu dels valors extrems en la distribució.

Quan s'interpreten les anàlisis bivariants que es presenten a continuació cal tenir sempre present que les variables dependents són un recompte, altes hospitalàries, i no es poden fer regressions lineals (la variable depenent hauria de ser contínua). Per a calcular l'efecte d'unes variables sobre les altres caldrà fer una regressió de poisson o una binomial negativa. Aquestes dues proves són les que es realitzen com a model ecològic final. Per aquest motiu, les rectes de regressió que es mostren en els gràfics no tenen valor estadístic però si que són indicatives de la tendència o associació principal entre les dues variables. Al no tenir valor estadístic les rectes de regressió no tenen un

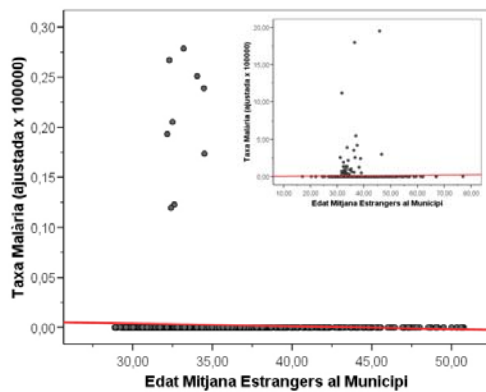
valor predictiu però sí que permeten identificar el signe de l'associació existent en el núvol de punts.

6.2.2.2. Distribució i associació de l'edat mitjana dels estrangers i les taxes de malaltia

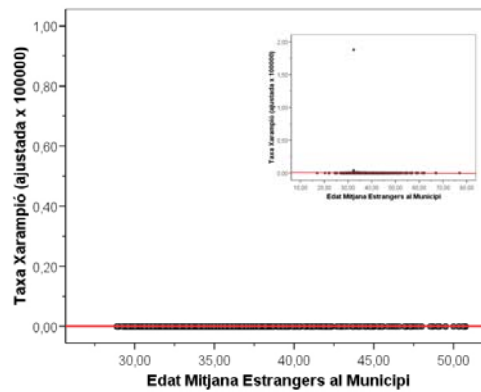
L'edat mitjana dels estrangers que habiten en cada municipi és una variable de control que es tindrà en compte al model ecològic. Per a fer una primera exploració de la seva associació amb les taxes ajustades per a cada una de les malalties es mostren els següents núvols de punts bivariants.

A. Malalties infeccioses

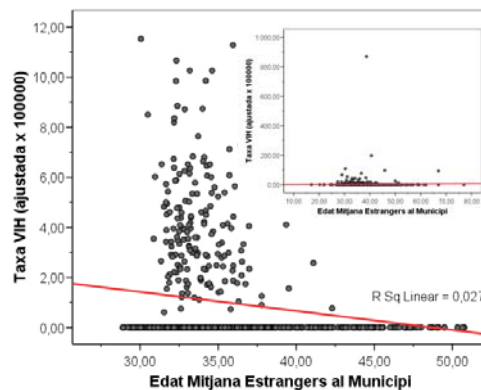
33. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de malària i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



34. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de xarampió i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)

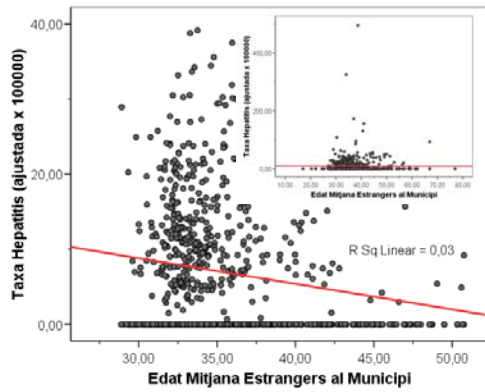


35. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de VIH/SIDA i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)

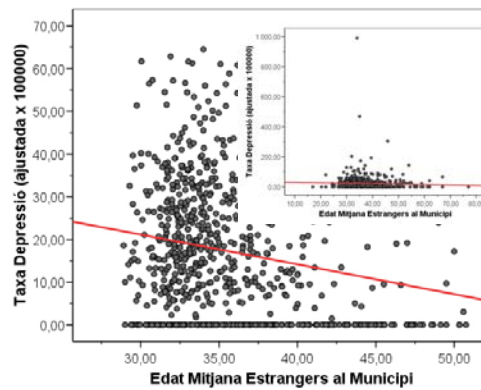


B. Malalties mentals

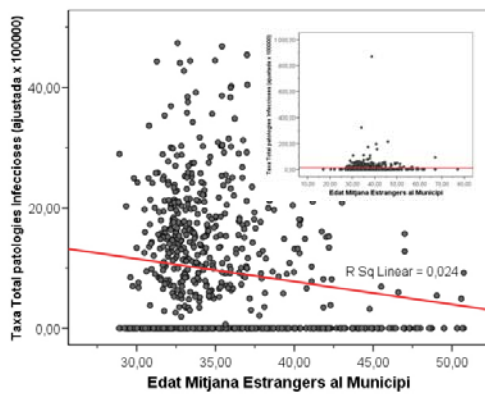
36. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada d'hepatitis i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



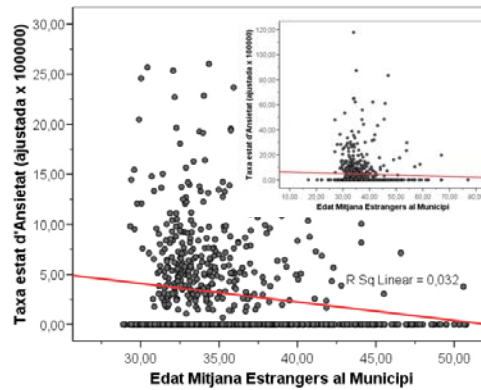
38. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de depressió i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



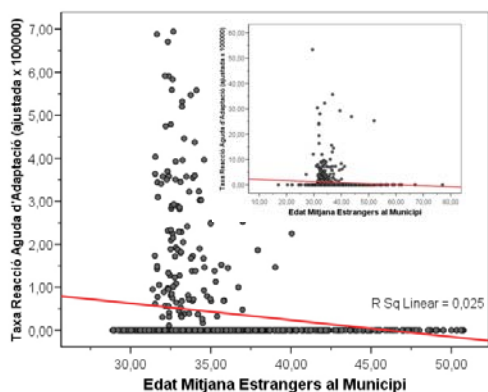
37. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada del conjunt de malalties infeccioses i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



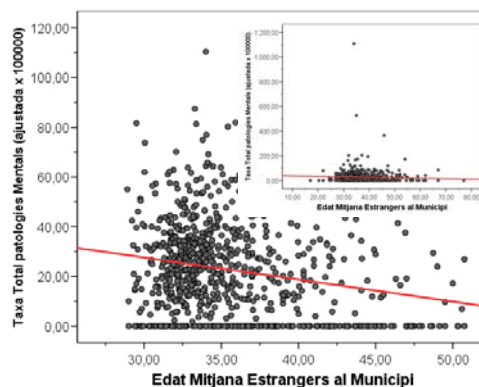
39. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada d'estat d'ansietat i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



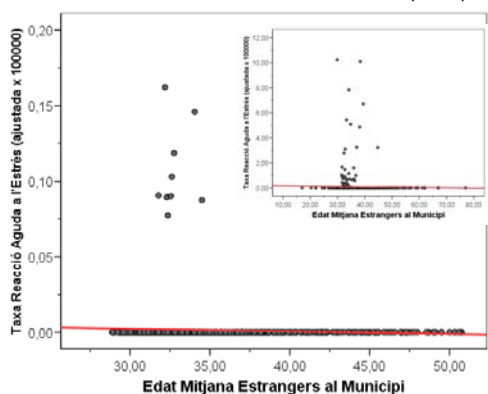
40. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de reacció aguda d'adaptació i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



42. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada del conjunt de malalties mentals i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



41. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de reacció aguda a l'estrès i l'edat mitjana dels estrangers al municipi amb i sense valors extrems (SVE)



A excepció de la malària, el xarampió i la reacció aguda a l'estrès en les que no s'observa cap associació ni cap tendència, segurament pel baix nombre de casos que tenen aquestes patologies, la resta de gràfics mostren una lleugera associació negativa entre l'edat mitjana dels estrangers al municipi i les taxes de patologia. Ens podríem aventurar a dir que a mesura que augmenta l'edat mitjana dels estrangers disminueixen les taxes de les

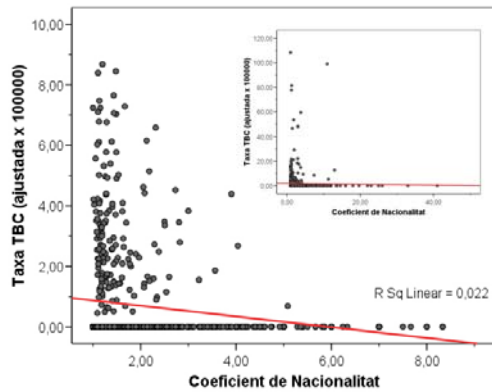
malalties estudiades. Encara que és una tendència i no podem afirmar que existeixi una relació, aquesta es podria explicar segurament per la l'estructura d'edats de la població estrangera observada en els resultats del PaD. Els estrangers de nacionalitat d'IDH major presentaven una mitjana d'edat superior que els estrangers de nacionalitat d'IDH menor. Aquesta interpretació seria coincident amb els resultats obtinguts fins al moment i amb la literatura existent sobre immigració i malalties infeccioses en els que els grups estudiats es poden identificar amb els estrangers d'IDH menor d'aquesta recerca.

6.2.2.3. Distribució i associació del Coeficient de Nacionalitat i les taxes de malaltia

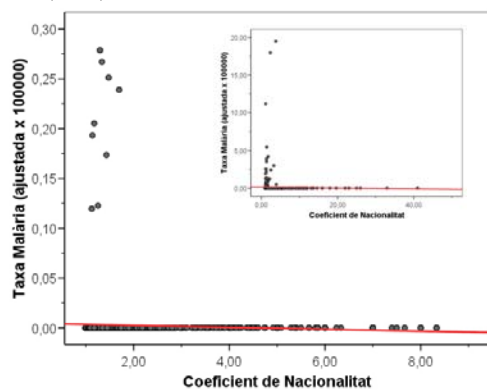
La interpretació de les associacions entre l'edat mitjana dels estrangers i les taxes ajustades de malaltia giren entorn a les diferents estructures d'edat dels estrangers observades en els resultats del PaD. Per veure una possible associació de les diferents tipologies d'immigrant estranger amb les diferents taxes de malaltia que s'associen amb la immigració es presenten els núvols de punts bivariants però amb el coeficient de nacionalitat.

A. Malalties infeccioses

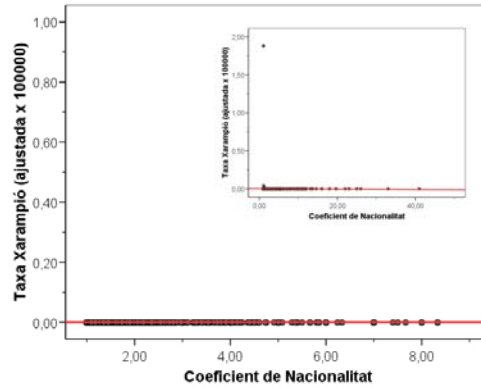
43. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de tuberculosi i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



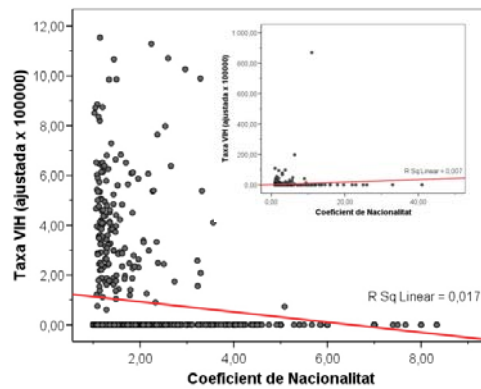
44. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de malària i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



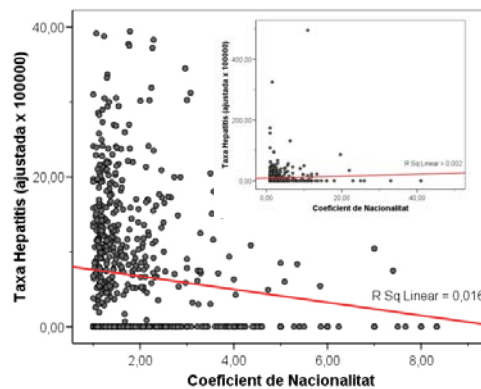
45. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de xarampió i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



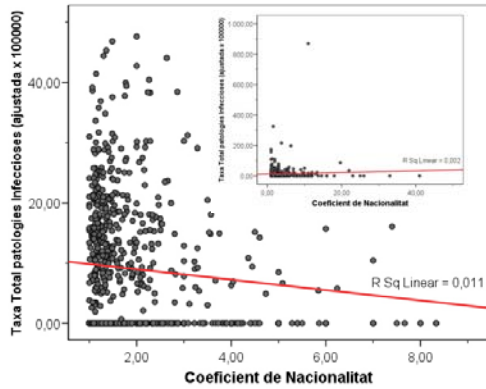
46. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de VIH/SIDA i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



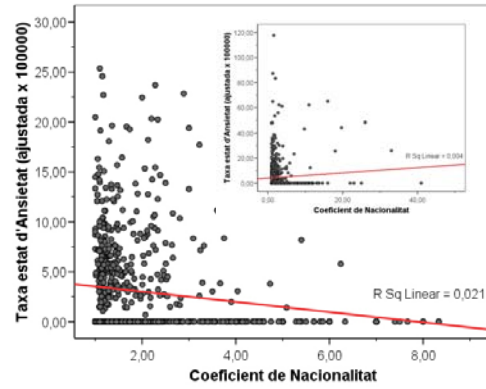
47. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada d'hepatitis i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



48. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada del conjunt de malalties infeccioses i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)

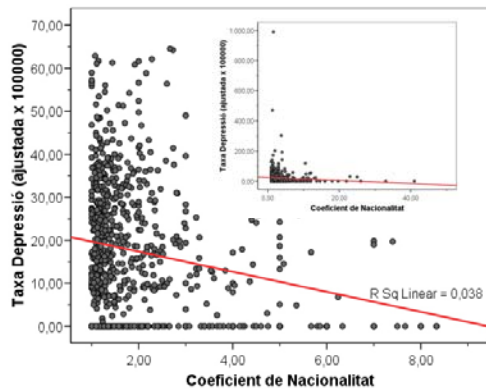


50. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada d'estat d'ansietat i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)

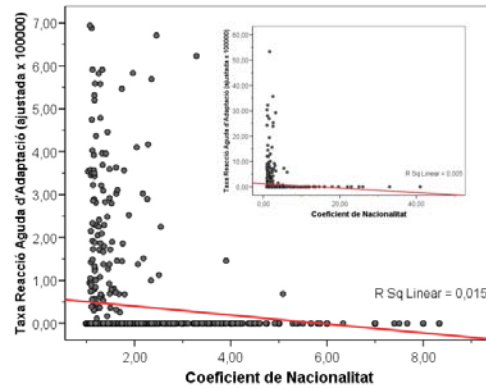


B. Malalties mentals

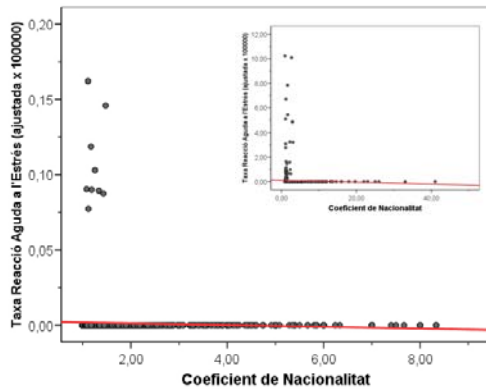
49. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de depressió i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



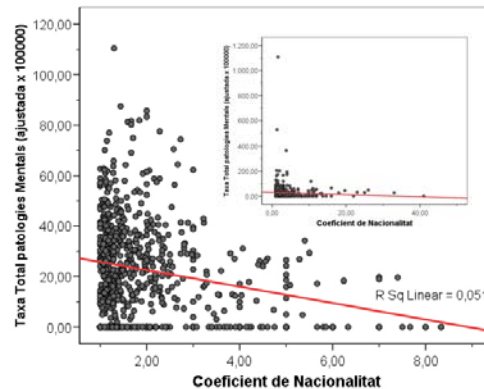
51. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de reacció aguda d'adaptació i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



52. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada de reacció aguda a l'estrès i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



53. Gràfic: Distribució de la taxa ajustada del conjunt de malalties mentals i el Coeficient de Nacionalitat amb i sense valors extrems (SVE)



Les associacions per al conjunt de malalties mostren una lleugera associació negativa. No es mostra cap tipus d'associació en les mateixes malalties que en el cas de l'edat mitjana dels estrangers, malària, xarampió i reacció aguda a l'estrès, segurament pel baix nombre de casos que presenten. La tendència mostrada amb el coeficient de nacionalitat és la mateixa que amb l'edat mitjana, una lleugera associació negativa. Segons la interpretació que s'ha realitzat dels gràfics de l'edat mitjana dels estrangers dels municipi, es podria explicar la lleugera associació negativa trobada per la diferent estructura d'edats dels estrangers de major i menor IDH. A partir dels gràfics del coeficient de nacionalitat aquesta interpretació no té validesa ja que esperaríem trobar una tendència positiva entre els dues variables. Quant més gran és el coeficient de nacionalitat, major proporció d'estrangers de nacionalitat d'IDH menor sobre els d'IDH major, majors haurien de ser les taxes de malaltia. A primer cop d'ull, els gràfics indicarien el contrari encara

que l'associació en tots els casos és molt lleu i no podem parlar de relacions entre variables per tractar-se de recomptes.

Com ja s'ha comentat a l'inici d'aquest apartat, per la naturalesa de les dades, són recomptes, si volem comprovar la relació existent entre la presència d'estrangers i la prevalença de certes malalties cal realitzar una regressió de poisson o una binomial negativa. Aquestes dues proves estadístiques són les que es realitzen en el model final de l'estudi ecològic que es mostra a continuació.

6.2.3. El model estadístic de l'estudi ecològic

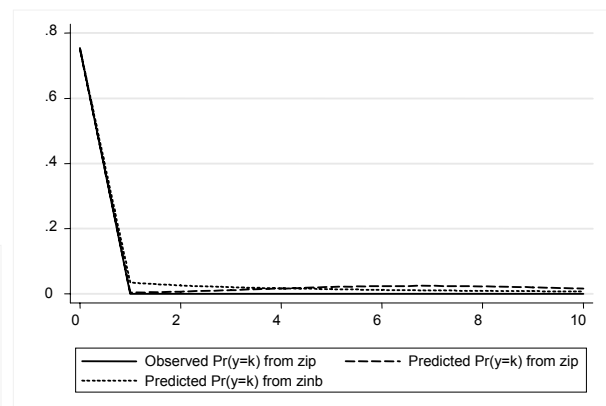
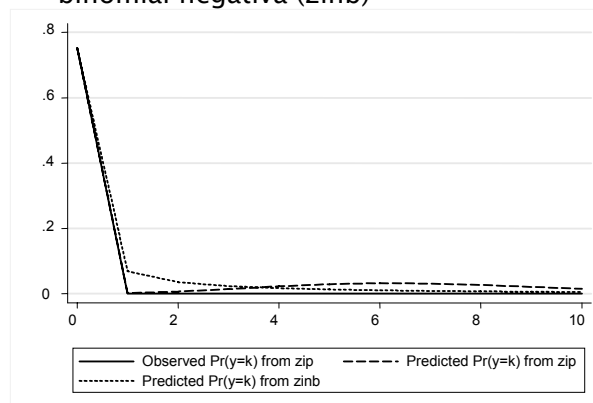
La variable independent és el coeficient de nacionalitat, les variables dependents són les taxes de malaltia i l'edat mitjana dels estrangers al municipi ha estat inclosa com a variable de control al model. L'objectiu final de l'estudi ecològic és veure si una major presència relativa de d'estrangers de nacionalitat d'IDH menor al municipi, els que a la literatura existent es relacionen amb certes malalties, implica una major prevalença d'aquestes malalties. Les taxes de malaltia, al tractar-se de recomptes de baixa freqüència, cal estudiar-les amb una regressió de poisson o una binomial negativa. A les bases de dades del CMBDAH amb les que s'ha treballat, es troba un gran nombre de valors zero en les malalties estudiades. Per aquest motiu s'apliquen models de poisson i binomial negativa amb zeros inflats. Les patologies que no presentaven prou variabilitat per a ser incloses tot i aplicar els models de regressió descrits, la malària, el xarampió i la reacció aguda a l'estrès, s'han exclòs de l'estudi. A la taula 18 es mostren el total d'observacions i el nombre de zeros que presenten les variables incloses.

47. Taula: El nombre d'observacions

| | Nº obs. | Nº obs. no zero | Nº obs. zero |
|-----------|---------|-----------------|--------------|
| TA_tbc | 887 | 220 | 667 |
| TA_vih | 887 | 221 | 666 |
| TA_hvx | 887 | 444 | 443 |
| TA_rada | 887 | 170 | 717 |
| TA_eans | 887 | 372 | 515 |
| TA_dep | 887 | 624 | 263 |
| Ta_mentot | 887 | 665 | 222 |
| TA_infe | 887 | 479 | 408 |

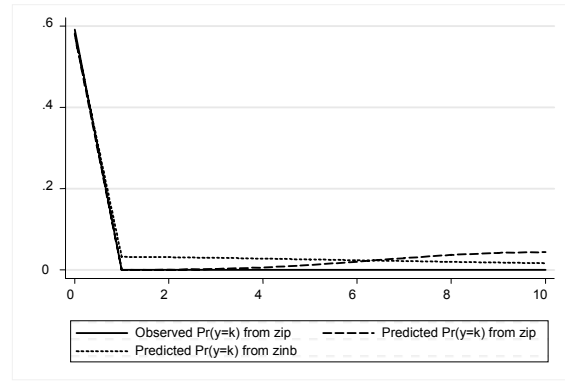
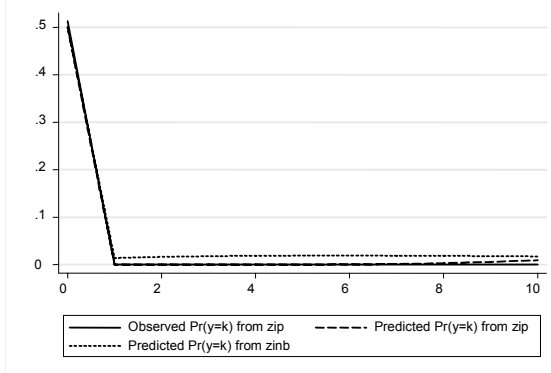
Per tal de saber quina de les dues regressions era la que més s'ajustava als valors observats (observed) s'han ajustats els dos models de regressió amb zeros inflats, el de poisson (zip) i el de la binomial negativa (zinb), i s'ha escollit aquell que més s'ajustava als casos observats. Els gràfics d'ajustament per a les variables incloses es mostren en els gràfics 54–61.

54. Gràfic: Ajustament dels casos observats de tuberculosi i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)

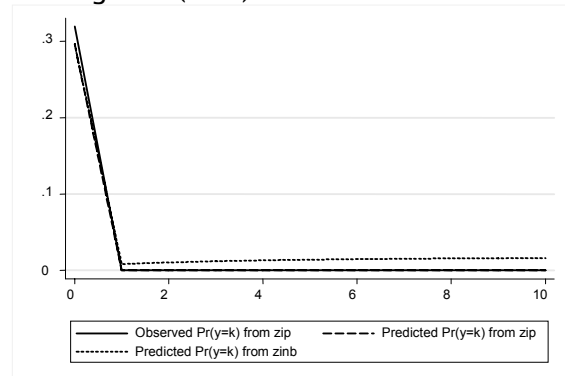


55. Gràfic: Ajustament dels casos observats de VIH/SIDA i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)

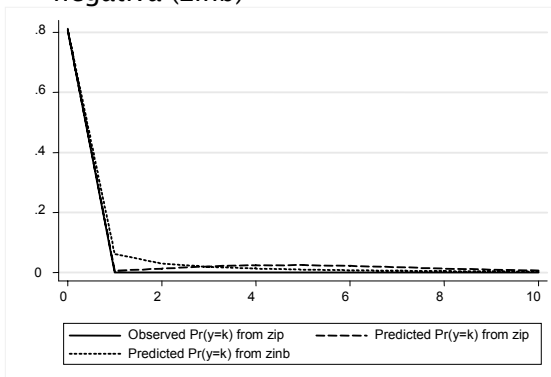
56. Gràfic: Ajustament dels casos observats d'hepatitis i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)



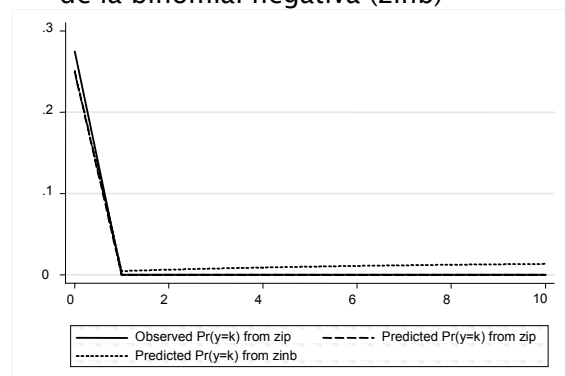
59. Gràfic: Ajustament dels casos observats de depressió i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)



57. Gràfic: Ajustament dels casos observats de reacció aguda d'adaptació i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)

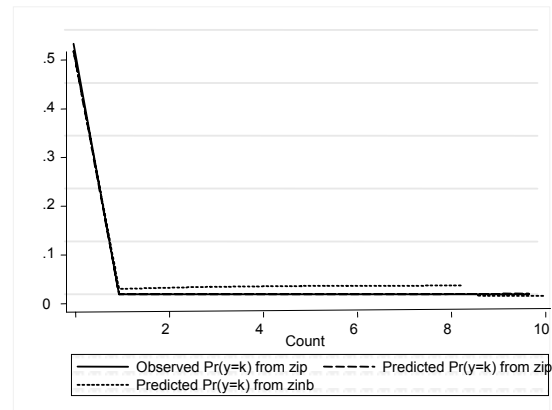


60. Gràfic: Ajustament dels casos observats del conjunt de malalties mentals i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)



58. Gràfic: Ajustament dels casos observats d'estat d'ansietat i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)

61. Gràfic: Ajustament dels casos observats del conjunt de malalties infeccioses i els models de regressió per zeros inflats de poisson (zip) i de la binomial negativa (zinb)



A partir de l'anàlisi dels gràfics s'observa com el model que s'ajusta millor als casos observats és la regressió de poisson amb zeros inflats. Els tests de Young realitzats per a totes les variables per veure la idoneïtat d'aplicar una regressió de poisson amb zeros inflats en comptes d'una regressió de poisson estàndard, per a les variables incloses, són significatius.

S'ha aplicat el model estadístic al conjunt d'estrangers i als estrangers separats per IDH, es a dir al CN. En els dos models es tenia el nombre d'estrangers com a variable independent i les taxes de malaltia com a variable dependent. A partir del nombre o tipus d'estrangers es vol veure si és previsible algun tipus de relació amb les taxes de malaltia registrades.

En el cas del model amb el total d'estrangers al municipi, com que el nombre pot ser elevat, s'han multiplicat tots els coeficients originals per 100 abans d'elevar-los a e. D'aquesta manera es vol facilitar la interpretació i la posterior comparació amb els resultats obtinguts amb el CN on el coeficient B presenta uns ordres de magnitud major.

48. Taula: Resultats final del model per tots els estrangers

| | $e^{(\beta \times 100)}$ | p | IC 95% $e^{(\beta \times 100)}$ | |
|------------|--------------------------|-------|---------------------------------|----------|
| TA_TBC | 0,995420518 | 0.000 | 0,993968 | 0,996865 |
| TA_VIH | 0,996167363 | 0.000 | 0,995132 | 0,997204 |
| TA_HVx | 0,497329952 | 0.323 | 0,566865 | 1,988855 |
| TA_RaDa | 0,997114172 | 0.000 | 0,99557 | 0,998661 |
| TA_eAns | 0,998301444 | 0.000 | 0,997453 | 0,118632 |
| TA_Dep | 0,77852516 | 0.100 | 0,576787 | 1,191343 |
| TA_Mentot | 0,888212151 | 0.793 | 0,76135 | 2,151103 |
| TA_Infetot | 1,423186427 | 0.505 | 0,504179 | 1,461187 |

Els resultats obtinguts s'han d'interpretar com un factor multiplicador, es a dir, que per cada unitat que incrementa el nombre total d'estrangers s'ha de multiplicar la taxa de malaltia pel factor multiplicador ($e^{(\beta \times 100)}$). Es pot observar que en la majoria de taxes, a excepció del conjunt de malalties infeccioses, l'efecte és negatiu. Quan més augmenta el nombre del conjunt d'estrangers més disminueixen les taxes d'aquestes malalties. Els efectes són però tan lleus que no permeten afirmacions categòriques i més que efectes s'haurien de considerar tendències. Les tendències obtingudes amb el conjunt d'estrangers empadronats, doncs, s'ajusten al model on el conjunt d'immigrants estrangers, els d'IDH major més els d'IDH menor, presentarien uns millors indicadors de salut que la població de recepció. Aquests resultats s'han de prendre amb tota la cautela apuntada al llarg de la tesi, ja que la unitat d'estudi són els municipis, les taxes de malaltia són altes d'ingrés hospitalari i els immigrants estrangers estan mesurats a partir dels estrangers empadronats al municipi. Tot i així, aquests resultats són la primera aproximació a la immigració i la salut de base poblacional i comunitària feta a Catalunya. Els resultats mostren una tendència contrària als estudis existents a Catalunya, no tant sols al no trobar un efecte entre la presència d'estrangers i un augment en les taxes de certes malalties associades, sinó que mostren

una tendència negativa en la que la presència dels estrangers faria baixar les taxes d'aquestes malalties.

Els resultats varien si diferenciem els estrangers en dos grans grups a partir del coeficient de nacionalitat. D'aquesta manera es vol ajustar la tipologia dels immigrants estrangers a la que majoritàriament apareix en la literatura existent sobre immigració i salut a Catalunya. El que esperarem trobar és que en aquells municipis on el CN sigui major hi trobem unes taxes majors de malaltia. La presència d'estrangers d'IDH menor al municipi estaria relacionada, segons la literatura, amb una major prevalença de les malalties incloses a l'estudi. La següent taula mostra els resultats obtinguts del model final.

49. Taula: Resultats final del model per el Coeficient de Nacionalitat

| | e^{β} | p | IC 95% e^{β} | |
|------------|-------------|-------|--------------------|------------|
| TA_TBC | 1,20853901 | 0.000 | 1,17358962 | 1,24452919 |
| TA_VIH | 1,625740493 | 0.000 | 1,60758974 | 1,64409618 |
| TA_HVx | 1,090240267 | 0.000 | 1,08325403 | 1,09727167 |
| TA_RaDa | 1,096625678 | 0.033 | 1,07681219 | 1,1937211 |
| TA_eAns | 1,059084865 | 0.000 | 1,0527876 | 1,0654198 |
| TA_Dep | 0,984332237 | 0.000 | 0,97665296 | 0,99207189 |
| TA_Mentot | 0,987550544 | 0.000 | 0,98242458 | 0,99270325 |
| TA_Infetot | 1,098340276 | 0.000 | 1,09242752 | 1,10428493 |

Els resultats mostren com a l'aplicar el coeficient de nacionalitat que separa els estrangers en dos grans grups, observem el descrit a la literatura, una tendència positiva entre presència d'immigrants estrangers d'IDH menor i l'augment de determinades malalties. La tendència és lleugerament negativa per a les taxes de depressió i per al conjunt de les malalties mentals. Els resultats amb el CN coincideixen majoritàriament amb el descrit a la literatura però no amb els resultats obtinguts per al conjunt dels estrangers.

Tenint cautela per tractar-se d'un estudi ecològic, els resultats obtinguts mostren tendències oposades segons si s'inclouen tots els estrangers empadronats o si es diferencien els diferents tipus d'immigració estrangera. Els resultats del CN són coincidents amb la resta d'estudis realitzats en centres d'assistència sanitària sobre immigració estrangera i salut però un estudi poblacional per al conjunt de Catalunya que inclogui tots els estrangers residents planteja nous dubtes, reptes i dimensions a l'estudi de la relació entre immigració i salut. Les diferències presentades al agrupar als estrangers residents segons característiques socioeconòmiques i sociodemogràfiques i analitzar-ne els resultats obren la porta a l'aproximació del fenomen des d'una visió més àmplia. A partir dels resultats obtinguts és possible identificar els dos models amb les teories que es poden extreure de les publicacions internacionals sobre immigració i salut. El primer dels models, el que inclou a tots els estrangers, presenta uns resultats que s'aproximen a la conceptualització de 'l'immigrant sa' o del 'Healthy Migrant Effect'. La presència de tot el conjunt d'immigrants estrangers en un municipi es relaciona amb millors indicadors de salut. El segon model, el que diferencia entre immigrants estrangers, presenta uns resultats coincidents amb la literatura on la presència d'immigrants estrangers amb menor IDH pot ser un indicador d'un augment de la incidència i prevalença de certes malalties infeccioses i mentals. Els resultats d'aquest segon model coincidirien amb la concepció teòrica de les patologies de l'immigrant en el que el procés migratori i l'immigrant en si mateix, poden ser un signe de factor de risc per patir determinades malalties.

Els resultats mostren una diferència segons si s'inclouen estrangers d'unes nacionalitats o d'unes altres. Les diferències presentades coincideixen amb els principals corrents internacionals sobre estudis que relacionen immigració i determinants de salut. Els resultats obtinguts i la seva interpretació no ofereixen resultats concloents però sí tendències i plantejaments que obren noves interpretacions del fenomen i un replantejament crític de les actuacions dutes a terme des de la salut pública referents a l'abordatge i assistència sanitària de la immigració estrangera a Catalunya. Les comparacions entre els resultats obtinguts i la literatura existent es debaten de manera extensa a la discussió.

6.3. Resultats de l'anàlisi qualitativa

6.3.1. Procés migratori i salut

En els aspectes relacionats amb la salut i amb el procés migratori cal tenir en compte les diferències en les estructures de població dels dos grups d'immigració estrangera. Ha estat més difícil localitzar persones majors de 65 anys i originàries de la província de Nador que no pas britànics. I a l'inversa, ha estat més difícil localitzar persones del grup d'edat més jove procedents del Regne Unit que no pas del Marroc⁵³. En cap de les entrevistes realitzades, però, no ha aparegut cap de les patologies de la immigració. Ni a les sis entrevistes realitzades als immigrants procedents del Regne Unit ni a les sis entrevistes realitzades als immigrants procedents del Marroc ha aparegut cap citació sobre alguna d'aquestes malalties. En cap de les entrevistes no es preguntava directament si havien patit alguna de les malalties infeccioses o mentals que es relacionen amb el procés migratori però si per malalties sofertes darrerament o les de més importància i en cap de les entrevistes es fa referència a malalties que puguin estar relacionades amb les patologies de la immigració.

El que sí ha sorgit de l'anàlisi qualitativa són algunes diferències entre els dos grups d'immigrants estrangers i que poden estar relacionades amb el seu estat de salut i amb les patologies de la immigració. No hi ha cap citació literal que mostri cap de les malalties infeccioses ni mentals que es poden associar en la migració però sí que es noten diferències subtils en el to de veu i en l'estat d'ànim general al llarg de l'entrevista. Les diferències i les

⁵³ La diferent composició de la població és un tema interessant d'estudi i cal tenir-lo molt present en l'anàlisi de les necessitats sanitàries de qualsevol col·lectiu.

jerarquies socials han estat presents durant el treball de camp i la posició relativa vers les persones entrevistades ha estat asimètrica entre els immigrants britànics i els immigrants marroquins.

Un aspecte que ha estat present en les entrevistes, i que relaciona el procés migratori amb la salut, és la tria del lloc per assentarse per part dels immigrants britànics. En aquest sentit és interessant recuperar el terme immigrant econòmic que s'utilitza en alguns dels estudis sobre immigració i salut. En aquests estudis sobre immigració i salut, els immigrants econòmics són els que estarien subjectes a les possibles patologies de la migració. Es fa servir l'adjectiu econòmic per a designar a aquells immigrants en unes situacions laborals, legals, econòmiques i emocionals determinades, que van a un altre país a treballar pel baix poder adquisitiu que tenen en el seu país de procedència. Però per què es fa servir la paraula immigrants econòmics? La majoria dels britànics entrevistats comenten que els factors més importants per a establir-se a Catalunya són el baix cost de la vida, l'habitatge a un preu raonable, el sol i el bon nivell de vida. Molts d'ells, d'edat avançada, apunten també la gratuïtat i la qualitat de l'assistència sanitària com a un factor primordial.

"It's a lot better here. Right, if you go to see a doctor here, you need to see the doctor the same day, or certainly the day after, in England, maybe you wait a week, maybe longer.

But, you used to have the best system in the world?

Well, it may have, it may have been, but it's certainly not now (laughs). I know this week whenever the grandchildren they've been ill, the speed in which to get the...from...say the doctor to Estartit to the clinic in Torroella, is very very quick... we were very very impressed on how quick.....in the quality of the service. I think it's faster than in England."

(Home 30-65a. Regne Unit)

El sistema sanitari britànic, des de fa vint anys, ha experimentat un ràpid procés de privatització. El NHS (National Health Service) ja no és el sistema de salut pública més avançat del món i molts dels ciutadans britànics han de recórrer a les mútues privades per a tenir assistència sanitària. La insulina, entre altres fàrmacs fonamentals, és totalment gratuïta en el nostre país, i en dues entrevistes a britànics diabètics, aquest fet també s'ha apuntat com a factor important en la decisió d'emigrar. Alguns han dit que és més barat venir a passar un cap de setmana a la costa gironina que sopar un dissabte amb la família a Londres. Aquestes circumstàncies porten a considerar també a la immigració britànica com a immigració econòmica.

6.3.1.1. Migració i canvi de classe social

En el cas concret dels estudis sobre immigració és clau tenir en compte la classe social i el nivell socioeconòmic de la persona immigrada en el seu país d'origen. Un dels aspectes observats a les entrevistes és la diferència en la classe social en el país d'origen entre els marroquins i els britànics. Els primers provenen d'estrats socials mitjans i alts del Marroc. Molts d'ells tenen estudis universitaris, dos dels marroquins entrevistats han estudiat filologia anglesa i francesa al Marroc⁵⁴, i tenen un discurs més crític i elaborat respecte els serveis sanitaris del seu país d'origen i de la sanitat pública catalana. Tenen una postura més crítica de la funció social del metge i de la seva funció com a usuaris del servei. A continuació es mostra un fragment on es critica una de les estratègies comercials estesa entre la indústria farmacèutica del nostre país:

⁵⁴ S'ha de tenir present que aquesta situació pot ser un biaix produït per la 'bola de neu'.

“cuando dicen pruébalo...y vas a comprar un jarabe, por ejemplo, y te dan un litro. Esto esta muy mal porque si es para probar por que no dan cien gramos...cuatro cucharas...no, te dan un litro. Esto esta mal. Y las pastillas igual. En Marruecos las compras sueltas.”

(Home 30–65a Marroc)

En canvi, els britànics provenen de les zones industrials del nord d'Anglaterra, dels 'middlands'. Són de classes mitjanes i baixes, i molts d'ells no tenen estudis superiors. La seva visió sobre la salut i els serveis sanitaris és menys analítica i elaborada. La posició social relativa que els britànics i els marroquins ocupen a Catalunya és totalment oposada. Ja s'ha apuntat l'asimetria present en les entrevistes en profunditat. Mentre que els marroquins ocupen posicions socials baixes i hi havia una asimetria al entrevistar-les on el entrevistador provenia d'un estrat més alt en l'escala social, la posició s'invertia al entrevistar als britànics. Encara que la posició social en els països de procedència fos totalment oposada la posició social i les condicions de vida després del procés migratori, en ambdós casos, és totalment inversa.

Aquesta situació és particularment interessant ja que els comportaments i l'aprenentatge adquirit en els països de procedència roman, mentre que els determinants socials de la salut varien per complet. És a dir, els comportaments respecte la salut poden ser propis de la posició social en el país de procedència però els condicionants socials i els determinants socials de la salut són propis de la posició en el país d'assentament. En uns mateixos individus que visquin un procés migratori segurament no hi haurà gaires canvis respecte el comportament i la concepció de la salut però sí sobre les condicions de vida que poden tenir un efecte sobre la seva salut.

6.3.1.2. Pràctiques transnacionals

Un dels enfocaments d'actualitat en els estudis sobre immigració estrangera és el transnacionalisme. Les pràctiques i els contactes 'transnacionals' són visibles, en primera instància, en el paisatge. A Torroella s'han obert dos locutoris els darrers anys i són nombrosos els habitatges antics del poble que tenen antenes parabòliques (annex 19). En temes relacionats amb la salut es va considerar interessant veure si hi havia algun tipus de pràctica transnacional relacionada amb la salut o la malaltia. Per exemple, si quan algú es trobava malament trucava a la seva família del país d'origen per a demanar consell.

Les pràctiques transnacionals⁵⁵, tant en el cas dels immigrants procedents de Nador com en els britànics, han estat una part de l'entrevista. En aquest apartat de les entrevistes s'ha notat una diferència clara segons la procedència. Un dels temes més repetits pels immigrants procedents del Marroc és el fet de no trucar als seus familiars de Nador en cas de no trobar-se bé per a no preocupar-los encara més. A totes les entrevistes fetes a marroquins es feia el mateix comentari a excepció d'una dona marroquina que trucava a una de les seves germanes més gran, que està a Alemanya, per a demanar-li consell. En tot cas, però, no trucava al país de procedència ni a familiars directes que es trobessin allà.

“Nosotros llamamos a la familia si estás bien. Nosotros nos ocupamos de nosotros mismos. Por que no les puedes decir que estás mal porque es un sufrimiento más. Tu le das la buena cara y lo nuestro nos lo arreglamos nosotros.”

(Home 30-65a. Marroc)

⁵⁵ “Migration is no longer observed to be a one-way journey. Instead, migrants bridge here and there by continuously going or coming, or by engaging economically, socially or politically in their region or country of origin while residing abroad” (Ostergaard-Nielsen 2003).

