



# Informe Tècnic

Necessitats en salut  
i utilització dels serveis  
sanitaris en la població  
immigrant a Catalunya  
Revisió exhaustiva  
de la literatura científica

---

IN01/2004  
Maig de 2004



Agència d'Avaluació  
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques és una empresa pública, sense ànim de lucre, creada al maig de 1994. Té com a objectius promoure que la introducció, l'adopció, la difusió i la utilització de tecnologies mèdiques es faci d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, efectivitat i eficiència demostrades, i també promoure la recerca orientada a les necessitats de salut de la població i a les de coneixement del sistema sanitari. L'Agència és centre col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut en avaluació de tecnologia mèdica, és membre fundador de la Xarxa Internacional d'Agències d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (INAHTA), i és centre coordinador de la Xarxa de Recerca Cooperativa per a la Investigació en Resultats de Salut i Serveis Sanitaris (Red IRYSS).

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent: 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 Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2004.

**Les persones interessades a rebre exemplars d'aquest document poden adreçar-se a:**

Unitat de Comunicació i Gestió. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Esteve Terradas, 30 | Recinte Parc Sanitari Pere Virgili | Edifici Mestral, 1a planta | 08023 Barcelona

Tel. 93 259 42 00 | Fax 93 259 42 01 | E-mail: [direccio@aatrm.catsalut.net](mailto:direccio@aatrm.catsalut.net) | <http://www.aatrm.net>

---

**Edita:** Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques\1a edició, maig de 2004, Barcelona

**Disseny:** Joana López Corduente

**Traducció i correcció:** AATRM

**Impressió:** AATRM

**Dipòsit legal:** B-26.090-2004

**ISSN:** 1579-4458

**© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques**

L'Agència té la propietat intel·lectual d'aquest document. Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ exprés del titular del *copyright*.





# Informe Tècnic

Necessitats en salut  
i utilització dels serveis  
sanitaris en la població  
immigrant a Catalunya  
Revisió exhaustiva  
de la literatura científica

---

## Equip investigador:

Silvina Berra<sup>1</sup>  
Josep Maria Elorza Ricart<sup>3</sup>  
Noemí Bartomeu<sup>2</sup>  
Susanna Hausmann<sup>2</sup>  
Vicky Serra-Sutton<sup>1</sup>  
Luis Rajmil<sup>1</sup>

1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

2 Antropòloga

3 Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Aquest projecte s'ha dut a terme conjuntament amb els Drs. Rafel Guayta i Estanislao Alonso, de l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional del Departament de Sanitat i Seguretat Social



Agència d'Avaluació  
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



# ÍNDEX

---

<b>RESUM</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓ</b>	<b>11</b>
L'anàlisi de necessitats en salut enfocat a la immigració a Catalunya i Espanya	11
Característiques de la població immigrant a Catalunya i a l'Estat espanyol	11
Objectius i presentació de l'informe	12
<b>METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
Disseny de la cerca	15
Identificació dels estudis	15
Criteris de selecció d'estudis o contribucions empíriques originals	15
Classificació de referències i distribució de documents per a la revisió	15
Extracció de les dades	16
Síntesi de les dades	17
<b>RESULTATS DE LA CERCA DE DOCUMENTS</b>	<b>17</b>
Característiques dels estudis seleccionats	17
Aspectes metodològics dels estudis	18
<b>RESULTATS SOBRE SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS</b>	<b>25</b>
Estat de salut, morbiditat i mortalitat	25
Utilització de serveis sanitaris	32
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>39</b>
<b>RECOMANACIONS</b>	<b>41</b>
<b>ANNEX. FITXA DE RECOLLIDA DE DADES</b>	<b>49</b>





## RESUM

---

Una de les preocupacions més importants del fenomen social que suposa la immigració creixent és la capacitat del sistema sanitari per fer front a l'arribada dels immigrants i a les seves necessitats. L'objectiu d'aquest informe ha estat revisar la literatura disponible a l'Estat espanyol en general i a Catalunya en particular, per identificar les necessitats en salut i descriure la utilització de serveis sanitaris per part de la població immigrant a Catalunya. Així mateix, es va plantejar descriure les limitacions dels estudis revisats.

S'ha dut a terme una revisió exhaustiva de la literatura sobre el tema i s'han seleccionat 85 estudis o contribucions originals, és a dir, treballs originals d'investigació que hagin avaluat la salut dels immigrants o la seva utilització dels serveis sanitaris, realitzats en la població habitant de l'Estat espanyol.