“Encara hi tinc família però si hi ha alguna cosa no dic res perquè es preocupen molt. És millor no dir-ho.”
(Home 18–29a. Marroc)

*“tengo una hermana que es mayor y le pregunto...tiene más experiencia...en el embarazo y eso...
y viven en Nador o en otro sitio? Mi hermana, en Alemania, en Dusseldorf.”*
(Dona 18–29a. Marroc)

Els britànics, per altra banda, no han mostrat cap problema a trucar als fills i filles que es troben a la Gran Bretanya o a qualsevol altre país per demanar ajut o consell en cas que es trobin malament. I en cap de les entrevistes ha sortit el tema de no dir res sobre l'estat de salut per a no preocupar a la família que es troba al país d'origen. Una de les pràctiques que es poden considerar transnacionals i que es dibuixen en algunes de les entrevistes realitzades és el de l'assistència sanitària transnacional. Alguns professionals sanitaris han apuntat algunes de les dificultats amb què es troben per a seguir les històries clíniques dels immigrants procedents del nord d'Europa. Alguns dels immigrants britànics entrevistats demanen consell diagnòstic i terapèutic al país de procedència, explicant així alguns comentaris sorgits durant les entrevistes de desconfiança vers la sanitat catalana, però fan ús dels serveis sanitaris públics catalans per a determinades operacions o tractaments cars que no cobreixen les mútues o el NHS britànic.

“I n'hi ha molts (es refereix a immigrants procedents del nord d'Europa) que van a metges privats o van... fan les seves consultes por ahí, i venen per coses puntualíssimes.”
(Infermera CAP Torroella)

6.3.2. Condicions de vida i salut

Les condicions de vida no han estat una referència prioritària a l'hora de parlar de salut. Només en certs casos, i un cop avançada l'entrevista, s'ha apuntat les condicions de vida com a factors importants de la salut individual. Concretament s'ha assenyalat l'habitatge, el mercat de treball i la situació legal, per part dels marroquins, com a principals condicionants en la salut individual. En cap de les entrevistes realitzades s'ha fet menció de l'efecte de les condicions de vida sobre la salut individual o col·lectiva malgrat que la relació entre classe social i salut és una de les poques relacions causa-efecte acceptada en salut pública.

Un dels axiomes principals dels estudis sobre epidemiologia social és que la millora de la salut de les classes més desfavorides no es pot assolir només amb el progrés científic, mèdic o sanitari, sinó que calen unes transformacions de les condicions i de la qualitat de vida de tota la població. Cal una redistribució més igualitària dels recursos econòmics, culturals, ocupacionals i educatius per a disminuir les desigualtats socials, ja sigui entre països o dins d'una mateixa societat, i eliminar les desigualtats en la morbiditat i la mortalitat entre els diferents individus⁵⁶.

Encara que els resultats directament obtinguts no mostren una relació entre les condicions de vida i salut, de la observació realitzada si que se'n poden extreure algunes idees. Una és la constatació que en la recerca sobre migracions és especialment interessant conèixer el context i les condicions de vida en els països d'origen. No tant sols a nivell local i regional sinó intentar

⁵⁶ Aquesta línia de recerca centrada en les desigualtats socials ja sigui a escala planetària o a escala municipal, i que posa en relleu les diferències existents entre regions i individus, es va desenvolupar fortament al llarg de la dècada dels anys 70 (Illich 1975, McKeown 1979, Wilkinson, R. 2000).

entendre els factors principals de la situació econòmica, política i social dels països d'origen a partir de les responsabilitats històriques i dels tractes polítics i comercials amb la resta de països del món. Intentar entendre la situació dels països d'origen a partir del paper que ocupen en les relacions comercials, polítiques i socials en el planeta pot ajudar a centrar el debat de les desigualtats i de la injustícia social en un marc més ampli de responsabilitats compartides.

6.3.2.1. L'entorn natural

De l'anàlisi de les entrevistes se'n pot extreure una concepció saludable de la natura compartida per persones de totes les procedències. Quan s'ha preguntat què s'entenia per un paisatge saludable, el model de natura verda, l'estil dels boscos nord europeus ha estat present en totes les entrevistes. Algunes ja definien Torroella de Montgrí com un entorn sa enfront de ciutats grans com Barcelona, Londres o Casablanca⁵⁷ i la percepció dels entorns rurals com a llocs més saludables enfront dels àmbits urbans ha estat present en totes les entrevistes realitzades independentment de la procedència (Gesler 2003).

“Sempre m'imagino visquent a Sant Joan dels Ports o algun lloc d'aquests que hi ha muntanyes i boscos i llacs i rius... Això és per mi un ambient saludable, allunyat de la ciutat, sentint els ocells...”

(Home 18-29a. Torroella)

“El entorno es mas sano aquí o en Nador?”

En Nador es otro tipo. Allí es la naturaleza en estado puro. Lo notas en todo.

En el agua, en el aire...Aquí hay la industria, la contaminación...

(Home 30-65a. Marroc)

⁵⁷ En les entrevistes també es destacava el fet d'estar en un ambient 'saludable', Torroella de Montgrí i rodalies, per davant de la menor presència de serveis sanitaris pròpia dels entorns rurals.

“Why your parents choosed this spot to retire?”

I think because of the weather, that has a lot to do with it...my dad suffers from diabetis and asma...so, I think that the asma, especially living in England, a lot of polution. He’s got some big old friends out here that have been out here for 20 years...and they come out”

(Dona 30–65a. Regne Unit)

6.3.2.2. Capital social

El capital social i les xarxes de suport són aspectes que cada cop es tenen més en compte en les ciències socials. El concepte de capital social és força complex però interessant per als estudis sobre desigualtats en salut. Les xarxes de suport i els consellers en salut són actors clau en els processos de salut i malaltia i solen tenir una gran importància en el comportament individual respecte la salut. El concepte de capital social, però, pot ser utilitzat amb unes finalitats polítiques. Darrerament estudis del Banc Mundial i alguns informes de partits neoliberals nord-americsans estan exagerant la importància del capital social per a justificar una privatització dels serveis sanitaris i un descens de la intervenció pública en sanitat. D’aquesta manera, es troben estudis sobre minories ètniques nord-americanes que tenen problemes concrets de salut i des d’estaments oficials s’està responsabilitzant a la pròpia comunitat de tenir un pobre capital social per raons culturals pròpies⁵⁸. La manera de responsabilitzar a la població de la seva pròpia situació és fa de forma semblant a com ho fa Ryan amb la gent pobre: “poor people suffer from bad health because of ignorance and lack of interest in proper health care” (Ryan 1972).

⁵⁸ Aquesta advertència sobre la doble interpretació que pot tenir el concepte de capital social va ser feta pel Dr. Muntaner durant el seminari *Social Class and Population Health* realitzat a Barcelona la primavera del 2004.

Els consellers en salut, 'significant others', és un concepte elaborat per a referir-se a tots els grups d'amics i familiars que intervenen en la negociació per a gestionar la malaltia (Hausmann, Muela et al. 2003). Aquests consellers són un factor important per a entendre els processos de decisió terapèutica i les dinàmiques de comportament respecte la salut i la malaltia. Al fer estudis sobre migracions estrangeres i salut, cal tenir present les relacions transnacionals per a estudiar els possibles consellers en salut. Saber fins a quin punt les persones clau per al comportament de l'individu es troben en el país d'origen pot donar pistes de la situació de l'immigrant al país d'arribada i de les xarxes socials de suport de les que disposa.

Una de les tècniques metodològiques per a estudiar els consellers en salut és la bola de neu. És una tècnica que consisteix en demanar a cada entrevistat la seva ajuda per a donar-nos contactes d'altres entrevistats potencials entre les persones del seu cercle de coneguts. Si la tècnica es realitza correctament és un bon mètode per a estudiar el capital social d'una comunitat perquè permet contrastar opinions i establir xarxes de relacions entre les persones entrevistades.

Un dels aspectes destacats de realitzar l'estudi en un ambient rural és el major capital social que se'ls hi pressuposa a aquestes zones amb comparació amb els ambients urbans:

"Aquí la sort és també ser de poble. Per això un dels elements que fa que la salut sigui més alta aquí és que aquí als pobles tens molt més suport social. Que és molt fàcil tenir algú. I tens la seguretat que tens algú, que no caldrà ni que el truquis, que potser tocant a la paret vindrà, i allà a Barcelona potser és menys."

(Dona 18-29a. Torroella)

Partint d'aquest supòsit encara es fa més palesa la situació de la població procedent de la Gran Bretanya i del Marroc. Un dels aspectes destacats del capital social dels immigrants procedents de la Gran Bretanya, observat durant el treball de camp, és la manca d'estructura familiar que predomina en els entrevistats. Sovint el seu capital social és bastant pobre i durant el temps que s'ha fet el treball de camp s'ha tingut coneixement de dos casos de persones grans de procedència anglesa que s'han trobat morts a casa dies després. El cas dels marroquins, per altra banda, depèn molt de les situacions particulars en que s'hagi dut a terme la migració. Hi ha població procedent del Marroc que es troba a Torroella sola i que ha vingut per la feina a l'agricultura o la construcció. Altres, però, ja tenien família al poble i les circumstàncies de la migració i el capital social d'una situació i l'altre difereixen bastant. La convivència i el parentiu en el nucli domèstic és una de les variables que es provaran de tenir en compte en fases posteriors de la recerca.

"Aquí en Torroella no tenemos amigos. Es un pueblo, lo que pasa es que entre nosotros no nos entendemos, siempre estamos en el trabajo...no hay una relación...porque aquí ha venido gente buena, gente mala...del mismo sitio pero de diferentes familias...cada uno vive con los suyos."

(Dona 18-29a. Marroc)

6.3.2.3. Habitatge

Els habitatges on s'han realitzat les entrevistes també han estat molt diferents. Les entrevistes als immigrants britànics s'han fet en urbanitzacions situades entre l'Estartit i Torroella. Dues de les entrevistes fetes als immigrants procedents de Nador s'han fet en garatges on conviuen quatre o cinc persones. Molts d'ells treballen a la construcció i tenen un bon sou, però denunciaven les dificultats que tenien de trobar un habitatge de lloguer al

municipi. Torroella és un municipi turístic i té poca oferta d'habitatge de lloguer. El poc que hi ha, sovint, només es lloga per als mesos d'estiu perquè econòmicament és més rentable. A aquesta situació se li afegeixen alguns prejudicis vers la població procedent del Marroc per part dels propietaris.

Una de les qüestions metodològiques que s'han tingut en compte per a estudiar els contextos socials en els que viu la població estudiada és el fer les entrevistes, sempre que ha estat possible, a les cases i als barris dels entrevistats. Per exemple, el fer dues entrevistes a immigració procedent de Nador a garatges de Torroella, on dormien entre quatre i cinc persones i cuinaven amb un petit fogó, i el fer les entrevistes als anglesos als jardins de casa seva, ha estat un factor important per a realitzar l'anàlisi dels contextos en els que viuen els diferents immigrants i per a elaborar les hipòtesis que es plantegen a les conclusions.

“viuen al mig de Torroella (marroquins) però sí que també... una mica agrupats, però... però bueno, quasi... sobretot viuen en cases velles, però... és lògic perquè molta gent no els vol llogar els pisos. Vull dir que... en un bloc de pisos que hi ha gent autòctona diguem, a vegades són reticents a llogar a un negre o a un marroquí. I per tant es veuen obligats pues a... a anar a blocs de pisos vells i... bé en cases antigues al mig del poble.”

(Infermera i antropòloga. Torroella)

“Per exemple els anglesos, sí que hi ha una colònia d'anglesos, el que és diu més o menys la Torre Gran, que és entre Torroella i l'Estartit, eh?, que són uns xalets, unes petites cases amb jardí, i sé que allà n'hi ha bastants. Els de Convergència, van anar a fer un míting, concretament en anglès, en aquest col·lectiu de gent”

(Infermera i antropòloga. Torroella)

El tipus de barris en el que habiten els diferents grups de població també pot aportar informació rellevant a l'estudi. Mentre que el grup de població de

procedència marroquina i els de Torroella de Montgrí comparteixen els carrers del casc antic de Torroella, els de procedència anglesa es troben, la gran majoria, en urbanitzacions de baixa densitat, per exemple Torre Gran, entre el nucli turístic de l'Estartit i el casc antic de Torroella. El fet de viure en aquest tipus d'urbanitzacions i de tenir una forta relació de dependència amb el vehicle privat, pot haver influït, d'alguna manera, a la seva integració amb la resta de la gent del poble i explicar, en gran part, el poc coneixement de les llengües i de les característiques principals del lloc en el que habiten.

Els marroquins viuen, majoritàriament a pisos i cases del nucli del poble. Molts d'ells viuen també a les Roquetes, barri que pertany al municipi veí, d'Ullà però que forma un continu urbà amb Torroella. En força entrevistes ha sortit el cas de la mesquita. Els entrevistats han estat pròxims al partit d'esquerres del poble⁵⁹, UPM, que ha governat al poble des de les primeres eleccions democràtiques fins a les darreres eleccions municipals i han comentat que una de les principals batalles electorals va ser la construcció d'una mesquita al poble. Convergència i Unió s'hi oposava i es va produir un dur debat al poble entre els que estaven a favor de la mesquita i els que no. La victòria electoral de Convergència i Unió va ser per molt pocs vots i alguns dels simpatitzants a UPM la atribueixen al conflicte de la mesquita, ja que la diferència de vots es va produir sobretot en el barri on es volia construir la mesquita. La construcció d'edificis d'aquestes característiques poden contribuir a què la població es familiaritzi més amb el lloc que habiten i a reduir el possible estrès provocat per les condicions laborals o l'estat de l'habitatge.

⁵⁹ Això és degut a la manca de mitjans i als desavantatges d'utilitzar la bola de neu sense tenir recursos per arribar al punt de saturació.

“...la gent estava com molt cabrejada: conflictes entre veïns, pro-mesquita, o sigui si tu deies que tu no eres anti-mesquita ja te penjaven el cartell de a favor dels marroquins, l'amiga dels moros.”
(Tècnica de l'ajuntament de Torroella)

La relació entre la salut mental i l'estrès provocat per les condicions de l'habitatge són sovint analitzades en els estudis de gènere i de desigualtat social, els quals mostren unes situacions concretes de marginalitat de les dones i algunes minories ètniques en el mercat de l'habitatge. A més, en aquest cas, un entorn social hostil, acompanyat de racisme, vers la població procedent del Marroc pot ser un factor originador d'estrès que no patiria la població procedent del Regne Unit.

Amb el que s'ha observat durant el treball de camp i amb l'anàlisi de les entrevistes es pot entreveure l'existència d'una segmentació ètnica del mercat de l'habitatge i del mercat de treball. Alguns dels marroquins, en acabar l'entrevista, s'han queixat de que tot i que tenen un bon sou no poden trobar un habitatge en condicions perquè són marroquins. Diuen que hi ha hagut casos de no pagament del lloguer i de no tenir el pis en condicions. Aquestes situacions particulars són sovint atribuïdes a la nacionalitat per part dels propietaris i dificulta l'accés al mercat de l'habitatge a la resta de la població de la mateixa procedència.

6.3.2.4. Legislació i condicions laborals

Legislativament, les diferències són enormes. Mentre que el ciutadà britànic és membre de ple dret de la Unió Europea i per tant, compte amb els mateixos drets que una persona d'aquí, l'immigrant procedent del Marroc, i de la gran majoria dels països del món, ha de comptar amb cinc anys

consecutius de renovació del permís de residència per a poder tenir tota la documentació en regla (annex 20).

Caldria posar atenció en la legislació vigent sobre estrangeria i en les condicions laborals de la immigració procedent del Marroc. Perquè una persona procedent del Marroc pugui obtenir la nacionalitat espanyola cal que renovi anualment, durant cinc anys consecutius, el permís de residència (annex 20). Per a renovar el permís de residència anualment cal tenir un contracte laboral vigent, i per a poder tenir un contracte laboral cal un permís de residència ⁶⁰. Si s'aconsegueix superar aquesta paradoxa a partir d'aconseguir un primer contracte laboral, cal que durant els propers cinc anys i sense interrupció es tingui el contracte laboral vigent a l'hora de fer la renovació del permís de residència. Si per exemple una persona es troba en el seu tercer any de renovació del permís de residència però en aquell moment no té un contracte laboral torna a començar el procés partint del primer any de residència. Aquesta situació pot portar a què una persona procedent del Marroc que es trobi treballant al nostre país tingui poder adquisitiu per anar a visitar a la seva família al Marroc però no disposi d'uns dies de vacances per a poder-ho fer. És una situació legal que no es dona en els altres immigrants procedents del Regne Unit i pot ser una de les explicacions de la major ansietat i estrès present en els immigrants procedents del Marroc.

⁶⁰ Cal comentar la importància de la contractació laboral en la situació legal de residència. Sobre les condicions laborals cal destacar que especialment a Torroella la població marroquina ha treballat tradicionalment a l'agricultura però actualment s'està produint una 'substitució' de la mà d'obra que treballa a l'agricultura. Els temporers marroquins estan sent substituïts per senegalesos i gambians sota la justificació de que són més forts físicament per a treballar la terra. Tant la qüestió de l'habitatge com la substitució del mercat de treball es poden atribuir a una jerarquizació 'essencialista' de la societat. S'estan utilitzant els mateixos discursos 'naturalistes' que van servir per a justificar comportaments racistes durant el segle XIX per a 'naturalitzar' les diferents nacionalitats de la població.

“el inmigrante (es refereix a immigrants marroquins) está trabajando todo el año, por qué esta trabajando todo el año? Está trabajando por dos cosas: primero para mantener a su familia y luego para el viaje de Marruecos. Planificar un viaje que claro, trabajar para demostrar a su familia que él está trabajando, está bien, tiene que ahorrar un dinero para el viaje y luego un coche. El coche para él es lo más importante, si baja con un coche ‘de marca’, la familia luego: “¡mira éste, mira ha ido a Europa! ¡mira lo qué ha hecho!.Mejor que aquí “ Porque si se hubiera quedado aquí nunca podrá realizar su sueño y la mayoría trabaja por un sueño: ir a Europa, traer un coche...”

(Mediadora cultural. Baix Empordà)

Comparant els immigrants segons la procedència i analitzant aquestes importants diferències jurídiques és factible plantejar la hipòtesi que el ‘dol’ de l’immigrant és conseqüència d’aquestes situacions legals, laborals i d’habitatge i no tant d’una patologia indissociable del procés migratori. Un altre dels aspectes d’interès que comporta l’estudi de les migracions és la mobilitat espacial i social d’uns mateixos grups de població. La mobilitat espacial sovint va lligada a una mobilitat social. La posició social i el lloc on habitaven en el seu país d’origen els diferents immigrants és sovint diferent a la que ocupen en el país d’arribada. En l’estudi de la posició social que ocupen els migrants en els diferents llocs de residència hi pot haver una de les principals explicacions a la salut d’un determinat grup social. La justificació de determinats estats de salut d’un grup de població culturalment ‘diferent’ s’imposa sovint a les explicacions més socials i estructurals. L’estudi de les situacions econòmiques i socials d’aquests grups de població pot ajudar molt a entendre determinats comportaments inicialment atribuïts a la cultura.

6.3.2.5. Jerarquia en l'escala social

A totes les entrevistes fetes a persones procedents del Marroc hi ha hagut una part inicial per a establir certa complicitat més llarga que a la resta d'entrevistes. Es percebia una certa aquiescència per part dels entrevistats. En qualsevol tema que s'introduïa s'evitava mostrar l'opinió personal i s'evitaven les postures crítiques amb el lloc o la societat 'd'acollida'. Semblava que, inicialment, es volgués evitar donar una imatge de queixa que després, al llarg de l'entrevista, i sobretot quan acabava l'enregistrament, desapareixia per a mostrar una postura més personal vers temes socials que influeixen directament en la vida dels entrevistats com són l'habitatge, la feina o les relacions socials. En aquests casos es quan es notava més la distorsió que provoca ser membre de la societat 'd'acollida'. S'estableix una interacció directa amb l'objecte d'estudi, i les relacions de poder que es mostren a la societat queden paleses també en fer l'entrevista. En aquestes situacions és quan s'ha trobat a faltar parlar 'amazigh' o qualsevol altre llengua que fos més neutra que el castellà, com podria ser l'àrab. En molts moments de l'entrevista, sobretot mentre s'estava enregistrant, els immigrants procedents del Marroc tendien a lloar, en excés, a la societat 'd'acollida'. Aquest excés ha fet que els primers moments de les entrevistes servissin sobretot per a establir confiança i per a suavitzar el màxim possible la relació de poder existent per la llengua utilitzada i per l'entorn social en què es duu a terme l'entrevista. Molts dels marroquins portaven anys vivint a Torroella i apunten certa hostilitat creixent els darrers mesos i anys vers a ells, sobretot arran de l'alarma social creada al voltant del terrorisme. Un exemple de l'aquiescència present en les relacions amb població procedent del Marroc també es destaca per part del metge del Centre d'Assistència Sanitària (CAS) de l'Estartit:

“Un marroquí tu li preguntes “et fa mal?” (ve perquè té dolor al pit, per dir algo, no?), i li dius “et fa mal si t’ho toques?”. Et dirà “Sí”. “Si respires fondo?” et dirà “Sí”, sempre et dirà que sí, en general sempre et diu que sí, a qualsevol cosa. Si respires et fa mal , sí, i si no respires et fa mal, sí, per exemple això és molt típic dels marroquins, sembla que sigui una por de quedar malament no? o bé que si no et diuen que sí, no me’ls creuré o pensaré que no tenen res, no?.

(Galerista. Torroella)

Els britànics van ser un cas totalment diferent al dels marroquins. Encara que també fa anys que molts d’ells vivien aquí, cap dels entrevistats parlava ni català ni castellà. La relació de poder es podria entendre a la inversa ja que totes les entrevistes s’han hagut de fer en anglès. Molts d’ells porten un estil de vida molt semblant al que portaven al Regne Unit. A l’Estartit hi ha botigues de menjar exclusivament anglès; hi ha bars oberts tot l’any en els quals es demanen les begudes en anglès o en els que es poden mirar partits de futbol de la lliga anglesa els dissabtes a la tarda. Una de les principals queixes d’alguns anglesos al país ‘d’acollida’ és el poc coneixement de l’anglès i és una dels punts que destaquen com a més negatius del sistema sanitari català. Molts d’ells porten entre vint i trenta anys vivint a Torroella de Montgrí o a altres municipis de la Costa Brava.

“Penso que moltes vegades ens en oblidem, sempre parlem dels immigrants no comunitaris en canvi tenim tota una vessant d’immigrants comunitaris que la seva integració és zero sobre zero. Perquè si han d’anar al metge van amb un traductor, si han d’anar a comprar al súper... : Mira un cas clar és, en el súper que hi ha a l’Estartit, el Valvi, hi ha una sèrie de productes que no els trobes en els altres supermercats, perquè estan adaptats al tipus de consum que fan en aquestes comunitats.”

(Tècnica de l’ajuntament de Torroella)

6.3.3. Cultura i salut

La cultura té un paper principal en la majoria d'estudis sobre immigració i salut. En la majoria d'estudis es posa l'èmfasi en la diferència cultural i en els factors culturals que condicionen el comportament respecte la salut. Un dels principals 'conflictes' culturals que han aparegut en l'anàlisi qualitativa i que han apuntat tant el director com l'infermera⁶¹ de l'ABS és el Ramadà. Aquest tema es tracta com una de les diferències culturals més marcades entre els immigrants i els 'autòctons' i un dels principals problemes sanitaris per a seguir els tractaments durant el mes que dura el Ramadà. Les preguntes que es poden obrir un cop vista aquesta preocupació són: Tots els immigrants són musulmans i viuen la religió de la mateixa manera? Fer el Ramadà significa deixar de prendre la medicació durant les hores de llum per a tots els fidels?

"Mira una cosa, siempre cuando hablamos de Marruecos olvidamos a un colectivo muy importante en Marruecos que son los Judíos. Olvidamos bastante porque Marruecos no es todo, el Islam es verdad, la constitución está basada en el Islam pero olvidamos que hay un colectivo muy importante..."

(Mediadora cultural. Baix Empordà)

A banda d'aquestes preguntes que es plantegen vers la població immigrada que pot arribar a seguir el Ramadà, es poden obrir altres interrogants més relacionats amb una visió menys etnocèntrica. Quina diferència hi ha entre l'alteració en els horaris del àpats que pot patir un diabètic tipus II, per exemple, que segueixi el Ramadà i una persona amb la mateixa patologia durant les celebracions nadalenques? Per què una es pot

⁶¹ La infermera és membre del grup per a la immigració que està format per representants de les quatre ABS que conformen el Consorci Assistencial del Baix Empordà. Es reuneixen un cop al mes i comparteixen serveis com la mediadora cultural. Es va crear ara fa quatre anys per què "realment hi havia una necessitat de fer una atenció especial en aquesta gent ¿no?" (Infermera CAP).

arribar a veure com un conflicte cultural i l'altre com tant sols uns dies de 'descontrol' en les concentracions de glucosa en sang?

Una altra de les característiques 'culturals' apuntades per una infermera en una entrevista com a tret 'cultural' característic és el vel. Malgrat que sigui força difícil trobar una explicació lògica del per què s'introdueix el tema del vel en una entrevista sobre immigració i salut, el fet de que aparegui a l'entrevista pot ajudar a analitzar el discurs sobre la immigració i la salut dins d'un context social determinat. El treball de camp es va realitzar durant el debat obert pel govern francès de prohibir els símbols religiosos a les escoles, i l'actualitat mediàtica del tema podria haver influït en què sortís el tema durant l'entrevista. Per altra banda, la tècnica de la regidoria de serveis socials de l'ajuntament de Torroella de Montgrí i l'Estartit ha comentat, després d'acabar l'enregistrament sonor, com moltes de les dones de procedència marroquina que vivien al municipi fa quinze anys no portaven el vel i anaven amb texans. Des de fa uns anys ençà, però, han començat a portar les túniques i el vel, en part, degut al major rebuig social que hi ha vers a la població de procedència marroquí per part de la població en general. La manera de vestir, doncs, es convertiria en una forma de reivindicació identitària en front d'un rebuig creixent per part de la població.

“¿Per què les dones es tapen els cabells? No perquè el vent...el cabell és un... és una atracció cultural, per ells. Llavors es tapen els cabells perquè l'altre home no em vegi el cabell, i només m'ho trec a casa perquè el meu home... I si no estàs molt enterat, molt a dintre de la seva cultura, costa molt d'entendre. Els propis companys d'aquí... costa molt d'entendre. O la societat del carrer. Dius “¿Per què s'ha de posar un mocador aquesta nena, pobreta, amb la calor que fa?” S'anaven incorporant a la nostra manera de fer. Bueno, la cultura igual en el fons ells la tenien però bueno, la dona es posava els pantalons, es treia el mocador i tal, i semblava com si de cop i volta arribés algú i digués “Ep!” i tornés a posar ordres. ...a posar ordre de dir “ei, que us esteu desmadrant, aquí hem de tornar a lo que...”. I ens va dir que... ens va

parlar...Jo diria que va dir que sí ¿eh? Ens va parlar que hi havia algun cap d'aquests ¿com es diuen? Els imams.”
(Infermera CAP Torroella)

A partir de les observacions fetes durant el treball de camp es podria concloure que, en tot cas, les possibles diferències culturals entre població de diferents procedències no haurien de ser analitzades com a un conflicte cultural. Fora interessant aprofitar les diferències ‘culturals’ com a element d'autoreflexió i autocrítica sobre els nostres serveis sanitaris i sobre el conjunt de la pràctica biomèdica per a poder millorar així l'assistència a la població. L'assistència al domicili en comptes de als hospitals, potenciar l'autonomia i l'autogestió de la població en el tractament triat o l'eutanàsia podrien ser temes que es qüestionessin i es valoressin a partir d'observar diferències ‘culturals’ en el comportament respecte la salut. La discussió present en els estudis sobre immigració, entre integració i assimilació, es podria portar també al camp de la salut i de la biomedicina.

6.3.3.1. Models de salut

Darrera d'una concepció de salut, del que un individu entén per salut, hi poden haver una multiplicitat de variables i factors condicionants. L'estudi i l'anàlisi de les diferents concepcions individuals i col·lectives sobre la salut és, sovint, un pas indispensable per a poder descriure, entendre i classificar els diferents comportaments respecte la salut i poder dissenyar polítiques sanitàries eficients, igualitàries i justes. Les diferents concepcions de salut són sovint estudiades per l'Antropologia de la Salut i es solen atribuir a les diferències culturals. A continuació s'analitzaran diferents aspectes relacionats amb les concepcions de salut que s'han identificat al llarg del treball de camp entre la població de les tres procedències estudiades.

De l'anàlisi de les entrevistes realitzades s'extreu que la concepció de la salut no indica que existeixin diferències significatives segons la procedència dels entrevistats. Malgrat que en estudis sobre migracions i salut, i en força de les entrevistes realitzades, s'han atribuït diferències en el comportament a la cultura dels immigrants, sobretot en el cas dels de procedència marroquina, dels resultats obtinguts sobre la concepció de salut en el present treball no s'arriba a la mateixa conclusió. En la gran majoria d'entrevistes, independentment de la procedència, s'ha associat directament la salut als estils de vida i a les patologies diagnosticades. És a dir, en la majoria de casos, trobem una concepció biomèdica de la salut, independentment de la procedència de la persona entrevistada. Aquesta afirmació, si es generalitza, porta a la hipòtesi de treball plantejada: el comportament respecte la salut respon a una concepció biomèdica. El model biomèdic ja està estès per tot el món i les diferències culturals en el comportament respecte la salut ocupen el mateix àmbit de comportament. Hi ha una part del model biomèdic que queda cobert per les tradicions culturals d'un lloc determinat⁶². Una altra cosa que s'extreu de les entrevistes és que segurament no hi ha patrons culturals en el comportament respecte la salut. L'àmbit de comportament respecte la salut i que fa referència a la cultura està més influenciat per la tradició familiar i pel nivell socioeconòmic del seu entorn que no pas per uns patrons culturals associats a la nacionalitat. Si bé és cert que les tradicions familiars interactuen constantment amb la cultura en què es troben, el que s'apunta és que es probable trobar més similituds en la concepció de salut entre famílies de diferents cultures, que no pas entre famílies d'una mateixa cultura.

⁶² El model biomèdic és el mateix però potser en un entorn cultural determinat, en comptes de donar camamilla per a combatre un procés gripal es donarà llet amb mel o algun altre remei o pràctica tradicional.

“...té molt que veure amb la... tradició familiar. O sigui, si a casa seva hi havia una àvia, hi havia una mare, que els havia ajudat... ajudat des de petits, a cuidar-se, a ser autònoms, a dir ‘mira, quan tinguis mal de ventre, fes-te marialluisa, si vas restret, fes servir això i això, si tens mal de coll, doncs fas... gàrgares, si...’ Si hi havia una tradició familiar d’autonomia, siguin de la classe social que siguin, de la cultura que siguin o de l’edat que siguin...”
(Homeòpata. Torroella)

Totes les respostes donades, independentment de la procedència, l’edat o el sexe, relacionades amb el concepte de salut estaven basades en una concepció biomèdica de la salut⁶³. L’èmfasi dels estils de vida com a factors determinants en la salut dels individus és un dels principals postulats de la medicina. Es a dir, el fer esport, el fumar, el beure i tots els hàbits, teòricament individuals, que tingui la població són els responsables de la gran majoria de les patologies diagnosticades pels professionals mèdics. Aquests estils de vida són concebuts com a responsabilitat individual. Fer esport, fumar, beure o engreixar-se serien, així, conductes de lliure elecció. De la mateixa manera, a l’hora de parlar de salut, una de les respostes més recurrents ha estat parlar de les patologies diagnosticades per un professional mèdic. No només no es parlava de dolences no diagnosticades, definint així salut a partir de malaltia, sinó que no s’apuntava a una concepció de salut que anés més enllà de l’estrictament biomèdica.

*“¿Que haces cada día para tu salud?”
Para medicación y eso...no hago nada. No tomo nada.
(Home major 65a. Marroc)*

⁶³ Caldria incorporar altres variables en l’anàlisi per a poder confirmar un predomini de la biomedicina. Aquestes variables serien la classe social tant en el país d’origen com en el de destinació, la situació familiar, el nombre de fills, la situació laboral o la cohabitació són alguns dels exemples de variables que poden influir tant en el concepte de salut com en el comportament respecte la salut, que s’han controlat a posteriori en el present treball i que poden ser importants en la concepció de salut.

“¿Que actividades diarias haces para tu salud?”

La principal es el trabajo. Voy al trabajo, miro de comer bien, lo más saludable...Hago de pintor y para mi salud ya va bien...no es un trabajo de oficina. Crees que estas sano? En general sí pero tengo la alergia. Pero del resto estoy bien. Voy a hacer las pruebas...

(Home 30–65a. Marroc)

“...menjo bé, estic deixant de fumar. Em penso que ho faig per la meva salut i intento fer esport. Això també té a veure amb la salut de cuidar-me. Més que res mantenir-me en forma, estic deixant de fumar, i menjar bé. És una cosa que sempre he fet.”

(Dona 18–29a. Torroella)

“Creus que esta sana?”

Sí, saníssima. Jo penso que estar sa és no anar al metge. Jo no vaig mai al metge...Aleshores sí, estic sana. A més, tinc l’esperança que quan tingui alguna cosa no hi estigui a temps i me’n vagi. Em fan por els metges. No me’n fio dels metges.”

(Dona 35–65a. Torroella)

“what you do at every at your everyday life for your health?”

Nothing much..(laugh)...just whatch what I eat...emm...make sure that I’m getting enough exercise...that’s it basically. I don’t really go to a gym (and then) for that. I make sure that I am eating properly...at regular times and...not too much fat things and...that I got a fair exercise daily.”

(Dona 18–29a. Regne Unit)

“what do you do at your everyday life for your health?”

For my health, very little I suppose. I’ve tried to do jogging, but not well. Because I have emphysema I can not go walks. So I try to keep acting more than fit, acting by gardening, cutting wood and that sort of things. I should do some more exercises. I try not to sit down too much.”

(Home major 65a. Regne Unit)

Com es pot observar, a les entrevistes ha estat habitual, quan es plantejava el tema de la salut, iniciar el discurs a partir dels fàrmacs que es prenia l’entrevistat o de les patologies, totes diagnosticades pel professional mèdic, que patia o havia patit al llarg de la seva vida. Aquesta concepció biomèdica

de la salut ha estat la comuna en totes les entrevistes independentment de la procedència de l'entrevistat. L'hegemonia del paradigma biomèdic per a explicar els models de salut i malaltia va sorgir amb el naixement de la medicina moderna a finals del segle XVIII, i amb l'expansió colonial europea dels segles XIX i XX es va exportar per tot el món (Foucault 1999).

L'anàlisi de les entrevistes porta a pensar que les diferències en la concepció de salut i en el comportament respecte la salut no responen tant a patrons culturals definits com a situacions estructurals concretes, a patrons familiars determinats i a la situació socioeconòmica de la persona entrevistada. Les diferències en l'expressió de les malalties psicosomàtiques o en els models de salut i malaltia s'explicarien, pels grups estudiats, per situacions estructurals i socio-econòmiques i no per patrons culturals concrets. El model biomèdic és comú en totes les persones entrevistades i les diferències segons la procedència no són majors que la diferència present entre individus que no han migrat. Dins d'un model biomèdic, les petites diferències en la concepció de salut i en el comportament respecte la salut que s'observen entre persones del nostre entorn no difereixen de les que presenten individus de diferent procedència cultural. Per exemplificar la hegemonia planetària de la biomedicina es mostren fragments d'una entrevista realitzada a una dona que feia dos mesos havia tornat d'un viatge d'un any i mig al voltant del món.

“Per exemple, a mi sempre m’ha sorprès molt en aquests països del sud, entre cometes, la importància que donen als medicaments que venen de fora. Es fotrien qualsevol cosa que els hi donessis. Sobretot la gent gran, que té concepcions més naturals de la salut i que saben més remeis. I en canvi arriba un tio amb una farmaciola i els hi dóna un antibiòtic i se’l foten, encara que no tinguin res. I és una cosa que no he entès mai. Si és una cosa que nosaltres hem importat i que en aquests països sempre em demanen

medicaments la gent. Jo no en porto de medicaments, però vagis on vagis et pregunten: no en porten pas de medicaments?”

(Dona 18–29a. Torroella)

“perquè veig que hi ha molta més dependència dels metges que segurament no hi havia, vull dir que s’ha universalitzat molt això. I que també, encara que sigui a l’Àfrica, veus cues, de gent que va al metge i que busquen medicaments.”

(Dona 18–29a. Torroella)

De les 30 entrevistes realitzades, tant sols en una ocasió s’ha apuntat una concepció de salut diferent a la biomèdica. La definició de la Dra. Maria Lloberes, homeòpata, “salut és llibertat”, és la concepció de salut més allunyada del model biomèdic que s’ha observat en el treball de camp. La biomedicina o la clínica de Foucault es caracteritzen per tractar les malalties indistintament del portador. El que està present és la malaltia en el cos del malalt, apropiant-se així del propi cos i convertir-se en una veritat per si mateixa (Foucault 1999).

“Per mi, salut és llibertat. És un estat de... de llibertat, de llibertat a nivell intel·lectual, a nivell emocional i a nivell físic Igual que quan tu tens una pneumònia, no ets lliure d’anar al carrer, d’anar a treballar, de fer esport... És una... és una manca de llibertat. En el moment que tens una neurosis, tampoc no ets lliure; en el moment que tens un alzheimer, tampoc ets lliure. Llavors és una manca de llibertat, eh?. Alguna de les teves facultats està minvada i llavors perds llibertat. Jo he visitat gent... paraplàgics, sans, lliures, diguéssim. S’han alliberat de la seva limitació. Llavors amb el que els queda són lliures; per tant són gent sana. O bé pots tenir una persona amb una grip molt malalta, súper malalta, súper depenent, súper angoixada pel seu trastorn... no té cap autonomia, cap; llavors això és una persona greument malalta.”

(Homeòpata. Torroella)

En la concepció biomèdica de la salut i la malaltia existeix una contradicció inherent en els discursos. Quan es parla de salut, es parla de malaltia. En cap

moment es diu explícitament a les entrevistes el que és salut o saludable per a un mateix o per a la comunitat, sinó que es parla de la presència de malaltia donant a entendre que salut és tot allò que no sigui malaltia. Lògicament, l'atribució de què és malaltia i del que no ho és ve determinat per la biomedicina, per la diagnosi clínica i pel tractament farmacològic. Aquest tipus de discurs és el comú en totes les entrevistes realitzades. Això porta a reflexionar sobre la construcció d'aquests discursos, sobre les pràctiques comercials i sobre els poders fàctics que hi ha darrera la biomedicina. En dues de les entrevistes realitzades van aparèixer dos apunts sobre el poder de la biomedicina:

“Què no li agrada de la medicina actual?

Una de les coses que trobo de la medicina és que no acabi d'haver-hi una investigació suficientment clara. A mi em dóna la sensació que hi ha interessos. Hi ha masses interessos al voltant de la medicina i possiblement *enfermetats* que podrien ser curades, no s'arriba a fer per interessos econòmics.”

(Home 30-65a. Torroella)

“Què en pensa de la medicina ?

Que hi ha una quantitat de gent que es fa rica, clar, això no hi ha dret. Això no hi ha dret. Això és un robo a mano armada, contra la salut dels altres, cuidado. Perquè, clar, després sempre et preguntes lo mateix és que ara s'ha detectat aquest problema, aquesta malaltia. I després hi ha aquesta altra... Llavors hi eren o no hi eren?”

(Home major 65a. Torroella)

Molts autors, com I. Illich o V. Navarro, han criticat l'hegemonia imposada a partir de la pràctica mèdica de la biomedicina arreu del planeta. De fet, el sistema sanitari estatal marroquí i el britànic són, com l'espanyol i la gran majoria dels sistemes sanitaris públics del món, sistemes biomèdics.

Conceptualment responen a una lògica de construcció d'infraestructures sanitàries (hospitals, centres de salut, assistència, etc.) i al tractament eminentment farmacològic i quirúrgic de les patologies. Les diferències entre els dos sistemes sanitaris, que en part expliquen les diferències en el comportament respecte la salut dels marroquins i dels britànics com veurem més endavant, es troben en els recursos disponibles i en el funcionament dels centres. Les diferències s'expliquen per raons estructurals però no per concepcions diferents de salut.

Les crítiques a les explicacions culturals dels models de salut i malaltia estan, bàsicament, centrades en l'excessiva subjectivitat, simplificació i connotacions que comporta atribuir la salut a uns patrons culturals determinats. Com hem vist, l'èmfasi en els estudis recents sobre immigració i salut quasi sempre es posa en la diferència cultural. Una de les principals dificultats que planteja fer un treball d'aquestes característiques és establir uns patrons culturals comuns per a un grup de població determinat. A banda que és realment difícil de dir què és un estil de vida, i unes condicions de vida, saludables per a tota una població. Però, a partir de les entrevistes realitzades, no s'observen uns patrons culturals diferenciats segons la procedència. Com ja s'ha apuntat, el model biomèdic és el comú en tots els entrevistats i les diferències culturals observades responen més a característiques individuals, a reflexions personals, que no pas a patrons estàndards per a una mateixa procedència. Les tradicions familiars, el nivell socioeconòmic i el nivell de formació s'apunten com a variables més determinants a l'hora d'observar diferències en la concepció de salut que no pas la procedència, i serien les variables que farien diferent l'àmbit de

comportament explicat per la 'cultura' en el model biomèdic de salut i malaltia.

La complexitat a l'hora de definir una cultura segons la procedència augmenta al tenir estats plurilingües o amb més d'una nacionalitat històrica. Al Marroc hi trobem la 'cultura' àrab i la berber del nord, centre i sud de l'Atlas. Els berber parlen una llengua pròpia, amb diferents dialectes, que és l'amazigh. Igualment, l'àrab parlat al Marroc també difereix molt del parlat a altres països del nord d'Àfrica o de l'Orient Mitjà. Les relacions entre els mateixos marroquins no són tampoc igualitàries. En el treball de camp s'han apuntat actituds i comentaris hostils dels berber del Rif vers els berber de la zona de Ouarzazat, al sud del Marroc. També s'observen diferències entre les zones del Marroc que van estar sota influència francesa, la zona occidental i sud del país, i les que van estar sota influència espanyola, el Rif i el nord del país. La segona llengua en aquestes regions és el francès o l'espanyol respectivament, i també s'observen diferents destinacions migratòries segons la zona del Marroc d'on siguin els migrants. A Bèlgica, Holanda i França es troben més marroquins de la zona francesa i a l'estat Espanyol més població procedent del nord del país (Rif, Tànger, Larachi, etc.).

La complexitat que trobem dins l'estat marroquí és semblant a la que trobem al Regne Unit, amb Anglaterra, Gales, Escòcia i Irlanda del Nord o a la que trobem a l'estat espanyol amb els gallecs, bascos, catalans i castellans. La complexitat, però, encara s'accentua més si pensem en els trets culturals de cada un d'aquests països. Què vol dir ser català, basc, rifeny, escocès o anglès? Quines característiques ha de tenir un individu per a ser considerat català, marroquí o berber? Aquestes són preguntes molt complexes que no són objectiu principal d'aquesta recerca però que han de ser plantejades per a

abordar el tema de la 'multiculturalitat' i de la cerca de patrons culturals en el comportament respecte la salut. Si no es reflexiona sobre aquests conceptes és pot caure en l'error de molts estudis 'multiculturals', de donar-los per entesos i fer estudis i presumpcions partint d'una visió simplista i homogènia de la salut. Per què tots els immigrants procedents de països àrabs han de ser musulmans ortodoxos? Per què no es tracta a tots els espanyols com a catòlics devots i practicants, o als anglesos com a anglicans o evangelistes? Aquesta és una de les crítiques que darrerament s'han fet al 'multiculturalisme'. Cercant la diferència i el pluralisme, hi ha certa tendència a caure en una simplificació i en una classificació estàtica, hermètica i estereotípica de les 'cultures' i de la pertinença dels individus que en teoria les componen.