La majoria dels estudis presenten importants mancances en aspectes metodològics. Entre les limitacions trobades destaquen les dificultats en la identificació de la població immigrant, en els dissenys d'investigació i en la manca d'instruments adaptats correctament.

Malgrat això, s'han trobat les següents diferències en la població immigrant respecte a l'autòctona:

- És, en general, més jove, no sent considerada inicialment com un grup de risc per a la salut.
- La precarietat laboral i les condicions de l'habitatge podrien tenir una influència negativa quant a la seva salut.
- La mala salut autopercebuda podria ser més prevalent.
- Podrien tenir més somatitzacions i clínica de simptomatologia mal definida com a expressió dels problemes de salut mental, així com menys freqüència de trastorns mentals psicòtics.
- Alguns col·lectius podrien tenir més probabilitats d'estar infectats o d'haver passat alguna infecció abans d'arribar a Espanya, ja que provenen de zones on certes malalties infeccioses són més prevalents.
- La incidència de malaltia tuberculosa augmentaria o es mantindria constant en alguns col·lectius mentre que a la població autòctona disminuiria.
- Les persones infectades pel virus de l'HIV diagnosticades de la sida podrien tenir una supervivència menor.
- Els nens solen tenir pitjor salut dental.
- Utilitzen més la xarxa sanitària pública i els serveis d'urgència.
- Les principals dificultats en l'accés a certs serveis sanitaris serien el desconeixement del sistema i la por per la seva situació d'irregularitat.
- Els motius de consulta i hospitalització es relacionen amb l'ús propi d'una població jove, predominant l'atenció ginecoobstètrica de les dones (parts) i les visites de medicina general en els homes (patologia digestiva).
- La participació en programes preventius, així com l'acompliment de les pautes terapèutiques podria ser menor.

Les recomanacions d'aquest informe assenyalen la necessitat de disposar d'una sèrie de variables consensuades per a diferents estaments que permetrien identificar i estudiar la població immigrant; aprofundir a millorar les seves condicions laborals i d'habitatge; facilitar l'accés efectiu als

serveis sanitaris; analitzar la millora de l'accés i l'efectivitat dels serveis sanitaris mitjançant l'ús de mediadors multiculturals; millorar el coneixement científic sobre l'estat de salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya amb estudis de qualitat, fent èmfasi en l'efectivitat de les activitats preventives, incloent la perspectiva de les desigualtats socials en salut i de gènere, així com la perspectiva del col·lectiu d'immigrants i dels professionals de la salut.

### L'anàlisi de necessitats en salut enfocat a la immigració a Catalunya i Espanya

Les creixents xifres d'immigrants en l'última dècada no han tingut precedents a Catalunya i a l'Estat espanyol i han plantejat un repte per als serveis sanitaris. Una de les preocupacions polítiques més importants del fenomen social que suposa la immigració creixent és la capacitat del sistema sanitari per fer front a l'arribada dels immigrants i a les seves necessitats. Les característiques diferencials de la població que arriba, la seva cultura, la seva religió, la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia poden requerir una adaptació del sistema per afrontar la situació de la forma més adient possible. Aquest estudi pretén avaluar les necessitats en salut dels immigrants, així com la utilització que fan del sistema sanitari.

L'anàlisi de necessitats és el procés d'avaluació dels serveis sanitaris que intenta determinar quins serveis sanitaris s'han de crear, enfortir, modificar o avaluar, en funció de les característiques de la població. La valoració de les necessitats pretén identificar diferències o distàncies d'un individu o d'un grup respecte d'un estat desitjat i la conseqüent possibilitat del sistema de respondre amb els mitjans necessaris per escurçar o eliminar aquesta diferència.<sup>1</sup> L'objectiu fonamental del sistema nacional de salut és proveir serveis amb criteris d'equitat, per la qual cosa les característiques de la població que s'han de considerar per determinar les necessitats no són només l'estat de salut, sinó també el seu condicionament. D'aquí que la condició de migració, així com la classe social, el nivell d'estudis i d'altres variables sociodemogràfiques siguin considerades en l'avaluació dels serveis sanitaris, a més de condicions específiques de salut i malalties. Així mateix, l'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris estan condicionades tant per factors propis del sistema com de la perspectiva dels usuaris.

La consideració de la migració entre els determinants de la salut té molts antecedents en països amb tradició històrica de rebre estrangers. Tal és el cas de països com els Estats Units, França o el Regne Unit, on les variables com raça o país d'origen són freqüentment incloses en estudis poblacionals de salut. En canvi, fins fa poc temps, els estudis que analitzaven la salut en relació amb processos migratoris a Espanya eren escassos i tenien en compte la procedència, estudiant persones d'altres països desenvolupats<sup>2</sup> o migrants d'una regió a una altra d'Espanya.<sup>3</sup> L'arribada d'estrangers provinents de països amb notables desavantatges econòmics respecte a Espanya és un fenomen nou on les repercussions sociosanitàries han començat a estudiar-se recentment. S'han elaborat moltes hipòtesis sobre els problemes de salut que els immigrants podrien tenir en una major proporció o incidència que els de la població nativa, però normalment les poblacions que migren són les joves i sanes.

### Característiques de la població immigrant a Catalunya i a l'Estat espanyol

En els darrers anys, la població immigrant procedent de països en vies de desenvolupament ha augmentat considerablement, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol. El nombre d'immigrants varia segons la comunitat autònoma. Així, més del 50% dels immigrants empadronats a Espanya l'any 2000 residien a Catalunya, a la comunitat de Madrid i a Andalusia.

Segons les dades de l'*Instituto Nacional de Estadística*, l'any 2002 hi havia un 3,2% d'estrangers residents a l'Estat espanyol, mentre que la mitjana de la Unió Europea era de 4,8% (on destaquen Luxemburg amb un 33%, Suïssa amb un 17%, o Bèlgica amb un 9% de la seva població total). No obstant això, a la ciutat de Barcelona, l'increment de certs col·lectius ha estat espectacular

entre els anys 2000 i 2002. Els immigrants de l'Europa de l'Est han augmentat un 94% i els de Llatinoamèrica aproximadament un 84%, i hi ha barris de la ciutat on el percentatge d'immigrants ha arribat al 35% del total de la població.

Els immigrants procedents dels països en vies de desenvolupament, malgrat que hagin començat a arribar a principis dels seixanta, no són socialment visibles fins a finals dels vuitanta. A partir de la incorporació d'Espanya a la Comunitat Europea la presència dels immigrants adquireix una funcionalitat simbòlica, una utilitat identitària en tant que un indicador de la transformació que ha suposat la redefinició d'Espanya com a país comunitari.

L'establiment de la nova regulació sociojurídica (*La llei d'Estrangeria*), vinculada amb la integració i l'homologació d'Espanya dins d'aquest espai comunitari, no solament institueix socialment la denominada immigració sinó que l'associa per definició com a extracomunitària. Apareix una nova definició de la relació entre cultura i política, i la delimitació de les noves polítiques catalanes d'integració. És dins d'aquest context que sorgeix la necessitat de revisar aquestes dites polítiques.

S'ha estimat que aproximadament tres de cada quatre immigrants econòmics no estan regularitzats, <sup>4</sup> resultats obtinguts a través del mètode de captura-recaptura, creuant fonts de dades de la Delegació de Govern, Comissions Obreres i entitats que presten serveis als immigrants i relacionades amb la salut. La identificació dels individus es va realitzar amb la data de naixement i el país d'origen. Es va estimar en 39.392 individus el nombre total d'immigrants econòmics, mentre que el nombre d'immigrants regularitzats en aquesta data era de 9.000.

A l'àrea sanitària 6 de Madrid l'any 1997 es va realitzar una enquesta sobre condicions de vida i problemes de salut a 300 immigrants majors de 14 anys i que portaven a Espanya més de 3 mesos. <sup>5</sup> L'enquesta es va desenvolupar a partir d'entrevistes a informants claus. La mitjana d'edat va ser de 32,6 anys i portaven 6,6 anys de mitjana a Espanya. Majoritàriament eren marroquins (62%), i la majoria d'aquests eren homes (83%). El 40% eren analfabets en castellà i el 34,6% no havien realitzat cap tasca remunerada en les dues setmanes anteriors. El 30,9% tenien una situació irregular. El 60% vivien en pisos compartits o que no estaven al seu càrrec, i un 18% a l'habitatge de la persona que els donava feina (compartint-lo amb els fills en un 98%), i la resta vivien a barraques o sense residència fixa. Hi havia una mitjana de 6,5 persones per habitatge. El 19% no disposava d'aigua corrent, electricitat o recollida de brossa.