Si acceptem que la llengua és una de les característiques bàsiques de la identitat cultural, i ens fixem en el mapa que es presenta sobre la diversitat lingüística al Marroc (annex 21), amb molts matisos, podríem dir, per tant, que l'annex 19 mostra la diversitat cultural del Marroc. Encara que tant la idea de cultura com la de la salut són molt complexes, alguns autors apunten com a la majoria de cultures s'entén la salut com una situació d'harmonia completa (Duch 1999). En la present tesi, a més, s'apunta a la biomedicina com un altre tret característic de la concepció de salut i del comportament respecte a la salut a la majoria de societats del món. Amb totes les implicacions econòmiques, polítiques i socials que comporta l'adquisició de la biomedicina com a model de salut i malaltia.

En resum, els resultats de l'anàlisi qualitativa concorden amb els plantejaments estructuralistes. Hi hauria una concepció generalitzada entre les persones que relacionaria la salut amb la biomedicina sense pensar en les

condicions de vida com a determinants de la salut. Es podria parlar de la presència de la mateixa concepció de salut biomèdica doncs de la mateixa concepció de salut, però les diferències entre l'estat de salut de la població i el seu comportament s'explicarien per raons estructurals i no per diferències culturals ja que la biomedicina seria el paradigma que explicaria la salut i la malaltia per a la població de les tres procedències.

6.3.3.2. El caràcter alienant de la biomedicina

Una de les bases ideològiques d'aquesta recerca és contribuir a restar poder alienant a la biomedicina. Augmentar el coneixement de la població sobre la seva salut i sobre com cercar les diferents teràpies en el cas de malaltia. En definitiva, fer augmentar la percepció col·lectiva de propietat de la salut d'un mateix i de la capacitat d'autocuració, com s'apunta en una sola de les entrevistes realitzades:

“jo penso que tinc algun problema, la meua teoria és d'anar al metge i que em digui que tinc. Després lo que s'ha de fer ho haig de decidir-ho jo. Si jo no hi estic d'acord ja em poden receptar o em poden dir, això s'ha de treure. Sí, s'ha de treure si jo hi estic d'acord, però jo vull triar la meua manera de viure el resto que em quedi.”

(Dona 30-65a. Torroella)

Una de les característiques de la biomedicina que al mateix temps és un dels factors que li dona més poder, és l'atribució de la curació de la malaltia a l'avanç científic i tecnològic. Sovint es responsabilitza al propi pacient de la seva pròpia malaltia, per exemple per no portar un estil de vida adequat, però en comptes d'atribuir la curació a la pròpia persona, al seu cos, a la seva ment i a la seva decisió d'anar a cercar 'assessorament' en un professional mèdic, sovint s'atribueix el mèrit de la curació, inclòs pel propi pacient, a la

biomedicina i a l'avenç científic. El fet d'estudiar el comportament de la població abans d'arribar a un centre sanitari oficial és una manera d'intentar veure quins factors contribueixen a una major autogestió de la salut per part de la població (Illich 1975).

Estudiar gent de diferent procedència cultural i de diferent classe social pot ajudar a identificar factors clau que amplii la concepció de salut més enllà del discurs biomèdic. En aquest apartat no es pretén fer una crítica frontal a la biomedicina. Només es vol començar a reflexionar sobre els poders econòmics i polítics que es troben darrera de la investigació i de la pràctica biomèdica. El discurs biomèdic, sovint, no es pot entendre sense contextualitzar la recerca, les teràpies i els comportaments de la població dins d'un marc més ampli d'interessos comercials i polítics, i dins d'unes relacions de poder a diferents nivells. Des del nivell global de relacions entre països, entre companyies farmacèutiques, fins a la relació quotidiana entre els professionals, els visitadors mèdics i els pacients. Sovint la lògica subjacent a la recerca en biomedicina només es pot entendre a partir d'una lògica estrictament comercial.

Les crítiques a la biomedicina com a poder fàctic que influeix sobre la concepció de la salut dels individus i sobre el comportament respecte la salut ha estat especialment rellevant des de fa trenta anys. Illich defineix el rol social del metges com a sacerdots, mags i agents de l'ordre públic establert. Tanmateix apunta com el monopoli mèdic i paramèdic sobre la metodologia i la tecnologia de la higiene és un exemple de l'ús públic indegut que es fa dels avenços científics en profit de la indústria farmacèutica i no de l'ésser humà (Illich 1975). Kearns, en el seu plantejament teòric sobre la Geografia de la Salut, també apunta que s'ha de ser prudent a l'hora d'interpretar els factors que porten a la salut i la malaltia segons la ciència biomèdica, ja que sovint es

tendeix a ignorar els factors estructurals per a posar tot l'èmfasi en els individuals (Kearns 1993, Kearns 1995). Les condicions laborals, la contaminació i l'accés a l'habitatge, factors que durant l'higienisme es consideraven claus per a la salut d'una població, han deixat el protagonisme de la salut al consum mèdic, a la indústria farmacèutica i als estils de vida individuals. El control de la biomedicina sobre la vida íntima de la població (dietes, pràctica esportiva, vida sexual, etc.) ha anat acompanyat d'un major poder dels professionals mèdics, en tenir més autoritat per a diagnosticar malalties i prescriure tractaments. Aquests canvis d'atenció cap a la salut individual en detriment de la salut pública no són exclusius dels països rics. En els països pobres no hi pot haver una gran dependència respecte dels professionals per manca de recursos i serveis. No obstant, la població tendeix a fer un ús igual o superior de fàrmacs que poden adquirir a les múltiples tendes i farmàcies dels pobles o ciutats (Illich 1975). Aquest tipus de comportament és el que es va observar durant l'estada a Nador i pot ser un dels factors explicatius del diferent comportament respecte la salut dels immigrants procedents de països pobres i que sovint es justifica per la diferència cultural. En els països pobres, davant la manca de recursos econòmics i de personal sanitari, les actuacions respecte la salut i la malaltia es duen a terme, en gran part, dins del nucli domèstic.

S'ha apuntat com el poder de la biomedicina també es deixa veure en els països pobres a partir de la proliferació de farmàcies i d'altres punts de venda de medicaments. La manca d'estructura sanitària estatal i la manca de recursos de la població en poden ser les explicacions, però el que mostra l'expansió dels fàrmacs per aquests països és la presència de la biomedicina com a paradigma majoritari de la salut i la malaltia. La manca de recursos,

però, també pot ser una manera d'augmentar l'avidesa i la consciència d'autogestió de la població. En el treball de camp s'ha pogut veure com la població marroquina contempla més opcions a banda dels serveis sanitaris. Solen buscar recursos a més llocs a banda dels serveis sanitaris del municipi i molts d'ells mostren un coneixement força ampli dels productes farmacèutics. A partir de les reflexions fetes durant la recerca es proposen tres tipus d'alienació respecte la biomedicina segons el nivell socioeconòmic i formatiu de la població: 1) La població socioeconòmicament més pobre es veu forçada a una autogestió de la salut per manca de recursos. En aquest cas, la major autonomia vers la biomedicina no es pot atribuir tant a una postura ideològica sinó a una forma més de supervivència. 2) El segon grup seria el format per les classes socioeconòmicament baixes i mitges dels països rics. Són individus que tenen accés a un servei biomèdic fàcilment i amb un nivell formatiu mitjà o baix. En aquest grup de població l'alienació, la dependència vers la biomedicina, seria la més alta dels tres grups. 3) El darrer grup, les classes socioeconòmicament i educativament altes tant dels països rics com pobres, és on la població té un major grau d'autonomia gràcies al major poder adquisitiu i al grau de formació. És el grup de població on les teràpies alternatives, o complementàries, estan més esteses. En aquest cas, la major autonomia seria una tria voluntària i ideològica i no una necessitat imposada per factors estructurals.

“A la meva família es practica molt la homeopatia, perquè són gent que han anat a Barcelona a viure, són gent més urbana, tenen més estudis: una és farmacèutica, l'altre és advocat. Han introduït coses de homeopatia.”
(Dona 18-29a. Torroella)

Com ja s'ha apuntat, en un estudi sobre migracions no només cal tenir en compte els moviments espacials de la població sinó també els socials. Per

tant, a la present recerca, cal tenir en compte la classe social dels britànics i dels marroquins en els seus països de procedència per a poder comprendre millor el seu comportament respecte la salut. La majoria de marroquins entrevistats provenen d'una classe mitjana i mitjana-alta del Marroc. Tres dels sis entrevistats tenen carrera universitària i el seu discurs sobre la salut, així com el seu comportament, era més crític, analític i divers que en el cas dels britànics. La majoria dels immigrants de la Gran Bretanya procedeixen de les zones industrials del nord d'Anglaterra (middles). Molts són jubilats que treballaven a la metal·lúrgia i altres indústries pesades, i es van quedar sense feina amb les reconversions industrials dels anys 80 i 90. La majoria no tenen formació superior i el seu comportament respecte la salut s'emmarca exclusivament dins de la biomedicina.

6.3.3.3. Comportaments respecte la salut

Els models solen estudiar tots els passos que fa una persona abans d'arribar a un servei sanitari. Aquest comportament és el que s'ha provat d'analitzar amb les dades qualitatives de la present recerca. Els models de comportament en salut ofereixen una varietat de factors que es divideixen en categories i permeten establir correlacions entre la predicció del comportament i les actuacions terapèutiques que cal dur a terme. Els models de comportament provenen d'identificar els factors que més influeixen en un determinat comportament. Aquests factors, però, no poden ser analitzats fora del context on tenen lloc⁶⁴. En la part qualitativa d'aquesta recerca es vol fer una primera aproximació als diferents àmbits del comportament i provar de veure el pes relatiu que té cada un d'ells en la concepció de salut i en cada

⁶⁴ Per exemple, hi ha autors com Sauerborn que mostren les diferents percepcions de malaltia segons siguin les condicions climàtiques (Hausmann, Muela et al. 2003).

comportament determinat. Tenint sempre present, però, que els diferents comportaments no poden ser entesos a partir de factors aïllats, sinó tenint en compte el context de l'acció (Hausmann, Muela et al. 2003).

Una de les idees centrals dels models de comportament és que la persona actua segons uns patrons de comportament predefinits. No actuen aleatòriament ni en la primera decisió terapèutica ni quan canvien d'opció. Sovint els models parteixen de la presumpció que els individus sempre actuen racionalment, intentant maximitzar els beneficis de qualsevol decisió. Aquesta és una visió molt utilitarista que no es correspon necessàriament amb la realitat. Els aspectes emocionals i el comportament no racional són molt importants per a entendre el comportament respecte la salut, però sovint no es consideren en els diferents models. Les decisions respecte la salut són també manifestacions de les relacions de poder, dels interessos i dels conflictes que acompanyen a l'àmbit de la salut. Moltes de les accions tenen un contingut simbòlic i gran part del comportament està determinat per les condicions econòmiques i polítiques (Hausmann, Muela et al. 2003).

Una de les raons importants per a la tria de l'àmbit rural com a marc de recerca ha estat la menor presència de serveis sanitaris i la menor oferta de teràpies alternatives. La tria d'una teràpia alternativa o d'un altre tipus d'assistència o tractament seria llavors una decisió més ferma i conscient que no pas en un àmbit urbà, on la possibilitat de provar altres camins està més a l'abast. El que s'ha observat en el treball de camp és que tot i la menor disponibilitat de vehicle privat per part de la població procedent del Marroc, el desplaçament per motius de salut és major que en el cas dels immigrants procedents del Regne Unit. Hi ha més d'un cas de família marroquina que porta els fills al dermatòleg i a l'oftalmòleg a Girona mentre que els

comportaments reportats per els britànics és limiten als centres d'assistència de l'Estartit i Torroella (aquesta anàlisi és només d'àmbit comarcal, i ja hem vist que segurament hi ha casos d'assistència sanitària transnacional en la població procedent del Regne Unit)

6.3.3.4. Gènere i salut

El nucli domèstic també té una importància crucial en el comportament respecte la salut en els països rics. Alguns autors mostren com el 90% dels tractaments s'inicien a dins del nucli domèstic i es basen en remeis casolans i en fàrmacs obtinguts a la farmàcia. És en aquestes actuacions domèstiques on s'han pogut observar algunes diferències culturals en el comportament de la població (remeis casolans, consells, etc.). Ara bé, s'hauria d'estudiar si els remeis casolans aplicats tenen un base cultural comuna per a població d'una mateixa procedència o, pel contrari, es poden trobar les mateixes pràctiques en immigrants de diferents procedències i els diferents tractaments s'explicarien per altres raons com la classe social, el nivell de formació o la tradició familiar (Hausmann, Muela et al. 2003).

Un aspecte en els que no s'ha observat diferències segons la procedència és en el rol de les dones en el nucli familiar. En totes les procedències, i sobretot per als grups d'edat més grans, quan es tractava d'una parella compartint una mateixa unitat domèstica, era la dona la que assumia la cura d'algun membre de la família malalt. Ha estat una tònica dominant i només intervenia, de vegades, algun altre membre del nucli domèstic en la cura d'algú o altre quan la dona era la que estava malalta. La diferència entre gèneres referent a la salut és destacada pel director de l'ABS:

“... hi ha excepcions, però la percepció de la dona de la malaltia, jo crec que és molt més important que la de l’home. I... amb la consulta diària...et demana la consulta l’home però qui parla és la dona, i diu: ‘és que el meu marit té això...’, ‘oh, és que la pròstata...’. Bueno, és ell qui té la pròstata, no? Vull dir que,... que a vegades la dona et ve sola... amb el seu problema, però l’home que vingui sol no és tant freqüent, no? Sempre ve amb la parella tot i que ve per ell, però ve amb la dona”

(Director ABS Torroella)

El gènere ha estat una de les variables més homogènies entre les procedències estudiades. En totes elles, la dona assumeix la tasca de cuidar a la resta de la família quan algun membre es posa malalt. És la que dona el primer suport i la que sovint s’encarrega de comprar els fàrmacs i els tractaments per a la resta dels membres de la família. La dona també s’encarrega sovint de demanar consell a membres pròxims sobre l’estat de salut d’algun membre de la família i és la que porta el control de les visites al metge, o a qualsevol altre professional, de tots els membres de la família.

“jo normalment veig que les mares continuen portant la majoria dels nens a la consulta. De pares n’hi ha alguns i si... si els homes assumeixen el rol, ho fan molt bé. Són molt bons pares. O sigui, els pares que venen, els pares que truquen, són molt bons pares, però normalment són les mares, són les mares.”

(Homeòpata. Torroella)

“Quan et trobes malament què fas ?

Li dic a la meva mare. Mare, em trobo malament. I em diu : què et passa ? I li dic: em fa mal aquí, aquí i aquí i em diu: has d’anar a l’ambulatori i vaig a l’ambulatori.”

(Home 18–29a. Torroella)

Les tasques diferenciades segons el gènere mostrades a les citacions són majoritàriament comunes per a totes les procedències i per a tots els grups d’edat. Els estudis sobre gènere i comportament respecte la salut han estat

bàsicament centrats en les desigualtats en l'accés als serveis sanitaris entre homes i dones, i en el diferent tracte rebut per les dones per part del personal sanitari en comparació amb els homes. L'accés als diners comparat amb els homes, a molts països, és inferior per a les dones però són necessaris per a pagar els fàrmacs. Molts estudis mostren la paradoxa que mentre les dones acostumen a ser les primeres a percebre una malaltia en els seus fills, normalment no poden actuar tal i com ho ferien per la dependència de l'home que és qui controla els diners (Hausmann, Muela et al. 2003).

Mentre que la majoria dels estudis sobre gènere se centren en estudiar com les diferències de gènere afecten a la salut de les dones, alguns investigadors han centrat la seva atenció a la situació dels homes. En ells es mostra com els homes no sols tenen majors riscos laborals que les dones, sinó com certes pràctiques de risc estan socialment valorades com a mostra de virilitat. No mostrar les emocions respecte la por, la malaltia, la debilitat o el dolor són atributs virils presents en totes les procedències i és una de les característiques de gènere importants a l'hora de tractar temes relacionats amb la salut. Els estudis de gènere, en definitiva, parteixen de la idea que el comportament respecte la salut no només depèn de característiques individuals com poden ser les variables socio-demogràfiques, sinó que també depenen del paper que els individus ocupen a la societat. És el mateix tipus de plantejament que també es té en compte en els estudis sobre les desigualtats de classe, la vulnerabilitat i la pobresa. En aquest sentit, a les entrevistes s'ha pogut observar com la dona és la que s'encarrega de la salut de la família independentment de la procedència geogràfica i cultural de la família.

6.3.3.5. Cicle de vida i comportament respecte la salut

L'edat és una altra de les variables clau per a entendre el comportament respecte la salut. La importància de la infància en la salut de la persona adulta és un tema àmpliament establert per psicòlegs i pediatres. No ha sortit a les entrevistes aquest tipus d'informació tot i que s'ha intentat introduir temes sobre la infància. Aquesta és una informació que segurament requereix un altre tipus d'entrevista i de recerca per a ser analitzada. En la present recerca, el grup de menor edat estudiat ha estat el que va dels 18 als 29 anys. Per aquest grup d'edat i per a totes les procedències, els entrevistats han emfatitzat la importància dels estils de vida per a definir salut. La pràctica esportiva i la no ingesta d'alcohol o drogues han estat els principals temes tractats a l'hora de definir el seu propi estat de salut. L'associació, eminentment biomèdica, de la salut amb els estils de vida individuals és la tònica més destacada en les entrevistes al grup més jove. Per altre banda, l'èmfasi en les patologies patides o encara presents, també una concepció biomèdica de la salut, és on s'ha centrat el debat del grup d'edat major, de 65 anys en endavant.

Un dels possibles indicadors de la importància relativa que se li dóna a la salut al llarg de la vida pot ser la durada de les entrevistes. Amb la gent gran, la majoria de les entrevistes han durat entre una hora i una hora i mitja; contràriament, amb la gent jove, les entrevistes han durat entre mitja hora i una hora. També ha estat molt interessant el cas de les entrevistes a les parelles amb fills petits. En elles es constata que en tots els casos en els que s'ha entrevistat a parelles amb nens/es petits/es, en el transcurs de l'entrevista el debat sobre la salut ha girat, en algun moment o altre, al voltant de la salut del fill/a. Aquesta atenció en la salut dels fills no s'ha donat en les entrevistes a la gent gran amb fills.

L'edat és una de les variables on s'han observat més diferències entre categories pel que fa al comportament. El fet que la població immigrada tingui una composició d'edat diferent segons sigui la procedència fa que les diferències observades en el comportament respecte la salut per a grups d'edat, es puguin també aplicar a la procedència. La població procedent del Marroc forma part eminentment del primer grup d'edat. La població que va dels 18 als 29 anys es caracteritza per a fer un ús quasi bé nul dels serveis sanitaris existents. La cura que tenen per la salut se centra sobretot en la pràctica esportiva i la salut individual i col·lectiva, però en general, no és una prioritat a les seves vides quotidianes. Ara bé, les vegades que fan ús dels serveis sanitaris, encara que sigui poques vegades, acostumen a anar al mateix servei sanitari.

“Està molt clar que com a metges de família, els nens quan deixen el pediatre als 14 anys, dels 14 fins als 30 o 35 anys aquesta població no la veus mai, només la veus quan necessiten una baixa laboral, o quan han tingut un accident, per dir-ho d'alguna manera. Però si són sans, que no tenen una patologia de base, no els veus mai...hi ha tota una medecina de l'adolescència i una medecina de la gent jove que es... poc treballada perquè aquesta població ens ve poc. Després salta a una altra franja d'edat, pues que a partir dels quaranta-cinquanta anys ja comencen a venir la gent, ja no parlem a partir dels 60-70 que ja tenen una patologia. Per tant, la percepció de malaltia i la freqüentació també varia per l'edat.”

(Director ABS Torroella)

Pel que fa als britànics es tracta d'una població majoritàriament jubilada. Molts d'ells tenen patologies diagnosticades i el seu consum diari de fàrmacs i de teràpies és elevat. Encara que alguns d'ells assenyalen la bona qualitat dels serveis sanitaris com a factor per a la decisió de migrar, alguns es queixen de que no hi hagi serveis de traducció en els hospitals. Pocs fan ús

dels serveis sanitaris britànics quan es troben malament per prejudicis vers la sanitat catalana.

Referint-se a la població de procedència britànica, el director de l'ABS apunta un dels principals problemes que tenen en el centre sanitari amb els immigrants procedents del nord d'Europa: mantenir una història clínica completa. Malgrat les patologies cròniques que pateixen molts d'ells per la seva edat avançada, molts mostren poca constància i fidelitat en el seguiment de les malalties i del tractament:

“Aquesta població és molt difícil de... sanitàriament parlant és molt difícil de manegar, perquè és clar, tot el que són activitats preventives amb aquesta població en pots fer molt poques... el primer contacte, si és una ferida els pots fer una primera vacuna i dius “bueno, però a vostè li falten dos més, no?” Desapareixen. No saps... si se l’ha posada, si se l’ha posat al seu país, no hi ha cap registre, no hi ha un registre comú. Per tant activitats preventives amb aquesta gent és molt complex. Te dic la de la vacunació però n’hi ha moltes d’altres, no? perquè aquest... aquesta mena d’immigració que diem nosaltres, del nord d’Europa, funciona d’aquesta manera....Hi ha una comunitat anglesa, una comunitat holandesa i que aquesta gent... vull dir, van amb el... E-111, que en diem nosaltres, que es una assegurança comunitària. Sí, efectivament, la gent que ve del nord d’Europa, solen ser la gent gran d’Europa, els jubilats d’Europa per dir-ho d’alguna manera, no? Al ser una població envellida, ja no només per activitats preventives sinó que el seguiment de la seva patologia és molt complexa: l’hipertens... de 70 anys que caldria un electrocardiograma o una analítica amb una funció renal cada X temps, etc., tu li fas aquí però a vegades fins i tot es doblen les coses, no? es tripliquen, perquè li fas aquí, després se’n va al seu país i igual al seu país li tornen a fer. Vull dir que inclús el recurs a vegades es duplica sense sentit, perquè també et falta aquesta informació, t’has de creure el que et diu el pacient. En canvi, clar, tu agafes les històries clíniques d’aquests pacients i hi han uns buits importants, no? L’han vist el 98, després no el tornen a veure fins el 2001, i veus allà “hipertens”, “diabètic”, saps? Vull dir que realment és un problema sanitari, pel professional que ho viu realment és un problema, perquè... no pot fer un seguiment adequat, no pot fer un seguiment...”

(Director ABS Torroella)

6.3.3.6. Serveis sanitaris marroquins

Una de les coses més sorprenents de la ciutat de Nador és la gran quantitat de farmàcies que hi ha. Després de l'experiència a l'hospital durant l'agost del 2003 i de les entrevistes realitzades als immigrants marroquins de Torroella de Montgrí, es pot fer un primer esbós del funcionament de la sanitat a Nador. L'entrada a l'hospital per part de la població requereix pagar una quantitat determinada de diners al vigilant de la porta, a l'administratiu i a l'infermer⁶⁵. Quant major sigui la quantitat més ràpida serà l'atenció. Un cop dins, després del diagnòstic del metge, es dóna una llista dels medicaments que la família ha de comprar a les farmàcies per tractar el malalt. Cal dir que molt del material que rep l'Hospital per a fer assistència és venut pels professionals sanitaris a les farmàcies o portat a les clíniques privades on treballen molts dels professionals sanitaris de l'Hospital. Sovint, les llistes de medicaments que es demana comprar als familiars supera la quantitat de fàrmacs que necessita el pacient i aquests tornen a ser venuts a les farmàcies. Aquestes pràctiques van ser comentades per cooperants espanyols presents a l'hospital i per marroquins entrevistats a Torroella.

"¿Ibas a l'Hospital allí?"

Allí es un poco diferente de aquí. Allí pagan. Si tienes dinero puedes hacer cosas más rápido. Aquí no. Aquí va uno detrás de otro."

(Home major 65a. Marroc)

"Si vas al publico ya estás. Hay medicamentos pero si, digamos, necesitas 10 gramos de insulina te ponen 2 y el resto se lo quedan."

⁶⁵ Aquest tipus de dificultats també les apunta Salem quan parla de l'accés als serveis sanitaris a la ciutat de Pikine (Senegal): "on a coutume de dire que l'offre de soins modernes est meilleure en ville qu'à la campagne. Ne voit-on pas effectivement concentrés dans les villes les meillueres infrastructures sanitaires, les medicines, les specialists, les hôpitaux et les cliniques? Mais cette offre de soins n'est bien souvent que virtuelle: tous les citoyens n'ont pas le meme accès à ces soins, faute d'argent, de couverture sociale, de conscience de la gravité de certains maux voire, plus scandaleusement, d'introductions pour entrer à l'hôpital" (Salem 1998).

(Home 30–65a. Marroc)

“El problema de Nador és quan vagis a l’Hospital...ara si estàs a casa i tens de tot estàs molt be, com aquí. Jo no hi he anat mai però pel que explica la gent....

(Home 18–29a. Marroc)

Com s’observa en aquestes citacions, la imatge de l’Hospital públic Al Hassani de Nador, únic hospital per a tota la província, és força negativa tant pels immigrants entrevistats aquí com pels marroquins que es troben a Nador. És un hospital de 386 llits per a atendre una població d’aproximadament un milió d’habitants. És una construcció espanyola dels anys vint i hi ha un grup de vuit monges espanyoles (filles de la caritat) que hi fan assistència. L’experiència treballant a l’hospital durant quinze dies va ser de gran profit per a entendre les principals deficiències del sistema sanitari marroquí i el comportament de la població per adaptar-se. Hi ha quatre clíniques privades a la ciutat de Nador però el preu de l’habitació està molt per sobre de la capacitat adquisitiva de gran part de la població. S’ha de tenir en compte que l’hospital públic de referència es troba a Rabat i que els únics serveis d’assistència sanitària pública per a tot el Rif són l’Hospital de Nador i el d’Alhuceimas.

A Nador no hi ha cap restricció a l’hora d’obrir farmàcies. És un negoci força rendible i la ciutat n’és plena. Molts dels marroquins entrevistats van directament a les farmàcies per a tractar qualsevol malaltia que percebin. Al Marroc estan acostumats a anar a la farmàcia. La densitat de farmàcies és molt major al Marroc que aquí i el farmacèutic és el substitut, d’alguna manera, del metge de capçalera. Les farmàcies es converteixen en els centre d’atenció primària del Marroc per a la gran majoria de la població degut al

mal funcionament i a la corrupció que hi ha a la sanitat pública. La funció la fan professionals diferents però el model biomèdic de salut i malaltia és el mateix.

*“...Allí en Marruecos, por ejemplo Nador. Para enfermedades determinadas, por ejemplo la fiebre o algo,...un crío que por ejemplo tenga fiebre no es cómo aquí que cuando llegas tienes el ambulatorio, el médico...allí nos quedamos en casa a darle cosas....ir a la farmacia y comprar algo...pero nunca llevar al médico....puedes estar un día para entrar hospital y si te vas a un privado te van a cobrar una fortuna,...y aquí siempre vamos al hospital...
Vais vosotros solos a la farmacia allí...*

En vez de pagar al médico, pagas al farmacéutico y le dices se trata de un niño de cuatro años que tiene esto. Y es una ciudad llena de farmacias...Entonces, la gente, en vez de pagar esto al médico van directos al farmacéutico, es una trampa, pero es una tienda para los pobres”.

(Dona 29–30a Marroc)

“I que fa la gent si no pot anar a l’hospital?”

Van a la privada. És caríssim (en alguns hospitals s’han de pagar 500 euros la nit) i a més la majoria de la gent va a les farmàcies per què ja saben...pregunten al farmacèutic.”

(Home 18–29a. Marroc)

“Els marroquins són exigents però són agraïts si els hi solutions, però són exigents i desconfiats. Això és la sensació que tens de l’altra banda del taulell deixant apart lo que pensis. “Agafa això que té tal preu” i si li sembla barato li dóna la sensació que l’enredes. “És muy barato”, “agafau que t’anirà bé”. I després et ve i et va agafant confiança.

(Farmacèutica. Torroella)

“Venen aquí que em fa mal aquí i em fa mal allà, tenen molts problemes de pell i així que dius: –“això t’ho hauria de veure un metge” –“Anar al metge?” Ells van amb la seva targeta i van al metge. Entren en el sistema de que no has de pagar. Que hi ha un sistema que hi ha un metge 24 hores, que si hi van fora d’hores ningú els hi diu res. Llavors tornen a la farmàcia que esta de guàrdia”.

(Farmacèutica. Torroella)

L'atribució etiològica de la malaltia (virus i bacteris), i el buscar remei en els fàrmacs o en mans externes és comú, a trets generals, aquí i al Marroc. El canvi de rol entre el metge i el farmacèutic, per raons estructurals, pot explicar alguns dels patrons de comportament que alguns professionals sanitaris catalans atribueixen a la cultura dels marroquins, com és la poca puntualitat a les visites.

“...per què transgredeixen tant els tractaments, per què quan tenen hora a l'especialista a l'hospital no s'hi presenten, coses d'aquestes ¿no? I llavors deien que... Clar, és que tenen una altra cultura! Per exemple aquí nosaltres diem “a les vuit”, a les vuit, no. Ells a les vuit no, ells no tenen el concepte de puntualitat. Tu li dones l'hora a les vuit i arribarà... a les nou, o quarts de deu, o potser vindrà a les dotze i dirà: jo tenia hora.”

(Infermera CAP Torroella)

“... els marroquins i tal hi ha moltes vegades que et venen... venen, primera, a l'hora que volen, i per motius que dius “bueno, ¿per això vens? A veure, pren-te un algo i espera a demà i ves al teu metge i tal”. Els europeus no, els europeus... no ho sé, jo suposo que són més autosuficients ¿saps? I es prenen això o això, o ho han consultat en una altra banda que...ho viuen diferent...ens venen aquí, però és que a lo millor un anglès, el granet que aquell té aquí a la mà, diu “però això és un granet, ja em marxarà, i si no ja aniré demà al metge o d'aquí a una setmana, deixem que evolucioni”. I el marroquí veu el granet i a lo millor es pensa que jo què sé. Llavors és la vivència que té o la creença que ell té del què pot ser això i del que això li pot originar i per això ve al metge...”

(Infermera CAP Torroella)

Comentaris com el de la citació han estat presents en altres entrevistes. A banda de poder explicar-se per un cert entorn hostil vers la població procedent del Marroc, el comportament que descriuen (manca de puntualitat i ús 'abusiu' dels serveis) no es creu atribuïble a patrons culturals concrets sinó que pot tenir una resposta lògica si es té en compte el funcionament del sistema sanitari al Marroc.

“Aquí no te preocupas por la seguridad...Aquí siempre hay un Hospital....Allí, al hospital general, como por ejemplo Palamós...aquí si vas a las diez o a las doce de la noche siempre te cogen pero allí si no tienes algo grave, grave grave, un accidente o así, no te dejan entrar. Y si te dejan entrar, si vas con una fractura o algo, te hacen esperar y dar dinero, dar dinero,...”

(Dona 18_29a. Marroc)

La substitució de la farmàcia pel CAP pot explicar el tipus de comportament descrit per alguns professionals sanitaris, a banda que l'ús 'abusiu' dels serveis sanitaris és una pràctica que la mateixa professional, durant la mateixa entrevista, atribueix al conjunt de la societat. De manera que, segons la citació que es mostra a continuació, el comportament no és diferent segons la procedència de la població:

“Abans la gent, abans anava al metge ja havia fet de tot (el cataplasma, el xarop, el no sé què) i l'últim de tot era anar al metge quan no ho resolies, però és que ara per res, d'aquí quatre dies vindran a que els moquem. Perquè si no els moques bé, serà responsabilitat nostra.”

(Infermera CAP Torroella)

Amb tot això, es podria plantejar que les diferències que s'observen en el comportament de la població marroquina són estructurals i no culturals. La concepció biomèdica està estesa pel Marroc amb la mateixa força que ho pot estar en qualsevol país occidental i les diferències observades en la concepció de salut responen més a raons estructurals, com passa amb la població espanyola o anglesa, que no pas a patrons culturals.

6.3.3.7. Accés als serveis sanitaris

Un ciutadà estranger inscrit al padró del municipi de residència té dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols. Així

mateix també tenen dret a l'assistència sanitària els casos d'urgència dels menors de 18 anys i les embarassades estrangeres durant l'embaràs, el part i el post-part⁶⁶. Davant d'aquest cert universalisme, les mesures preses pel sistema sanitari català en l'atenció sanitària als immigrants estrangers es concentren, sobretot, en la figura dels mediadors culturals i en els protocols d'atenció sanitària a l'immigrant. Per exemple, en el Consorci de l'hospital de Palamós i a les quatre ABS que conformen el CABE es va crear, ara fa dos anys, una comissió per a la immigració i unes de les primeres actuacions va ser la de contractar a una medidora cultural que anés rotant pels centres de tota la comarca.

Segons el Quadern de Bona Praxi: "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. 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" (Balanzó, Faixedas et al. 2003). La figura dels mediador cultural pretén oferir certes respostes a problemes detectats en centres d'assistència sanitària de la comarca.

"Jo, si tinc europeus, el que tinc és problemes amb l'idioma. Si parlen castellà o francès, que jo és el que més em defenso, vale. Si parlen anglès, ja dic "vale", però bueno, ja ens acabem entenent, però és bàsicament l'idioma. Si són marroquins, ja canvio el xip. Miro de canviar el xip!, Llavors allò de...depèn de lo que fas... No sé, un dia amb una... xerrada d'aquestes es va explicar que si les mirades, que si les no sé què, que si els sentiments, que si tocar, la distància.... Vull dir, són coses que nosaltres ho vivim d'una manera i ells és d'una altra. Si jo ara em poso així amb un... d'allà, a lo millor se sent agredit ¿no?"

(Infermera CAP Torroella)

⁶⁶ Veure l'article 12 del Capítol 1 de la Llei d'estrangeria, LO 4/2000 (annex 20).

“...que tu hages de visitar una persona de...30–40 anys que és la seva mare i la seva filla de 7–8 anys... si entrem amb el vessant de sexualitat, quan per exemple aquestes dones van al ginecòleg, o inclús tu com a metge seu, pues també et fan aquestes consultes,... una noia, una nena de 7–8 anys que ens pugui fer d’intermediari... no és el correcte, no? que ens pugui fer la traducció. És que a més a més no saps com li tradueix, no saps quin sentit li dóna en aquella frase, no? per tant això és important, no? la relació pacient–metge en medicina és molt important i a l’hora de tu transmetre la informació, que surti directament de la teva boca és important, no? Si hi ha el problema idiomàtic, doncs home, potser el mediador, que ja està format per això i realment treballa el tema sanitari pues segurament ho fa molt millor, eh?

(Director ABS Torroella)

Un dels aspectes a reflexionar sobre la figura dels mediadors culturals és la naturalesa dels conflictes als que es vol donar resposta. Segons l’observat al llarg de tota la recerca, les possibles diferències culturals no haurien de ser preses com un problema o un conflicte sinó com una font de riquesa i com una possibilitat de fer una autoavaluació dels diferents serveis per a millorar l’assistència. La mateixa paraula ‘mediador’⁶⁷ pressuposa que hi ha dues parts enfrontades i per tant l’existència d’un conflicte cultural i no la d’un intercanvi intel·lectual. Si hi ha la figura del mediador cultural i es centra el debat en la diferència cultural s’està posant l’èmfasi en la nacionalitat i en la procedència de l’individu i no en raons estructurals de la seva situació que poden aportar informació útil sobre l’estat de salut i el comportament d’una determinada persona. Els mediadors culturals, a més, sovint no s’utilitzen per a tractar un possible ‘conflicte’ cultural. En cap de les entrevistes fetes a immigrants procedents de la Gran Bretanya es descriu cap vivència de població d’aquesta procedència amb mediadors culturals però sí amb traductors. Una de les objeccions que segurament es poden fer a la figura

⁶⁷ Etimològicament mediador prové de la paraula ‘Mig’, *mitjançar*, ‘estar entremig’.

dels mediadors culturals és la de les connotacions que acompanyen a la figura del mediador de la mateixa manera que acompanyen al concepte 'immigrant'. En els trenta anys que la Costa Brava està rebent turistes de tot el món i amb els anys que hi ha població assentada procedent de diferents països europeus i de la resta del món, per què no s'havia tingut la necessitat, abans, de posar un mediador cultural? Quines diferències hi ha entre la immigració procedent de països pobres i la de països rics? Per què uns necessiten mediadors culturals i altres no? Si s'obren aquests interrogants cal fixar-se en les tasques que realment desenvolupen els mediadors culturals. Són realment tasques de mediació cultural o són més pròximes als serveis socials i a l'assistència social?

“...los profesionales se encuentran en una serie de dificultades que falta de comunicación entre los inmigrantes y los profesionales.

***Cuando dices inmigrantes...** Yo normalmente trabajo con todos ¿entiendes? depende del idioma que hablo porque a veces... Sé francés, y luego bueno hay fe islámica también.*

(Mediadora cultural. Torroella)

A la figura del mediador cultural se li uneix la dificultat apuntada anteriorment de definir grups culturals homogenis. Hi ha un mateix mediador cultural per als marroquins procedents de totes les parts del Marroc, pels procedents del Pakistan, de Senegal i del Perú? El mediador cultural també atén a immigrants rics procedents de països rics? Si el problema està en el conflicte cultural, per què no hi ha un protocol d'atenció sanitària a l'immigrant procedent d'Anglaterra, del Pakistan o del Japó que tingui un nivell socioeconòmic alt?

Les mesures preses pels professionals sanitaris per a fer front a problemes, reals, de salut d'un grup important de la població estan fetes per intentar donar-hi resposta. Les línies de recerca que s'apunten en aquest treball

només pretenen reflexionar més sobre la idoneïtat de les mesures preses i enriquir la recerca relacionant diferents temes amb l'estudi de les migracions i la salut, que, fins al moment, han estat poc estudiats o han tingut poca difusió acadèmica. Si es centren els esforços en atendre les necessitats d'un grup de població però aquest està essencialment definit per la nacionalitat de les persones que el componen, no s'està produint en certa manera una 'naturalització' de les nacionalitats i de les persones que han migrat de manera similar a la que s'apuntava amb la segmentació del mercat laboral?

Tots aquests aspectes analitzats qualitativament i tots els nous interrogants oberts al llarg dels resultats mostren la necessitat de reorientar el debat de les migracions i la salut cap a les desigualtats en salut. Recuperar els estudis de fa unes dècades que demostraven la incidència de les desigualtats socials en la salut individual i aplicar-los als estudis sobre immigració en la línia del estudis sobre epidemiologia social o del Black Report⁶⁸.

Les aproximacions estructuralistes sobre les desigualtats en salut deriven de les teories marxistes sobre opressió, dominació i conflicte de classes presents a la societat. Aquestes teories tenen una gran varietat de derivacions però el que en definitiva proposen és que les relacions econòmiques i les estructures socials derivades estan presents en totes les àrees de l'activitat humana. Centrar el debat en 'l'estructuralisme' comporta acceptar tot el que implica, llavors, la desigualtat. Per a estudiar la salut de la població, passaven

⁶⁸ El Black Report és un document encarregat pel govern britànic a la dècada dels 70 i que ha tingut diverses modificacions a la dècada dels 80. És un document realitzat per experts en salut pública per avaluar el NHS. A les conclusions del document es relaciona la malaltia directament amb la pobresa i amb la desigualtat econòmica. El Black Report no ha estat un simple document intern del govern britànic sinó que s'ha convertit en un document de referència per als estudis sobre desigualtats en salut. El Black Report encara va agafar més transcendència per l'època en què va sortir publicat, en un país com el Regne Unit dels anys seixanta i setanta, on amb l'assistència sanitària gratuïta, la plena ocupació i l'estat del benestar es creien reduïdes les desigualtats de classe pel que fa a les condicions de vida i a la pobresa (Hayes 1999).

a tenir més importància com a variables explicatives la distribució econòmica i les desigualtats socials dins del mateix país. Quan una societat assoleix un cert creixement econòmic, el que realment importa no és el valor absolut de la riquesa del país sinó les desigualtats relatives. En aquestes societats econòmicament benestants les variables que expliquen moltes de les desigualtats socials com són la classe, el gènere o les relacions socials de poder expliquen més els estats de salut que no pas els factors estrictament econòmics. Encara que el creixement econòmic en termes absoluts és important, els canvis qualitius que llimen les desigualtats i milloren la justícia social són més importants per a la salut. Si es centra el debat en la diferència cultural sembla que la diferència hagi d'acabar desapareixent perquè una de les dues parts 'confrontades' acaba cedint enfront de l'altre. En aquests termes, la desigualtat és com un fet inevitable sorgit de la diferència cultural. Al fer una anàlisi estructuralista de la societat i de les desigualtats que hi trobem, la desigualtat i les diferències es converteixen en fets evitables que la societat ha de ser capaç de reduir. La seva sola existència es converteix en un responsabilitat a compartir per al conjunt de la societat.

Malgrat la solidesa d'aquestes línies de recerca en salut pública i en epidemiologia, els estudis sobre migracions i salut estan centrats a tractar les diferències culturals deixant de banda les desigualtats socials. En els estudis sobre migracions i salut la cultura pren el protagonisme a l'estratificació social com a variable explicativa i en part, es pot explicar per una incipient estratificació ètnica de la societat.

7. DISCUSSIO

Els resultats obtinguts no ofereixen respostes concloents a les principals preguntes plantejades sobre immigració estrangera i salut a Catalunya. No es poden oferir respostes prou contrastades ja que les limitacions de les dades existents han comportat haver de treballar amb diferents bases de dades i haver d'utilitzar diferents tècniques de recollida d'informació que presenten especificitats i problemàtiques que, per elles mateixes, les inhabiliten per oferir resultats taxatius sobre els processos estudiats. El Panel de Desigualtats de la Fundació Jaume Bofill és una bona iniciativa però no té prou estrangers a la mostra com per a poder extreure'n conclusions, el CMBDAH és una base de dades exhaustiva però no conté variables migratòries i presenta les limitacions inherents al fet de tractar-se de dades d'alta hospitalària, el padró continu no conté dades de salut i la metodologia qualitativa ofereix riquesa i profunditat a l'anàlisi però no ofereix representativitat per al conjunt de Catalunya.

La combinació de totes les tècniques i l'anàlisi conjunta dels resultats obtinguts sí que ofereix, però, resultats parcials i permet fer reflexions teòriques i establir tendències, cosa que convida a fer un abordatge integral i multidisciplinari sobre la immigració i la salut. Els resultats també ofereixen una base de discussió sòlida i empírica per analitzar la recerca realitzada fins al moment a Catalunya i els seus plantejaments teòrics i metodològics. A la discussió es posen en relació els resultats obtinguts, indicant les seves limitacions i les seves potencialitats, amb les recerques existents i amb el cos teòric d'aquesta mateixa tesi.