## Objectius i presentació de l'informe

L'objectiu d'aquest informe ha estat revisar la literatura disponible sobre la salut i l'ús de serveis sanitaris dels immigrants a l'Estat espanyol en general i a Catalunya en particular. Els objectius específics de la revisió de la bibliografia són:

- Identificar les necessitats en salut i descriure la utilització de serveis sanitaris per part de la població immigrant a Catalunya, a partir d'una revisió exhaustiva d'estudis publicats sobre el tema.
- Descriure les limitacions dels estudis duts a terme sobre necessitats en salut de la població immigrant, i identificar àrees amb més manca d'informació.

Aquesta revisió és la primera part d'un estudi que pretén incorporar el punt de vista d'experts en el tema, i la percepció i opinió dels propis immigrants, a més de revisar les experiències d'altres països en matèria de salut i migració. La cerca bibliogràfica s'ha dirigit a la identificació de treballs originals d'investigació que hagin avaluat la salut dels immigrants o la seva utilització dels serveis sanitaris, realitzats en població resident a l'Estat espanyol.

L'anàlisi de la producció científica permet no sols detectar algunes necessitats en salut de la població immigrant o descartar-ne d'altres de suposades, sinó també indicar determinades limitacions que han de superar les investigacions que pretenguin contribuir a la presa de decisions polítiques o

sanitàries. En aquesta revisió s'ha intentat també donar una visió de la situació de les publicacions sobre necessitats en salut de la població immigrant.

La informació obtinguda es reuneix en tres parts que s'han considerat rellevants per aquesta fase de l'estudi. En primer lloc, es presenten els resultats de la cerca de documents pròpiament dita i una descripció de característiques generals dels estudis seleccionats, com temes estudiats, anàlisi i presentació de resultats, tècniques de recollida de dades utilitzades i grups de comparació.

En la segona part, es reuneixen els resultats de la revisió sobre estat de salut i utilització de serveis sanitaris, i intenten aclarir les característiques diferencials que poden dur a una salut diferent i a una utilització diferent dels serveis sanitaris, així com conèixer les possibles barreres a l'ús dels serveis sanitaris.

Finalment, es presenten conclusions i recomanacions de l'informe, així com també s'assenyalen aspectes metodològics que s'haurien de considerar en futures investigacions sobre aquest tema.



### **Disseny de la cerca**

S'ha dut a terme una revisió exhaustiva de la literatura sobre la salut de la població immigrant en l'àmbit de l'Estat espanyol i de Catalunya. S'han seleccionat les contribucions originals sobre el tema, és a dir, publicacions de treballs originals d'investigació que hagin avaluat la salut dels immigrants o la seva utilització dels serveis sanitaris, realitzats en la població habitant de l'Estat espanyol.

### **Identificació dels estudis**

Es varen realitzar cerques en les següents bases de dades: MEDLINE, EMBASE, Pascal, Índice Médico Español, IBECs, Psycinfo, Psycodoc, BDIE-enfermería, CUIDEN, Cuidatge, Mayores, Sociological Abstracts (Sociofile on-line), Social Sciences Citation Index (SSCI), CSIC-Ciencias Humanas y Sociales (ISOC), CSIC-Psicología (ISOC). Així mateix, es van consultar els catàlegs bibliogràfics de la U.S. National Library of Medicine, U.S. Library of the Congress, British Library, Biblioteca Nacional de España, Biblioteca de Catalunya, Catàleg Col·lectiu de les Universitats Catalanes, Biblioteca Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, i el Catàleg espanyol de l'ISBN.

Es varen utilitzar els següents blocs de descriptors i de paraules clau:

- Bloc A: descriptors d'immigració
- Bloc B: descriptors de salut, malaltia i utilització dels serveis sanitaris
- Bloc C: descriptors per a la localització de llocs i institucions de l'Estat espanyol.

Les estratègies de cerca realitzades varen ser: [Bloc A] AND [bloc B] AND [bloc C].

S'han cercat articles que incloguessin les expressions: immigració, immigrants, emigració, migracions, o estrangers, adaptant-les a l'idioma de la base de dades per ser buscades tant al títol com al camp dels descriptors. En casos específics s'han incorporat termes com ara grup ètnic, minoria ètnica, refugiats o racisme.