7.1. Migració i salut

En l'estat de la qüestió sobre els estudis d'immigració i salut a Catalunya i a l'estat espanyol (apartat 2.6.) ja hem apuntat com els estudis giren entorn de tres grans eixos: les malalties infeccioses, la salut mental i els aspectes culturals (Achotegui 2001, Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Gatrell 2002). D'aquests tres eixos principals se'n poden despendre altres temes com la salut maternoinfantil, la salut sexual i reproductiva, la salut bucodental o l'accés als serveis sanitaris (Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Jansà 2004). Tots els temes tractats vinculen a immigrants en condicions determinades⁶⁹ amb certes patologies. Com ja s'ha comentat, els estudis existents són estudis de cas realitzats en centres sanitaris concrets. Són estudis transversals sobre prevalences de malaltia en grups de població concrets en un moment determinat. Les característiques d'aquests estudis estan allunyades de les condicions ideals d'estudi de processos tan complexos com les migracions i la salut.

El caràcter dinàmic dels processos migratoris i de salut, els significats que adopten en cada lloc i moment, són canviants en cada context individual i social. La reducció del concepte de salut a la presència de malaltia diagnosticada pel corpus mèdic o la reducció del concepte immigrant a una situació burocràtica com tenir una nacionalitat estrangera són limitacions profundes dels estudis existents. Aquestes presenten un veritable obstacle epistemològic que no és assumible per la present recerca.

Altres limitacions de les recerques existents són de caire més metodològic. Es tracta d'estudis de cas realitzats en centres sanitaris concrets on la

⁶⁹ Els termes que s'utilitzen en els estudis per a diferenciar immigrants estrangers en condicions d'exclusió social, com immigració econòmica o immigració extracomunitària, presenten moltes controvèrsies i es discuteixen amb més detall en l'apartat 7.2. d'aquest mateix capítol.

representativitat de les dades no hauria de permetre fer extrapolacions per al conjunt de Catalunya. Són, també, estudis transversals que no tenen en compte el caràcter dinàmic d'un procés migratori o d'un estat de salut. La limitació, per tractar-se d'un estudi transversal, és compartida per la present tesi i hauria de tenir-se en compte a l'hora de fer l'anàlisi dels resultats i la discussió amb les publicacions existents. El caràcter transversal de les dades no permet establir relacions de causalitat entre processos eminentment longitudinals com els processos migratoris i els estat de salut. En un estudi transversal no és possible saber en quin moment del procés migratori es troba un persona ni quina evolució ha tingut el seu estat de salut. Un exemple el trobem àmpliament descrit en la literatura internacional on l'adopció de pautes de comportaments i d'hàbits de salut per part de la població immigrant durant el procés d'assentament ha estat descrita com una de les raons d'equiparació dels estats de salut entre els diferents grups de població.

Com hem vist, el treballar amb dades transversals és una limitació compartida, però la tesi ha intentat aportar solucions a la limitació d'extrapolació de les dades. A partir de l'estudi ecològic i de combinar diferents mètodes i tècniques a partir d'una aproximació multidisciplinària, s'han obtingut resultats que mostren tendències més extrapolables al conjunt de la població que els estudis existents. Els resultats obtinguts de la primera aproximació comunitària a la immigració i la salut a Catalunya es discuteixen a continuació seguint els mateixos eixos temàtics que els estudis existents sobre immigració i salut a Catalunya.

7.1.1. Malalties infeccioses

L'augment de casos de malalties reemergents o de malalties importades en població immigrada ha estat sovint tractat com una relació causal. En informes sanitaris s'apunta a la població estrangera com a factor de risc per a un control epidemiològic de la tuberculosi⁷⁰ i que la immigració estrangera augmenta les taxes de tuberculosi o de xarampió són titulars de premsa habituals en el nostre entorn. Sovint, però, les notícies, els articles i els informes científics sobre aquests temes presenten dèficits metodològics importants⁷¹.

⁷⁰ Orcau A, Garcia de Olalla P, Cayla JA: La tuberculosi a Barcelona. Informe 2003. Barcelona: Agència de Salut Pública, 2004. Disponible a http://www.aspb.es/quefem/docs/TBC_2003.pdf

⁷¹ Malmusi (2006) assenyala com en el cas de la TB a Barcelona, si bé hi va haver des de 1999 un increment de casos en immigrants i un fort augment en la proporció de casos en immigrants sobre el total, aquest augment ha estat molt inferior a l'augment de la població estrangera resident en el mateix període: el càlcul de les taxes, presentat en l'informe 2003 sobre TB a Barcelona, permet visualitzar l'important descens de la taxa de TB en estrangers en els últims anys. I l'article de premsa sobre el xarampió de TN Catalunya informació consultat el 11.01.2007 i disponible a <http://www.noticies.cat/pnoticies/notItem.jsp?item=noticia&idint=167035>: "Comença la campanya de vacunació del xarampió, avançada als nadons de 9 mesos després del rebrot de la malaltia, que pràcticament havia desaparegut però de la qual aquest any passat s'ha detectat un augment significatiu de casos. És per això que, si bé en les campanyes anteriors es vacunava els nadons a partir dels quinze mesos, aquest any s'ha avançat als nadons de només nou mesos. Els últims anys el xarampió estava pràcticament eradicat, i dels prop dels 6.000 casos de l'any 1986 s'havia passat a només sis casos l'any 2005. Aquest any, però, se n'ha detectat un rebrot. I tot i que no és preocupant, l'arribada de persones d'altres països on la malaltia encara és força present ha fet prendre mesures a les autoritats sanitàries. L'any 2006 se'n van detectar prop de 90 casos, 72 dels quals es van encomanar en cadena arran d'un mateix cas. El Departament de Salut posarà la vacuna triple XRP (xarampió, rubèola i parotiditis) a 32.758 nadons d'entre nou i quinze mesos. Davant la reaparició del xarampió, la conselleria ha considerat adequat ampliar les estratègies de vacunació a les zones afectades amb l'objectiu de reduir al màxim el risc de contagi dels nens menors de quinze mesos, que és l'edat a partir de la qual s'administra habitualment la primera dosi de la vacuna contra aquesta malaltia. La campanya de vacunació, que es porta a terme als centres de salut de l'àrea metropolitana de Barcelona, suposa una despesa per al Departament de 130.000 euros, destinats a la compra de 20.000 dosis addicionals de la vacuna. Per fer les vacunacions s'enviarà una carta als pares per informar-los de la situació i explicar-los on poden portar els seus fills per vacunar-los. Els menors vacunats entre els nou i els dotze mesos hauran de tornar a rebre una dosi de la vacuna als quinze mesos, ja que en edats més primerenques l'efectivitat dels fàrmacs no és tan alta. El departament que dirigeix Marina Geli calcula que a la regió sanitària de Barcelona hi viuen uns 13.400 menors de nou a onze mesos, i n'hi ha 19.000 més de dotze a quinze mesos als quals s'avançarà la primera dosi de la triple vírica. Des de finals de setembre, quan es va detectar a la ciutat de Barcelona el primer cas important de xarampió, Salut ha confirmat un total de 89 casos, dels quals 72 estan "clarament relacionats". A més, hi ha 22 casos pendents de confirmació i una persona adulta està hospitalitzada. Segons Salut, deu casos s'han detectat en immigrants no vacunats, vuit en persones que van rebutjar la vacuna i quatre en adults més grans de 25 anys que tampoc estaven vacunats. En tots aquests casos ja s'han vacunat els contactes familiars i de les guarderies. La majoria dels casos es donen en nens de nou a quinze mesos, atès que en aquestes edats ja ha baixat la protecció que les mares transmeten als fills i encara no s'ha arribat a l'edat de vacunació.

Amb el disseny ecològic plantejat i segons els estudis existents sobre malalties importades i immigració, esperàriem trobar que en aquells municipis amb un percentatge més alt de població immigrant hi hagués una taxa més elevada de malalties infeccioses importades. Els resultats mostren que amb la presència de tots els estrangers empadronats al municipi la tendència és lleugerament a la inversa. És a dir, que en els municipis on hi ha més estrangers les taxes ajustades per edat i sexe de malalties infeccioses disminueixen lleugerament. A partir d'aquests primers resultats poblacionals podríem parlar d'un cert 'healthy migrant effect' encara que, per la limitació de les dades transversals, no coneixem el moment d'arribada dels estrangers ni el seu temps d'assentament⁷².

Els resultats varien a l'aplicar la variable coeficient de nacionalitat. Agrupant els immigrants estrangers en dos grans grups segons el seu IDH la tendència és positiva, de manera que a un major nombre d'estrangers d'IDH inferior i amb nacionalitats on la prevalença de certes malalties infeccioses es preveu més alta les taxes ajustades al municipi d'aquestes malalties augmenta. Comparant els dos resultats obtinguts a l'estudi ecològic amb la recerca existent, tot són estudis transversals, i amb la resta de resultats de la tesi es pot afirmar que ens trobem lluny de poder establir una relació causal entre l'arribada d'immigració estrangera de zones de major prevalença de malalties infeccioses i un augment de les taxes d'aquestes malalties a Catalunya. El que sí mostren els resultats del PaD i de l'anàlisi qualitativa és la necessitat d'incloure, d'una manera ferma, les condicions de vida, el context socioeconòmic i el comportament respecte la salut del conjunt de la població

⁷² El 'Healthy Migrant Effect' està descrit en els cinc primers anys de residència dels immigrants estrangers en el municipi.

estrangera i de la població autòctona com a variables clau per a entendre l'augment de malalties infeccioses reemergents els últims anys a Catalunya.

Les condicions de vida i les desigualtats socials eren les principals explicacions etiològiques d'aquestes mateixes malalties fa unes dècades a Catalunya. En malalties de la pobresa. Malalties que a la segona meitat del segle XX, es donaven en poblacions socialment i econòmicament marginades, a les presons i en persones que vivien en condicions d'amuntegament. En canvi, en l'actualitat, l'èmfasi etiològic principal recau en el moviment de persones des de zones de major prevalença cap a Catalunya. Els resultats obtinguts coincideixen amb part de la literatura internacional i en factors etiològics descrits de forma secundària en estudis sobre immigració i salut a Catalunya que assenyalen les desigualtats socioeconòmiques com les causes principals del rebrot de certes malalties. Un exemple clar és la tuberculosi. El diferent patró epidemiològic a escala mundial és un indicador de les desigualtats globals i el rebrot de la malaltia en països on havia disminuït és un senyal de l'augment de les desigualtats social i de les males condicions socials en què viuen part de les seves poblacions. Unint aquestes dues escales de desigualtat, trobaríem que l'activació de casos latents de TBC en població immigrant té més a veure amb les condicions de vida en les que viuen en el país de destinació que no pas en la importació directa de la malaltia. Un argument que recolza aquesta hipòtesi és que els casos de tuberculosi en immigrants estrangers es donen durant els cinc primers anys de residència al país, que és sovint quan pateixen les pitjors condicions de vida. Segons els resultats i part de la literatura existent, la majoria d'immigrants no transportarien casos de TBC sinó que desenvoluparien la malaltia en el país de destinació. Un augment de la incidència i de la prevalença de la TBC

indicaria, llavors, que les desigualtats socials en els països de destinació estan augmentant (Gandy, Zumla 2003, Gatrell 2002, Paluzzi 2004).

En la literatura més recent sobre immigració i tuberculosi a Espanya ja es comença a apuntar, com a factor explicatiu de l'augment de la prevalença de la tuberculosi en immigrants estrangers, les condicions de debilitat en les que es troben, encara que com a motiu principal es subratlla la importació de la malaltia d'àrees amb major prevalença. També es comença a apuntar, encara que tímidament, que no hi ha cap evidència que el fet de ser immigrant es pugui considerar un factor de risc per a desenvolupar la malaltia tuberculosa. En estudis recents ja es plantegen controvèrsies sobre les causes de la major prevalença trobada en immigrants africans i es comença a desvincular del procés migratori (Sanz-Peláez, Caminero-Luna et al. 2006).

En l'anàlisi de la relació entre immigració estrangera i augment de malalties infeccioses es parteix d'una evidència objectivable. La incidència i la prevalença de malalties infeccioses que es consideraven en remissió està augmentant els darrers anys i un percentatge alt d'aquests casos es dona en immigració estrangera. Partint d'aquest fet, es podria posar l'èmfasi en la importació de les malalties d'àrees amb major prevalença o en les condicions de vida en la que viu aquesta població independentment de la seva condició d'immigrants. Per a raonar sobre el pes que tenen cada un d'aquests factors en l'explicació del major percentatge de casos de malaltia infecciosa en part de la immigració estrangera, podem recuperar els esdeveniments històrics descrits en el cos teòric. La dispersió de les malalties durant l'expansió colonial europea va ser un vehicle descrit per la literatura per a transmetre malalties a la resta del món. Es tractava de malalties altament prevalents a Europa que en arribar a zones on no havien tingut cap contacte previ i no

tenir el sistema immunològic preparat causaven veritables estralls. En aquests casos el moviment de població de zones més prevalents a zones menys prevalents afectaven principalment a les societats receptores que no havien viscut un procés migratori. La diferència, però, entre l'època colonial i el moment actual és, que mentre que durant l'època colonial les principals perjudicades eren les poblacions receptores, en l'època actual, i coincidint amb els resultats de la tesi i la literatura existent, els principals casos de malalties importades o reemergents es donen entre la mateixa població immigrant. És a dir, les mateixes persones que provenen de llocs amb prevalença alta de malalties infeccioses, però que allà no les han desenvolupat ja que d'altra forma no haguessin pogut dur a terme el projecte migratori, són les que presenten aquí les patologies importades.

Es troben força publicacions sobre l'exportació de malalties per part dels europeus, però poques sobre les noves malalties trobades en emigrants europeus. Aquest biaix es pot donar per l'etnocentrisme, fruit de la redacció de la història per part dels colonitzadors, però també pot ser un signe de la millor condició física, psíquica i socioeconòmica en els països de destinació de les persones que aleshores van viure un procés migratori. Les diferències més significatives entre els dos moments migratoris són les diferents condicions de vida de la població immigrada durant el seu assentament. Mentre que els colons europeus gaudien d'un nivell socioeconòmic privilegiat en les societats d'arribada, alguns dels immigrants que presenten patologies a les nostres societats viuen en condicions socioeconòmiques baixes o molt baixes. L'intercanvi transoceànic continua, però els grans moviments migratoris han canviat de direcció i les conseqüències segueixen sent pitjors

per a les poblacions, abans receptores, i ara emissores de població⁷³ (Bauman 2005, Crosby 1991).

Malgrat la importància de l'atribució etiològica a diferents factors, és una evidència que, en malalties infeccioses de transmissió humana, la mobilitat és un factor de dispersió. Les malalties on l'espècie humana és reservori o vector directe de l'agent etiològic, la mobilitat és una causa de dispersió, encara que això no vol dir que la mobilitat sigui, per ella mateixa, un agent etiològic. A continuació es mostren casos recents de malalties infeccioses a escala global que han provocat abundants casos d'alarma i d'implementació de plans de vigilància epidemiològica degut a l'associació causal, sovint simplista, entre mobilitat de la població i dispersió de malalties infeccioses.

7.1.1.1. La por als gèrmens

Que la mobilitat humana és un vector de dispersió de malalties infeccioses de transmissió humana és una evidència. La repercussió de les malalties en la premsa i en la comunitat científica no sempre es correspon amb el risc potencial real de dispersió de malalties concretes. En els resultats ja hem apuntat la baixa prevalença que presenten algunes de les malalties que s'associen amb la immigració, els casos de xarampió i els de malària presentaven taxes d'alta hospitalària particularment baixes, però han ocupat un paper important en l'estudi sobre la immigració i la salut. Els darrers anys també hem estat testimonis de com brots epidèmics de malalties amb molt baixa incidència i prevalença a nivell mundial han estat focus d'atenció

⁷³ En l'apartat 7.3.2.3. d'aquest capítol sobre l'estratificació ètnica de la societat es descriu la idea de Bauman on les mateixes poblacions vivien en condicions d'esclavatge en les colònies i avui en dia viuen situacions de semi esclavatge en les societats d'arribada. Aquestes condicions de vida són la principal diferència entre les dues èpoques de moviments migratoris.

principal per la premsa, per organitzacions internacionals i per la població en general.

Els casos de la SARS (Síndrome Aguda Respiratòria) o el més recent de la grip aviar han creat un estat real d'alerta que ha portat a implantar mesures de vigilància epidemiològica a escala planetària. Les limitacions de la mobilitat i els controls d'immigració es van fer molt més estrictes en països com Austràlia, Estats Units o Canadà. Una de les mesures més estesa i que s'implanta primer en aquests estats d'alerta és el control fronterer i els tests mèdics per a detectar casos de malaltia o d'infecció en persones que vulguin entrar al país (World Health Organization 2003). Aquestes mesures tenen una eficàcia baixa demostrada en el control de les malalties infeccioses i sovint no estan implicades directament en la disminució real del nombre de nous casos d'infecció.

La descripció de brots epidemiològics acompanyats d'una gran repercussió mediàtica presenten, sovint, errors metodològics greus que acostumen a estar relacionats amb la incidència i la prevalença de les malalties. De la mateixa manera que s'ha vist com el brot de xarampió s'atribuïa a l'arribada de població on aquesta malaltia tenia major prevalença, però el nombre de casos en població estrangera dins de l'article on això s'exposava era sols de 17 sobre 87, el mateix succeeix amb la SARS⁷⁴. En el brot de SARS del 2003, quan es va descriure per primera vegada la malaltia, es declara que es va propagar per més d'una dotzena de països dels cinc continents. La incidència

⁷⁴ La síndrome aguda respiratòria severa (SARS), en anglès 'Severe Acute Respiratory Syndrome', és una malaltia respiratòria viral causada per un coronavirus (SARS-CoV). La primera vegada que es va informar sobre la SARS va ser a Àsia el febrer del 2003. Als pocs mesos, la malaltia es va propagar en més de dues dotzenes de països de Nord Amèrica, Sud Amèrica, Europa i Àsia abans que es pogués contenir el brot global. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), un total de 8,098 persones de tot el món van enmalaltir de SARS durant el brot de 2003. D'aquesta xifra, 774 persones van morir. El 23 d'abril del 2004, el Ministeri de Salut xinès va notificar quatre casos de pacients amb una possible infecció per SARS.

de la malaltia van ser 8098 casos dels quals 774 van morir. A l'any 2004 es van descriure 4 casos de SARS a la Xina. Sense voler restar importància a la descripció d'una malaltia nova de la que, a priori, se'n poden desconèixer les conseqüències, hi ha dos aspectes que conviden a la reflexió. El primer és la proporcionalitat de l'alarma social creada i de les mesures preses per 8098 possibles casos diagnosticats. als EEUU, amb una població de milers de milions de persones, només es van registrar 8 casos. I segon, tot i les mesures de vigilància preses, els casos diagnosticats reportats disminueixen molt d'un any a l'altre, convertint la malaltia en menys perillosa que el que la percepció col·lectiva sobre la seva virulència pugui fer pensar. El cas de la grip aviar⁷⁵ és encara més recent i controvertit. El H5N1 és un virus de la grip que es dona en l'aviram i fa anys que es troba àmpliament descrit en llibres de veterinària. En humans és una zoonosi⁷⁶ i entre els anys 2003 i 2007 tant sols es van registrar 270 casos i 164 morts en països asiàtics. Altre cop, la població de referència són milers de milions de persones, pel que la incidència de la malaltia és insignificant. El cas de la grip aviar és encara més xocant a l'implantar mesures de vigilància epidemiològica i venta massiva de vacunes antigripals per a un virus de transmissió humana que encara no existeix. L'ésser humà no és ni reservori ni vector de la grip aviar, ni tampoc ens trobem en un cas d'emergència alimentària com el cas de la malaltia de Creutzfeld-Jacobs, on la ingesta de carn de vaca tractada podia transmetre la malaltia. En aquests casos veiem com es produeix el mateix que amb les notícies de xarampió o tuberculosi. Els titulars i les notícies són alarmistes, mentre que la incidència o la prevalença de les malalties, en les poblacions descrites en els mateixos articles, presenta dades i informació que no en

⁷⁵ Els casos en humans de grip aviària, que és una zoonosi, són pel virus H5N1 (veure annex).

⁷⁶ Sols existeix transmissió d'animal a humans però l'ésser humà no actua com a reservori ni pot contagiar a altres éssers humans.

justifiquen els titulars. Sovint l'alarmisme que acompanya aquests brots epidèmics té altres motivacions que les estrictament sanitàries. Motivacions econòmiques⁷⁷, polítiques o simplement mediàtiques són l'explicació racional més plausible si es té present les dades reals d'incidència i prevalença d'aquestes malalties, i el seu risc real de dispersió o de contagi entre éssers humans. La baixa incidència i prevalença, a escala mundial, molt menor que la prevalença de la TBC, la malària o la SIDA té, segurament, finalitats mediàtiques o comercials i pot tenir importants repercussions en el subconscient de la població al percebre l'amenaça constant dels gèrmens i dels moviments de població que els propaguen.

En aquest sentit es pot parlar de la instauració d'una mena de neurosi, d'una por a la possible infecció, que dona un paper rellevant als gèrmens i disminueix la percepció o consideració d'altres factors de risc, com la desigualtat social, que juguen un paper protagonista en el desenvolupament de certes malalties infeccioses com la tuberculosi o el còlera. La por als gèrmens i la por a l'altre, com a possible portador o transmissor d'aquests gèrmens, pot ser un efecte nociu que s'instal·li en el subconscient de la població, barrejant els casos de brots epidemiològics mediàtics amb el moviment de persones, i les mesures de vigilància epidemiològiques destinades al control dels moviments de població amb la dispersió de tuberculosi, SIDA o malària de les zones de major a zones de menor prevalença. Amb aquesta por als gèrmens es dificulta l'associació causal entre l'augment de la prevalença de malalties infeccioses i també es dificulta la comprensió de quan la seva presència en immigració estrangera es pugui deure a les pobres condicions de vida que tenen i no a que provinquin de zones amb majors prevalença.

⁷⁷ Arrel del brot de grip aviar es van esgotar les existències d'una vacuna antiviral comprada per la majoria de governs occidentals però que és la que s'administra per a les epidèmies de grip anuals. La seva eficàcia contra la zoonosi no ha estat provada.

7.1.1.2. El turisme global

La mobilitat de persones entre llocs geogràfics diferenciats no és exclusiva dels processos migratoris. Els mecanismes de vigilància epidemiològica en els brots epidemiològics descrits també anaven dirigides a les persones que feien viatges internacionals. La denegació d'accés a diferents països a persones que poden estar infectades per alguna de les malalties infeccioses descrites és una de les mesures preses per a crear una sensació de control i de seguretat, però que sovint van acompanyades de pràctiques, inconscients o deliberades, de discriminació amb una baixa eficàcia en el control real de la dispersió de les malalties. Les mesures per a fer front a aquests brots, encara que siguin discriminatòries, queden justificades per l'emergència i l'excepcionalitat de la situació.

L'augment dels moviments migratoris les darreres dècades ha estat paral·lel a una massificació del turisme internacional. El control a la mobilitat del turisme internacional sols s'ha produït de manera sistemàtica en els períodes de brots epidemiològics descrits però la seva activitat no es veu igualment controlada en la resta de períodes. Alguns científics indiquen el turisme de masses com a responsable principal de la dispersió de certes malalties infeccioses. El centre de medicina tropical de l'hospital Clínic ha denunciat que encara hi ha un important nombre de viatgers que es desplacen sense prendre cap mesura preventiva i que existeixen greus errors en la informació sanitària que ofereixen agències i guies de viatge ⁷⁸ (Corachán, Gascón 2002). Els viatges a zones on existeixen malalties

⁷⁸ En algunes de les guies es recomanen vacunes contra la verola, única malaltia infecciosa eradicada, un dels pocs èxits reconegut de la biomedicina i per a la que no hi ha vacuna comercialitzada, o per a la malària per a la qual no hi ha vacuna coneguda (Corachán, Gascón 2002).

infeccioses endèmiques comporta un major risc de desenvolupar la malaltia per part dels viatgers que per part de la població autòctona, que conviu amb la malaltia i presenta, sovint, diferents formes de resistència.

Els serveis de medicina tropical⁷⁹ i d'atenció sanitària al viatger són els que han desenvolupat la recerca pionera sobre immigració i malalties infeccioses a Catalunya. Els noms de les unitats incorporen la paraula immigració i malalties importades en els serveis que ofereixen. Un dels darrers casos de malaltia importada que està adquirint cert renom és la malaltia del Chagas⁸⁰. Aquestes malalties importades i l'atenció sanitària a l'immigrant impliquen augmentar la vigilància epidemiològica sobre aquestes malalties al·lòctones o que es creien eradicades a Catalunya. Vistes les actuacions realitzades i la creació de nous termes i serveis per a l'atenció al viatger i per a les malalties importades és inevitable preguntar-se quina diferència tenen aquestes formes de mobilitat humana en la dispersió de les malalties infeccioses. En els casos d'alerta epidemiològica descrits anteriorment, les mesures de vigilància s'aplicaven indistintament a viatgers i a immigrants. Per què en els casos com el del Chagas, la malària o la febre groga en un cas es tracta d'atenció al viatger i a l'altre de malaltia importada o d'atenció sanitària a l'immigrant és una pregunta que va més enllà de l'estricta vigilància epidemiològica. L'augment del turisme de masses i la manca de control del viatger descrita per Corachán i Gascón hauria de ser motiu suficient per a incloure aquestes malalties en la vigilància epidemiològica al conjunt de la població i no incrementar sols la vigilància en persones immigrades de nacionalitat determinada.

⁷⁹ Terme desenvolupat en l'època colonial de vocació clarament etnocèntrica i que està sent substituït per salut internacional.

⁸⁰ Zoonosi endèmica a Amèrica Llatina. Es calcula que actualment hi ha uns 18 milions d'infectats per Chagas a Amèrica llatina.

Amb el gran augment de la mobilitat, dels turisme i de les migracions, a regions amb malalties endèmiques la vigilància epidemiològica al viatger, a l'immigrant o a la població en general no té per què ser diferenciada. L'atenció diferenciada a la població immigrada susceptible d'importar malalties infeccioses pot comportar un augment de la discriminació i del perjudici quan són malalties que poden ser concretes i importades per qualsevol membre de la població susceptible de viatjar.

Una de les propostes a partir dels resultats de la tesi és no focalitzar certes malalties a persones de nacionalitat determinada, a certs immigrants estrangers, i tenir present l'augment de la mobilitat global per a incloure malalties infeccioses al·lòctones en la vigilància epidemiològica del conjunt de la població. El risc de dispersió de certes malalties existeix més enllà dels migrants. És un risc quotidià que no hauria de venir determinat per la nacionalitat de la persona o la seva condició d'immigrant.

Existeix literatura sobre els riscos d'importació de malalties en els viatge de les famílies d'immigrants als països d'origen. S'han trobat problemes amb els fills de persones immigrades, ja que els seus pares eren resistents a certes malalties endèmiques dels seus països però no els seus fills que havien nascut aquí. Els fills, al no tenir resistència immunològica o al no estar vacunats o advertits per la possibilitat de contagi, han desenvolupat la malaltia a l'anar de viatge als països d'origen dels pares. El cas és similar al descrit en el brot de xarampió de Barcelona en que molts infants infectats no havien estat vacunats pels pares per diferents conviccions ideològiques. Les malalties reemergents, les malalties importades i les malalties clàssiques de la medicina tropical i de l'atenció sanitària al viatger haurien de ser considerades com a malalties globals i no diferenciar-les segons si la persona

és un viatger o un immigrant. Amb l'augment de la mobilitat, les malalties endèmiques ho són del conjunt del planeta. En la dispersió de les malalties, el que és rellevant és el desplaçament en si mateix, no la motivació que el propicia ni la condició ètnica de la persona que el protagonitza.

Si tenim en compte que segurament la persona immigrada no ha desenvolupat la malaltia abans de l'emigració –si no segurament no l'hagués pogut realitzar– és pot pensar que compta amb algun tipus de resistència immunològica a les malalties endèmiques de la regió d'on prové. Per altra banda, hem de tenir en compte que no és obligatòria la vacunació per anar de viatge a molts països amb malalties infeccioses endèmiques. Si prenem en consideració aquestes dues premisses, no és trivial preguntar-se per què es diferencia l'assistència sanitària al viatger i l'assistència sanitària a l'immigrant estranger quan es tracta de malalties importades. És més, el mateix terme de 'malaltia importada' no s'aplica al viatger i, en principi, el risc d'importació és present en els dos grups de població. La diferenciació en els serveis i en la terminologia utilitzada en cada cas és un element de reflexió que està íntimament relacionat amb el que s'exposa en aquest mateix apartat sobre el concepte 'immigrant'.

7.1.2. Salut mental

El procés migratori com a factor de risc per a la salut mental de la persona que el viu, considerat un factor estressant que pot desembocar en patologies mentals i que no es troba en persones que no han viscut un procés migratori, és un dels principals enfocaments en el tractament de la immigració estrangera i la salut. Els 'dols de la migració' per estar allunyat de la família, dels amics, de la terra i la síndrome d'Ulisses són els dos enfocaments més

visibles de la relació entre immigració i salut a Catalunya (Achotegui 2001, Gatrell 2002).

Els resultats de la tesi sobre la salut mental són els que presenten més dificultats ⁸¹. En l'estudi ecològic, els casos d'ingrés hospitalari per les patologies mentals estudiades sols es corresponen a estats molt aguts de les malalties i, com s'ha vist, algunes de les patologies mentals incloses poden estar altament influïdes pel motiu principal d'ingrés que no ha d'estar necessàriament associat amb el procés migratori. De totes maneres, i tenint presents aquestes limitacions, els resultats per les malalties mentals de l'estudi ecològic són semblants als obtinguts per a les malalties infeccioses. S'observen tendències oposades en funció de si s'inclouen el conjunt dels estrangers residents al municipi o de si s'estudien els estrangers agrupats per el seu IDH. Mentre que per al model amb el conjunt d'estrangers totes les malalties mentals mostren una tendència negativa, a mesura que augmenta el nombre d'estrangers al municipi disminueixen les taxes. Per al coeficient de nacionalitat, la tendència és positiva a excepció de la depressió i del sumatori de malalties infeccioses. Els resultats, com en el cas de les malalties infeccioses, mostren tendències diferents segons els immigrants estrangers que s'incloguin a l'estudi.

Els resultats del PaD no ofereixen quasi bé informació referent a la patologia mental ja que no incorpora variables amb malalties mentals diagnosticades. El PaD, però, com ja hem vist, sí que ofereix una aproximació indirecta a la situació socioeconòmica i a l'estat de satisfacció amb la vida percebuts. Les agrupacions per nacionalitat en aquestes variables han sortit significatives i confirmen la diferenciació generalista que es pot realitzar entre

⁸¹ Aquestes dificultats poden ser degudes a la deficient estructura d'atenció psiquiàtrica que hi ha a Catalunya per al conjunt de la població.

grups d'immigració estrangera. La diferenciació entre immigrants estrangers i la seva influència en la salut mental també està present en els estudis existents sobre immigració i salut mental però la selecció dels immigrants inclosos en l'estudi presenta nombrosos dèficits que es discuteixen en l'apartat 7.2. d'aquest mateix capítol.

Els resultats de l'anàlisi qualitativa no ofereixen informació representativa sobre malalties mentals sofertes però sí que obre portes de reflexió, que conjuntament amb una revisió crítica de la literatura existent permeten obrir nous debats sobre la relació entre procés migratori i salut mental.

El procés migratori, com a esdeveniment vital que pot actuar com a estressor desencadenant de malaltia mental, ja fa temps que està descrit. Com altres esdeveniments vitals⁸² i com altres moments de canvi en la vida, el procés migratori presenta moltes variables que en poden determinar les conseqüències en la salut de la persona que les viu. Factors individuals en el mateix procés migratori, les majors o menors dificultats en el procés d'assentament, la percepció social en el context d'assentament, la relació personal amb 'l'idiotop', la intel·ligència emocional de l'individu o la seva predisposició genètica són alguns dels elements que influeixen en el factor de risc de patir una patologia mental. El procés migratori és, principalment, una vivència personal. El deixar de sentir-se immigrant, el deixar de ser immigrant encara que el context social no ho contempli, és una vivència individual. Hi ha gent que ha viscut un procés migratori i no s'ha sentit mai

⁸² Els esdeveniments vitals estressants es poden resumir en tres factors estressants considerats en investigació: catàstrofes, els canvis significatius a la vida i les contrarietats diàries. La migració es podria considerar un canvi significatiu en les nostres vides (com la mort d'un ésser estimat, la pèrdua de la feina, el matrimoni o el divorci) L'estrés no sorgeix tant dels successos mateixos sinó de l'avaluació que en fem. Si a més de l'avaluació negativa es percep com a incontrolables, augmenta l'estrés. L'estrés està relacionat amb l'empitjorament o aparició de cardiopatia, disminueix la resistència a la malaltia i les capacitats defensives del sistema immunològic i alguns estudis apunten a una disminució dels recursos emocionals en la lluita contra el càncer (Myers 1999).

immigrant i, al revés, hi ha gent que sense haver viscut un procés migratori es pot sentir immigrant.

En alguns dels estudis sobre immigració i salut mental es reconeix que la migració, com a esdeveniment vital, ja existia com a possible factor desencadenant de malaltia abans de l'aparició de nous conceptes i corrents per a descriure la situació que pateixen alguns dels immigrants estrangers que actualment arriben a Catalunya. L'elaboració del nou corpus teòric es justifica en aquests casos per les particularitats que presenten aquests nous immigrants estrangers. L'observat a partir de la revisió crítica de la literatura existent, i a partir dels resultats de la tesi, és que hi ha un biaix en la selecció dels immigrants estrangers inclosos en els estudis de salut mental. Com succeeix amb els estudis sobre malalties infeccioses, els centres on es desenvolupa gran part de la recerca i assistència sobre salut mental tenen una població estrangera en unes condicions determinades. Els estudis remarquen aquestes diferències utilitzant adjectius com immigració econòmica i immigrants extracomunitaris per a diferenciar-los⁸³.

El fet de descriure una nova síndrome⁸⁴ per a processos i factors de risc ja descrits en psicologia clínica deriva de cercar respostes a unes noves problemàtiques identificades. En els estudis sobre salut mental s'identifica com a causes principals les dures condicions de vida que afronten molts d'aquests immigrants estrangers. Les males condicions de l'habitatge, les dures situacions legals, laborals o socials que han d'afrontar molts d'aquests

⁸³ Les controvèrsies que deriven de la utilització d'aquests termes i les conseqüències que en pot tenir es detallen a l'apartat 7.2. d'aquest mateix capítol.

⁸⁴ Una síndrome és inespecífica per definició i sovint no té un únic agent etiològic.

immigrants estrangers es perfilen com les noves problemàtiques que justifiquen la necessitat de crear una nova síndrome.

Malgrat que s'assenyalen les condicions de vida en el país d'arribada com a causa principal d'alguns estats de salut mental en la població immigrant, es segueix emfatitzant el procés migratori i la condició d'immigrant de les persones que les pateixen. Aquest fet és una de les crítiques principals que des de diferents disciplines s'ha realitzat sobre la relació entre immigració i salut mental. Aquesta relació, quan tot apunta a que són les dures condicions de vida i un conjunt d'elements multifactorials les que expliquen principalment els estats de salut mental, té un risc elevat d'augmentar l'estigmatització sobre alguns dels immigrants estrangers i de desviar el focus d'atenció d'elements més rellevants com les difícils condicions de vida cap a aspectes individuals i gens diferencials com haver viscut un procés migratori. Si s'inclouen tots els immigrants estrangers en els estudis sobre salut mental, sense establir un biaix previ, les noves problemàtiques, que segons els estudis existents justifiquen la definició de nous síndromes, segurament no apareixerien en els immigrants de major IDH. Els resultats de l'anàlisi qualitativa segueixen aquesta mateixa línia encara que els resultats no poden ser representatius per al conjunt d'immigrants estrangers. La variable migració estrangera no seria una bona variable per a establir un diagnòstic diferencial en la salut mental. Si es sotmetés la població que no hagi viscut un procés migratori a les mateixes condicions legals, econòmiques, laborals i socials que pateixen molts d'aquests immigrants estrangers segurament també s'identificarien malalties mentals. De fet, en alguns dels estudis sobre salut mental es subratlla el moment d'obtenció del permís de residència com a moment de desaparició de la patologia mental en molts dels immigrants estrangers atesos. Aquesta crítica es pot estendre fins

a denunciar un intent, sovint involuntari o per un excés de paternalisme, d'elaborar la idea de la folia 'dels altres', dels estrangers, com un fet indissociable del procés migratori (Lurbe 2005). Hi hauria una naturalització de la malaltia mental al associar-la, principalment, amb el procés migratori. La consideració del risc de naturalització en la recerca sobre immigració i salut mental també es produeix, i de manera més clara, amb la relació entre cultura, salut i immigració estrangera.

7.1.3. Cultura i salut en la immigració

El tercer gran eix sobre el que gira la recerca i l'assistència sanitària sobre immigració estrangera i salut a Catalunya, és el que relaciona els patrons culturals amb l'estat de salut, la concepció de salut i el comportament respecte la salut de la immigració estrangera. Aquest eix es recolza en els estudis clàssics sobre antropologia de la salut i psiquiatria transcultural que defensen la incorporació de models de salut diferents al biomèdic en el diagnòstic i tractament de la salut mental. El reconeixement i l'incorporació d'altres models de salut, encara que es va originar en el tractament a la salut mental, s'ha estès cap al conjunt d'hàbits i d'estils de vida d'arrel cultural que poden tenir alguna influència sobre la salut individual i col·lectiva. Diferents recerques i protocols elaborats reclamen recursos i competències culturals al personal sanitari per atendre a la immigració estrangera. Es parteix de la crítica clàssica elaborada per autors com Kleinman, Helman o Illich al model biomèdic i a la reducció dels processos de salut, sobretot dels trastorns mentals, als mecanismes biològics (Kleinman 1978). Hi ha una defensa explícita de les medicines tradicionals per incloure aspectes socials i culturals en el tractament i caldria que els metges occidentals aprenguessin a tornar a tractar la malaltia en el context psicològic i cultural del pacient. Haurien de

preguntar al pacient què ha creat la malaltia, els seus problemes, com creuen que hauria de ser el tractament, mitjans, guanys, pèrdues de la malaltia i quins conflictes de valors tenen. La relació entre immigració i salut beu d'aquesta tradició de la psiquiatria transcultural i del relativisme cultural per a incorporar-ho com a tema principal d'estudi en l'assistència sanitària als immigrants estrangers. Es parteix del supòsit que els immigrants estrangers tenen uns patrons culturals diferents, que influeixen en la seva concepció de salut i en el seguiment dels tractaments i que requereixen ser tinguts en compte durant l'assistència sanitària.

Els resultats obtinguts en les entrevistes en profunditat i en l'observació participant condueixen a conclusions diferents. El model biomèdic de salut i malaltia ha estat present en totes les entrevistes realitzades i l'observació participant, combinada amb una revisió crítica de la literatura, suggereixen que el model biomèdic s'ha exportat per tot el món. El model biomèdic seria una de les herències més sòlides i consolidades del llarg procés colonial. La biomedicina i la seva laurèola de científicitat i objectivitat deslligada de imposicions ideològiques colonials seria un dels principals èxits de la dominació cultural d'occident. La biomedicina no ha estat utilitzada com un element de reivindicació cultural i identitària per pobles on la exportació del model de societat occidental ha comptat amb més rebuig (Foucault 1999, Said 1997).

En els resultats del PaD i de l'estudi ecològic, tot i la simplificació i els inconvenients que pot presentar el coeficient de nacionalitat al analitzar la dimensió cultural, l'agrupació per nacionalitats pot ser una manera de pal·liar l'efecte de les diferències culturals en les respostes de salut i en la classe social percebuda. Si agrupant persones de nacionalitats diverses i que

probablement provenen de regions culturalment diferents dins dels mateixos estats s'observen diferències, algunes d'elles significatives entre els diferents grups, segurament es poden atribuir aquestes diferències a aspectes legals, a situacions socioeconòmiques i al procés migratori, que són situacions que comparteixen en el país on resideixen. Si l'agrupació es realitza per l'IDH de la nacionalitat dels estrangers, l'efecte referit a la cultura en variables autopercebudes hauria de desaparèixer. Si malgrat tot es veuen diferències significatives que permeten parlar de diferents grups d'immigrants aquestes no es poden atribuir a la cultura. Amb aquests resultats no es vol menysprear la importància de la cultura en l'atenció sanitària individualitzada, però sí es vol emfatitzar la necessitat d'incorporar variables socioeconòmiques d'una manera clara i decisiva en els estudis sobre salut i immigració estrangera.

En els resultats obtinguts de les tècniques qualitatives tampoc s'aprecia un comportament respecte la salut diferenciat per procedència. Al llarg de l'anàlisi qualitativa, la importància relativa que tenen els diferents factors socials en l'explicació de les patologies ha anat variant. Els factors culturals han perdut pes en benefici de factors socioeconòmics i estructurals com a elements explicatius de les diferències en el comportament respecte la salut. La concepció biomèdica de la salut i la malaltia és la trobada en els tres grups de població i les diferències culturals entre ells no tindrien major influència en el seu estat de salut que el que pugui tenir entre la població d'una mateixa procedència. Els resultats mostren que tenir una nacionalitat determinada o un color de pell determinat no ha d'implicar tenir una concepció cultural sobre la salut i la malaltia diferent, de la mateixa manera que tenir una mateixa nacionalitat o els mateixos trets físics tampoc ha de significar compartir una mateixa cultura ni una concepció sobre la salut i la malaltia. Si tenim en compte els resultats obtinguts, podem afirmar que en l'assistència

sanitària a la diversitat cultural defensada en part de la literatura sobre immigració estrangera i salut a Catalunya hi ha un marcat prejudici que atribueix concepcions culturals sobre la salut i la malaltia a persones de determinades nacionalitats que no coincideix amb els resultats obtinguts en la present recerca. L'enfocament de l'atenció a la diversitat en l'assistència sanitària a part de la immigració estrangera pot tenir conseqüències com augmentar l'estigmatització vers a determinats grups d'immigrants estrangers.

La defensa de la diversitat cultural defensada per Strauss, portada a un extrem, ha estat identificada com una nova versió de racisme, segurament inconscient i involuntari, anomenat racisme cultural⁸⁵ (Lévi-Strauss 1986). La preconcepció que els immigrants estrangers⁸⁶ tenen un sistema cultural diferent que pot tenir repercussions sobre el seu estat de salut i sobre el seguiment dels tractaments i que cal aplicar protocols mèdics per afrontar la diferència és segurament, a la llum dels resultats obtinguts, una simplificació que es recolza en les teories de la psiquiatria transcultural per aplicar-les a la immigració estrangera. La combinació de la psiquiatria transcultural amb l'atenció sanitària a la immigració estrangera parteix del prejudici que els 'immigrants' tenen un model de salut i malaltia diferent al nostre i que cal prendre mesures per a treballar amb la diferència. Les diferències culturals no es pressuposen en el conjunt d'estrangers que resideixen a Catalunya. No s'inclouen mesures per a preveure diferències culturals en ciutadans

⁸⁵ En el plantejament contemporani de la qüestió racista es destaquen tres elements específics: hi ha hagut una culturalització de la problemàtica, l'agredit és preferentment l'estranger amb el que hi ha un important component xenòfob i el racisme majoritari és l'institucional i civil en detriment del racisme científicista del segle XIX i mitjans del segle XX. En els plantejament del nou racisme no sols la raça sinó també l'etnicitat i la cultura individual poden ser instruments de prejudici i estratificació (Malgesini, Giménez 2000).