Les estratègies es varen limitar a les dates de publicació entre el gener de 1992 i el juliol de 2003.

### **Criteris de selecció d'estudis o contribucions empíriques originals**

S'han seleccionat aquells documents que compleixen els següents criteris:

- Treballs o estudis, en forma de documents, ponències, tesis, tesines, presentacions a congressos o comunicacions personals, que informen d'una contribució empírica original al coneixement de la salut de la població immigrant de Catalunya i de l'Estat espanyol, així com de la utilització que fan dels serveis sanitaris.
- Estudis realitzats en humans, sense restricció del nombre de casos.
- Publicacions o documents en català, castellà, anglès, alemany, holandès, francès i italià.
- Estudis amb data de publicació posterior a desembre de 1991.
- S'han exclòs els estudis en població immigrant procedent de països desenvolupats.

### **Classificació de referències i distribució de documents per a la revisió**

Per tal de facilitar la distribució per temes, es va elaborar una primera classificació *ad-hoc* dels títols i resums dels treballs considerant l'opinió dels investigadors de l'estudi. La classificació va incloure

els següents temes: característiques de la població immigrant; perspectiva del personal sanitari; estat de salut, morbiditat i mortalitat; utilització de serveis sanitaris; relació entre el personal sanitari i l'usuari immigrant; perspectiva del col·lectiu immigrant.

## Extracció de les dades

Els documents identificats van ser revisats per a l'extracció protocolitzada de les següents dades (vegeu Annex 1):

- Dades d'identificació de l'estudi: referència bibliogràfica.
- Tipus de publicació o documentació: article original, informe d'investigació, tesi, tesina, comunicació en reunions científiques, etc.
- Temes estudiats: temes tractats en el document, classificats en principals i secundaris a partir d'una llista confeccionada *ad-hoc*.
- Àmbit d'estudi: Catalunya o resta de l'Estat espanyol.
- Anàlisi i presentació de resultats: a partir del disseny general de l'estudi i de l'anàlisi de les dades i la presentació dels resultats, s'han classificat els articles en :
  - Descriptius: es presenten dades de freqüències o dades poblacionals, tendències, sense relació d'associació entre les diferents variables.
  - D'associacions: estudis on es presenten mesures d'associació entre variables. Les anàlisis estadístiques són bivariants. Poden ser tant estudis transversals com longitudinals.
  - Explicatius: les relacions entre variables s'han obtingut ajustant per variables d'interès en la relació. Poden ser estudis transversals o bé longitudinals.
  - Casos: descripció de casos o de sèrie de casos.
  - Qualitatius: dissenys que utilitzen metodologia i anàlisi qualitativa (per exemple, prospecció etnogràfica), per als quals no aplica la classificació basada en mètodes i anàlisi habitualment utilitzats en epidemiologia. Estratègia temporal: longitudinal o transversal.
- Base mostral: grup de la població, en termes generals, d'on prové la mostra i de la qual es poden inferir els resultats:
  - Poblacional: fonts poblacionals o mostres aleatòries de població no institucionalitzada, com registres de naixements, mortalitats i enquestes de salut.
  - Institucional: població atesa en centres sanitaris.
  - Comunitària: mostres no poblacionals ni institucionals, de sectors delimitats d'una ciutat.
  - Reclusa: reclusos en presons o centres de menors.
- Criteris de selecció i grandària de la mostra o població.
- Grups de comparació: s'ha considerat que hi havia grups de comparació, autòctons o immigrants, quan es presenten resultats de manera comparativa per a dos o més grups.
- Fonts i tècniques de recollida de dades.
- Resultats principals sobre els temes tractats.
- Recomanacions dels autors.
- Notes dels revisors: valoracions de la qualitat i limitacions del treball (validesa o biaix), etc.

## Síntesi de les dades

Les dades obtingudes s'han sintetitzat de la següent manera:

- Descripció de les característiques dels estudis revisats: àmbit d'estudi, tipus de publicació o document, disseny de l'estudi, grup de població estudiat i temes estudiats.
- Resums dels resultats més rellevants per temes.