⁸⁶ Es posa el terme 'immigrant' entre cometes per que es fa referència al concepte d'immigrant èstès que es descriu a l'apartat 7.2.

nordamericans, russos o japonesos. En la relació entre immigració, salut i cultura es podria estar donant un cas de racisme subtil a l'exagerar les diferències culturals entre els diferents grups ètnics que conformen la societat quan aquests entren dintre la categoria 'immigrant' que es descriu en el punt 7.2. (Echebarria, Garaigordobil et al. 1995).

Sense minimitzar la importància de la psiquiatria transcultural i de la inclusió dels aspectes culturals en la relació amb la salut i la malaltia, el que mostren els resultats de la tesi és la necessitat de contextualitzar també socioeconòmicament l'atenció i el comportament respecte la salut i no sobrevalorar la diferència cultural atribuïnt-li responsabilitats socials. Caldria incloure la diferència cultural en una anàlisi més ampla on es tinguin en compte elements estructurals, socioeconòmics i polítics que contextualitzin els factors culturals. Caldria també tenir en compte la complexitat del mateix terme cultura i no reduir la seva interpretació a estereotips simplistes que treuen sentit, o fins i tot poden tenir l'efecte totalment advers, a l'aproximació cultural a la salut i a la malaltia.

Durant el procés d'anàlisi es va considerar interessant incloure descripcions i teoria sobre medicines tradicionals dels països d'origen de la població immigrant. Evidentment implicava recollir tradicions mèdiques sobre pràcticament tot el món i pressuposar que la població procedent d'aquests llocs coneixia, o havia estat influenciada, per aquests corrents. Amb el procés de globalització també s'han globalitzat certes pràctiques i tradicions mèdiques. No es estrany que persones del nostre entorn que no hagin viscut cap procés migratori coneguin i practiquin medicina tradicional xinesa o medicina ayurvèdica. De la mateixa manera, és lògic pensar que immigració estrangera procedent de països amb aquestes tradicions mèdiques coneguin i practiquin els postulats biomèdics occidentals. En conclusió, podem afirmar

que tenir una nacionalitat determinada no ha d'implicar conèixer o seguir una tradició mèdica i que els models culturals de salut i malaltia no han d'anar necessàriament associats a una nacionalitat, raça o ètnia. Un exemple recent és el ja citat brot de xarampió que s'ha produït a Barcelona. La majoria de casos d'infecció corresponia a infants que no havien estat vacunats pels pares. La motivació per a no vacunar als fills forma part també d'una visió transcultural de la salut amb possibles repercussions sobre la salut dels protagonistes i de la resta de la població. Aquesta visió cultural diferent de la salut i la malaltia no prové de persones de diferent nacionalitat i probablement tampoc han viscut cap procés migratori.

Sassen i Harvey han descrit com en el procés de globalització les elits dominants comparteixen patrons i referents culturals independentment de la seva nacionalitat. Aquesta classificació jeràrquica de patrons culturals en funció de la classe social, i no de la nacionalitat, es podria aplicar a la concepció i al comportament respecte la salut. De fet, els resultats obtinguts en la tesi mostren una possible classificació dels diferents comportaments respecte la salut dels individus en funció de la posició que ocupen en l'escala social. Si els patrons respecte la salut també es poden considerar globalitzats, les diferències que s'observen en els resultats de l'anàlisi qualitativa en el comportament respecte la salut es poden deure més a les diferències en la classe social que no pas en la nacionalitat o en la procedència. El fet de centrar el debat de les migracions i la salut en la diferència cultural, en comptes de fer-ho en les desigualtats i en la injustícia social, tant a escala planetària com a escala comarcal, pot dificultar la convivència i la integració de les persones immigrades.

A partir dels resultats obtinguts, i sense menystenir les aportacions de la psiquiatria transcultural, es creu convenient un abordatge inclusiu del procés de curació per al conjunt de la població. Evitar les simplificacions i presumpcions de diferència cultural per qüestions de raça, ètnia o nacionalitat i aplicar els principis de la diferència cultural, incorporant la cultura en el procés de curació, per al conjunt d'individus i no sols en persones immigrades de nacionalitat o ètnies determinades.

7.1.4. "Healthy migrant effect"

Els comentaris dels resultats de la tesi sobre els tres eixos principals al voltant del quals giren la recerca i l'assistència sobre immigració estrangera i salut a Catalunya, les malalties infeccioses, la salut mental i els aspectes culturals, porten a recuperar les experiències internacionals sobre immigració i salut descrites en el cos teòric. La discussió, fins al moment, ha remarcat la importància de les condicions d'assentament per sobre del procés migratori, en si mateix, per a entendre els problemes de salut de part de la població immigrant. Els resultats indiquen una diferència en les condicions socioeconòmiques entre els dos grans grups d'estrangers comparats que es considera clau per a entendre les diferències en l'estat de salut.

Si es fa una relectura de la literatura publicada recentment sobre immigració estrangera i salut a Catalunya, es pot llegir entre línies que la persona que ha immigrat es caracteritza per ser jove, sana i emprenedora. És una persona que ha estat capaç de prendre la decisió d'emigrar, que ha superat importants esculls i que ha de tenir un grau elevat d'iniciativa i capacitat per adaptar-se als canvis (Berra, Elorza Ricart et al. 2004). Lògicament, aquestes característiques descrites en algunes publicacions es refereixen sols a un tipus d'immigració estrangera que és la mateixa a la que

es dediquen els estudis sobre immigració i salut i es correspon, a grans trets, amb el grup d'estrangers amb IDH menor que s'ha utilitzat a la tesi. Si es recupera el concepte del 'healthy migrant effect' explicat en el cos teòric es veu com encaixa amb la concepció sana de la persona que ha pogut realitzar un procés migratori. Els requeriments per a realitzar un procés migratori són elevats i com majors siguin les condicions de duresa del viatge i del procés d'assentament més selectiu és el procés (Gatrell 2002).

Els resultats obtinguts i la majoria de la literatura publicada, encara que de manera indirecta, assenyalen que la població que ha viscut un procés migratori ha de presentar un millor estat de salut que el conjunt de la població però que les diferències en el procés d'assentament entre grups d'immigrants estrangers explicarien la relació que s'estableix entre immigració estrangera i certes malalties. Per a poder mesurar l'efecte real del procés migratori en ell mateix seria interessant tenir dades o informació sobre la situació socioeconòmica, el nivell d'estudis, les xarxes socials i el capital social als llocs d'origen, per a poder avaluar el possible trencament que suposa el procés migratori i les seves repercussions sobre la salut.

Amb els resultats obtinguts i la revisió de la literatura internacional sobre immigració i salut és plausible pensar en una relació positiva entre la població que ha viscut un procés migratori i el seu estat de salut. És a dir, com més alta és la capacitat d'emigrar, com més dificultós sigui el trajecte migratori o pitjors siguin les condicions en origen, més sana ha d'estar la persona que dugui a terme el projecte migratori. Tornant a la hipòtesi del 'healthy migrant effect', hi ha una selecció dels individus que poden emigrar que està íntimament relacionada amb les condicions en origen i en el trajecte migratori. Les persones que poden dur a terme el projecte estan relativament

més sanes que la població de la mateixa edat i el mateix sexe en origen i en destinació. Si durant el procés d'assentament les condicions que pateixen són prou dures, aquests mateixos individus acabaran presentant unes taxes de malaltia majors que la resta de la població. Aquest darrer punt seria el que explicaria la major part de les recerques sobre immigració estrangera i salut a Catalunya en que es vincula a la immigració estrangera amb l'augment de les taxes de certes malalties. La manca de dades longitudinals en origen i en destinació fa que el 'healthy migrant effect' sigui tan sols una hipòtesi. Aquesta hipòtesi també inclou la variable llunyania, és a dir, aquells que emigren més lluny tendeixen a tenir millor indicadors de morbiditat i mortalitat, i alguns autors apunten a que es dona una selecció a la inversa en les migracions de distàncies curtes o amb millors condicions, on la població que migra és la menys sana o envellida (Boyle, Gatrell et al. 1999, Norman, Boyle et al. 2005).

La selecció que es troba a la base de la concepció sana de l'immigrant es pot aplicar, en termes darwinistes, als viatges colonials dels segles XVI i XVII o al tràfic d'esclaus entre el continent Àfrica i Amèrica durant els segles posteriors. Les persones que podien completar un projecte migratori en l'època colonial o els esclaus que eren portats a la força cap a Amèrica, si arribaven i sobreviuen a les condicions d'assentament havien d'estar, necessàriament, sans i forts mentalment i físicament. En l'actualitat, si apliquem la hipòtesi del 'healthy migrant effect' als resultats obtinguts a la tesi i a les publicacions existents que mostren majors taxes de malaltia en un determinat tipus d'immigrants estrangers, podem pensar en les dures condicions d'assentament que pateixen. La tuberculosi està inclosa dins la classificació de malalties de la pobresa realitzada per la OMS. Si es registren més casos de tuberculosi entre la població immigrada, que ha viscut un

procés selectiu migratori, que en la població autòctona, és senzill imaginar quina seria la incidència de la malaltia en la població autòctona si aquesta visqués en les mateixes condicions legals, socioeconòmiques, laborals o socials en la que viu la població immigrada que registra tuberculosi.

Una metàfora de la selecció associada a un procés migratori el podem trobar en les migracions animals. Al parlar de migracions animals el concepte 'selecció' no té un component simbòlic tan important i es pot parlar més obertament de selecció en termes darwinians. És l'aplicació d'aquestes teories en humans el que requereix ser més curós i és per això que es parla de metàfores de la migració al comparar les migracions humanes amb les migracions en altres espècies animals. Curiosament, les definicions de migració en altres animals no és la mateixa que per als humans i incorpora conceptes que no s'apliquen a les migracions humanes. Els exemples més clàssics quan es parla de migracions animals són les migracions en ocells.

Les definicions de procés migratori en llibres d'ecologia animal incorporen l'element cíclic i de retorn. Les migracions són processos cíclics, anuals, en que espècies migratòries es desplacen entre diferents territoris en funció, principalment, de les estacions climàtiques (Begon 2006). Les migracions són uns mecanisme de supervivència de les espècies que es desplacen en cerca de recursos i de climes més temperats. Són desplaçaments que requereixen una gran despesa energètica i són abundants les publicacions sobre la disminució del volum corporal en ocells abans i després d'un procés migratori. Les migracions, en espècies animals, actuen també com a procés de selecció i de millora genètica de l'espècie. Les aus que no poden dur a terme el procés migratori estan condemnades a la mort de manera que les aus que completen el procés migratori són les aus que donaran descendència genètica. Altres

espècies tenen processos migratoris més cooperatius, on el conjunt del grup protegeix els individus més febles al llarg del procés migratori. Aquest és el cas d'uns altres mamífers superiors com els dofins (MacIntyre 2001). Els exemples dels processos migratoris en altres espècies animals es poden derivar cap a establir metàfores amb les migracions humanes.

La utilització de la metàfora en ciències socials està estesa, tot i que presenta força controvèrsies. En medicina, hem vist com s'apliquen sovint metàfores bèl·liques al funcionament orgànic del cos. També s'ha escrit sobre les metàfores de les migracions o sobre la relació entre immigració i salut mental (Achotegui 2006, Sontag 1996). Si apliquem la definició de les migracions en animals al cas de les migracions humanes podem dir que els individus més sans són els que poden dur a terme el procés. Hi ha una selecció en origen dels individus que podran dur a terme el procés migratori⁸⁷. Els que finalment completen el procés migratori són persones més sanes que la població de la mateixa edat i el mateix sexe que no han realitzat cap procés migratori. La diferència principal entre la definició de migració en ecologia animal i la definició de migració en societats humanes és el caràcter cíclic i la presència del retorn. Una de les hipòtesis que s'obre en la següent recerca és que la possibilitat de retorn, encara que no es dugui a terme, també ha de ser contemplada en les migracions humanes. La descripció del risc a patir certes patologies mentals en un determinat tipus d'immigrant i la desaparició del risc al obtenir el permís de residència, pot estar relacionat amb la salut mental de la persona que ha migrat. No és el

⁸⁷ Hi ha autors que narren com en pobles africans, es tria un individu per a realitzar el procés migratori. Existeix una selecció d'un membre de la comunitat que és el que farà el procés migratori. Es reuneixen diners, recursos i esforços per a que els membres més capacitats de la comunitat emprenguin el procés migratori amb el compromís d'ajudar al manteniment econòmic del poble un cop assentat en un país de major renda. És podria considerar que, en el fons, hi ha la mateixa lògica que la venda d'esclaus al llarg del segle XIX on els pobles venien a les persones més capacitades de la comunitat per a obtenir ingressos i recursos per a la resta de la comunitat.

mateix deixar un lloc sabent que pots tornar-hi que sense saber si hi podràs tornar. Amb les actuals lleis d'estrangeria de la majoria de països europeus, la situació d'il·legalitat implica la negació del retorn. Això voldria dir que a l'estressor d'estar legalment perseguit se li hauria de sumar l'estressor de no saber si es podrà tornar. Evidentment, aquesta situació no es dona pel procés migratori en si mateix, sinó per la restricció al moviment que propicien les lleis d'estrangeria. Una persona llatinoamericana a la que se li hagi afavorit l'entrada sense documentació a l'estat espanyol, amb una visa turista, i es quedi sense documentació se li nega la possibilitat de retorn al seu país d'origen. La impossibilitat de retorn que imposa la llei d'estrangeria actuaria com a un important estressor mental. Si, com els ocells, les persones que emigren són les que estan més sanes i el procés migratori actua com una selecció dels individus més sans de l'espècie, és lògic preguntar-se per què aquests individus poden presentar major taxes de malaltia durant el procés d'assentament.

7.2. La problemàtica del concepte *immigrant*

En el cos teòric s'ha reflexionat sobre el concepte immigrant i sobre el concepte salut⁸⁸. A la llum dels resultats i de la discussió es recuperen les reflexions fetes per analitzar els principals problemes de l'abordatge de la immigració estrangera a Catalunya des de l'àmbit sanitari.

⁸⁸ El posicionament sobre la utilització de la nacionalitat i com a variable operativa per a identificar als immigrants estrangers ja s'ha aclarit en el cos teòric i en la metodologia. El concepte d'estranger té un significat jurídic precís al designar a aquelles persones que no tenen la nacionalitat o la ciutadania del país on habiten (Malgesini, Giménez 2000). En aquests termes, i encara que no sigui sinònim d'immigrant ja que es pot tenir la nacionalitat i no haver migrat, o a l'inversa, la seva utilització redueix les connotacions més imprecises associades al terme immigrant actualment. Si més no, es dirigeix directament a la font principal de les dades ja que sovint la distinció d'immigrant, com ens hem vist també obligats nosaltres a la tesi, es fa establint una equivalència que sovint és arriscada entre immigrant estranger i nacionalitat diferent a la de referència.

7.2.1. Les bases del problema:

Les principals mancances identificades en la recerca i en l'assistència sobre immigració estrangera i salut a Catalunya són dues: la manca de dades i un biaix en la selecció dels immigrants incloses en els estudis.

7.2.1.1. Les limitacions dels registres existents

La relativa novetat del fenomen de la immigració estrangera a Catalunya és una de les explicacions de la manca de registres que continguin variables de salut i d'immigració. La manca de dades és la principal explicació de la inexistència d'estudis epidemiològics que relacionen la immigració amb determinades patologies i una de les principals limitacions apuntades en articles de revisió sobre immigració i salut a Catalunya.

Els estudis realitzats fins al moment s'han realitzat amb dades recollides en centres sanitaris amb tradició en l'atenció a la immigració estrangera. Són estudis locals o de cas realitzats en centres com l'Hospital de Mataró, l'Hospital del Mar, l'Hospital Clínic, l'Hospital d'Olot, el de Vic o el de Palamós que acullen una població immigrant amb unes característiques determinades. Són estudis transversals descriptius i en la majoria de casos no inclouen comparacions amb la població autòctona (Berra, Elorza Ricart et al. 2004).

La manca de dades és un dels principals problemes identificats. En els estudis existents hi ha una disparitat de criteris en la selecció dels immigrants estrangers. Per tal de tenir un criteri consensuat de recollida de variables migratòries en els sistemes de informació, l'any 2006, des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el Departament de Salut es va elaborar un estudi Delphi per a trobar un consens sobre definicions i variables per a caracteritzar

als immigrants estrangers residents a Catalunya. L'objectiu principal és establir un consens en la definició dels termes que permeti incloure variables migratòries en futures recerques sobre immigració i salut. Les recomanacions de l'estudi són incloure el país de naixement, la nacionalitat i l'any d'arribada en els sistemes d'informació i recerques sobre salut.

7.2.1.2. Biaix en la selecció dels immigrants

El segon gran problema que plantegen els estudis existents sobre immigració i salut a Catalunya és un biaix clar en la selecció dels individus a estudiar. Aquests estudis sols es centren en immigrants estrangers procedents d'uns països determinats i vivint en unes condicions determinades. S'utilitzen diferents tipus d'adjectius i recursos lingüístics per a intentar categoritzar a aquest tipus d'immigrants. Població immigrant procedent de països de renda baixa, immigració procedent de països pobres o empobrits, immigrants econòmics o immigrants extracomunitaris (Balanzó, Faixedas et al. 2003, Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Jansà, García de Olalla, P. 2003, Masvidal 2002, Achotegui 2002). Les condicions de la vida i la situació en que es troben aquests immigrants s'aproximen a les condicions de vida descrites en refugiats, desplaçats o en persones que han estat víctimes del tràfic de persones⁸⁹.

Un dels termes més utilitzats per a referir-se a la immigració estrangera que pateix aquestes condicions és 'immigrant econòmic' o 'immigrant per motius econòmics'. Se'ls descriu com persones que han d'afrontar dures condicions de vida, legals i laborals que repercuteixen de manera negativa en

⁸⁹ Els estudis sobre la salut i les condicions de vida d'aquestes poblacions són una altra branca d'estudis on la relació entre patologies sofertes i condicions del trajecte o de l'assentament han estat àmpliament descrites però no s'inclouen en els estudis sobre migracions i salut. Les seves particularitats fa que s'estudiïn a part en diferents subdisciplines dels estudis sobre migracions.

la seva salut. Són aquells immigrants que poden presentar taxes elevades de certes malalties infeccioses, que poden ser susceptibles de patir certes patologies mentals i que presenten conflictes culturals. L'altre terme altament utilitzat per referir-se a població d'aquestes característiques és immigració extracomunitària (Achetegui, Espeso et al. 2003, Balanzó, Faixedas et al. 2003).

Per exemple, en el pla director d'immigració i cooperació del departament de salut es defineix als immigrants estrangers com a "població immigrada que prové de fora de l'estat espanyol, i en general de països en vies de desenvolupament, que acudeixen a Catalunya per motivació econòmica, i en menor grau, com a refugiats polítics. Caldria excloure estrangers procedents de països desenvolupats, ja siguin estudiants, jubilats o treballadors de multinacionals". En informes del Butlletí Epidemiològic de Catalunya sobre els diferents patrons de mortalitat també separa als immigrants europeus i utilitza el terme immigrant econòmic per a referir-se a la població estrangera que viu en les condicions descrites i que presenta diferent utilització dels serveis sanitaris i diferents patrons epidemiològics de malalties infeccioses. En protocols d'atenció pediàtrica a immigrants estrangers també s'exclou de l'aplicació del protocol a immigrants, i fills d'immigrants, procedents d'Europa Occidental, EEUU, Canadà, Japó, Austràlia o Nova Zelanda. Als immigrants procedent d'aquestes zones se'ls hi aplica els mateixos protocols que el programa de seguiment del nen sa de la població autòctona. Inclús en una revisió exhaustiva de la literatura científica sobre immigració i salut a Catalunya que pretén analitzar les principals mancances i limitacions dels estudis realitzats, a la metodologia, es puntualitza que s'exclouen els articles sobre població procedent de països desenvolupats (Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Departament de Sanitat i Seguretat Social 2003b, Masvidal 2002).

En tots aquests cassos descrits i en la majoria d'estudis sobre immigració i salut, es realitza un biaix sistemàtic que exclou a la immigració estrangera que viu en condicions diferents a la descrites en la població immigrada estudiada, que no s'argumenta de manera clara. L'exclusió dels immigrants estrangers que no responen al patró d'immigrant estranger descrit al començament d'aquest apartat no és argumentada i sovint és imposada, als inicis dels articles, com un element sobreentès.

Els adjectius i termes utilitzats per a referir-se a la immigració estrangera que viu en unes condicions determinades no són, ni de bon tros, termes inequívocs i presenten diferents controvèrsies que no permeten donar-los per sobreentesos. El terme immigrant econòmic per a referir-se a persones que pateixen dures condicions de vida en el país d'arribada exclou a persones que ocupen capes altes de l'escala social i que una de les motivacions principals per a realitzar el projecte migratori també és econòmica. Directius de multinacionals, esportistes d'elit o els jubilats estrangers que habiten a casa nostra també tenen una motivació econòmica per establir-se a Catalunya i no estan inclosos en els estudis sobre immigració i salut⁹⁰. En els resultats obtinguts en l'anàlisi qualitativa, els britànics entrevistats apuntaven el preu de l'habitatge, el cost de la vida i la gratuïtat dels serveis sanitaris com a motius principals d'establir-se a Catalunya⁹¹. Aquests tres motius també són eminentment econòmics. El mateix succeeix amb el terme immigrants extracomunitaris. Encara que el terme és jurídic i sembla presentar menys inequívocs que el terme econòmic, les recerques existents no inclouen

⁹⁰ Hi ha força literatura publicada sobre jubilats britànics al litoral espanyol que no s'inclou en els estudis d'immigració i salut (King, Warnes et al. 1997).

⁹¹ Ja s'ha senyalat que els motius per iniciar un procés migratori acostumen a ser múltiples. El cas dels britànics també inclouia el clima i la proximitat amb el Regne Unit, però els marroquins també senyalaven la presència de familiars i el coneixement del castellà com a motius per escollir Catalunya.

immigrants extracomunitaris de nacionalitats amb un IDH major. Com hem vist en el cas dels protocols pediàtrics, els estudis que utilitzen el terme immigrants extracomunitaris no inclouen immigrants estrangers procedents dels EEUU, Canadà, Austràlia, Suïssa, Andorra o el Japó. Aquests països són extracomunitaris però en canvi els immigrants estrangers procedents d'aquests països no apareixen en els estudis sobre immigració estrangera i salut. Com es mostra, l'adjectiu extracomunitari, encara que s'utilitza per a referir-se a la immigració que pateix dures condicions de vida, també mostra un biaix implícit en les recerques realitzades perquè exclouen població estrangera extracomunitària que immigra al nostre país en condicions molt diferents a les descrites. Alts directius procedents de països rics extracomunitaris, elits procedents dels països de renda baixa o professionals liberals de la resta de països extracomunitaris no estan inclosos en els estudis sobre immigració estrangera i salut. El terme extracomunitari hauria d'incloure immigrants de nacionalitat japonesa, marroquí, nord-americana, boliviana, canadenca o australiana de diferents nivells socioeconòmics i problemàtiques diverses, més enllà de les legals, que poden influir de manera decisiva en el seu estat de salut abans, durant i després del procés migratori (Berra, Elorza Ricart et al. 2004, Pascual-de-Sans 2004).

De la comparació dels resultats obtinguts amb la recerca publicada sobre immigració estrangera i salut se'n deriva que els estudis existents presenten un greu biaix que pot influir de manera decisiva en les relacions causals entre immigració estrangera i salut a Catalunya. Els resultats de la tesi mostren com hi ha diferències clares entre els diversos grups d'immigrants estrangers. Aquestes diferències són d'ampli espectre i van des de la classe social percebuda, passant per l'estructura demogràfica, la felicitat percebuda, la

salut declarada o les taxes de malaltia registrades. Els estudis existents, pràcticament tots, es centren tant sols en la immigració estrangera que a la tesi es pot identificar amb els estrangers de nacionalitats amb un IDH menor. Els resultats del PaD i el sumatori de nacionalitats indiquen diferències marcades entre els diferents tipus d'immigrants estrangers. Aquestes diferències coincideixen amb l'heterogeneïtat d'estudis que es realitzen sobre tots els aspectes de les migracions a nivell internacional ⁹². Aquesta heterogeneïtat en els immigrants estrangers no s'observa, però, en els estudis sobre immigració estrangera i salut a Catalunya.

La utilització de l'IDH com a variable d'agrupació dels estrangers evita el biaix que implícitament s'aplica l'utilitzar els termes immigrants comunitaris i extracomunitaris. Aquest biaix, i els termes econòmic o extracomunitari, es poden convertir per diferents motius en termes eufemístics a l'intentar diferenciar entre immigrants estrangers però sense deixar d'aplicar biaixos implícits en la selecció de les mostres. La simplificació que comporta la utilització de l'IDH també pot presentar problemes de biaix en els individus seleccionats. A l'atorgar un valor a tots els individus d'una mateixa nacionalitat no es pot apreciar les diferències existents dins de cada nacionalitat. Hi ha una limitació inherent a la simplificació d'identificar immigrants estrangers a partir de la nacionalitat i de l'agrupació posterior de nacionalitats. Tot i així, aquest problema és comú en tots els estudis sobre migracions estrangeres i es deu a la limitació de treballar amb la nacionalitat, que és el que figura en la majoria de registres, com a variable identificadora de la immigració estrangera. Aquesta també és una limitació amb la que han treballat els estudis anteriors abans d'aplicar el biaix de la immigració

⁹² Entre d'altres, un dels temes àmpliament estudiat és els moviments migratoris de personal altament qualificat, com els metges, de països de renda baixa cap a països de major renda i les repercussions que pot tenir en els sistemes sanitaris en origen.

econòmica o extracomunitària. Segons els resultats, el sumatori de nacionalitats es pot considerar una variable útil per incorporar, a grans trets, immigrants estrangers del major nombre de procedències possible i vivint en les condicions més diverses possibles quan sols es compta amb la nacionalitat com a variable migratòria. El sumatori de nacionalitats o el coeficient de nacionalitat mostra ser un indicador de més utilitat per a realitzar estudis epidemiològics i diferenciar entre diferents tipus d'immigrants estrangers sense haver d'utilitzar adjectius complementaris al terme immigrant.

Els resultats de l'estudi ecològic, a més, mostren com els patrons de distribució territorial de la immigració estrangera són molt semblants en els dos grups d'immigrants estrangers. No hi ha cap municipi de Catalunya que tingui estrangers empadronats que no compti amb estrangers dels dos grups, IDH majors i IDH menor, és a dir, que on hi ha estrangers n'hi ha dels dos grups. Per tant, realitzant estudis epidemiològics en centres sanitaris públics i privats, es podrien recollir dades dels dos tipus d'immigració estrangera sense establir biaixos de selecció. A partir de l'anàlisi de la distribució territorial, l'estudi de les desigualtats socials i en salut entre la immigració estrangera i la població autòctona, incloent tots els immigrants estrangers i diferenciant-los per determinants socials, pren encara més rellevància.

Incloure a tots els immigrants estrangers i les variables socioeconòmiques, demogràfiques i socials que els poden diferenciar, minimitza l'error d'atribuir diferents estats de salut al procés migratori o a la variable immigrant. Si es produeix un biaix en la selecció dels immigrants es pot estar realitzant una confusió en l'atribució etiològica i causal de certs estats de salut. Es poden donar problemes d'emascament de variables que poden ser més

explicadores de l'estat de salut de la població que la variable migratòria. Cal, però, ser el màxim precís en la definició del terme immigrant i el màxim de curós al classificar-los, ja que els biaixos que es donen segueixen col·locant el focus principal de la recerca en el terme immigrant quan les diferències que presenten entre ells poden ser tan diverses que la variable immigrant pot ser una variable irrellevant per a l'estudi dels determinants de salut.

El biaix que existeix no està argumentat i pot estar emmascarant prejudicis i variables socioeconòmiques que siguin les principals variables etiològiques. La relació causal que s'estableix entre immigració estrangera i augment de certes patologies no resultaria, doncs, tan aparent.

El biaix existent en els estudis pot tenir diferents explicacions. Els elaboradors dels estudis, com a membres d'aquesta societat, estem immersos en la utilització de les paraules que ens envolten. El terme immigrant ha adquirit unes connotacions socials que no estan descrites ni definides rigorosament. La paraula immigrant, o les seves variants immigrant econòmic o extracomunitari, tenen unes connotacions i un significat construït a partir de definicions no consensuades i sovint carregades de prejudicis. Encara que no es pugui parlar de motivacions racistes en el biaix que presenten els estudis sobre immigració i salut sí que es pot parlar de connotacions racistes en la concepció social de la paraula immigrant. Tot i que majoritàriament la voluntat dels estudis és de denúncia de les desigualtats social i de salut, el biaix derivat de la concepció social del terme immigrant pot tenir un efecte contrari. La recerca sobre immigració estrangera i salut parteix de dades objectivables, les taxes d'algunes malalties estan augmentant i es donen casos percentualment importants en persones de nacionalitat estrangera. Partint d'aquestes dades neutres, si existeix un biaix en la selecció dels

immigrants per les connotacions socials que acompanyen al terme es poden estar fent atribucions etiològiques de certes malalties al procés migratori, donant per enteses altres variables que poden ser més decisives en l'estat de salut que la variable immigratòria.

7.2.2. Les connotacions del terme immigrant

Els darrers anys, la paraula 'immigrant' ha passat de ser utilitzada per a referir-se exclusivament al moviment de població d'un lloc a un altre per a establir-s'hi a fer referència a una població procedent d'uns països determinats, majoritàriament pobres, i en unes circumstàncies particularment adverses. La paraula ve sovint acompanyada per unes connotacions negatives, en cap moment objectives, que indiquen certa nacionalitat o serveixen per a designar un escalafó baix dins de l'escala social. Des de diferents àmbits, conscients d'aquestes connotacions, es va començar a utilitzar la paraula *estranger* per a referir-se als immigrants que venen en unes altres condicions, procedents de països rics o de determinades nacionalitats i els termes *immigració econòmica* o *extracomunitària* per a referir-se als immigrants procedents de països pobres que viuen en unes condicions especialment dures en els països d'assentament. Hi ha dificultats i confusió en la utilització de certs termes. Les paraules per a referir-se als immigrants estrangers sense permís de residència són vàries i presenten diversos inconvenients. Irregular, il·legal o sense papers serien altres paraules que s'utilitzen com a sinònims d'*immigració econòmica* o *extracomunitària*. Davant la disconformitat amb aquests termes i de les connotacions que han adquirit en els darrers anys es vol debatre sobre el seu significat en el present apartat. La utilització dels termes i de les connotacions que els acompanyen són la principal raó que explica el biaix present en les recerques sobre

immigració i salut. A continuació es discuteix al voltant d'una línia de recerca consolidada a Catalunya encapçalada per Van Dijk (1991) que utilitza l'anàlisi del discurs per analitzar l'abordatge del fenomen immigratori en els mitjans de comunicació.

7.2.2.1. Anàlisi crítica del discurs

Les notícies sobre immigració en els mitjans de comunicació no són neutres. Van Dijk denuncia com les notícies relacionades amb la immigració són sovint negatives i estereotipades. S'inclouen en els blocs de notícies sobre discriminació, delictes o marginació i estan sovint barrejades amb les notícies sobre grups ètnics minoritaris i marginals. Es crea una certa ambivalència al no mostrar-se obertament racistes però realitzant un ús creixent de recursos lingüístics i de metàfores (onada, col·lectiu, etc.) que tendeixen a l'estigmatització i a la visió estereotipada de la immigració. Altres estudis recolzen les anàlisis de Van Dijk, argumentant que els mitjans de comunicació catalans i espanyols tracten la immigració des del punt de vista de l'ajuda humanitària, passant per una combinació de por barrejada amb estereotips i emfatitzant el rol del mitjans de comunicació que il·legitimen les polítiques d'immigració del govern (Thompson 2005, Vallés, Cea et al. 1999, Van Dijk 1991).

El llenguatge és l'element més important en la recerca en ciències socials⁹³. La càrrega simbòlica del llenguatge és un dels aspectes fonamentals per a entendre el biaix existent en els estudis sobre immigració i salut a Catalunya.

⁹³ Tenim exemples de lingüistes, el mateix Van Dijk o el conegut Noam Chomsky són lingüistes i importants teòrics i investigadors en el conjunt de les ciències socials.

Les connotacions adquirides pel terme immigrant i els seus derivats⁹⁴ serien les principals responsables del biaix existent i del possible error etiològic al atribuir al procés migratori conseqüències patològiques. El llenguatge no és neutre i construeix imatges, percepcions i definicions canviant que construeixen la realitat. El llenguatge és l'objecte i eina d'estudi, al mateix temps, de les ciències socials. Les connotacions dels termes són específics de cada context històric i geogràfic de manera que les connotacions del terme 'immigrant' són específiques d'aquest moment. No estan definides ni descrites enlloc però en els diferents apartats metodològics dels diferents estudis, la definició i selecció dels immigrants no és homogènia. Per exemple, el terme estranger no té les mateixes connotacions que la paraula immigrant. Tot i que la paraula estranger etimològicament prové de la paraula estrany, i que per tant, podria tenir connotacions negatives, actualment té unes connotacions positives i s'utilitza per a diferenciar-se del 'altres' immigrants⁹⁵.

En les connotacions negatives associades al terme immigrant es poden observar reminiscències del racialisme imperant al segle XIX descrit per Todorov. La diversitat de races en les que es classificava la humanitat en el segle XIX es veuria actualment simplificada, però, en el concepte immigrant. El terme immigrant engloba sota un mateix paraigües totes les races o ètnies que en el corrent doctrinal de les races, es consideren inferiors, mentre que les races que es podrien considerar superiors respecte la població de referència, que en aquest cas és la població receptora, no reben el qualificatiu d'immigrants sinó el d'estrangers (Alvaro, Garrido et al. 1996, Ben Jelloun

⁹⁴ Uns exemples en són immigrant econòmic o extracomunitari.

⁹⁵ Durant el desenvolupament del treball de camp qualitatiu els entrevistats procedents del Regne Unit es sentien majoritàriament ofesos quan eren inclosos en el grup d'immigrants estrangers.

1998, Todorov 1989). Es podria dir que el terme immigrant o els seus derivats tenen connotacions racials, per no dir racistes, implícites i no explicitades, potser, pel passat recent d'exploació i desigualtats racials institucionalitzades. El genocidi antisemita durant la segona guerra mundial, les justificacions ètniques de la guerra dels Balcans, la derogació de les darreres lleis racistes als Estats Units durant els anys setanta o l'expansió del llenguatge políticament correcte al llarg dels anys noranta, canviant discursos però no sentiments ni comportaments, poden ser algunes de les raons que expliquin el traspàs actual d'utilització d'alguns termes, com 'negre', 'moro' o 'sudaca' per a carregar de contingut altres termes com el d'immigrant. Per exemple, ja no es parla de discriminació racial sinó de discriminació ètnica. El color de la pell o els trets físics són característiques que configuren i acompanyen a les connotacions malauradament negatives del terme immigrant. S'utilitza un llenguatge socialment acceptat per a no parlar obertament de racisme i desigualtat. A més, atribuint termes o fenòmens col·lectius, com la desigualtat o el racisme, a opcions que a ulls de molta gent es consideren individuals, com la migració, el focus d'atenció de la desigualtat o del racisme es trasllada a la pròpia persona immigrada (Ryan 1972, Sennett 2000).

En resum, el biaix existent en molts estudis sobre immigració estrangera i salut a Catalunya es pot deure, principalment, a les connotacions implícites del terme immigrant i els seus derivats com immigrant econòmic o immigrant extracomunitari. En les connotacions negatives del terme immigrant hi ha una relació de poder implícita. Es sobreentén que la paraula immigrant es refereix, bàsicament, a persones que arriben de països més pobres, sovint amb situació precària, sense permís de residència, amb trets físics i/o culturals diferents i que ocupen una posició més baixa dins de l'escala social.

7.3. Classe social

El biaix en la selecció dels immigrants identificat en els treballs realitzats sobre immigració i salut, seleccionant els de classe social més baixa o els que viuen en zones o barris de classe social més baixa, ens porta a recuperar els diferents estudis sobre estratificació social i desigualtats en salut que compta amb una llarga tradició dins de la medicina social i comunitària. La influència de les diferències de classe i de les desigualtats socials com a determinants de la salut és un dels aspectes més sòlids i demostrats en salut pública i medicina preventiva. La classe social influeix, de manera decisiva, en els comportaments i determinants de la salut individual i col·lectiva. Vist el clar biaix existent en els estudis sobre immigració sembla necessari incorporar la classe social i variables de desigualtat social en els estudis sobre immigració i salut.

Incorporar la classe social en els estudis sobre immigració implica afegir un altre concepte multidimensional, i de definició complexa, als conceptes ja analitzats d'immigració i salut. La classe social és un atribut relatiu, inserit en una societat concreta, que no es pot definir, només, pels ingressos, l'ocupació laboral, el nivell de formació o la capacitat d'estalvi⁹⁶. És un terme complex que, a més, ha caigut en força desús els darrers anys si el comparem amb la utilització del terme des de finals del segle XIX fins als anys setanta del segle XX. La divisió de la societat en classes o estrats, ordenats verticalment per una jerarquia de riquesa, de prestigi i de poder, com les

⁹⁶ Aquestes variables són algunes de les més utilitzades quan es treballa amb la classe social en diferents recerques en ciències socials.

migracions i la salut, és un element present i prominent en quasi totes les societats humanes des dels seus inicis (Bottomore 1965). La menor utilització del terme en les darreres dècades no implica que les societats humanes hagin deixat d'estar ordenades jeràrquicament ni que les desigualtats referents a la riquesa, el prestigi o el poder hagin desaparegut. El terme ha caigut en cert desús però altres conceptes i paraules s'han carregat de significat per a substituir-lo⁹⁷. Paral·lelament a la pèrdua de presència del concepte classe social en la vida pública i en la recerca en ciències socials s'ha produït un procés de globalització econòmica on les relacions de dependència i els fluxos econòmics, comercials i els fluxos d'informació s'han consolidat arreu del món (Castells 2003). El concepte de classe social prenent al conjunt de la societat planetària com a societat de referència i on la posició que ocupem cada un de nosaltres en la jerarquia social no estigui determinada per la societat més immediata sinó incorporada en un sistema món, no és descabellada. La globalització de l'economia, de la riquesa, també ha globalitzat el prestigi i el poder de manera que seria factible parlar de classes socials mundials si ens fixem en les desigualtats existents a escala planetària i la posició que ocupem cada un de nosaltres en aquesta gran societat humana mundial. El concepte de classe social, des d'aquesta òptica, esdevé molt més complex i escapa completament de les possibilitats d'anàlisi d'aquesta recerca. És per això, que sense entrar a analitzar les enormes desigualtats entre els països de procedència i de destinació ni a valorar les relacions històriques entre estats, intercanvis econòmics i comercials, del passat i del present, com tampoc els moviments migratoris que se'n puguin

⁹⁷ A l'apartat d'estratificació ètnica de la societat es reprèn la divisió jeràrquica de la societat i es postren alguns dels termes i motius que expliquen el desús del concepte de classe social i la seva relació amb la salut. El trasllat de significat del concepte classe social cap a altres conceptes està íntimament relacionat amb les connotacions adquirides pel terme immigrant.

derivar⁹⁸, en la present discussió ens centrarem, només, en la posició relativa dins la societat d'arribada. És a dir, incorporarem a la discussió sobre immigració i salut, de manera ferma, la classe social en el país de destinació dels immigrants estrangers que resideixen a Catalunya (Cohen 1998).

En la recerca realitzada s'ha intentat disminuir l'efecte del biaix de selecció, incorporant tots els immigrants estrangers⁹⁹ a l'anàlisi de la immigració i la salut a Catalunya. S'ha incorporat, també, un intent de diferenciar la posició social relativa, la classe social, de les diferents persones de nacionalitat estrangera en el seu establiment a Catalunya. A partir dels resultats del PaD, del sumatori de nacionalitats i de l'elaboració del coeficient de nacionalitat s'ha pogut veure que, si sols es compte amb la nacionalitat com a variable migratòria, aquesta pot ser una aproximació indirecta al nivell econòmic relatiu, o a la classe social relativa, de la persona immigrada al país de residència. Caldria, però, incorporar variables sobre classe social i condicions de vida en els estudis on es recullin dades primàries sobre immigració i salut per no haver de realitzar una aproximació tan indirecta i que pot presentar

⁹⁸ En un món on les relacions econòmiques estan globalitzades i on no es pot entendre l'economia d'un país sense tenir en compte la resta de mercats mundials, part de les situacions que s'estan vivint en els països de procedència dels immigrants són també responsabilitat de les societats dels països d'arribada. Els factors estructurals que podrien explicar la situació de molts dels immigrants que es troben en el nostre país no quedarien només reduïdes a les societats d'arribada sinó que es podrien ampliar a la majoria de països d'origen. Enfocar el tema de les migracions i la salut en les desigualtats socio-econòmiques implicaria no només cercar responsables per la situació en el país d'arribada sinó també en la situació de molts dels països d'origen. Aquests són temes de gran interès que permetrien analitzar la classe social des de la perspectiva de la globalització i que serien de gran interès per a estudiar els actuals fluxos migratoris internacionals però que per la seva complexitat i magnitud escapen de l'anàlisi de la present tesi doctoral.

⁹⁹ Sempre cal tenir present la limitació que comporta interpretar els immigrants estrangers a partir de les persones de nacionalitat estrangera empadronada. Aquesta limitació, però, és inherent a la majoria d'estudis sobre migracions internacionals per estar present en les fonts de dades disponibles.

múltiples controvèrsies¹⁰⁰. Tot i les limitacions que presenta l'aproximació a la classe social a partir de la nacionalitat, els resultats obtinguts en la tesi són prou interessants com per veure la necessitat d'incorporar variables socials de manera prioritària en els estudis sobre immigració i salut abans d'establir relacions causals dèbilment demostrades.

En estudis sobre migracions, salut i classe social seria interessant estudiar les posicions relatives en la jerarquia social que han ocupat els migrants en cada un dels llocs d'assentament. Entre els Immigrants d'una mateixa nacionalitat o país veure la classe social que ocupaven abans del procés migratori i veure les repercussions que hagi pogut tenir el moviment migratori en la seva posició social relativa i en la seva salut. Per altra banda, es podrien comparar persones del mateix estatus social en el país de procedència i veure la influència real del procés migratori en la salut de les persones que han dut a terme un projecte emigratori.