## RESULTATS DE LA CERCA DE DOCUMENTS

S'han identificat, a través de títols i resums, 358 referències d'interès per a aquesta revisió per tractar sobre la salut dels immigrants o la seva utilització dels serveis sanitaris, referint-se a població resident a l'Estat espanyol. La Taula 1 presenta els percentatges per temes de les referències identificades, segons la classificació inicial dels documents a partir de títols i resums obtinguts en la cerca. Un 57% s'han classificat en temes d'estat de salut, morbiditat i mortalitat; un 31% en utilització de serveis sanitaris, i un 12% en característiques de la població immigrant.

Taula 1. Classificació per temes de les referències identificades i dels documents revisats

Temes	Referències dentificades
Condicions socioeconòmiques de la població immigrant	12%
Estat de salut, morbiditat i mortalitat	57%
Utilització de serveis sanitaris:	
Accés, perfil d'utilització, motius de consulta i hospitalització, activitats preventives i intervencions terapèutiques	27%
Relació entre el personal sanitari i l'usuari immigrant	4%
Altres no classificats	0,3%
<b>Quantitat total <sup>1</sup></b>	<b>358</b>

<sup>1</sup> Les referències varen ser classificades sota un sol tema; la quantitat total coincideix amb la quantitat de documents.

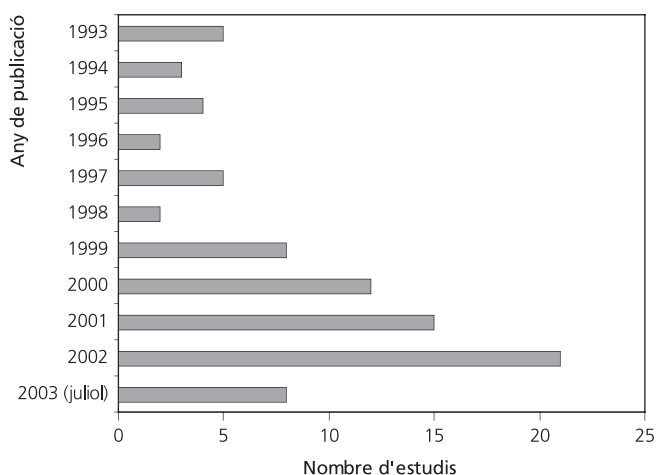
En el procés de revisió, s'ha decidit si el seu contingut complia els criteris de selecció, és a dir, si es tractava d'un estudi o contribució original d'interès per tractar de temes de salut o d'ús dels serveis de salut per part de la població immigrant o si, al contrari, s'havien de descartar. Així doncs, s'han seleccionat 85 estudis, i s'han descartat els restants.

## Característiques dels estudis seleccionats

### PRODUCCIÓ CIENTÍFICA

La preocupació davant el nou fenomen migratori en els diferents nivells de l'assistència sanitària s'ha fet evident en el nombre de publicacions adreçades a aquest tema que ha augmentat en els últims cinc anys. Entre el 1993 i el 1996 es localitzen 14 dels estudis seleccionats, 15 varen ser publicats en els 3 anys següents, i 56 en els 3 anys i mig restants. A partir de 1999 s'observa un increment anual en la quantitat de publicacions d'estudis: 8 el 1999; 12 el 2000; 15 el 2001; i 21 el 2002. L'any 2003, la cerca va ser parcial i es varen trobar 8 estudis (Figura 1).

Figura 1. Nombre d'estudis publicats per any



La Taula 2 presenta els temes tractats en els 85 estudis seleccionats. Els temes principals tractats pels estudis són: l'estat de salut, morbiditat i mortalitat (70 %); la utilització de serveis sanitaris (20%); i la caracterització demogràfica de la població immigrant (6,4%). En sumar tots els temes principals i secundaris tractats pels estudis, la distribució és més equilibrada entre aquests tres temes, mentre que no augmenten els temes relatius a les perspectives o la relació entre els col·lectius immigrant i el personal sanitari.

Taula 2. Classificació per temes de les referències identificades i dels estudis revisats

Temes	Estudis seleccionats (n = 85)	
	TP <sup>1</sup>	TP+TS <sup>2</sup>
Caracterització demogràfica	6,4%	17,7%
Estat de salut, morbiditat i mortalitat	70%	48,7%
Utilització de serveis sanitaris:		
Accés, perfil d'utilització, motius de consulta i hospitalització, activitats preventives i intervencions terapèutiques	17,3%	26,3%
Relació entre el personal sanitari i l'usuari immigrant	2,7%	3,4%
Altres no classificats	3,6%	3,9%
<b>Quantitat total<sup>3</sup></b>	<b>110</b>	<b>232</b>

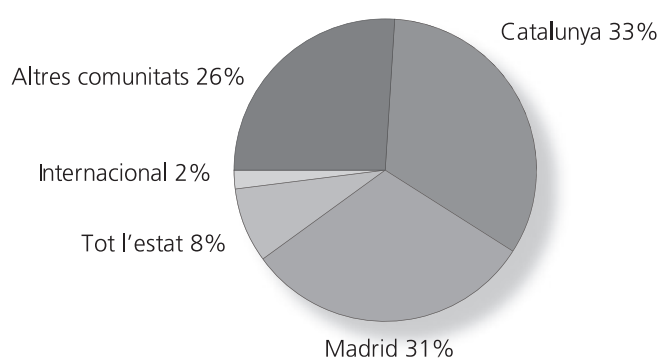
<sup>1</sup> TP: tema principal.

<sup>2</sup> TP+TS: tema principal + tema secundari.

<sup>3</sup> De cada document revisat, es van registrar tots els temes que es tractaven, per la qual cosa la quantitat total és superior a la dels documents revisats a cada cas.

Els estudis portats a terme en diferents regions de l'Estat espanyol són més freqüents que els d'àmbit estatal, que representen només un 8%. El percentatge d'estudis realitzats a Catalunya és de 29% (Figura 2).

Figura 2. Classificació dels estudis seleccionats segons l'àmbit de l'estudi



## Aspectes metodològics dels estudis

### LIMITACIONS DELS DISSENYS I DE L'ANÀLISI DE LES DADES

Els detalls de la metodologia emprada en els estudis es poden veure a la Taula 3. Els estudis van ser considerats majoritàriament descriptius, per presentar dades de freqüències sense relació d'associació entre les diferents variables (65%). El 19% varen ser estudis d'associació, per ajustar els resultats

tenint en compte variables per un mínim control de la confusió, i només 3 estudis varen ser classificats com a explicatius pel tractament de les variables de confusió en el disseny o l'anàlisi. Dos dels estudis han estat qualitatiu, i vuit han estat casos clínics.

Les investigacions realitzades inclouen quasi únicament mètodes quantitius. Només un 4% dels estudis inclouen mètodes qualitius i un 6% combinen ambdues metodologies.

Molts dels estudis presenten les dades de forma absoluta. Algunes incidències de patologia s'expressen en percentatge respecte del total d'incidència de la malaltia, indicant una evolució temporal d'aquest percentatge. No expressen una incidència per cadascun dels col·lectius, i tampoc mostren com ha evolucionat la població immigrant en percentatge respecte del total de població.

Habitualment no comparen la població immigrant amb la població autòctona. Dels 76 estudis amb dissenys epidemiològics (excloent estudis qualitius i descripcions de casos), 25 no van utilitzar grups de comparació en la presentació dels resultats; dels restants, 21 comparaven entre grups d'immigrants, 16 comparaven amb autòctons, i 14 presentaven grups de comparació tant d'immigrants com d'autòctons.

En alguns estudis on es comparen resultats entre la població autòctona i la població immigrant, no es té en compte la procedència del col·lectiu immigrant, barrejant països de renda alta, amb països de renda baixa.

## **SELECCIÓ D'INDIVIDUS I REPRESENTATIVITAT DE LES MOSTRES**

La major part dels estudis es basaven en poblacions relacionades amb institucions de salut, ja sigui per població atesa o població inclosa en un determinat programa. S'han fet estudis de base comunitària, però no donen suficient informació sobre la probabilitat de selecció de les persones incloses i les que no ho han estat.

Uns dels dissenys més utilitzats per a l'estudi de la salut de la població són les enquestes de salut, per aconseguir informació de la població no institucionalitzada. Tant l'Enquesta de Salut de Catalunya com la de Barcelona inclouen en els qüestionaris les preguntes per determinar el lloc d'origen de les persones i el temps des de l'arribada, però no s'han presentat resultats sobre dades comparatives entre immigrants i autòctons.

Els grups que es comparen no solen ser representatius de la població diana i presenten biaixos de selecció, per exemple, per seleccionar els immigrants que no entenguessin el castellà. Aquest és el cas dels estudis de comparació de prevalences d'anticossos entre població autòctona i població immigrant.