7.3.1. Migració i canvi de classe social

La relació entre els processos migratoris i la salut es complica i s'enriqueix si es té en compte un dels punts més interessants en l'estudi de les migracions. Un moviment migratori va acompanyat, sovint, d'un canvi ràpid i brusc de la classe social de la persona que el viu (Shaw, Dorling et al. 2002). El canvi de classe social es produeix en el mateix desplaçament. Una mateixa persona viu un canvi ràpid en la posició social relativa que ocupa en la societat de referència. Aquesta fenomen és present en la majoria de moviments migratoris, interiors i exteriors, i és una característica que pot

¹⁰⁰ La present tesi és el primer estudi epidemiològic sobre immigració estrangera a Catalunya que comprèn un univers d'estudi ampli, inclou a tots els immigrants estrangers empadronats, i intenta incorporar la classe social en l'estudi a partir de les dades disponibles.

enriquir el debat sobre les migracions i la salut si s'incorpora en les anàlisis. En pocs dels estudis realitzats sobre immigració i salut ja s'incorpora aquesta característica encara que sols es refereix a la immigració procedent de països de renda baixa. En general, la població immigrant procedent de països de renda baixa presenta una pèrdua d'estatus social i professional, i a la inversa, la immigració procedent de països de renda alta presenta una millora dins de la jerarquia social¹⁰¹ (San Juan, Vergara et al. 2005).

Els estudis sobre migracions ofereixen un gran potencial de recerca per al conjunt dels estudis sobre desigualtat social, medicina social o epidemiologia social. En les migracions humanes és probable que un mateix individu ocupi diferents posicions en diverses escales socials. La recerca en migracions, a l'associar-se a un canvi de classe social en un curt espai de temps viscut per un mateix individu, esdevé de gran interès per a estudiar la relació entre les desigualtats socials i els estats de salut. A l'incloure la classe social en la recerca sobre immigració i salut, aquesta s'enriqueix en comptar amb individus que, com a mínim, han viscut en dos contextos socioeconòmics diferents i ocupant diferents posicions relatives dins de les escales socials respectives (Boyle, Gatrell et al. 1999). En conseqüència, la multiplicitat de contextos que han de ser estudiats per a poder entendre un fenomen social concret, com la immigració, augmenta en complexitat. En el cas de la salut, per exemple, caldria tenir en compte els contextos socials, econòmics i culturals dels països d'origen i els de destinació per a poder entendre les possibles diferències en l'estat de salut, en els determinants de salut i en el

¹⁰¹ Aquestes tendències coincideixen amb els resultats de l'anàlisi qualitativa on la població procedent del Marroc pertanyia a classes socials mitjes-altes del Marroc i, a l'inversa, els britànics eren classes mitjanes-baixes en els seus respectius països de procedència. En el procés migratori, les posicions socials relatives d'ambdós grups s'han vist completament invertides.

comportament respecte la salut dels diferents individus, els que han viscut un procés migratori i els que no¹⁰².

En incloure el canvi de classe social associada al procés migratori els estudis sobre immigració augmenten en complexitat. Caldrien estudis longitudinals de cohorts o retrospectius per a mesurar la possible influència del canvi de posició en la jerarquia social sobre la salut de la persona immigrada. Caldria elaborar indicadors ajustats a cada context social per a poder mesurar la classe social dels individus en els diferents llocs d'assentament. A partir de la professió, l'ocupació, el nivell d'ingressos o les condicions de l'habitatge es podrien tenir variables indicatives dels probables canvis de classe social que es donin al llarg del cicle migratori i vital en un individu. Caldria fer una diagnosi dels contextos socioeconòmics dels països d'origen i de tots els llocs d'assentament durant tot el procés migratori per a poder conèixer les jerarquies socials predominants i ubicar els immigrants en diferents posicions relatives dins la classe social. D'aquesta manera es podria analitzar la mobilitat social associada al moviment migratori i la seva influència sobre l'estat de salut individual. El canvi de classe social que acompanya el procés migratori està íntimament relacionat amb el canvi d'espai de vida al que es refereix Corgeau com a aspecte clau per a definir els moviments migratoris.

7.3.1.1. Xarxes de suport i capital social

El canvi d'espai de vida és un dels elements clau en la definició de migració. Un canvi en l'espai de vida pot significar un canvi en les xarxes de

¹⁰² Les mancances dels estudis existents apuntades per Berra (Berra, Elorza Ricart et al. 2004) sobre l'absència de grups de població autòctona en els estudis sobre immigració s'han tingut en compte a la present tesi en incloure un grup de població autòctona en l'anàlisi del PaD i en l'anàlisi qualitativa.

suport o en el capital social de la persona immigrada. El capital social és un concepte que es va començar a utilitzar amb força a partir dels anys noranta. Es refereix a la xarxa de relacions i de suport social amb el que compta un individu. És un d'aquests conceptes que es relacionen indirectament amb la classe social o amb aspectes culturals i que han estat àmpliament utilitzats des de les ciències socials i des de la salut pública. Tenir major o menor capital social es relaciona amb determinats comportaments, estils de vida i repercussions sobre la salut. Els estudis sobre capital social estan fortament implantats a EEUU i es centra, sovint, en diferents comunitats ètniques i els seus determinants de salut.

Un moviment migratori, reprenent el concepte d'espai de vida, comporta un trencament de l'espai de vida i un canvi en el capital social. El trencament amb les xarxes de suport que es dona en alguns processos migratoris s'assenyala com un dels principals factors de risc per a la salut mental que poden presentar les persones immigrades. Els resultats obtinguts en la tesi mostren tendències semblants a les descrites. Els resultats del PaD indiquen un major nombre de membres per llar en la població estrangera amb IDH menor i durant el desenvolupament del treball de camp qualitatiu s'ha apreciat com realment l'ocupació dels habitatges era major amb els estrangers de procedència marroquina encara que els vincles entre les persones que compartien habitatge eren dèbils. Els estrangers marroquins entrevistats mostraven un menor capital social que els autòctons o els britànics. Els resultats del PaD també mostraven uns valors menors en felicitat percebuda i satisfacció amb la vida que els altres dos grups i durant el treball de camp ja s'ha apuntat l'aquiescència observada durant la realització de les entrevistes amb les persones procedents del Marroc. Una valoració general d'aquests resultats mostra diferències en les xarxes de suport entre els grups

de població estudiats i concretament amb el cas dels marroquins de l'anàlisi qualitativa es pot evidenciar o pressuposar menor xarxa de suport que la resta de la població del municipi.

Un dels aspectes observats durant l'anàlisi qualitativa són els abundants contactes i xarxes transnacionals establertes entre els immigrants estrangers i els països de procedència. Les relacions transnacionals són de gran importància en les migracions internacionals contemporànies. Els comportaments transnacionals respecte la salut trobat en l'anàlisi qualitativa han estat descrits en els resultats. L'espai de vida compartit que generen i fomenten les relacions transnacionals haurien de ser tingudes en compte a l'estudiar la relació entre immigració estrangera, capital social i salut. La possibilitat, o impossibilitat, de mantenir el contacte transnacional i de poder establir xarxes de suport transnacionals ampliarien el concepte de capital social i les seves implicacions. En aquest sentit seria molt interessant tenir dades o informació sobre les xarxes socials o el capital social amb el que es comptava abans i veure com s'han modificat després del procés migratori. Es torna a fer palesa doncs la importància de conèixer i analitzar els contextos on han viscut els individus abans de realitzar el procés migratori per les seves implicacions i comportament respecte la salut que poden presentar en el país de destinació.

7.3.2. 'Healthy migrant effect'

El procés selectiu que rau en la base de la hipòtesi del 'healthy migrant effect' també es refereix al capital social. La necessitat de comptar amb un mínim capital social per a realitzar el procés migratori i les relacions existents entre rutes migratòries i capital social són aspectes bastant estudiats en

migracions. Per emigrar, cal un mínim capital social en el lloc de partença i sovint es compte amb capital social en el lloc de destinació.

7.3.2.1. Migració i mobilitat

A partir dels resultats de la tesi i de la reflexió crítica podem afirmar que existeix una selecció de la gent que pot emprendre un procés migratori. La selecció pot comprendre una varietat àmplia d'aspectes, des de les condicions físiques passant pel nivell formatiu o les capacitats intel·lectuals. Els aspectes que determinaran la selecció varien en funció del projecte migratori, del trajecte migratori i de la situació de partença i de destinació. El grau de requeriment o de selecció per a realitzar el projecte emigratori dependrà del projecte migratori que es vulgui realitzar. A banda dels aspectes individuals, hi ha limitacions econòmiques, geogràfiques i legals que poden dificultar un projecte migratori i actuar com a barreres selectives.

En el trajecte migratori, en el que seria el desplaçament o el viatge, les dificultats o adversitats del viatge explicarien els estats de salut puntuals. Els trajectes migratoris poden ser especialment difícils i poden tenir repercussions directes sobre la salut de les persones que el viuen. Alguns trajectes migratoris poden anar acompanyats d'estats de deshidratació, desnutrició o hipotèrmia. Aquestes situacions constituïrien un exemple de selecció, en aquest cas física i mental, de les persones que poden suportar aquestes condicions. Si augmenten les dificultats en el trajecte migratori augmenten els requeriments físics i psíquics de les persones que emprenen un projecte emigratori.

El principal problema que es planteja al treballar amb la hipòtesi del 'healthy migrant effect' és la manca de dades longitudinals transnacionals.

Caldrien dades dels individus i de les societats abans, durant i després del procés migratori per veure si es dona el procés selectiu i quines repercussions pot tenir en la salut el propi trajecte o viatge migratori i el posterior assentament. Caldrien dades que anessin més enllà dels registres oficials i que permetessin recollir informació en tots els moments independentment de la situació legal de les persones migrades en els llocs on es trobin¹⁰³. Amb les dades disponibles no es pot assegurar que es doni el ‘healthy migrant effect’ a Catalunya o Espanya però es pot acceptar que conceptualment és una hipòtesi raonable. Aquesta hipòtesi coincideix amb els resultats obtinguts a la tesi de tractar-se de població eminentment jove i masculina¹⁰⁴. Per a poder valorar empíricament la presència del ‘healthy migrant effect’ caldria, però, incorporar variables sobre immigració a les enquestes nacionals de salut i tenir diferents onades disponibles per poder fer estudis longitudinals que comparin els immigrants estrangers assentats al nostre país¹⁰⁵.

A partir de les tendències mostrades en els resultats i realitzant un exercici deductiu és factible esperar que les persones que han viscut un procés migratori estiguin més sanes o presentin altres aspectes de selecció millors que la població de la mateixa edat i sexe del país de procedència i del país d’arribada, que no ha viscut un procés migratori. Sota la llum del ‘healthy migrant effect’ la visió de l’immigrant malalt és dilueix.

¹⁰³ El risc, la salut i la malaltia tenen, com les migracions, una història de vida essencialment longitudinals (Brown 2002).

¹⁰⁴ Altres autors com Cots afirmen: ‘Hi ha un menor consum de recursos per alta hospitalària en la població immigrant de països de renda baixa i contradiu la relació esperada de immigrants en pitjor condició socioeconòmica i major intensitat de consum de recursos d’alta hospitalària’ (Cots, Castells et al. 2002).

¹⁰⁵ Ja s’han incorporat variables migratòries en els qüestionaris de la darrera Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) i de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) però les dades encara no es troben disponibles.

7.3.2.2. Assentament i salut

Si el procés migratori actua com a selecció de la gent que pot emigrar, per entendre la salut dels immigrants estrangers a Catalunya l'assentament pren un paper destacat. Les diferències en l'assentament poden explicar les diferències en els estats de salut de la població immigrant. L'assentament té característiques molt diferents segons el nivell socioeconòmic i la classe social que es tindrà en el país de destinació. Les condicions socials, legals, econòmiques, relacionals, emocionals en que es dugui a terme l'assentament seran clau per a entendre la salut de les persones que han emigrat.

El major factor de risc de patir certes malalties mentals o l'augment de la prevalença de certes patologies infeccioses observats en diferents centres sanitaris en el nostre país i reflectits en l'augment de publicacions científiques, tenint en compte la selecció existent en les persones que poden realitzar un procés migratori i els resultats obtinguts a la tesi, es poden atribuir, segurament, a les condicions de vida dels immigrants en el procés d'assentament en els països receptors i no al procés migratori. Tanmateix, pel que s'ha observat en la recerca, es podria, si més no, qüestionar l'existència de les patologies de l'immigrant. El fet que cap de les persones entrevistades de procedència britànica no presenti, aparentment, cap dels símptomes relacionats amb el 'dol' migratori, la tuberculosi ni cap altra malaltia infecciosa pot fer pensar que moltes de les patologies que es relacionen amb la immigració no s'haurien d'atribuir al procés migratori en si mateix, sinó a la pobresa i a les condicions socio-econòmiques tant en el país d'arribada com en el d'origen. En els resultats de la tesi també s'observa com els immigrants estrangers procedent del Regne Unit, tot i fer anys que viuen a Catalunya, no han ampliat les seves xarxes de relació ni coneixen les llengües del país però ocupen posicions socials mitjanes-altes en el país d'assentament. Per altra banda, els immigrants estrangers procedents del

Marroc parlen les llengües del país, han ampliat les seves xarxes de relació i ocupen les classes socials mitjanes–baixes en el país d'assentament.

La importància de les condicions viscudes en el procés d'assentament fan reprendre la discussió sobre la classe social i les desigualtats socials en salut. Si es pren en consideració l'estratificació ètnica de la societat, el raonament sobre el biaix en l'enfocament de la immigració estrangera i la salut a Catalunya pot estar directament relacionat amb la classe social.

7.3.2.3. Estratificació ètnica de la societat

L'estratificació ètnica de la societat és una jerarquització de la societat on les diferents classes socials es poden identificar amb grups ètnics determinats. És una ordenació relativa de les societats que es dona quan estan formades per diferents grups ètnics i aquests ocupen posicions desiguals en la jerarquia social¹⁰⁶. L'estratificació ètnica de la societat és una derivació complexa de la societat de classes ja que als termes de desigualtat social treballats des de la classe social s'hi afegixen elements ètnics i culturals. En certa manera, l'estratificació ètnica de la societat també pot ser una derivació de les societats obertament racistes on la posició social que ocupen els individus en la societat ve determinada per la seva ètnia o raça. Com en la classe social, la posició o estrat que s'ocupa per formar part d'una ètnia determinada és una posició relativa i depèn de la societat de referència.

L'estratificació ètnica de la societat és resultat de les relacions de poder en un mateixa societat. S'estableixen relacions de poder entre els diferents grups

¹⁰⁶ Un dels exemples més utilitzats són els EUA on, a grans trets, els WASP (White Anglo-Saxon and Protestant) serien el grup ètnic dominant i els afroamericans i hispanoamericans es trobarien en els estrats més baixos.

ètnics en el que la pertinença a un dels grups ètnics influeix en les relacions que s'estableixen amb els altres membres de la societat. En la majoria de països occidentals, els immigrants estrangers que es troben sense permís de residència estan sent catalogats en un gran grup conegut com immigrants. El terme immigrant compondria un estrat de la jerarquia social i portaria associades les connotacions negatives ja comentades. El grup immigrant no seria homogeni i dins de l'imaginari col·lectiu hi ha diferents substrats on es classificarien les diferents procedències o nacionalitats dins la jerarquia social¹⁰⁷. De manera contrària, els immigrants estrangers procedents de països que sota l'imaginari col·lectiu es consideren més rics es trobarien en estrats superiors de l'escala social i estarien catalogats com a estrangers¹⁰⁸. L'estratificació ètnica de la societat i les atribucions amb característica de classe social que s'apliquen al concepte immigrant expliquen el biaix existent en els estudis sobre immigració estrangera i salut a Catalunya.

Les repercussions de l'estratificació ètnica de la societat és que s'apliquin valors ètnics a situacions de desigualtat social. Amb l'estratificació ètnica de la societat, les variables socials i les desigualtats que anteriorment s'atribuïen a la classe social es confonen amb les diferències ètniques i culturals. Es produeix una 'culturalització' de la diferència i de les desigualtats socials. Les variables que abans s'interpretaven des de la perspectiva de desigualtat de classe ara s'interpreten com a diferències culturals. En aquest sentit, l'estratificació ètnica de la societat està íntimament relacionada amb el nou racisme cultural que parteix d'una sobrevaloració de la diferència cultural per

¹⁰⁷ A diferència de l'època colonial en els inicis del capitalisme modern on els esclaus havien de ser trets a la força, principalment d'Àfrica, en l'actualitat el sistema hauria arribat a un grau de perfeccionament on les persones assumirien el risc del viatge per a treballar com a esclaus en les antigues metròpolis (Bauman 2005).

¹⁰⁸ La catalogació que diferencia entre immigrants i estrangers no és simplement fruit de la utilització popular. Existeixen convenis diplomàtics entre l'estat espanyol i altres estats membres de la UE, els EUA, el Canadà, el Japó Austràlia o Nova Zelanda per a referir-se als ciutadans d'aquests països que visquin a l'estat espanyol com a estrangers i no com a immigrants.

a explicar situacions de desigualtat social. Es produeix una sobrevaloració de la cultura en la interpretació de comportaments humans que anteriorment s'explicaven per les desigualtats socials i de classe. La culturalització de la diferència, com succeeix amb les patologies de la immigració, no és neutra. Culturitzar la diferència, atribuir comportaments i situacions a la diferència cultural i no a les desigualtats socials és una manera de naturalitzar les diferències. Les desigualtats socials són inclusives ja que integren a la població en la mateixa jerarquia social vertical. Les situacions de desigualtat són compartides i assumides per el conjunt de la societat. Atribuir les diferències a la cultura és una manera de convertir la desigualtat en un aspecte immòbil, invariable. Les identitats o comportament culturals són propis dels diferents grups ètnics i la diferència ha de ser assumida per les persones que els professen i no per el conjunt de la societat. En aquest sentit, l'etnificació de la societat i la culturalització de les desigualtats socials no és, en cap cas, un aspecte banal. Darrera de la sobrevaloració de la cultura hi ha implicacions profundes en el model de societat i en la resolució dels casos de desigualtat¹⁰⁹.

El biaix existent en els estudis i els principals temes de recerca existents sobre immigració i salut a Catalunya estan marcadament influenciats per l'estratificació ètnica de la societat. Les connotacions negatives del terme immigrant estarien directament relacionades amb l'estratificació ètnica de la societat i serien la raó que explica el biaix existent en els estudis sobre immigració estrangera i salut a Catalunya.

¹⁰⁹ Els darrers anys, la 'patologia de l'immigrant' està sent centre de debat i discussió en molts congressos i revistes mèdiques. Sovint, però, s'emfatitza la diferència cultural per sobre d'altres variables com la legislació, el mercat de treball o la classe social que influeixen de manera decisiva en la salut d'alguns immigrants estrangers.

Estats patològics o comportaments respecte la salut determinats tenen, probablement, la seva explicació principal en les desigualtats socials existents a Catalunya però la confusió produïda per les connotacions del terme immigrant i la manca d'actualitat de la recerca sobre classe social estarien influïent de manera decisiva en la formulació de relacions causals molt possiblement errònies. Si tenim en compte l'estratificació ètnica de la societat a l'hora d'analitzar la salut dels immigrants estrangers haurem de recuperar un camp consolidat dins de la medicina i de les ciències socials com és el de les desigualtats socials en salut o l'epidemiologia social.

Abans de plantejar una problemàtica nova i un tema de recerca nou centrat en les patologies de l'immigrant, les patologies de la migració o els factors de risc associats al procés migratori, si desgranem les connotacions del terme immigrant, observem una estratificació ètnica de la societat i recuperem la literatura existent sobre desigualtats socials en salut, probablement veuríem que l'etiologia i les causes de les patologies descrites en població immigrant no deriven de la seva condició d'immigrant sinó exclusivament de la seva posició dins la classe social. Dit en altres termes, si qualsevol persona que no hagi viscut un procés migratori visqués en les condicions en les que viu una persona en l'estrat més baix de l'escala social probablement també desenvoluparia les patologies descrites.

7.3.3. Desigualtats en salut

Les desigualtats socials en salut es poden caracteritzar per ser un gran factor de risc en moltes malalties, es manifesten de forma gradient en tota l'escala social, i estan augmentant entre les societats contemporànies (Thompson 2005). La recerca sobre els efectes de la desigualtat social en la salut individual i col·lectiva és una de les branques de la salut pública i de la

medicina preventiva que presenta més evidències. Un dels principals temes de recerca és el que encapçala Wilkinson (2000) el qual defensa que la desigualtat per si mateixa, i no la riquesa global d'un país, és el que esdevé un factor de risc per la salut. Per Wilkinson, l'augment de la desigualtat genera una ansietat recurrent i una interacció més agressiva. La principal raó del per què les societats més igualitàries són més sanes és que gaudeixen de millors relacions socials. El país que gaudeix de millor salut no és el país més ric sinó el més igualitari i els factors crucials de la salut de la població no es basen en la medicina sinó en els efectes de l'entorn social, estructurat per una jerarquia social. Les diferències en la salut no serien simplement una conseqüència directa de factors materials com el mal habitatge o la dieta, sinó que una baixa posició social produeix ansietat crònica i debilitat dels sistemes immunitaris. Les dades mostren que quasi la meitat de les diferències en violència, cohesió social i expectatives de vida estan determinades únicament per les diferències en la desigualtat d'ingressos (Wilkinson 2000).

En les recerques existents sobre immigració i salut lògicament es posa de manifest la influència de les desigualtats socials en les desigualtats en salut dels immigrants. Altre cop, però, cal remarcar el biaix en la concepció d'immigrant i les conseqüències que se'n deriven a l'emfatitzar la condició d'immigrant exclouent altres immigrants estrangers que no pateixen la desigualtat social. Un exemple de la confusió existent és que no hi ha estudis

sobre desigualtats socials en salut que incloguin a població immigrant estrangera sense especificar que ho siguin¹¹⁰ (Berra, Elorza Ricart et al. 2004).

Un dels principals aspectes generadors de desigualtat social en els temes relacionats amb la immigració estrangera és la legislació sobre immigració vigent. L'accés als serveis sanitaris o els drets i deures relacionats amb l'assistència sanitària són temes de debat públic presents assíduament en els mitjans de comunicació. Altres exemples dels efectes més directes de la legislació vigent sobre la salut dels individus el tenim amb la salut mental. Alguns estudis recents que relacionen la immigració estrangera amb la salut mental assenyalen la obtenció del permís de residència com la desaparició del principal factor de risc de la persona immigrada per desenvolupar una de les malalties mentals que es relaciona amb la immigració. A continuació es presenten les principals característiques de la legislació vigent que pot influir en la discussió sobre immigració estrangera i salut a Catalunya.

7.3.3.1. Legislació sobre immigració

Segons la Llei Orgànica 8/2000¹¹¹ els estrangers que es trobin a l'estat espanyol inscrits en el padró del municipi en el qual resideixin habitualment tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els

¹¹⁰ Un cas extrem són els abundants articles sobre malalties importades, reemergents o salut mental on els immigrants, en general, apareixen com a factor o grup de risc. A l'altre extrem trobem publicacions sobre desigualtats socials en salut a Catalunya en les que el biaix no és tant pronunciat i s'inclou als immigrants de països de renda baixa en els col·lectius més desfavorits o en les classes menys avantatjades i les quals presenten una salut pitjor que la resta de col·lectius (Thompson 2005). Aquesta darrera publicació sobre les desigualtats socials a Catalunya aniria més en la línia defensada a la tesi al emfatitzar la posició social per sobre de les connotacions ètniques, culturals o migratòries.

¹¹¹ La LO 8/2000 també és coneguda com la llei d'estrangeria. És una modificació de la llei 4/2000 sobre els drets i les llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social. L'article 12 de la llei 8/2000 considera el dret dels estrangers a la assistència sanitària: als que es troben inscrits al padró municipal en el que resideixen habitualment, els que precisen assistència sanitària urgent i la continuïtat de l'assistència fins a l'alta mèdica, als menors de 18 anys i a les embarassades durant l'embaràs, part i postpart. Per a les novetats l'anuari d'immigració de la Fundació Jaume Bofill recull els canvis en les lleis i en les interpretacions jurídiques que afecten els immigrants.

espanyols. A Catalunya aquest dret es concreta en l'adscripció al Servei Català de la Salut i a l'obtenció de la Targeta Sanitària Individualitzada (TSI) tramitada pels Centres d'Atenció Primària. Aquesta informació queda emmagatzemada en el registre Central d'Assegurats (RCA) que també és dependent del Servei Català de la Salut.

Un dels avantatges de fer un estudi ecològic sobre aspectes relacionats amb immigració i salut a l'estat espanyol és la universalitat del sistema sanitari. No cal tenir el permís de residència per a tenir-hi accés i sols cal estar empadronat¹¹² en algun municipi de l'estat per a tenir accés al sistema sanitari. Sols amb l'empadronament ja es té dret a la cobertura sanitària bàsica i als programes del departament de salut. Altres cobertures depenen de que la persona cotitzi a la seguretat social, sigui declarada sense recursos o pagui els autònoms¹¹³.

Encara que l'universalisme del sistema sanitari espanyol no és complet¹¹⁴, si que presenta moltes més facilitat d'accés que la majoria de sistemes sanitaris dels principals països receptors d'immigració estrangera. D'aquesta manera, disposar de les dades del padró continu i de dades territorials sobre assistència sanitària ens permet dissenyar un estudi ecològic per a estudiar la relació entre immigració estrangera i salut amb major precisió que altres països amb un sistema sanitari no tant universal.

¹¹² La correlació entre estrangers empadronats i altes al RCA és alta de manera que probablement tots els immigrants estrangers, amb o sense permís de residència, que estiguin empadronats en algun municipi de l'estat tenen accés als serveis sanitaris.

¹¹³ Dels diferents nivells de cobertura trobem que els que cotitzen a la seguretat social tenen cobertura sanitària general, els mutualistes, persones sense recursos o amb recursos econòmics no coberts, solament amb l'empadronament en un municipi de Catalunya, tenen dret a la targeta sanitària i a accedir a un nivell mínim de cobertura que inclou els serveis d'urgències i els programes d'interès sanitari del departament de salut.

¹¹⁴ Diversos autors han denunciat les diferències d'accés entre immigrants comunitaris i els extracomunitaris (Lurbe 2002, Lurbe 2003, Saura 2001).

Tot i que l'objectiu de la tesi no és la legislació sobre estrangeria i sistemes nacionals de salut ¹¹⁵ s'ha considerat convenient ressaltar els diferents aspectes legals de funcionament i accés de les persones estrangeres al sistema sanitari per a poder fer una avaluació i anàlisi de les dades amb les que s'ha treballat i dels resultats obtinguts.

Al tractar-se d'un sistema sanitari universal, les diferències socioeconòmiques i les situacions legals diverses tenen una importància menor en l'accés als serveis sanitaris que en altres països on l'assistència sanitària de qualitat té un accés més restringit. Tot i la percepció generalitzada que hi ha un major consum de recursos sanitaris per part de la població immigrada, tenint presents les connotacions negatives del terme¹¹⁶, estudis recents de la Comunitat de Madrid mostren com la població de nacionalitat estrangera consulta menys els serveis sanitaris i amb major temps entre consultes (Calvo, Bayón et al. 2005).

Introduir la legislació en l'anàlisi de la relació entre immigració estrangera i salut a Catalunya implica comentar algunes de les situacions derivades de la universalitat del sistema. Es troben força situacions de turisme sanitari o mèdic¹¹⁷, i en els resultats obtinguts del treball qualitatiu es mostra com la universalitat i gratuïtat del sistema sanitari és un dels aspectes importants valorats en el projecte migratori dels immigrants britànics.

¹¹⁵ En aquesta línia són interessants les aportacions fetes per Moreno (Moreno 2004, Moreno, Alegre et al. 2004).

¹¹⁶ Excloent, per tant, als immigrants estrangers de nacionalitats de major IDH.

¹¹⁷ Gent amb recursos per pagar-se operacions al seu país ve a Espanya per que la operació els hi és gratuïta. Aquest és un problema poc estudiat i conegut i que requeriria d'una altra recerca sencera per abordar-lo però està bé apuntar-lo per veure els diferents usos i repercussions mediàtiques que té, en un sistema sanitari amb una assistència tan universalitzada, l'ús de serveis d'urgències per part de població immigrant i el turisme sanitari existent al nostre país. Altres experiències de sistemes universals com havia estat el NHS i les polítiques en contra del turisme sanitari es detallen a la tesi doctoral de Moreno (Moreno 2003).

La legislació també pot tenir efectes directes sobre la salut de les persones immigrades. En estudis recents sobre immigració i salut mental. S'assenyala l'obtenció del permís de residència –que suposa deixar de ser il·legal i perseguit– com un factor que disminueix molt el risc de patir certes malalties mentals juntament amb la millora de les circumstàncies socials (Achetegui 2005, Achetegui 2006). Amb l'anomenada 'regularització' disminueix molt, o quasi bé desapareix, la simptomatologia mental de les persones immigrades i és una mostra evident de què la legislació vigent, i no el procés migratori, poden ser la principal explicació etiològica de certes malalties mentals que s'atribueixen a la població immigrada. La obtenció del permís de residència no implica la obtenció de la nacionalitat. El permís de residència habilita als immigrants extracomunitaris a romandre de manera legal en el país, però cal una renovació anual i durant uns anys consecutius per a obtenir, si es vol, la nacionalitat¹¹⁸.

La legislació és l'element institucional que utilitzen els estats per a regular l'entrada i la permanència dels immigrants estrangers a Catalunya i a l'estat espanyol. Les diferències existents entre nacionalitats actua com a generador de desigualtats socials que poden tenir conseqüències directes sobre la salut de les persones. Per altra banda, l'alta universalitat de l'assistència sanitària a l'estat espanyol ens hauria d'oferir una bona base de dades de salut de la immigració estrangera que arriba al país sense que transcorri gaire temps entre la seva arribada i l'alta en el Registre Central d'Assegurats.

¹¹⁸ Els anys consecutius que han de transcórrer per a obtenir la nacionalitat i les condicions per a obtenir-la varien segons sigui la nacionalitat de procedència. La legislació és diferent per als ciutadans de la UE i existeixen convenis bilaterals entre països que redueixen els anys de residència demostrada, majoritàriament països d'Amèrica Llatina, però les condicions estàndards per obtenir la nacionalitat espanyola és tenir 10 anys de residència continuada al país o casar-se amb una persona de nacionalitat espanyola.

7.3.3.2. Epidemiologia social

L'epidemiologia social és la branca de l'epidemiologia que estudia la distribució social i els determinants socials dels diferents estats de salut. És una de les branques més consolidades en la recerca sobre la relació entre les desigualtats socials i els determinants de salut en l'esfera individual i en l'àmbit epidemiològic. Estudia els factors estructurals, a diferents nivells, que influeixen la distribució social dels diferents factors de risc per a malalties específiques en determinades poblacions al llarg del temps.

La posició socioeconòmica dins l'estructura social és un dels factors de risc més estudiat. La desigualtat econòmica i la baixa classe social¹¹⁹ tenen un impacte directe en les malalties cròniques i en les patologies mentals. Incorporar elements socials i ambientals en l'explicació etiològica de les malalties és una de les principals finalitats de l'epidemiologia social. L'epidemiologia social beu de les tradicions higienistes dels segles XIX i XX, de teories com la de la transició sanitària i de treballs com els de Wilkinson i McKeown els quals remarquen les desigualtats socials i les condicions de vida com els factors principals que determinen els estats de salut de les societats humanes¹²⁰ (Berkman, Kawachi 2000, Jones, Moon 1987, McKeown 1979, Wilkinson 2000).

¹¹⁹ Els ingressos no són un factor explicatiu per a la presència directa de malaltia sinó un indicador més dins la classificació jeràrquica en l'escala social.

¹²⁰ Una millora en les condicions de vida o en l'equitat social té repercussions en la disminució de la morbiditat i la mortalitat. Hi ha un qüestionament de l'efecte de la biomedicina sobre la millora de la salut d'individus i societat i s'apunten fets curiosos com les classes dominants al llarg de tots els moments històrics, des de l'època egípcia, passant per la romana fins a l'edat mitjana o a l'actualitat presentaven esperances de vida semblants a les que tenen avui els països més rics del planeta. Emperadors romans o faraons egipcis, si no eren assassinats o víctimes d'una mort fortuïta, tenien esperances de vida d'entre 60 i 80 anys que és molt semblant a l'esperança de vida que presenten avui en dia els països més rics. En un temps històric, l'efecte i eficàcia de la biomedicina sobre la salut de les persones en front de l'efecte de les condicions de vida i de la desigualtat social es podrien qüestionar.

Reprenent els estudis sobre immigració i salut a Catalunya observem com els principals temes d'estudi giren al voltant de malalties infeccioses i de la salut mental, i seguint el fil de la discussió és inevitable que es replantegin certs aspectes i que s'obrin certs interrogants. En el cas de les malalties infeccioses es compta amb l'exemple de la tuberculosi. La tuberculosi és un exemple del fracàs de la biomedicina en l'eradicació de les malalties infeccioses¹²¹. És considerada per la OMS com una malaltia de la pobresa i tenia altes taxes de prevalença al nostre país en períodes de depressió econòmica com la postguerra. La presència de tuberculosi en la immigració estrangera al nostre país hauria de suposar un reforçament de la recerca en epidemiologia social i desigualtats socials en salut més que la identificació del procés migratori i dels immigrants com a nous factors de risc per a la malaltia¹²². En el cas de la salut mental també són evidents els estressors que representen les condicions de vida i les situacions legals sobre la salut mental de la persona que els pateix.

En els estudis existents, el biaix en la selecció dels immigrants pot estar establint una relació causal entre immigració i patologies que no és certa si s'hi inclouen tots els immigrants estrangers. La relació causal o l'èmfasi en l'aspecte migratori estaria emmascarant les causes principals de la situació de salut que segurament es poden explicar per la desigualtat social. Ens podríem plantejar la pregunta: Si una persona que no ha viscut un procés

¹²¹ De fet, alguns autors apunten que l'únic èxit de la biomedicina en l'eradicació de les malalties infeccioses és l'eradicació de la verola als anys 70. La disminució de les taxes infeccioses s'explicaria principalment per la millora de la salubritat, les condicions de vida, l'equitat social, els programes de vacunació i el reforçament del sistema immunològic derivat.

¹²² Els perills d'augment de l'estigmatització que comporta la visió de les patologies de la immigració es comenten detalladament en l'apartat 7.4.2.

migratori¹²³ viu en les mateixes condicions¹²⁴ que molts dels immigrants que presenten certes malalties, no estaria sotmesa als mateixos factors de risc per emmalaltir que la persona immigrada?

Els resultats de la tesi indiquen que el biaix en la selecció dels immigrants pot estar magnificant el pes de la variable migració enfront d'altres fenòmens socials o d'altres variables socioeconòmiques. Segons els resultats obtinguts és plausible reorientar el focus d'atenció cap a les desigualtats socials allunyant-lo de les posicions essencialistes que comporten les atribucions patològiques al procés migratori i de les tesis culturalistes.

Els resultats obtinguts i la discussió plantegen la conveniència de reorientar els estudis sobre immigració estrangera i salut cap a les desigualtats socials en salut i l'epidemiologia social. El canvi en l'enfocament tampoc és neutre. Les patologies de l'immigrant o ressaltar la condició d'immigrant de la persona immigrada té connotacions i conseqüències que van més enllà de la simple discussió intel·lectual. En el model de les patologies de l'immigrant, les mesures a emprendre o les possibles responsabilitats dels estats de salut individual recauen sobre els mateixos immigrants. A partir dels resultats i de la discussió que remarca el paper de les desigualtats socials en salut es raonable plantejar una segona pregunta: On rauen els principals determinants de salut en l'augment de certes malalties prevalents en part de la immigració estrangera? En característiques de les pròpies persones immigrades o en les desigualtats socials creixents en la nostra societat? Per a respondre les dues preguntes plantejades es passarà a debatre sobre les principals mesures preses per a fer front als estats de

¹²³ Com hem vist no ha viscut un procés selectiu i segons el 'healthy migrant effect' presentaria pitjor estat de salut que la població immigrada de la mateixa edat i sexe.

¹²⁴ Situació legal, condicions laborals, insalubritat, discriminació social i racial, pobres vincles afectius, etc.

salut que presenten alguns dels immigrants estrangers i sobre els dos models d'abordatge dels estats de salut de part de la població immigrant.

7.4. Polítiques sanitàries en immigració i salut

7.4.1. Els protocols mèdics

Els protocols mèdics¹²⁵ per a l'atenció primària dels immigrants estrangers són una de les primeres mesures que des de la salut pública es van prendre per afrontar les dificultats identificades en l'atenció sanitària als immigrants estrangers. Els protocols es van començar a redactar en centres catalans de tradició en la rebuda d'immigració estrangera¹²⁶ i han començat a proliferar juntament amb les guies de recomanació per a l'atenció sanitària a la immigració estrangera i les jornades i seminaris sobre el tema (Plaja, Sardañés et al. 1994, Masvidal 2002, Gámez, Galindo 2002, Balanzó, Faixedas et al. 2003).

¹²⁵ Les variables socio-demogràfiques són les que sovint s'usen com a variables determinants per a escollir un grup de població per a realitzar polítiques concretes i per a l'elaboració dels protocols. Moltes de les intervencions van dirigides a la gent gran, a les dones o col·lectius d'una determinada ètnia. Moltes d'aquestes variables són l'objectiu de molts programes educatius i campanyes de prevenció, mentre que altres variables de caire més estructural, com la pobresa, no estan a l'agenda de molts programes per considerar-se menys influenciables per la intervenció directa. Les variables sociodemogràfiques coincideixen amb el concepte de 'composició' de la població. Alguns autors apunten a la composició, a les característiques individuals de la població com l'edat, el sexe, la dieta o els estils de vida, com l'únic factor a tenir en compte per avaluar l'estat de salut d'una població. Altres variables que cal tenir en compte, però, són l'estat civil, el rol familiar, els membres de la família, el grup ètnic, l'educació, el grau d'adaptació, l'ocupació, les propietats, els ingressos i les xarxes socials. Aquestes darreres variables, com les relacions de poder en el nucli domèstic, a la societat, les relacions econòmiques, la situació al mercat de treball o les relacions de poder entre grups 'ètnics' d'una mateixa societat també influeixen en l'estat de salut i en el comportament mostrat respecte la salut (Jones 1994, Hausmann-Muela, Muela, Nyamongo, 2003, Mitchell, 2002).

¹²⁶ Hospital de Mataró, Hospital del Mar, Hospital Clínic, CAP Drassanes, CAP Raval, Hospital de Vic, Hospital d'Olot o el Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE).

Els protocols han estat elaborats per a atendre als immigrants estrangers procedents de països de renda baixa o a la immigració econòmica¹²⁷. Els temes principals als que estan dirigits aquests protocols són els citats en el cos teòric, és a dir, les malalties infeccioses importades i reemergents, la salut mental i la diferència cultural en els hàbits de vida i en la concepció sobre la salut i la malaltia. La idea de què el procés migratori pot suposar un factor de risc per a la salut de la persona immigrada i per a la salut de la població receptora al dispersar malalties infeccioses així com presentar conflictes culturals que interfereixen en el procés assistencial estan a l'arrel dels protocols existents. Els protocols recomanen vigilància epidemiològica per a detectar malalties infeccioses poc prevalents a Catalunya i per a detectar possibles problemes de salut mental. Per a la diferència cultural la majoria de protocols recomanen mediadors culturals a les consultes i ofereixen recomanacions culturals simplificades tipificades per atendre als diferents col·lectius.

Els resultats obtinguts a la tesi mostren part de les mancances dels protocols i de la recerca sobre immigració i salut a Catalunya. La figura dels mediadors culturals és un altre dels aspectes que presenta controvèrsia. L'expansió de la biomedicina arreu del món i la sobrevaloració de la cultura com a expressió d'un nou tipus de racisme són aspectes que en qüestionen la seva idoneïtat i senyalen possibles conseqüències adverses derivades de la

¹²⁷ Aquests són els termes més utilitzats per a definir a la població d'actuació en els protocols. Alguns protocols puntualitzen que estan adreçats als immigrants i fills d'immigrants a excepció d'aquells procedents d'Europa Occidental, EUA, Canadà, Japó, Austràlia o Nova Zelanda. Als nens procedents d'aquestes zones se'ls hi aplica els mateixos protocols que el programa de seguiment del nen sa de la població autòctona". Aquesta població és la que a la tesi s'ha identificat com a immigració de nacionalitat amb IDH menor. El biaix existent ja ha estat argumentat al llarg de la tesi.

seva implementació¹²⁸. Per exemple, en els resultats de la tesi s'observa com els britànics entrevistats, tot i que alguns d'ells porten molts anys residint a Catalunya, es queixen de la manca de coneixement de l'anglès entre el personal sanitari i de la manca de traductors a les consultes. En canvi, l'augment d'immigració estrangera procedent de països amb menor IDH ha comportat la creació de la figura del mediador cultural, i no del traductor, com a persona responsable dels conflictes culturals que es puguin derivar en la pràctica sanitària amb la immigració estrangera. La diferència entre traductor o mediador cultural tampoc és neutra. Mentre que el primer resol un problema merament lingüístic, el mediador cultural ha de treballar amb conflictes o xocs culturals. A partir dels resultats obtinguts, la tesi que es defensa és que part del comportament que s'atribueix a la diferència cultural s'explica per les desigualtats socials i ja existeix la figura del treballador social o de l'assistent social per a fer front a aquestes problemàtiques. De manera que les diferències en el comportament respecte la salut no venen determinades per la nacionalitat o per la procedència sinó per variables individuals i socials que no tenen perquè anar relacionades amb cap nacionalitat concreta. Creure o practicar medicina xinesa o ayurvèdica no està en funció de tenir la nacionalitat xinesa o índia. De la mateixa manera que ser xinès o indi no implica no tenir una concepció biomèdica de la salut i la malaltia. Partint d'aquesta hipòtesi, el mediador cultural seria una manera més de discriminació subtil derivada de la estratificació ètnica de la societat i de les connotacions negatives que acompanyen al terme immigrant.

En els protocols i les actuacions dutes a terme els darrers anys ja es comencen a percebre alguns canvis. Diversos sistemes sanitaris de l'estat ja

¹²⁸ Per a construir la hipòtesi de l'expansió mundial de la biomedicina cal recuperar les teories de les fronteres de Luhman i les tesis de Said sobre imperialisme i cultura. A partir d'aquest cos teòric i dels resultats de la tesi es pot formular la idea de l'extensió de la biomedicina per tot el món i de la diferent concepció cultural sobre la salut i malaltia independentment del país de procedència.

estan incorporant sistemes de traducció telefònica i canviant l'enfocament de la problemàtica. Es comença a deixar clar que la immigració per si mateixa no suposa cap risc per a la salut del immigrant ni per a la salut de les poblacions receptores. Els problemes de salut de la població immigrant són semblants als de la població autòctona i els riscos de salut són adquirits i derivats de la situació d'exclusió social i pobresa (Gargantilla 2003).

7.4.2. Models teòrics darrera de certes polítiques

Els dos models genèrics que es proposen a la tesi per a classificar la majoria de recerques realitzades a nivell nacional i internacional sobre immigració i salut són: les patologies de l'immigrant o 'l'immigrant malalt' i la selecció dels més sans, el 'healthy migrant effect' o 'l'immigrant sa'. Aquests dos models no apareixen en cap manual sobre migracions i salut i no estan formalitzats com a tal¹²⁹. Són corrents paral·lels que coexisteixen en diferents fòrums, debats, revistes i congressos. Mentre que el model de les patologies de la immigració és més present en revistes i discussions mèdiques sobre patologies concretes, el model de l'immigrant sa és un debat més centrat en aspectes metodològics i d'anàlisi d'enquestes nacionals de salut, en aspectes demogràfics i en estudis sobre morbiditat i mortalitat en poblacions grans.

Els dos models són constructes teòrics per a representar i descriure els processos analitzats al llarg de la tesi. S'han construït al finalitzar el treball empíric i després de realitzar totes les lectures. La construcció dels models ha estat d'utilitat per a sintetitzar la majoria d'enfocaments existents sobre

¹²⁹ Aquests dos models apareixen dispersos en diverses publicacions però no estan constituïts com a tal. No hi ha cap manual ni cap expert que els hagi formulat. S'han hagut d'elaborar en la present tesi per a sintetitzar la informació i per a poder articular el discurs.

immigració i salut i les repercussions que pot tenir l'adopció d'un o altre model per part de les institucions sanitàries en el tractament dels problemes de salut de la població immigrada.

7.4.2.1. Les patologies de la immigració o l'immigrant malalt

El model de les patologies de la immigració és el que associa a les persones immigrades o als processos migratoris amb certes patologies. Principalment amb malalties infeccioses, els processos migratoris serien vectors de dispersió de malalties i els migrants serien la causa de les malalties importades i reemergents en els països de destinació, amb aspectes relacionats amb la salut mental, el procés migratori seria un trencament que representa un major risc per a desenvolupar certes malalties mentals i amb pràctiques i concepcions culturals que poden representar un risc per la salut de les persones immigrades i una font de conflicte en la societat receptora.

A la base d'aquest model hi ha la concepció que la immigració o la categoria immigrant pot ser un factor de risc per a la salut i cal vigilància epidemiològica i actuacions especials per afrontar-lo. En alguns dels corrents que encaixarien en aquest model s'estableixen relacions causals entre la presència d'immigració estrangera i el augment de taxes de prevalença de certes malalties. A partir del model de patologies de la immigració, amb major o menor intensitat, s'acaba establint una causalitat epidemiològica entre la presència d'immigració estrangera i l'augment de certes patologies.

Hi ha diverses possibles causes o motius que poden explicar l'aparició i consolidació del model de les patologies de la immigració i la seva ràpida acceptació i extensió a Catalunya. La primera és les connotacions negatives associades al terme immigrant i el biaix que provoca en els estudis sobre

immigració. Els investigadors i professionals sanitaris, com a membres integrants d'aquesta societat, apliquen un biaix en la selecció dels immigrants que està fortament influenciat per un model de societat ètnicament estratificada. Els immigrants seleccionats presenten unes condicions socioeconòmiques determinades i s'estableixen relacions causals entre immigració i salut sense incorporar grups o variables de control en els estudis.

La segona de les possibles causes és un enfocament sobreprotector i paternalista en les actuacions dutes a terme i en les recerques realitzades. El excés de paternalisme i la bona intencionalitat que es suposa a les actuacions respecte la immigració fa que esdevingui un discurs socialment acceptat i lloat que sovint dificulta una anàlisi en profunditat dels mateixos estudis i de les seves conseqüències¹³⁰. A més, la cerca incessant de noves malalties i simptomatologies com a exemple de progrés científic fa que les atribucions patològiques a processos fins ara no medicalitzats siguin ben considerades socialment i econòmicament. No és descobrir res de nou afirmar que medicalitzar un fenomen social en ple creixement mundial com són les migracions humanes pot ser una font de negoci milionària per a la indústria farmacèutica (Blech 2005).

El darrer motiu que pot explicar la ràpida consolidació del model de les patologies de la immigració és que es tracta d'un discurs còmode i amable. El discurs que hi ha a la base del model de les patologies de la immigració no incomoda a la societat de recepció. És un discurs aparentment ben intencionat que no atribueix responsabilitats directes al conjunt de la societat. És un discurs amable que no incòmoda ni ofèn al poder ni a la resta

¹³⁰ En l'actitud paternalista hi ha una relació jeràrquica que respon a les relacions de poder entre estats i individus. L'actitud paternalista és sempre relativa segons quins siguin els estats i els individus implicats en la relació. El paternalisme aplicat a la immigració i la salut seguiria la lògica de la biopolítica de Foucault o de l'alienació de Illich (Lurbe 2005).

de la societat però que no es dirigeix a l'arrel del problema encara que pot tenir efectes contraris als desitjats des de una posició paternalista.

Entre les possibles conseqüències o repercussions que pot tenir l'acceptació d'aquest model se'n poden destacar les següents: Un aplicació causal etiològica errònia que posa l'èmfasi en una concepció de la immigració amb connotacions negatives, tipificades i estigmatitzades fa que s'apliquin accions i recerques sobre el mateix concepte d'immigrant. D'aquesta manera, el problema inicial que són les connotacions que acompanyen al terme immigrant i que expliquen la presència del biaix en els estudis s'autoalimenta i magnifica al potenciar els estigmes existents i afegir-ne de nous¹³¹. El paternalisme i la bona intencionalitat que hi pot haver darrera de moltes de les recerques està reforçant involuntàriament l'estratificació ètnica de la societat i la consolidació de les connotacions negatives del terme immigrant i dels prejudicis sobre alguns immigrants estrangers¹³².

L'atenció sanitària diferenciada cap a alguns dels immigrants estrangers residents a Catalunya per la seva nacionalitat, raça, ètnia o cultura sense que aquestes variables siguin rellevants per a la causa etiològica que explica el

¹³¹ Si a les connotacions negatives del terme immigrant se li afegixen atribucions patològiques les connotacions negatives es veuen reforçades i augmentades si no hi ha una reflexió crítica a darrera (Goffman 1964).

¹³² Es veurien reforçats els prejudicis i els estereotips sobre determinades ètnies o nacionalitats que servirien per a justificar-ne la dominació i la jerarquització ètnica de la societat seguint el model de justificació aplicada durant el colonialisme europeu.

seu estat de salut pot esdevenir una qüestió bioètica i deontològica a prendre en consideració¹³³.

La darrera de les conseqüències que pot comportar l'acceptació de les patologies de la immigració, i potser la més profunda i subtil, és la 'culturalització' i naturalització del fenomen. Establir atribucions patològiques a les persones immigrades converteix als estats de salut en uns fenòmens indissociables al fet de migrar. Els processos migratoris porten associats inevitablement uns elements com la mobilitat espacial, el trencament amb l'espai de vida i el canvi de societat que poden comportar, per ells mateixos, uns factors de risc per a la dispersió de malalties infeccioses, per a la salut mental i per al conflicte cultural contra els que sols es poden aplicar mesures de vigilància epidemiològica i tractaments pal·liatius. La naturalització de les patologies de la immigració comporta que el focus d'atenció dels estats patològics es centri en els protagonistes del procés migratori i no en les desigualtats socials que probablement expliquen les causes etiològiques dels estats de salut viscuts pels propis immigrants¹³⁴. Encara que no es vol desestimar la importància de la cultura en el procés de salut i malaltia¹³⁵, la

¹³³ "Es pot dividir la realitat humana en cultures, històries, societat, etc. I sobreviure les conseqüències de forma humana?" Es pot plantejar el mateix, si fomentem una medicina i una assistència sanitària focalitzada en les diferències, en les divisions, encara que no estiguin intrínsicament relacionades amb l'agent etiològic de les malalties, es pot sobreviure a les conseqüències de forma humana? La frase de Said estava contextualitzada a mitjans dels anys vuitanta, on el postmodernisme liderava una corrent relativista i on el diferencialisme era un discurs que havia substituït el racisme i la xenofòbia, inconcebibles aleshores (i encara avui en dia), en l'agenda política i pública de teories i pensaments d'extrema dreta (Said 1997).

¹³⁴ En aquests termes el procés de naturalització actuaria com el que descriu Ryan en el 'Blaming the victim' on les persones que pateixen situacions d'injustícia i desigualtat són responsabilitzades de la seva situació.

¹³⁵ Cal destacar el valor de les aportacions de Kleinman sobre la importància del 'sickness', sobretot en l'encara inexplorat món de la salut mental. L'atenció a la diversitat és de gran importància si partim de la base que les especificitats individuals requereixen un tractament individual. La cultura i la comprensió del model de salut i malaltia requereix un tractament específic com qualsevol altre esdeveniment vital. Precisament la defensa de l'especificitat individual es pot convertir en un argument en contra de la simplificació, tipificació i esterotipització dels models culturals pressuposats a alguns dels immigrants estrangers que es realitza des del model de les patologies de la immigració.

sobrevaloració de la cultura i la preconcepció de diferències culturals ètniques converteix al model de les patologies de la immigració en un model proper al model nord-america d'integració i de societat que afavoreix una estratificació ètnica de la societat.

7.4.2.2. La selecció dels emigrants o 'l'immigrant sa'¹³⁶

El model de la selecció dels emigrants o de 'l'immigrant sa' es basa en la hipòtesi que el procés migratori és un procés selectiu que amb major o menor mesura requereix un estat de salut o unes condicions determinades que permetin el moviment. En principi, les persones que poden dur a terme un projecte emigratori tindran un millor estat de salut o unes millors condicions que les societats de partença i arribada en les poblacions de la mateixa edat i sexe. Les diferències en les prevalences de certes malalties observades en la població immigrada s'interpretarien en aquest model com a conseqüència de les condicions de vida i de les desigualtats sofertes pels immigrants en el país d'assentament.

El model de la selecció dels emigrants comporta centrar el debat en les desigualtats socials i en la classe social i no en el procés migratori ni en part de la immigració estrangera. El model es recolza en diverses hipòtesis i evidències. Una de les principals hipòtesis és la del 'healthy migrant effect' on la distorsió que mostraven les enquestes de salut de països com Canadà o Alemanya per la presència de població immigrant més sana és vista com un factor a corregir en els resultats degut a que passats uns anys, part d'aquesta població immigrada presentarà estats de salut pitjors que la població receptora de la mateixa edat i sexe. Una altra evidència és que les patologies

¹³⁶ La selecció dels emigrants es planteja com a traducció de 'healthy migrant effect'.

observades en part de la immigració estrangera roman en segones i terceres generacions de manera que no es poden atribuir al procés migratori ni al fet de ser immigrant. Alguns investigadors han posat l'èmfasi en la continuïtat dels problemes entre generacions per a mostrar que moltes de les circumstàncies que pateixen els immigrants pobres no estan relacionades directament amb el procés migratori¹³⁷.

El model de la selecció dels emigrants posa al centre del debat les diferències en les condicions d'assentament i no el procés migratori o la variable immigrant com a factors explicatius de certs estats de salut. El model coincideix amb els resultats obtinguts al llarg de la tesi on els models i les anàlisis per al tots els immigrants estrangers podien fer pensar en el 'healthy migrant effect' i les diferents condicions de vida en el país d'assentament explicarien el pitjor estat de salut que presenten, en general, els immigrants de nacionalitat amb IDH menor. Les diferents condicions de vida entre britànics i marroquins podrien explicar les diferències observades en els resultats del PaD i en l'estudi ecològic. Per altra banda, l'heterogeneïtat de nacionalitats estudiades a partir del sumatori de nacionalitat i del coeficient de nacionalitat porta a pensar en les desigualtats socials i en les condicions de vida com les causes principals que expliquen els diferents estats de salut. Les dificultats entre immigrants estrangers de nacionalitats i cultures molt diverses que presenten certes patologies són compartides. La legislació, les condicions laborals i les condicions de l'habitatge són compartides mentre que les malalties importades o els models culturals de salut i malaltia no són

¹³⁷ Altres estudis locals senyalen com l'estatus migratori té un paper menor com a factor determinant de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels adolescent de Lloret de Mar. Mentre que el nivell socioeconòmic i la salut mental sí que interactuen amb la variable migratòria (Rajmil, Pantzer et al. 2005). Aquests resultats no especifiquen quins individus formen part de la mostra dels immigrants estrangers però sí que apunta a la presència del 'healthy migrant effect' en els adolescents de Lloret.

característiques que comparteixen. El model no estableix un biaix previ en la selecció dels immigrants estrangers i pressuposa una selecció prèvia al procés migratori. El que explicaria, doncs, la presència de malalties en part de la població estrangera són les desigualtats socials en el país d'assentament.

Les possibles conseqüències o repercussions del model de 'l'immigrant sa' contribueixen a disminuir les connotacions negatives del terme immigrant i el biaix existent en els estudis. Acceptar que a priori els immigrants estrangers són persones més sanes comporta que l'augment de la prevalença de certes malalties s'atribueixi, principalment, a les desigualtats socials en el país d'assentament. Centrar el debat de les malalties presents en alguns immigrants estrangers en les desigualtats socials en salut contribueix a disminuir els estigmes i les connotacions negatives associades al concepte immigrant.

L'assentament i el conjunt de la societat de recepció prenen un paper rellevant. La legislació, les condicions de vida i les desigualtats socials es col·loquen en el centre del debat¹³⁸. El model de l'immigrant sa implica recuperar les teories, sovint defenestrades, sobre les desigualtats socials en salut i conceptes que semblen deixats en l'oblit com el de classe social. La situació de desigualtat i les patologies presents en part de la immigració estrangera s'explicarien per situacions d'injustícia global i local. Les desigualtats entre països explica les diferències en les prevalences entre països, i el rebrot o les patologies associades a part de la població

¹³⁸ La majoria d'immigració irregular present a l'estat espanyol prové d'Amèrica Llatina. Les polítiques actives de l'estat espanyol d'atorgar vises de turista sabent que la població romandria un cop finalitzat el visat sense documentació al país és denunciada per diferents ONG i unitats de recerca sobre immigració estrangera.

immigrada¹³⁹ s'explicaria per les situacions d'injustícia i de desigualtat social en les 'societats d'acollida'¹⁴⁰.

Acceptar el model de 'l'immigrant sa' comporta assimilar les injustícies generades en la societat de recepció en el tracte legal i social a part de les persones immigrades. També comporta afrontar i denunciar les condicions de semiesclavatge en que viu part de la població immigrada i recuperar la recerca sobre les desigualtats socials en salut en un època on les classes socials i la injustícia social semblen haver desaparegut. El model del 'healthy migrant effect' aniria a l'arrel del problema, encara que segurament no seria un discurs còmode ni autocomplaent, i evitaria la creació de noves patologies. El model de selecció dels emigrants es pot recolzar en l'extensa recerca realitzada sobre les desigualtats socials en salut que abraçaria des del Black Report fins als treballs de Cochrane, Wilkinson o McKewon i és més proper al model canadenc d'integració i de societat¹⁴¹.

Els dos models presentats no són tancats ni excloents. Es poden presentar simultàniament i poden ser compatibles. Les patologies de la immigració i la selecció dels emigrants, l'immigrant malalt i l'immigrant sa, representen, però, dues concepcions diferents d'una mateixa problemàtica. La finalitat de la construcció teòrica dels dos models és tenir un element de contrast entre la recerca realitzada fins al moment i els resultats obtinguts en la tesi doctoral.

¹³⁹ Cal recordar que en aquest model part dels immigrants no presenten patologies concretes relacionables amb el procés migratori.

¹⁴⁰ En aquest model, el terme societat d'acollida esdevé un eufemisme ja que les desigualtats viscudes explicarien els estats de malaltia.

¹⁴¹ El model canadenc és el creador del concepte de societat multicultural i Toronto està considerada un model de convivència ètnica i multicultural encara que el model presenta diverses controvèrsies.

8. CONCLUSIONS

La complexitat inherent als conceptes migracions i salut ha estat una qüestió que ha aparegut de manera constant al llarg de la tesi. Incloure i analitzar les múltiples variables que intervenen en ambdós fenòmens és una tasca que ha requerit una aproximació teòrica i metodològica multidisciplinària. Els resultats són la primera aproximació global i comunitària al fenomen de la immigració estrangera i la salut a Catalunya. Els diferents abordatges ecològics i qualitatius han permès aprofundir en la relació entre els processos migratoris i els processos patològics i, a partir de les reflexions que se'n desprenen, s'han elaborat dos models teòrics. Per a elaborar-los s'han tingut en compte els principis d'inducció i de qüestionament constant dels resultats parcials i de les recerques realitzades que caracteritzen a la teoria fonamentada o 'grounded theory'. Per a intentar simplificar la realitat complexa i per a resumir part dels resultats obtinguts a la recerca, a continuació es mostren part dels resultats de l'anàlisi qualitativa i de la reflexió constant que ha acompanyat tota l'anàlisi.

8.1. 'Patologies de la immigració' o 'l'immigrant sa'?

Els dos models teòrics i empírics que s'han construït per a descriure els principals enfocaments sobre la relació entre les migracions i la salut són el model de les 'patologies de la immigració' i el model de 'l'immigrant sa'. Aquest dos models es desgranen al llarg de tota la tesi i a continuació es mostren les seves principals característiques i les seves possibles derivacions. Al llarg de la tesi també s'ha anat veient com el model predominant en les

recerca sobre immigració i salut a Catalunya és el de les patologies de la immigració.

8.1.1. El model de les patologies de la immigració

En el model de les patologies de la immigració s'hi podrien englobar la majoria de les recerques i enfocaments respecte la immigració estrangera i la salut existents a Catalunya. És el model predominant i es focalitza en tres grans eixos que són les malalties infeccioses, tant les importades com les reemergents, la salut mental i la diferència cultural. Segons els resultats obtinguts a la tesi i segons la lectura crítica de la recerca existent es pot afirmar que tots els estudis que encaixen en el model de les patologies de la immigració tenen un biaix en els immigrants estrangers seleccionats per als estudis. El biaix no és sols fruit de les connotacions negatives del terme immigrant sinó que existeix un biaix al no tenir en compte el volum total de població estrangera en els estudis epidemiològics sobre la incidència i prevalença de certes malalties relacionades amb la immigració. El model es basa en dades clíniques que observen un augment de certes malalties infeccioses i problemes de salut mental en part de la immigració estrangera i estableixen relacions causals, directes o subtils, entre la immigració estrangera i l'augment de certes patologies. El tercer gran eix, el de la diferència cultural, es basa en preconcepcions de la diferència cultural de persones immigrades amb certes nacionalitats o de certes ètnies, recuperant els corrents etnomèdics i transculturals de la importància de la salut en els processos de salut i malaltia però sense aportar dades ni esdeveniments concrets generalitzables per al conjunt de persones immigrades. Es pressuposa que les persones immigrades tenen una cultura vers la salut i la

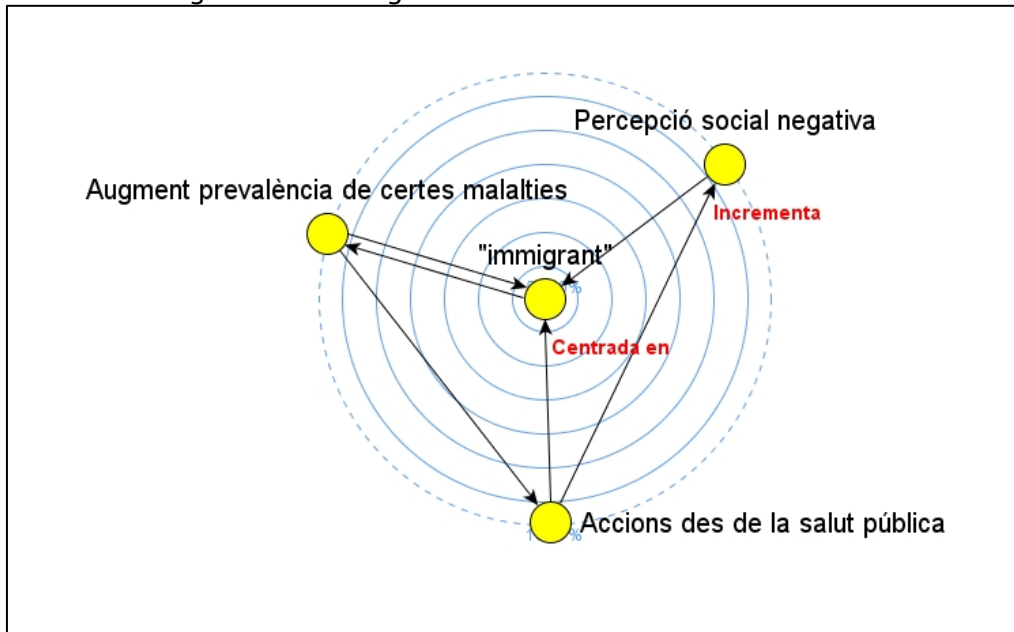
malaltia diferent a la nostra i que això s'ha de tenir en compte per a evitar possibles conflictes en els centres de salut.

En el mapa conceptual es descriu com es parteix d'una concepció 'd'immigrant' carregada de connotacions. Els estudis existents són sobre l'anomenada immigració econòmica o immigració extracomunitària. Sense descriure'n els termes o donant-los per sobreentesos s'està establint un biaix carregat de prejudicis i connotacions socials, econòmiques i culturals que repercuteixen en el conjunt de l'enfocament i en les mesures implementades. El terme immigrant, econòmic o extracomunitari, és a la base dels estudis però no es defineixen i es relacionen directament amb l'augment o presència de certes malalties. Des dels casos de tuberculosi, xarampió o malària passant pel dol migratori o la diferència cultural, els 'immigrants econòmics' o 'extracomunitaris' es consideren un factor de risc o població susceptible a patir certes malalties.

Es parteix de l'evidència de les dades clíniques on s'observa un augment d'algunes malalties o una presència de casos de malaltia en població immigrant i s'acaben establint relacions causals entre immigració i certes patologies. Tot i que les connotacions negatives del terme immigrant inclouen un bon nombre de variables socioeconòmiques i de desigualtats socials aquestes solsament es citen en les recerques però no s'hi inclouen i les actuacions que es realitzen des de la salut pública es dirigeixen a la població immigrant. Pel fet de centrar les mesures polítiques i sanitàries sobre la població 'immigrant', amb els biaixos que aquest terme presenta, s'està produint una retroalimentació negativa que reforça i empitjora les connotacions que s'associen al terme immigrant i que han propiciat el primer biaix en els estudis.

El biaix inicial es veu reforçat a mig i llarg termini en el model de les patologies de la immigració per un augment de l'estigmatització de la població 'immigrant' i de certs grups de població de determinades ètnies o nacionalitats. El biaix provocat per les connotacions del terme 'immigrant' es veu reforçat pel fet d'adquirir noves connotacions patològiques. Aquest biaix es pot explicar per una incipient estratificació ètnica de la societat que es veuria reforçada en atribuir l'augment de certes patologies o de certs comportaments al concepte 'immigrant' sense incloure variables socioeconòmiques o factors de desigualtat social que tenen importància en els estats de salut estudiats. Les condicions socials lògicament es comenten en les recerques del model de les patologies de la immigració però no hi tenen un paper destacat ni hi són incloses de manera decisiva. La utilització poc rigorosa dels termes amb fortes connotacions socials com immigrant econòmic o extracomunitari i la confusió a que pot portar la seva associació causal amb malalties infeccioses i mentals pot incrementar l'estigmatització i les connotacions negatives que ja han estat les responsables del biaix inicial en els estudis. El prejudici social i la discriminació social sofrida per part de la població immigrant es veurien reforçats al adquirir connotacions patològiques que s'afegeixen a les connotacions negatives ja existents.

62. Gràfic: Patologies de la immigració



Els resultats obtinguts al llarg de la tesi confirmen l'existència del biaix en les recerques sobre les patologies de la immigració. Els resultats dels models són diferents a l'incloure immigrants estrangers procedents de països amb IDH major i aplicant el biaix existent en les altres recerques s'obtenen els mateixos resultats. És a dir, quan el model ecològic es realitza amb el coeficient de nacionalitat s'obtenen uns resultats coincidents amb la literatura però quan el mateix model es realitza amb el conjunt de la immigració estrangera els resultats mostren una tendència contrària. Existeixen, per tant, diferències importants entre diferents grups d'immigració estrangera que tenen repercussions directes sobre els resultats de la recerca, i si sols es centra la recerca en un grup d'immigrants estrangers s'està produint un biaix que condueix a establir relacions causals errònies quan el que pot estar explicant el fenomen són precisament les diferències entre els grups d'immigrants estrangers. Les diferències entre immigrants estrangers també es mostren en els resultats del Panel de Desigualtats i de l'anàlisi qualitativa,

on s'observen diferències socioeconòmiques i sociodemogràfiques importants entre diferents grups de població estrangera.

El model de les patologies de la immigració atribueix certs estats de salut i malaltia a part de la població immigrant i els resultats de la tesi mostren un biaix en la selecció dels migrants que comporta no incorporar variables estructurals, econòmiques, socials i legals en els estudis realitzats fins al moment sobre immigració i salut. Les atribucions causals poden ser errònies i les repercussions sobre els mateixos immigrants poden ser a mig i llarg termini perjudicials. Atribuir o relacionar certes patologies al procés migratori o a la immigració implica naturalitzar el fenomen i convertir a les persones que presenten patologies derivades de la desigualtat en responsables, o corresponsables, de la seva pròpia situació (Ryan 1972). Una recerca amb una voluntat inicial de denúncia es pot convertir, conscientment o inconscientment, en un augment de la desigualtat i de la injustícia social. En una societat estratificada ètnicament el ser 'immigrant' s'està convertint en una categoria social, encara que moltes de les situacions de desigualtat i injustícia que pateixen, entre elles les malalties que presenten, no es puguin atribuir al procés migratori ni a la definició estricta d'immigrant. Les connotacions del terme i el model de les patologies de la immigració estan desviant el focus d'atenció de les situacions de desigualtat a la indefinida categoria d'immigrant reforçant-ne les seves connotacions negatives. Aplicar el model de les patologies de la immigració atribuint patologies a la població 'immigrant', ja sigui per un excés de paternalisme o per una relació causal errònia, comporta augmentar el protagonisme del procés migratori i de la variable 'immigrant' quan no està clar que aquestes variables siguin les més decisives per a comprendre els estats de salut i reforçant-se així l'estigmatització i els prejudicis que envolten la categoria social d'immigrant.

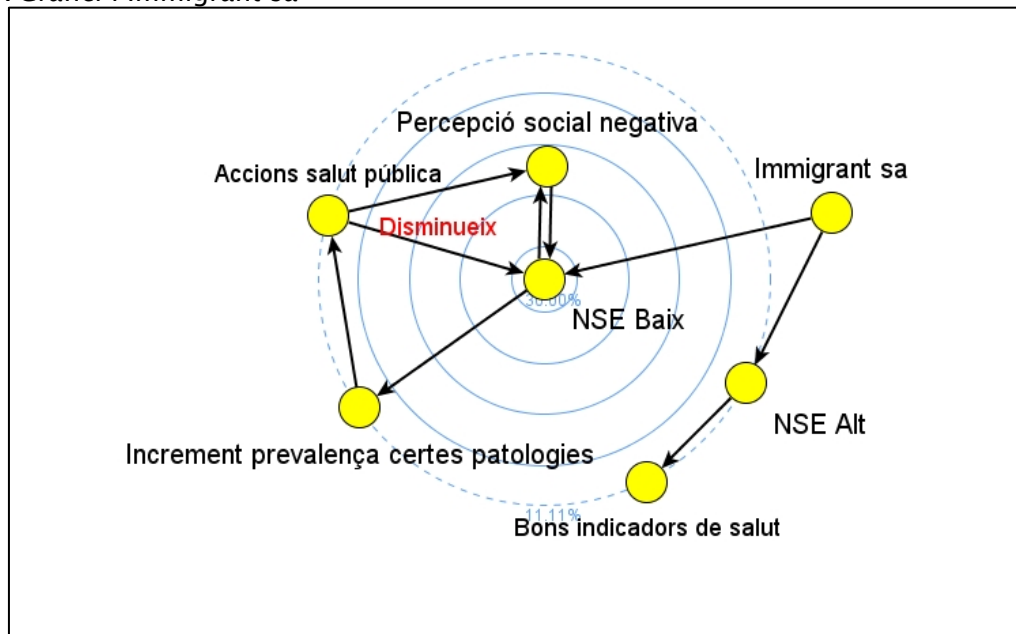
8.1.2. El model de la selecció dels emigrants o l'immigrant sa

El model de l'immigrant sa es basa en la hipòtesi del 'healthy migrant effect', on la població immigrada presenta millors indicadors de salut que la societat de recepció. El procés migratori és reconegut en la majoria de recerca sobre immigració i salut com un procés selectiu on les persones que emigren acostumen a tenir un millor estat de salut que les persones de la societat receptora de la mateixa edat i del mateix sexe. Els resultats obtinguts a la tesi assenyalen com a model més plausible el de la selecció dels emigrants, encara que la manca de dades longitudinals i els resultats d'un estudi ecològic no permetin confirmar una hipòtesi.

En el diagrama del model de la selecció dels emigrants es parteix d'un immigrant sa per haver viscut un procés migratori. En el procés d'assentament en la societat de recepció aquest pot ocupar diferents nivells dins de l'escala social. Els dos extrems de l'escala social es representen en el diagrama com a Nivell Socioeconòmic (NSE) Alt i Baix que al llarg de la tesi es corresponen amb els immigrants d'IDH major i menor respectivament. Els immigrants estrangers que ocupen estrats alts en la societat de recepció, segons els resultats obtinguts i les publicacions existents, no presenten patologies específiques que es puguin relacionar amb el procés migratori o amb la seva condició d'immigrant. A l'altre extrem, hi ha els immigrants estrangers que ocupen els estrats més baixos en la societat d'assentament. Aquests immigrants es corresponen amb els 'immigrants' del model de les patologies de la immigració i sobre els quals es centren la majoria d'estudis sobre immigració i salut a Catalunya. Les desigualtats socials i les condicions

de vida es presenten com les variables més determinants en l'estat de salut de les persones immigrades sanes i les principals causes de les patologies de la immigració. Com en el model de les patologies de la immigració, on les desigualtats socials i les condicions de vida estaven implícites en el terme 'immigrant', en el model de la selecció dels emigrants els determinants socials de la salut prenen un paper principal en l'estat de salut més enllà de la condició d'immigrant de la persona que els pateix. Les actuacions empresades de la salut pública ja no van dirigides a la categoria social d'immigrant sinó als determinants socials de la salut. La pobresa, les condicions de l'habitatge, la situació laboral, la situació legal, l'amuntegament, la solitud i la marginació social són el focus d'atenció en aquest model més enllà de la condició d'immigrant. Aquests determinants de salut han estat àmpliament descrits per l'epidemiologia social, la medicina preventiva i la salut pública com factors clau en la salut dels individus i de les societats. En el model de la selecció dels emigrants aquests determinants prenen el paper rellevant respecte una població immigrant inicialment sana que ha anat empitjorant el seu estat de salut en el procés d'assentament. La variable immigratòria queda en un segon terme i es contribueix a disminuir les connotacions negatives associades al terme 'immigrant'.

63. Gràfic: l'Immigrant sa



En el model de la selecció dels emigrants, es reprenen les explicacions etiològiques i les relacions causals que explicaven la tuberculosi i altres malalties de la pobresa fa uns anys al nostre país. L'augment de la prevalença d'aquestes malalties ens hauria de fer reflexionar sobre l'augment de les desigualtats socials i el retorn a les condicions de vida que explicaven aquestes mateixes malalties unes dècades enrere a Catalunya i no crear atribucions etiològiques ni malalties de nova creació al voltant de la variable immigratòria.

Dels resultats obtinguts es pot aventurar el model de la selecció dels emigrants com a model predominant per davant del de les patologies de la immigració. Malgrat que les dades no permeten confirmar la dominància de cap model sobre l'altre, sí que es pot argumentar la validesa i les implicacions d'ambdós models a partir dels resultats obtinguts. El model de 'l'immigrant sa' compta, a priori, amb menys efectes estigmatitzadors i menys errors de biaix en la selecció dels individus que el model de les patologies de la

immigració. Per altra banda, el model de 'l'immigrant sa' es pot recolzar en la nombrosa recerca sobre determinants socials de la salut, mentre que les patologies de la immigració es recolza en simples distribucions epidemiològiques i en malalties de nova creació atribuïdes a la població immigrant. El model de les patologies de la immigració estableix relacions causals quan no compta amb dades que ho permeten i mostra un clar biaix en els immigrants seleccionats a partir de la utilització de termes amb connotacions socials negatives. Els dos models, però, no són excloents. Sovint el model de les patologies de la immigració incorpora la selecció dels emigrants en el seu discurs, i a l'inversa, el model de 'l'immigrant sa' no comporta la negació de la presència de malaltia en part de la població immigrada. El que els diferencia és on es posa l'accent en la diagnosi i tractament de la problemàtica. Mentre que les patologies de la immigració emfatitza la condició d'immigrant incorporant les connotacions socials negatives del terme, i arribant a establir relacions causals entre procés migratori i certes patologies, la selecció dels emigrants emfatitza les desigualtats socials i les condicions de vida en el país d'assentament que pateixen alguns dels immigrants estrangers i població que no és immigrada però que viu en les mateixes condicions.

8.2. Propostes per a la recollida i millora de les bases de dades

La manca de dades i registres és la principal dificultat metodològica que ha hagut d'afrontar la present recerca. La manca de dades comunitàries és la principal explicació de que no hi hagi treballs comunitaris sobre immigració estrangera i salut a Catalunya i que aquesta tesi sigui la primera aproximació poblacional al fenomen. Les dificultats i les limitacions trobades per la manca

de dades existents converteixen aquesta tesi també en una proposta metodològica per a un abordatge global de la relació entre immigració estrangera i salut. Per aquest motiu es detallen alguns aspectes que poden ser d'interès per a la implementació de sistemes de recollida de dades de cara a futures recerques sobre immigració i salut a Catalunya.

Durant el procés de recerca s'ha assistit i col·laborat en diferents iniciatives encapçalades pel Departament de Salut i altres institucions sanitàries per a establir sistemes de recollida d'informació sobre immigració estrangera. Un dels projectes que s'està començant a implantar en alguns municipis catalans per iniciativa del Departament de Salut i l'Administració Oberta de Catalunya és l'agrupació en un mateix sistema electrònic del padró d'habitants, de les dades de la seguretat social i del Registre Central d'Assegurats, aconseguint que en el moment d'empadronament s'obtingués directament un codi CIP del Departament de salut amb el tipus de cobertura al que té dret la persona empadronada i l'assignació directa de l'ABS (Àrea Bàsica de Salut) i del CAP (Centre d'Atenció Primària) de referència. Actualment aquestes tres bases de dades es troben inconnexes i calen com a mínim tres tràmits administratius duplicats per a obtenir la targeta sanitària. Un sistema com aquest permetria disposar d'una mateixa base de dades amb informació demogràfica, sanitària i socioeconòmica que hauria de ser altament confidencial però amb possibilitats d'incorporar variables migratòries i socioeconòmiques en estudis de salut comunitària. Actualment es realitzen comparacions entre la informació continguda en el padró continu de tots els ajuntaments i el Registre Central d'Assegurats i cal aplicar set algorismes consecutivament per a contrastar les dues bases de dades. Amb la

implantació completa del nou sistema d'informació el contrast seria automàtic.

L'enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del 2005 serà la font d'informació que estarà disponible més aviat, les dades seran consultables al llarg del 2007 i ja incorpora variables migratòries. Haver comptat a temps amb una base de dades com l'ESCA que inclogués variables migratòries hagués estat interessant per la tesi i de ben segur que l'anàlisi de la ESCA aportarà informació rellevant sobre la relació entre les migracions i la salut. Per qüestions de calendari la tesi no ha pogut comptar amb aquestes dades però ha esdevingut el primer intent d'aproximació epidemiològica per al conjunt de Catalunya de la immigració estrangera i la salut. Les limitacions del treball rauen principalment en les característiques pròpies de qualsevol estudi ecològic i en les limitacions derivades de treballar amb dades d'ingressos hospitalaris, ja que no es pot comptar amb els casos de tractament ambulatori, amb les visites sense ingrés ni amb dades de salut procedents de fora dels registres sanitaris.

Un dels aspectes més destacables de realitzar recerca sobre immigració i salut a Catalunya i a la resta de l'estat espanyol és la universalitat del sistema sanitari en comparació amb altres països receptors. L'accessibilitat en altres sistemes nacionals de salut està més restringida i es triga més en registrar situacions de salut específiques viscudes per la immigració recent. En el nostre país, des del moment en que la persona s'empadrona en algun municipi i obté la targeta sanitària es pot tenir un registre mínim de la seva utilització dels serveis sanitaris públics. La universalitat i l'accés als serveis sanitaris no es veu tan condicionada a la situació administrativa de la persona immigrada al país i ofereix un avantatge comparatiu per a realitzar estudis sobre immigració estrangera i salut respecte altres països receptors

d'immigració estrangera, encara que caldria recollir variables migratòries de manera sistemàtica en els centres de salut.

Per a establir un registre consensuat de la immigració estrangera en els centres sanitaris des del Departament de Salut i des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona s'ha elaborat un estudi Delphi per a consensuar variables migratòries a recollir en els centres sanitaris (Malmusi, Jansà et al. 2006). L'estudi Delphi és el primer pas consensuat per a fer front a la diversitat de criteris en la selecció dels immigrants estrangers a l'estudi i per evitar el biaix existent en els estudis per les connotacions associades al terme immigrant derivades de l'estratificació ètnica de la societat. La novetat del fenomen també és una explicació del biaix aplicat en els estudis. Al llarg dels quatre anys que ha durat el procés de recerca el discurs sobre les patologies de la immigració s'ha anat enriquint i matisant. Ara fa quatre anys s'establí una relació causal directe entre el procés migratori i determinades malalties arribant a afirmar que la immigració estrangera per ella mateixa era un risc per a la salut (Balanzó, Faixedas et al. 2003). Actualment, encara que l'èmfasi es continua posant en el terme 'immigrant' i es segueix ajustant al model de les patologies de la immigració, el procés migratori ja no es considera per ell mateix com l'agent causal de les malalties sinó que es considera a la desigualtat social com la principal explicació de l'estat de salut dels immigrants estrangers. Segueix existint, però, el biaix en la immigració estrangera i la confusió en els agents etiològics de les patologies de la immigració (Achetegui 2005).

Sobre els sistemes d'informació, la situació ideal seria comptar amb una font de dades que contingués variables migratòries, socioeconòmiques i de

salut per al conjunt de la població catalana. La situació ideal també convertiria aquesta font de dades en un sistema de registre permanent o en una recollida de dades periòdica que permetés realitzar estudis longitudinals o anàlisis de component principals. Aquesta situació és semblant a aquella amb la que compten les enquestes de salut al Canadà, i pot ser una realitat a Catalunya si l'ESCA incorpora variables migratòries vàlides i es realitza amb major periodicitat o si el Panel de Desigualtats de la Fundació de la Bofill incorpora més població estrangera a la mostra. Unes bases de dades d'aquestes característiques permetrien realitzar estudis longitudinals comunitaris que permetessin avaluar l'evolució dels estats de salut en funció del moment migratori i dels canvis en les condicions socioeconòmiques. Aquesta evolució és clau per observar la presència dels dos models teòrics descrits al llarg del procés d'assentament encara que la situació ideal també seria comptar amb les mateixes dades poblacionals i comunitàries en la societat de procedència. D'aquesta manera es podria mesurar el procés selectiu, els efectes del trajecte migratori i de les condicions d'assentament en la salut individual i en la del conjunt de les societats involucrades. Es podrien elaborar estudis de cohorts semblants als que es realitzen en la clínica per a avaluar els factors de risc en el desenvolupament de certes malalties o els efectes dels diferents tractaments per avaluar les variacions que es produeixen en el procés migratori i el seu efecte sobre la salut. Els canvis en la posició social, en la ocupació laboral, en les condicions de l'habitatge o en la situació legal que sovint acompanyen a un procés migratori podrien ser estudiats en un mateix individu convertint les recerques sobre migracions en una interessant eina per a comprendre els determinants socials de la salut. La mobilitat social que sovint acompanya a la migració pot ser de gran interès per analitzar el pes dels determinants de la salut en la salut

individual, però per a realitzar estudis d'aquestes característiques caldrien dades longitudinals o retrospectives que recullin informació de la situació abans, durant i després del procés migratori. També seria interessant per a la vigilància epidemiològica i per a recollir variables sociodemogràfiques i sanitàries en una mateixa base de dades la creació d'un Sistema d'informació Geogràfica que recopilés informació procedent de diverses bases de dades i permetés visualitzar la distribució territorial de les persones immigrades, de les desigualtats socials i dels indicadors de salut. Amb bases de dades d'aquestes característiques i amb estudis longitudinals sí que es podrien establir relacions de causalitat entre immigració, classe social i salut. Serien estudis de caire poblacional que inclourien migrants i població que no ha viscut un procés migratori, variables socioeconòmiques i de salut que disminuirien les possibilitats de biaix en la selecció dels immigrants i el biaix de prevalença derivat de no incorporar el volum de població immigrant que no presenta malaltia en els estudis sobre immigració (Malmusi 2006).

8.3. Propostes per a polítiques sanitàries futures referents a la immigració i la salut

Apuntades les mancances principals dels sistemes d'informació i de les recerques existents caldria apuntar altres aspectes de l'enfocament i l'abordatge de la immigració i la salut que es deriven dels resultats de la tesi. El creixement que està experimentant la immigració estrangera a Catalunya i a l'estat espanyol no té precedents i les previsions indiquen que el creixement serà sostingut i continuat en els propers anys. La immigració suposa un repte per als serveis sanitaris existents que abraça des de la capacitat i qualitat assistencial fins a la vigilància epidemiològica, l'accessibilitat al sistema

sanitari i una funció important en la integració i assentament de la població immigrada a Catalunya (Departament de Salut 2006).

Dels resultats obtinguts al llarg de la tesi es poden extreure algunes aportacions de cara a futures recerques i actuacions sobre immigració estrangera. Les connotacions socials negatives del terme immigrant i dels seus derivats estan conduint a un biaix en els estudis sobre els determinants de salut que en alguns casos porten a establir relacions causals errònies. El creixement de la prevalença de malalties importades i reemergents ha de comportar un augment de la vigilància epidemiològica però que inclogui al conjunt de la població mòbil i els determinants socials de salut en els protocols i no diferenciacions per nacionalitat o ètnia que presenten poques evidències i un alt risc de discriminació.

Caldrà tenir en compte la salut mental com aspecte important en la salut de les persones que han viscut un procés migratori, però no establir un biaix en la selecció dels immigrants ni atribucions patològiques al procés migratori que vagin més enllà dels esdeveniments vitals estressants. La concepció de patologies mentals específiques de la immigració quan les variables que es descriuen com a importants en els mateixos estudis són la situació legal i les condicions socials i quan existeix un biaix clar derivat de les connotacions del terme immigrant econòmic o extracomunitari pot estar contribuint de manera involuntària a l'increment de l'estigmatització i de la discriminació vers a determinats grups de la societat.

En aquesta mateixa línia els resultats de la tesi destaquen la sobrevaloració cultural com a nova forma de racisme. La preconcepció i el prejudici de la diferència cultural o religiosa en determinades persones a partir de la seva

nacionalitat és un tractament de la diferència que segueix les pautes del racisme cultural i que incrementa el risc d'estigmatització vers determinats grups d'immigrants. La preconcepció de la diferència cultural abans de la seva aparició com una dificultat en l'adaptació de certs grups d'immigrants al sistema sanitari pot ser solsament un prejudici que entorpeixi i dificulti el procés d'atenció sanitària en comptes de contribuir a millorar-lo. Els resultats de la tesi apunten la hipòtesi de la presència de la biomedicina per tot el món. Les diferències culturals en la concepció de la salut i la malaltia no es poden atribuir de manera essencialista a nacionalitats o ètnies determinades sinó que cal tenir presents els diferents models de salut i malaltia independentment de la nacionalitat. Els resultats de la tesi mostren com, malgrat l'heterogeneïtat ètnica i cultural que incorporen variables utilitzades com el sumatori de nacionalitats, s'observen desigualtats en els estats de salut i comportaments respecte la salut compartits. Sovint els comportaments atribuïts a la diferència cultural es poden atribuir a les desigualtats socials, econòmiques i legals que són comunes en diversos immigrants estrangers més enllà de la cultura o del model de salut que puguin tenir. És en aquestes situacions en les que es pot parlar de sobrevaloració de la cultura i de racisme cultural, a l'atribuir situacions estructurals a aspectes essencialistes com poden ser la cultura, l'ètnia o el mateix procés migratori. Cal incorporar l'estratificació ètnica de la societat, les desigualtats socials i les condicions de vida als estudis sobre la diferència cultural abans de partir de preconcepcions culturals i de diferències culturals atribuïdes a la nacionalitat o al grup ètnic que tenen un risc clar de discriminació i estigmatització. Caldria potenciar la figura dels assistents socials i dels traductors per sobre de la dels mediadors culturals quan els problemes presentats derivin de les desigualtats socials o siguin de caire idiomàtic. Aquests són recursos compartits per la resta de

ciutadans i això evita el risc de discriminació o de tractament diferencial per a determinats immigrants de certes nacionalitats o grups ètnics.

La incorporació del model de la selecció dels emigrants o de l'immigrant sa que segons els resultats pot explicar la relació entre la immigració i la salut també contribueix a disminuir la discriminació i l'estigmatització. Considerar els immigrants més sans que la població autòctona però que el seu estat de salut empitjora durant l'assentament torna a centrar el debat sobre certes malalties en les condicions de vida i en els factors socioeconòmics independentment de la condició d'immigrant, de la nacionalitat, de la raça o o del grup ètnic. La construcció social de l'immigrant com a persona que ocupa els estrats més baixos de la societat i que pot presentar malalties infeccioses, problemes de salut mental o conflictes culturals es veu contradita a l'incorporar immigrants que no es troben en aquesta situació i als quals no s'apliquen els mateixos prejudicis. El model de l'immigrant sa centra el debat en les desigualtats socials i en les variables socioeconòmiques i es converteix en un discurs menys còmode i autocomplaent per a la societat receptora que les atribucions patològiques a la població immigrada. Els agents patològics es centren en causes estructurals de la pròpia societat receptora i les patologies immigratòries individuals esdevenen malalties socials. El model de l'immigrant sa també contribueix a disminuir la incipient estratificació ètnica de la societat que s'està implantant a Catalunya i que es veu reforçada amb el model de les patologies de la immigració. La societat multicultural no comporta la desaparició de les jerarquies socials i s'ha d'intentar incorporar la classe social en els estudis sense barrejar-la amb variables estrictament migratòries o culturals. Recuperar les malalties associades a la pobresa, les males condicions vida o les situacions de semiesclavatge que pateixen part dels immigrants estrangers arribats a Catalunya i no sobreemfatitzar la

diferència cultural, la nacionalitat o la seva condició d'immigrants quan no són l'explicació principal del seu estat de salut.

Aquest enfocament i el conjunt dels resultats de la tesi volen aportar reflexió i crítica en el tractament de la immigració estrangera i la salut a Catalunya. Els estudis relacionats amb la immigració estrangera i la salut tenen un llarg recorregut per endavant i poden ser de gran importància en la societat catalana del futur. Del tractament dels temes de salut i de l'assistència sanitària se'n deriva part del model d'integració i de societat que conformaran la Catalunya del demà. Aquesta tesi vol ser un element més de debat sobre el model de societat i sobre la comprensió i tractament de la immigració estrangera i la salut a Catalunya.

BIBLIOGRAFIA

- Achotegui J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona, Mayo; 2002.
- Achotegui J. Trastornos depresivos en inmigrantes: influencia de los factores culturales. SAPPPIR 2001.
- Achotegui J. Migrar, duelo y dolor. a El viejo topo. Núm. 90. Barcelona: El Viejo Topo; 1995.
- Achotegui J. La regularización de extranjeros reduce a la mitad el síndrome de estrés del inmigrante. La Vanguardia 2005 16 nov.
- Achotegui J. Tras la patera, sufren el síndrome de Ulises. La Vanguardia 2006 4 Jan;La Contra.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona. Barcelona; 2004.
- Ajuntament de Barcelona. Pla Municipal d'Immigració. Barcelona; 2003.
- Ajuntament de Barcelona. Breu explicació sobre descripció actual immigració, l'entrada en vigor del nou reglament la Llei d'estrangeria i les implicacions per a l'Ajuntament de Barcelona, els serveis específics. Comissió d'Immigració, Gabinet Tècnic d'Immigració.
<http://www.bcn.es/ajuntament>. Consultada desembre 2005.
- Ajuntament de Barcelona. La població estrangera a Barcelona. Gener 2005. Barcelona, Departament d'Estadística; 2005.
- Ajuntament de Barcelona, Guia informativa d'accés a la sanitat pública
<http://www.bcn.es/diversa/sanitat/cat/index.htm>. Consultada setembre 2006.
- Alcaide, J. Altet, M.N., Taberner JL, Garrido P, Salleras L. Epidemiologia de la TB en Catalunya: 1982-1999. Medicina Clinica 2000; 95:524-529.
- Ali JS, McDermott S, Gravel RG. Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. Can.J.Public Health 2004 May-Jun;95(3):19-13.

- Alvaro JL, Garrido A, Torregrosa JR editors. *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill; 1996.
- Arango, J. Las Leyes de las Migraciones de E.G. Ravenstein, cien años después, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1985;32:7-26.
- Arce Arnaez A, Inigo Martinez J, Cabello Ballesteros L, Burgoa Arenales M. Tuberculosis and immigration in a health sanitary area in Madrid, Spain. Trends in 1994-2003. *Med.Clin.(Barc)* 2005 Jul 9;125(6):210-212.
- Au Royaume-Uni, des visas accordés en fonction du physique. *Courrier International* 5 Jan.
- Balanzó X, Bada JL, González CA. La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona). *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1984;58(7-8):769-778.
- Balanzó X, Faixedas M, Guayta R. *Quaderns de bona praxi. La immigració, els immigrants i la seva salut*; 2003.
- Balanzó X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Atención Primaria* 1991;8:527-529.
- Balanzó, X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración, *Atención Primaria* 8 1991 (7): 527-528.
- Bartolome RM, Balanzó FX, Roca SC, Ferrer AP, Fernandez Roure JL, Daza LM. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin* 2002;119(10):372-374.
- Bauman Z. *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós; 2005.
- Begon M, Townsend CR, Harper JL, et al editors. *Ecology: from individuals to ecosystems*. 4th ed. Malden: Blackwell Publishig; 2006.
- Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Can.J.Public Health* 2005 Mar-Apr;96 Suppl 2:S30-44.
- Ben Jelloun T. *El racisme explicat a la meva filla*. Barcelona. Empúries; 1998.
- Berkman LF, Kawachi I editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.

- Bernabeu Mestre J. Clima, microbis i desigualtat social de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis; 1999.
- Bernal, Mariola. Good practice in mental health and social care provisions for immigrants, asylum seekers and refugees in Spain, 2002.
<http://www.migra-salut-mental.org/> Consultada setembre 2005.
- Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra- Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca MèdiquesBarcelona. 2004.
- Bertaux D. Les récits de vie. Luçon: Nathan; 1997.
- Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;109:243-258.
- Blanco, C. Las migraciones contemporáneas, Madrid, Alianza Editorial; 2002
- Blanes A. Dossier 1: Les fonts demogràfiques. CED-UAB; 2004.
- Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Destino; 2003.
- Bonillo Martín A, Navarro Pastor JB, Caminal Homar J. Tasas de incidencia en trastornos mentales en población catalana tras aplicar el proceso de depuración al CMBDAH; 2004.
- Borjas, G. Friends or strangers: The impact of immigration on the US economy, Nova York, Basic Books; 1990.
- Borrell C., Benach J., coords. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània; 2005.
- Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades, Atención Primaria, 29(8), 2002: 466-468.
- Bottomore TB. Les classes socials. Barcelona: Edicions 62; 1965.
- Boyle P, Gatrell AC, Duke-Williams O. The effect on morbidity of variability in deprivation and population stability in England and Wales: an investigation at small-area level. Social Science & Medicine 1999;49:791-799.

- Boyle P, Halfacree K, Robinson V. Exploring Contemporary Migration. Essex, UK.: Longman; 1998.
- Boyle, Paul; Halfacree, Keith; Robinson, Vaughan. Exploring contemporary migration. Harlow(UK): Longman; 1998.
- Brunet I, Pastor I, Belzúnegui A. Tècniques d'investigació social: fonaments epistemològics i metodològics. Barcelona: Pòrtic; 2002.
- Bryman A. Quantity and Quality in Social Research. London: Routledge; 1988.
- Buj Buj A. ¿La inmigración como riesgo epidemiológico? un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990–2000). Scripta Nova 2001;94 (95).
- Cabezos J, Duran E, Trevino B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. Med Clin 1995;104(2):45–48.
- Cabot, A. Enfermedades reemergentes en niños de familias inmigradas, en JANO 2006 nº 1610, 26 Mayo–1 Junio.
- Calvo R, Bayón MN, Ramírez MV, Garrido S, Rodríguez A, Gómez JM, et al. ¿Consumen más recursos sanitarios de Atención Primaria los inmigrantes que la población autóctona? Gaceta Sanitaria 2005;19:203–12.
- Cardelús J, Pascual–de–Sans À, Solana Solana AM. Migracions, activitat econòmica i poblament a Espanya. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 1999.
- Cardelus, J.; Pascual, A. Movimientos migratorios y organización social, Barcelona: Peninsula; 1979.
- Castells M. L'Era de la informació: economia, societat i cultura. Barcelona: UOC; 2003.
- Castles S, Miller MJ. The age of migration. London: MacMillan Press; 1993.
- Castles, S., Miller, M. The age of migration: international population movements in the modern world. Basingstoke: Macmillan. 1993.
- Castles. S., Castles, G. Immigrant workers and class structure in Western Europe. Londres: Oxford University Press. 1973.
- Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A practical Guide Through Qualitative Analysis. London. SAGE; 2006.

- Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.
- Cohen D. Riquesa del món, pobres de les nacions. Barcelona: Proa; 1998.
- Cohen, R. (ed) Theories of migration, Cheltenham, Edward Elgar. 1996.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Els immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxi 2003, 16.
- Colectivo IOÉ. Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España. València: Universitat de València; 1999.
- Collazos F, Qureshi A. La relación entre el médico y paciente culturalmente diferentes. Barcelona, Mayo 2005.
- Comelles JM, Martínez A. Enfermedad, cultura y sociedad. Barcelona: Eudema ed; 1993.
- Corachán M, Gascón J. El viajero global. Barcelona: Planeta; 2002.
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit 2002;16:376–384.
- Cots F, et al. Perfil de la casuística hospitalaria de los población inmigrante de Barcelona. Gaceta Sanitaria 2002, 16, 5, 376–384.
- Courgeau D. Méthodes de Mesure de la Mobilité Spatiale. Paris: INED; 1988.
- Crosby AW. El intercambio transoceánico. Consecuencias biológicas y culturales a partir de 1492. México: Universidad Autónoma de México; 1991.
- De Andrés J, Barruti M, Borrell C, Calafell J, Pasarín M, Puigpinós R. Salud y marginación social. Revista de Documentación Social 2002;127:97–123.
- De Andrés, J.; Barruti, M.; Borrell, C.; Calafell, J.; Pasarín, M.; Puigpinós, R.; et al. (2002) Salud y marginación social. Revista de Documentación Social 127: 97–123.
- De Muynck, A. (2004) Mediación intercultural: ¿Una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes. Quaderns CAPS 32:40–46.

Departament de Salut. Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). 2002; Available at: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbd.htm; Consultada gener 2006.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Web institucional <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/Du1/index.html>

Departament de Salut. Manual de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria; 2005.

Departament de Salut. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut; 2006.

Departament de Salut. Registre Central d'Assegurats (RCA). 2002; Available at: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_aplicacions.htm, Consultada 2006.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Definició de cas de les Malalties de Declaració Obligatòria: 2004.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Trets sociodemogràfics i metodològics. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2003;11:161.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mortalitat dels residents de nacionalitat estrangera i dels no residents a Catalunya, anys 1994–1999. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2003;8.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Qüestionaris de l'Enquesta de salut de Catalunya 2002.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 2003. Butlletí Epidemiològic de Catalunya Desembre 2004;XXV:117–186.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria de l'any 2001.

DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandjée B, et al. New Approaches to immigrant Health Assessment. Canadian Journal of Public Health 2004;95(3):122.

Diamond J. Armas, gérmenes y acero. Madrid: Debate; 1998.

- Diez Roux AV, Schwartz S, Suser E. Ecological variables, ecological studies, and multilevel studies in public health research. 4a ed. Nueva York: Oxford Medical Publications; 2002.
- Domingo A, Clapés J, Prats M. Condicions de vida de la població d'origen africà i llatinoamericà a la regió metropolitana de Barcelona : una aproximació qualitativa. Barcelona: Diputació de Barcelona; 1995.
- DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
Barcelona: Masson; 2001.
- Dubos R. Mirage of Health. New York: Harper & Row; 1959.
- Duch L. Simbolisme i Salut. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 1999.
- Echebarria A, Garaigordobil MT, Gonzalez JL, Villarreal M editors. Psicología social del prejuicio y el racismo. Madrid: Centro de estudios Ramon Areces; 1995.
- Ecob R, Macintyre S. Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics? Health & Place 2000;6:261-274.
- Ellittott SJ, Gillie J. Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. Health & Place 1988;4(4):327-339.
- Espeitx E, Càceres J. Cuines en migració. Alimentació i salut d'equatorians, marroquins i senegalesos a Catalunya. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2006.
- Farmera MM, Ferraroc KF. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? Social Science & Medicine 2005;60:191-204.
- Farrés O. La pesta negra: epidèmia, crisi i canvi social. Ordint la trama 2006;49:8-13.
- Ferrando MG, Ibáñez J, Alvira F editors. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
- Ferrer i Aixalà, A. Torroella de Montgrí, l'Estartit. : Barcelona Generalitat de Catalunya. Direcció General; 1981.
- Ferrer, X. Et al.: "Unekete: aproximacion a la Atención Primaria en Gambia. ¿que le pasa?", atención primaria, 32 (supl. I), 2003: 63.

- Flores, H. Et al.: "Atención a inmigrantes en urgencias hospitalarias", *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 132.
- Fons V. Entre dos aguas. Etnomedicina, procreación y salud entre los ndowé de Guinea Ecuatorial. Barcelona: Ceiba; 2004.
- Font, V.; Paiva, R. G. (eds.): En torno a la salud y migración. Barcelona: Fundación Paulino Torras Domenech; 2005.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. XIX (1º de Espanya) ed. Madrid: Siglo XXI; 1999.
- Fragua, R. et al.: "Formación de tutores e inmigración: un trabajo de campo", *Atención Primaria*, 34 (ex. I), 2004: 236–237.
- Franzini L, Fernandez–Esquer ME. Socioeconomic, cultural, and personal influences on health outcomes in low income Mexican–origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine* 2004;59:1629–1646.
- Fundació Jaume Bofill. Panel de Desigualtats a Catalunya. 2006; <http://www.obdesigualtats.cat>. Consultada març 2005.
- Fundació Jaume Bofill. Panel de Desigualtats Socials a Catalunya (PaD). Manual de l'usuari. Primera onada; 2001–2002.
- Fundació Jaume Bofill. Panel de Desigualtats Socials a Catalunya. Qüestionari Individual. Tercera onada; 2004.
- Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 2001.
- Gámez E, Galindo JP editors. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Gandy M, Zumla A editors. The return of the white plague. Global poverty and the 'new' tuberculosis. London: Verso; 2003.
- García de Olalla P, et al. Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gaceta Sanitaria* 2000, 14, 3, 189–194.
- Garcia, J. Enfermedades infecciosas y características de los inmigrantes extranjeros en el centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 1998: 197–208.

- Garcia, p. Salud e inmigracion: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta sanatar/a, 18 (supl.), 2004: 207-213.
- Garcia, T. et al. Acceso de los inmigrantes al sistema sanitario, trabajo social y salud. 42, 2002: 277-287.
- García-Campayo J, Carrillo CS. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin 2002; 118, 5, 187-191.
- García-Campayo J, Sanz C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafio. Med Clin 2002;118(5):187-191.
- Gargantilla P. Manual de atención a inmigrantes. 2003.
- Garrett L. The coming plague. Newly emerging diseases in a world out of balance. New York: Penguin Books; 1995.
- Gatrell AC, Popay J, Thomas C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? Health & Place 2004;10:245-257.
- Gatrell AC. Geographies of health. An introduction. Oxford, UK: Blackwell; 2002.
- Generalitat de Catalunya. Protocol per a la vigilància de les malalties importades, Documents de Vigilància Epidemiològica, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. 1999.
- Generalitat de Catalunya. Protocol d'actuacions per a prevenir la Mutilació Genital Femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència, Secretaria per a la Immigració. 2002.
- Generalitat de Catalunya. Mutilació genital femenina: prevenció i atenció. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut. 2004.
- Generalitat de Catalunya. Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari. Departament de la Presidència, Direcció General d'Afers Religiosos, Departament de Salut. 2005.
- Generalitat de Catalunya. Protocol d'actuació per al control i la prevenció de la tuberculosi en els immigrants i en els casos importats. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. 2005.

- Generalitat de Catalunya. Protocol d'atenció a infants immigrants : programa de seguiment del nen sa, Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. 2005.
- Generalitat de Catalunya. Indicadors de salut maternoinfantil en la població estrangera a Catalunya, Barcelona: Direcció General de Salut Pública. 2006.
- Generalitat de Catalunya. Pla de ciutadania i immigració 2005–2008, Secretaria per a la Immigració del Departament de Benestar i Família. 2006.
- Gesler WM, Kearns RA. Culture/place/health. London: Routledge; 2002.
- Gesler WM. Healing Places. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield publishers; 2003.
- Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Nova York: Aldine de Gruyter; 1967.
- Glaser BG. Basics of grounded theory analysis. California, USA: Sociology Press; 1992.
- Glazier RH, Creatore MI, Cortinois AA, Agha MM, Moineddin R. Neighbourhood recent immigration and hospitalization in Toronto, Canada. Can.J.Public Health 2004 May–Jun;95(3):130–4.
- Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. New York: Harmondsworth; 1964.
- Gonzalez, A. M. Acerca de las personas inmigradas y la Atención Primaria de salud. a tu salud, 46; 2004: 24–27.
- Gonzalez, B. Migraciones, paro y salud. Jana, 816, 1988: 47.
- Gonzalez, E. Atención al inmigrante. Guia de actuación en Atención Primaria", sociedad española de medicina familiar y comunitaria, 1998: 846–847.
- Gonzalez, M. A. Analisis de la situación sociosanitaria de la población inmigrante en la comunidad de madrid e impacto de la nueva ley de extranjería en el area 10. Ofrim suplementos, 9, 2001: 133–175.
- Gonzalez, M. A. et al. Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la población inmigrante del area 6 de la comunidad de madrid. Ofrim suplementos, diciembre 1997: 73–93.

- Gonzalez, S. Moroccan immigration to Spain: emerging issues in housing and health. International meeting on immigration: health and social policies: abstracts. Granada, 1995.
- Gonzalez, Y. Cribado de cancer de cervix en mujeres inmigrantes ¿la misma cobertura?", *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 133.
- Gordon-Larsena P, Mullan K, Wardb DS, Popkina BM. Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *s* 2003;57:2023–2034.
- Gould P. *The slow plague a geography of the AIDS pandemic*. Oxford: Blackwell Publishers; 1993.
- Grau, A. et al. Resultados de un protocolo de atención al inmigrante. *Atención Primaria*, 32 (supl. I), 2003: 162.
- Guijo, C. Datos sobre el fenómeno de la inmigración en España. *Atención Primaria*, 28 (supl. I), 2001: 35
- Günzberg J. *Vida cotidiana a la ciutat de Barcelona durant la pesta negra (1348)*. Barcelona: Dalmau; 2002.
- Gutierrez, E.; Comas, A.; Reyero, F. Propuestas de asistencia sanitaria a los extranjeros en Madrid, marginación social. Madrid: comunidad de Madrid, 1985: 189–198.
- Gutierrez, F. J. Aproximación al nuevo fenómeno sociosanitario de la inmigración en la costa de Granada. *Trabajo social y salud*, 45, 2003: 71–84.
- Hausmann S, Muela J, Nyamongo I. Health-seeking behaviour and the health system response.: Disease Control Priorities Project (DCPP); 2003.
- Hayes, M. Man, disease and environmental associations: from medical geography to health. *Progress in Human Geography* 1999, 23(2), 289–297.
- Helman C. *Culture, Health and Illness*. 4th ed. London: Hodder Arnold; 2000.
- Helman C. *The body of Frankenstein's monster. Essays i Myth and Medicine*. London: Paraview; 2004.

- Hernandez, A. et al. Características de la asistencia en Atención Primaria a la población inmigrante en un centro de salud. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 214.
- Ho MJ. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. *Social Science & Medicine* 2004;59:753–762.
- Hunt LM, Schneidera S, Comer B. Should “acculturation” be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine* 2004;59:973–986.
- Hyman I. Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants: what is the evidence and where are the gaps? *Can.J.Public Health* 2004 May–Jun;95(3):14–8.
- Illich I. *Nemesis Medica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral; 1975.
- Imágenes, Símbolos y Prácticas Asistenciales. La inmigración Ecuatoriana en la Región de Murcia y los procesos de salud/enfermedad/atención. 4º Congreso sobre la inmigración en España. *Migraciones y salud*; 10–13 Nov 2004.
- Immigrant health: Selectivity and acculturation. National Academy of Science Conference on Racial and Ethnic Disparities in Health; 2004.
- Institut Català de la Salut. *Recomanacions per a l'atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris*. Barcelona, Institut Català de la Salut, Divisió d'Atenció Primària. 2004.
- Institut Català de la Salut: *lexic bàsic de conversa sanitària (catalan, castellano, drabe, ingles, frances, aleman y ruso)*. Barcelona: generalitat de catalunya; 2000.
- Instituto Nacional de Salud. CIE–9–MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9a revisión. Modificación Clínica. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1988.
- Irala–Estévez. J., Martín González MA, Seguí–Gómez M. *Epidemiología Aplicada*. 2a ed. Barcelona: Ariel; 2005.
- Issa–khozouz, Z. et al.: "la inmigración y una unidad de urgencia", *Atención Primaria*, 30 (supl. I), 2002: 125–136.

- Iturzaeta, R.; Carvajal, M. L. Inmigración y salud. Incidencia en España. Boletín de información y regugio, 16, 1999: 137–139.
- Jackson JA. Migration. London: Longman; 1986.
- Jané, M.; Prats, R.; Plasència, A. Indicadors de salut maternoinfantil a catalunya 2000–2002. Barcelona: direcció general de salut pública. Departament de salut. 2005.
- Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Aten Primaria 2002;29:466–468.
- Jansà JM, García de Olalla, P. Desigualtats en la salut i la immigració. In: Borrell C, Benach J, editors. Les desigualtats en la salut a Catalunya Barcelona: Mediterrania; 2003.
- Jansà JM, García de Olalla, P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit 2004;18:207–213.
- Jansà JM. Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones generales desde la Salud Pública. Revista Española de Salud Pública 1998, 72, 3, 165–168
- Jansà, J.M. “Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. Gaceta Sanitaria 2006, 20(1): 10–14.
- Jansà, J.M.; Borrell C. inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Aten Primaria 2002, 29: 463–8.
- Jansà, Josep M.; García, P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos Agència de salut Pública de Barcelona. Gaceta Sanitaria 2004, 18 (Supl 1):207–13.
- Jaumà, R. M.; Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. Atención Primaria, 13 (6), 1994: 283–289.
- Jesús Larios, M; Nadal, M. (Dir.). L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2005, Barcelona: Fundació Jaume Bofill
- Jimenez, I. et al. Estudio sobre los accidentes de trabajo en población inmigrante durante la temporada de aceituna. Atención Primaria, 28 (supl. 1), 2001: 143.
- Jimenez–Sigouin, V. Tratamientos médicos e inmigración: una aproximación a la problemática. Atención Primaria, 28 (supl. I), 2001: 37–39.

- Johnston, R.J., Gregory, D., Pratt, G., Watts M editors. *The Dictionary of Human Geography*. Fourth ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2000.
- Jones, H. *Health and society in twentieth-century Britain*. Essex: Longman UK; 1994.
- Jones, K, Duncan C. Individuals and their ecologies: analysing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework. *Health & Place* 1995;1:27-40.
- Jones, K., Moon, G. *Health, disease and society: An introduction to medical geography*. London: Routledge; 1987.
- Kaplan A, Carrasco S. *Migración, cultura y alimentación: cambios y continuidades en la organización alimentaria, de Gambia a Cataluña*. Barcelona: UAB; 1999.
- Kaplan, A. Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones. Ponencia presentada en el VII Conference Women, Immigration and Health, held in Madrid in June 2002.
- Kaplan, A.; Bedoya, M.H.; Franch, M. y Merino, M. Avances interdisciplinarios en el conocimiento de los procesos de cambio e integración social: la situación de las mutilaciones genitales femeninas en España; en García Castaño, F.J y Muriel Lopez, C. (eds.) *La inmigración en España: contextos y alternativas*. Vol II. Laboratorio de Estudios Interculturales, Universidad de Granada, 291-311. 2002.
- Kaplan, A.; Pérez, M. J. *Mutilación genital femenina: prevención y atención*. Barcelona: Associació catalana de Llevadores. 2004.
- Kaplan, A. *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*, Barcelona: Fundació La Caixa. 1998.
- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 16a ed. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- Kearns R. *Medical geography: making space for difference*. *Progress in Human Geography* 1995;19(2):251-260.
- Kearns R. *Place and Health: Toward a Reformed Medical Geography*. *The Professional Geographer* 1993;45(2):139-148.

- King R.; Warnes AM.; Williams AM. International Retirement Migration in Europe. *International Journal of Population Geography*. 1998
- Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture.*: University of California Press; 1980.
- Kleinman A. The failure of western medicine. *Human nature* 1978;1(11):63–68.
- Lacalle, M. et al. Resultados de la aplicación de un exámen de salud en población inmigrante. *Atención Primaria*, 25(9), 2000: 634–638.
- Lahoz, S.; Forns, M. Anàlisi de les estratègies d'enfrontament, suport social i salut en una mostra d'immigrants residents a barcelona. *Revista de treball social*, 176, 2004: 6–21.
- Lasterra, S. et al. Acogida de inmigrantes no poseedores de tarjeta individual sanitaria por trabajador social. *Atención Primaria*, 32 (supl. I), 2003: 181.
- Layne, F. et al. Inmigrantes africanos ingresados por enfermedades infecciosas. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 133.
- Lee, E.S. A theory of migration. *Emography*. 1966;1: 7–57
- Lemkow, I.; Kaplan, A. Salut i immigracio. *Etnopolis*, 0, 1993: 6.
- Leon, J. et al. Asistencia a extranjeros en urgencias. Hospital virgen de la arrixaca. *Gestión hospitalaria*, 13, 2002: 149–154.
- Lévi–Strauss C. *Raza y cultura*. 3rd ed. Madrid: Cátedra; 1986.
- Livi–Bacci M. *Introducción a la demografía*. Barcelona: Ariel; 1993.
- Lujan, R. et al. Urgencias atendidas a inmigrantes en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 131.
- Lurbe K. El tractament de la diversitat ètnica en salut pública: l'atenció a la diabetis. *Revista Catalana de Sociologia* 2002;18:137–154.
- Lurbe K. L'atenció sanitària de la població immigrant extracomunitària a Catalunya: entre l'Estat i el sector voluntari. *Revista Catalana de Sociologia* 2003;19:99–117.
- Lurbe, K. *La immigració a debat: diversitat i salut*. Barcelona: Fundacio Jaume Bofia; 2005.

- Lurbe, K. La enajenación de l@s Otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París. Universitat Autònoma de Barcelona; 2005.
- MacIntyre A. Animales racionales y dependientes por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Paidós cop.; 2001.
- Malgesini G, Giménez C. Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Catarata; 2000.
- Malmusi D, Jansà JM, Mota-Moya P, Alonso E. Estudio Delphi para el consenso sobre definiciones y variables para caracterizar los inmigrantes extranjeros. Gaceta Sanitaria 2006;20 (Especial Congreso):28.
- Maluquer E. La sanidad: una asignatura pendiente. En: Àrea de Serveis Socials, ASS, ed. Il informe sobre immigració i treball social. Barcelona, Diputació de Barcelona, 545-592. 1997.
- Maluquer, E. L'accés al sistema sanitari dels immigrants estrangers a barcelona. Congrés migració i salut: la conca mediterrània cap al 2000. Barcelona, 1992.
- Martin, M. A.: "el paciente inmigrante en Atención Primaria. ¿estamos preparados?", Atención Primaria, 28 (2), 2001: 89-90.
- Mascarella, L. et al. La percepción de los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de Salud en España. Documento en línea: www.salutepertuti.org/inglese/immi_say/spa_masvidal: protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. Barcelona: ABS Raval Nord, 2002. en: <http://www.aepap.org/inmigrante/ravalnord.htm>
- Mascarella, L. Los motivos del 'hacer' antropológico y de la especialización. *ankulegi*, 6, 2002: 76-81.
- Mason J. Qualitative Researching. London: SAGE; 2002.
- Massey, D. "The social and economic origins of immigration", *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 1990a., 510:60-72
- Massey, D. Social structure, household strategies and the cumulative causation of migration. *Population Index* 1990b., 56: 3-26
- Massey, D. et al Theories of international migration: review and appraisal. *Population and Development Review* 1993; 431-436.

- Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. 2002.
- Myers DG. Psicología 5a. ed. Médica Panamericana, NY; 1999.
- Mazarrasa, L.; Botella, N. Practicas tradicionales perjudiciales para la salud. Informe del ACNUR. Ofrim suplementos; junio 1998: 25-42.
- McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine* 2004;59:1613-1627.
- McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. 2003:206.
- McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Oxford: Blackwell; 1979.
- McNeill W. Plagas y pueblos. Madrid: Siglo XXI; 1984.
- Méndez, E. Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. *Quaderns CAPS* 2004, 32: 18-23.
- Migration and the media. *European Migration Dialogue*: MPG; 2005.
- Mitchell R, Gleave S, Bartley M, Wiggins D, Joshi H. Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities. *Health & Place* 2000;6:67-79.
- Moreno D, Alegre F, Garcia-Gonzalez N. Virology, epidemiology and transmission mechanisms of hepatitis B virus. *An Sist.Sanit.Navar* 2004;27 Suppl 2:7-16.
- Moreno, F. J.: Análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España. Madrid: Instituto Juan March de estudios e investigaciones en ciencias sociales. 2004.
- Moreno, J.; Castany, MJ. Mutilación genital femenina y personal sanitario. *Atención Primaria*, 28 (supl.1), 2001: 132.
- Morgana C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Social Science & Medicine* 2004;58:739-752.

- Moya, M. et al. Primeras visitas de pacientes inmigrantes en un centro de salud. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 132.
- Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2001.
- Muñoz, E. et al. Cobertura vacunal segun país de nacimiento en población atendida en el centro vacunal de la agencia de salud pública de Barcelona entre julio de 2000 y julio de 2002. *Medicina Clinica*, 121 (19), 2003: 757-759.
- Mur, T. et al. Actitud de los profesionales sanitarios de atención primaria ante la atención al inmigrante. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 213.
- Navarro, J. A. Bernal, P.J. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas*, 2, 2001: 110-117!
- Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Social Science & Medicine* 2003;57:1981-1995.
- Noguerol, M. Estudio sobre la población inmigrante atendida en un centro de salud. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 133.
- Norman P, Boyle P, Rees P. Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Soc.Sci.Med.* 2005 Jun;60(12):2755-2771.
- Nuevos retos educativos sanitarios para los profesionales que atienden a la población inmigrante. 4º Congreso sobre la inmigración en España. *Migraciones y salud*; 10-13 Nov 2004; ; 2004.
- Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suarez M. Depressive syndromes in the immigrant population. *Rev.Clin.Esp.* 2005 Mar;205(3):116-118.
- Olivos, X. Entrenamiento en habilidades sociales para la integración psicosocial de inmigrantes. *Migraciones*, 3, 1998:169-193.
- Ortiz, B. et al. Motivos de hospitalización de pacientes africanos en planta de medicina interna. Estudio de 108 casos. *Atención Primaria*, 24 (supl. II), 1999: 398.
- Ostergaard-Nielsen E. International migration and sending countries : perceptions, policies, and transnational relations. Houndmills: Palgrave Macmillan; 2003.

- P. Mota–Moya. Geografia de la salut: salut i comportament entre la immigració estrangera Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
- Paluzzi JE. A social disease/a social response: lessons in tuberculosis from early 20th century Chile. *Social Science & Medicine* 2004;59:763–773.
- Parrilla, f. et al. Influencia del idioma en la anamnesis y diagnostico ante el inmigrante. *Atención Primaria*, 28 (supl. 1), 2001: 131.
- Partinez, J. et al. Inmigrantes hipertensos: seguimiento y control. *Atención Primaria*, 32(supl. I), 2003: 145.
- Pascual–de–Sans, À. l'immigrazione extraeuropea in spagna: considerazione preliminari, a delle donne, a m.; melotti, u.; petilli, s. (eds) *immigrazione in europa. Soliderietá e conflicto*. Roma, università degli studi di roma 'la sapienza';1993: 157–164.
- Pascual–de–Sans, À. Sense of place and migratory histories. *Idiotopy and idiotope*. *Area* 2004;36(4):348–357.
- Pertíñez J, et al. .Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*:2002; 29(1): 6–13.
- Petersen W. A general typology of migration. *American Sociological Review* 1958;23(3):256–266.
- Piore, M. *Birds of passage: migrant labor in industrial societies*, Cambridge, Cambridge University Press;1979.
- Plaja P, Sardañés P, Teixidor R. El sistema sanitari: font de salut. *Quadern sobre el sistema sanitari per als immigrants estrangers*. 1994.
- Porter R. *Breve història de la medicina. Las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*. Madrid: Taurus; 2002.
- Portes, A., Walton, J. *Labor, class and the international system*, Nova York, Academic Press 1981. Rossi, P. *Why families move: a study in the social psychology of residential mobility*, Glencoe (Illinois), Free Press. 1995.
- Portes, A.; Borocz, J. Contemporary immigration: Theoretical perspectives on its determinants and modes of incorporation. *International Migration Review*;1989; 3: 606–630.

- Prats L. La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques. Barcelona: Editorial Alta Fulla; 1996.
- Puy, L. et al. Habits de salut en una població immigrant. Jornades sanitàries del vallès, 2002.
<http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/comunicacions.htm>
- Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de recerca en ciències socials. 2a ed ed. Barcelona: Herder; 2001.
- Ragin C. Constructing social research : the unity and diversity of method. Thousand Oaks, Calif.: Pine Forge; 1994.
- Rajmil L, Pantzer K, Codina F, Tebé C, Ferrer M, Solans M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolecentes nativos e inmigrantes de Lloret de Mar. Gaceta Sanitaria 2005;19:3–139.
- Ramos JM, Gutiérrez F. Tuberculosis e inmigración. Medicina Clinica 2006;126(7):277–279.
- Ramos R. Los "torios" exigen someter a los inmigrantes a la prueba de la sida y de la tuberculosis. El País 2005 16 Feb (Sociedad).
- Ramos, M. et al.: "problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos", Gaceta Sanitaria, 15 (4), 2001: 320–326.
- Razum O, Twardella D. Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Tropical Medicine and International Health 2002;7:4–10.
- Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect' not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. International Journal of Epidemiology 2000;29:189–192.
- Read JG, Emerson MO, Tarlov A. Implications of Black Immigrant Health for US Racial Disparities in Health. Journal of Immigrant Health 2005;7(3):205–212.
- Recolons L. Las migraciones exteriores en la evaluación de la población de España, 1950–2004. Migraciones 2005;17:1138–1157.
- Reichardt C, Rallis S. The Qualitative–Quantitative Debate: New Perspectives. San Francisco: Jossey–Bass Inc; 1994.

- Remartinez, D. et al: "Percepción de las dificultades en la atención al inmigrante por los médicos de familia y propuestas de mejora", *Atención Primaria*, 32 (supl. I), 2003: 112.
- Ribas N. Una invitación a la sociología de las migraciones. Barcelona: edicions bellaterra; 2004.
- Riera, R. et al.: "Circuito y experiencia asistencial en un centro de Atención Primaria con inmigrantes sin residencia legal", *trabajo social y salud*, 32,1999: 455-457.
- Rivero, s.; Nogueroles, R.: "Aspectos epidemiológicos en el ingreso de extranjeros en una unidad de agudos durante el periodo 2001/2002", *revista de psiquiatria*, 30 (6), 2003: 314-318
- Roberts DF, Fujiki N, Torizuka K editors. *Isolation, Migration and Health*. New York: Cambridge University Press; 1992.
- Roca C, Balanzo X, Fernandez-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascon J. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos. *Med Clin* 2002;119(16):616-9.
- Roca C., et al. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin* 111, 1999: 215-217.
- Roca C., et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Medicina Clínica*, 119 (16), 2002: 616-619.
- Roca, N. Inmigración y salud. Situación actual en España. *Rol de enfermería*, 24 (1), 2001: 56-62.
- Romea, S. Situación inmunológica de la hepatitis b en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Medicina Clínica*, 109 (17), 1999: 856-660.
- Ros, M. Programas de salud comunitaria adaptados culturalmente para la población inmigrante. *VVAA: prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: ministerio de sanidad y consumo, 2001: 89-91.
- Rosenberg MW. Medical or health geography? Populations, peoples and places. *International Journal of Population Geography* 1998 Sep;4(3):211-26.

- Rovira, E. Guia per al disseny del programa d'atenció a l'immigrant a l'atenció primària de salut. Tarragona: regió sanitària, 2001.
- Ryan W. Blaming the Victim. New York: Vintage Books; 1972.
- Said, E. Orientalismo. Barcelona: DeBolsillo;1997.
- Salas, J. et al. Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el hospital de poniente almeriense. Gaeta sanitaria, 17 (4), 2003: 312-315.
- Salazar, R. et al. Diagnosticos al alta hospitalaria de las personas inmigradas en la ciudad de valencia (2001-2002). Revista española de salud publica, 77(6), 2003: 713.
- Salem, G. La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal) Paris: Éditions Karthala et Orstorm: 1998.
- San Juan C, Vergara A, Ocariz E. La migración como estresor: pérdida de estatus, estrategias de afrontamiento e impacto psicosocial. Migraciones 2005;17:1138-1174.
- Sanchez, E. Los inmigrantes extranjeros en el plan de salud de catalunya. Jornadas migración y salud en la cuenca mediterranea. Barcelona, 1995.
- Sanchon, M. V.; Perez, R. La prevención en la población inmigrante. XVI sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente. Palma de mallorca, 1995: 97-105.
- Sanz-Peláez O, Caminero-Luna JA, Pérez-Arellano JL. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. Medicina Clinica 2006;126(7):259-269.
- Sassen, S. The mobility of labour and capital: a study in international investment and labor flow, Cambridge, Cambridge University Press. 1988.
- Saura M. La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros. Scripta Nova 2001;94(99).
- SEMFYC. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Barcelona, SEMFYC. 2001.
- Sennett R. La corrosión del carácter; Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama; 2000.

- Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 2004.
- Sexualidad y SIDA en cuatro colectivos inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid. 4º Congreso sobre la inmigración en España. Migraciones y salud; 10-13 Nov 2004.
- Shaw M, Dorling D, Mitchell R. Health, Place and Society. Essex: Pearson Education Limited; 2002.
- Singh GK, Miller BA. Health, life expectancy, and mortality patterns among immigrant populations in the United States. Can.J.Public Health 2004 May-Jun;95(3):114-21.
- Sintomatología depresiva en inmigrantes extracomunitarios. 3º congreso sobre inmigración en España: Universidad de Granada; 2003.
- Soja, E.W. (editor). Thirdspace: journeys to Los Angeles and other real and imagined places. London: Transactions of the Institute of British Geographers; 1997.
- Solana A.M. Treball, mobilitat i assentament de la població. Un cas comarcal: el Baix Empordà. Bellaterra: UAB; 2001.
- Sontag S. La enfermedad y sus metáforas; el sida y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.
- Spector, Rachel E. Las culturas de la Salud. Pearson Educación S.A. (Prentice Hall). Madrid; 2003.
- Stark, O, Bloom, D. The new economics of labor migration", American Economic Review; 1985. (75): 173-178
- Statistics Canada. Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. 2003.
- T. Rodrigo. Evaluación de programas de prevención y control de tuberculosis. Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.
- Tapinos, G. Elementos de demografía. Madrid: Espasa; 1988.
- Thumerelle, P.J. Las poblaciones del mundo. Madrid: Cátedra; 1996.

- Thumerelle, P.J. *Peuples en mouvement. La mobility spatiale des populations*, Paris, ed. CDU et SEDES. 1986.
- Tizón, J. L. *Migraciones y salud mental: un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la migración asalariada en Catalunya*. Barcelona, PPU; 1993.
- Todorov, T. *Nous et les autres: la réflexion française sur la diversité humaine*. Paris: du Seuil; 1989.
- Valles, M.S., Cea, M.A., Izquierdo, A. *Las encuestas sobre inmigración en España y Europa*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1999.
- Valles, M.S. *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de INvestigaciones Sociológicas; 2002.
- Van Dijk, T.A. *Racism and the press*. London: Routledge; 1991.
- Villalbi, J.R. *La salud de los inmigrantes y la Atención Primaria*. *Atención Primaria*, 15 (5), 1995: 320–327.
- Wilkinson R. *Razones por las que nos perjudica la desigualdad*. In: Jacques M, editor. *¿Tercera vía o neoliberalismo?* Barcelona: Icaria; 2000.
- World Health Organization. *CIE-10. Classificació dels Trastorns Mentals i del Comportament*. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
- World Health Organization. *International Migration, Health & Human Rights*. 2003;4.
- Zapata-Barero, R. *Inmigrantes en el sector de la sanidad ¿acceso universal o problema cultural?* *Quaderns CAPS* 32, 2004:9–17.
- Zapata-Barrero R. *El turno de los inmigrantes*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2002.
- Zolberg, A.R. *The next waves: migration theory for a changing world*. *International Migration Review*, 3, 1989;. 403–430.