En estudis de control i seguiment el percentatge de pèrdues és elevat (llevat que s'inclouin mediadors culturals), com succeeix en els estudis de contactes amb malalts de tuberculosi activa.

Els estudis de malalties tropicals solen ser estudis de casos, sense que la mostra sigui representativa de la població d'on prové, ja que es tracta d'una mostra seleccionada entre aquells que van a un servei de malalties tropicals, especialitzat i hospitalari.

Una altra característica important a tenir en compte és l'heterogeneïtat que pot haver en la població d'estudi, atesos els diferents orígens migratoris. Aquest fet fa que la grandària mostral necessària augmenti, cosa que permet aconseguir representativitat suficient per estudiar característiques particulars d'alguns col·lectius.

## **IDENTIFICACIÓ DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT I FONTS D'INFORMACIÓ**

No es poden estimar amb precisió prevalences o incidències d'esdeveniments sanitaris perquè és difícil conèixer els denominadors de la població d'immigrants del nostre país. Respecte a l'accés

als serveis sanitaris, tenint en compte que en algunes ciutats depèn només de l'empadronament, és possible suposar una gran quantitat d'immigrants sense targeta sanitària i que no apareixen en cap registre oficial ni en organitzacions no governamentals.

Pocs registres han inclòs la identificació d'individus immigrants; a més, no hi ha una única manera de definir la condició d'immigrant, com ara país d'origen, lloc de naixement, nacionalitat, cognom o número de targeta sanitària; totes elles tenen, a més, limitacions específiques en la seva validesa i/o precisió. La situació legal varia amb la nacionalitat i amb la procedència (els grups de determinats països l'aconsegueixen abans). Kaplan i col. <sup>6</sup> varen informar de nombroses dificultats en la identificació de dones africanes a través dels noms. En el cas d'individus llatinoamericans, aquest mètode és inútil per la similitud amb els cognoms espanyols.

Abad Pérez i col. <sup>7</sup> establiren una sensibilitat del 62% amb la nacionalitat en la captura de dades relatives a població immigrant dels registres d'altres d'hospitals públics de la ciutat de València. Per això, varen contrastar les dades de filiació del registre d'alta amb el Sistema d'Informació Poblacional de la Generalitat Valenciana.

Els instruments més utilitzats per a la recollida de dades varen ser enquestes o qüestionaris (44%) i explotació de dades d'històries clíniques (48%). Un estudi qualitatiu que comparava la informació obtinguda mitjançant entrevistes i històries clíniques <sup>6</sup> mostra algunes limitacions d'aquestes tècniques i que la utilitat és diferent per a diferents tipus d'informació.

## ADAPTACIÓ DELS INSTRUMENTS

Un biaix de selecció important i habitual es relaciona amb la condició de lectura o comprensió de la llengua en què es fan les enquestes o entrevistes. Quan s'estudia la població atesa (i també en estudis comunitaris), habitualment s'exclouen individus que no coneixen la llengua local i que no poden respondre amb els instruments disponibles per a la investigació.

No hi ha cap anàlisi de fiabilitat i validesa dels instruments de mesura utilitzats en el diagnòstic, quan s'apliquen a poblacions immigrants específiques, on podria haver-hi una interpretació diferent dels símptomes.

Taula 3. Característiques metodològiques dels estudis revisats

Tema principal	Anàlisi i presentació de resultats	Estratègia temporal	Recollida de dades (a)	Grup de comparació	Any de publicació	Núm. ref.
Situació laboral	Descriptiu	Transversal	QS	No	1999	8
Demografia	Descriptiu	Transversal	CR	Immigrants	2002	9
Malalties cròniques	Explicatiu	Transversal	QS, EM, PL	Autòctons	2001	10
Malalties d'origen o importades	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2001	11
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Autòctons	2000	12
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Transversal	EM	No	2002	13
Malalties d'origen o importades	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	1999	14
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Longitudinal	HC, EM	No	2002	15
Malalties d'origen o importades	Associació	Longitudinal	HC	Immigrants	2001	16

Taula 3. Característiques metodològiques dels estudis revisats (continuació)

Tema principal	Anàlisi i presentació de resultats	Estratègia temporal	Recollida de dades (a)	Grup de comparació	Any de publicació	Núm. ref.
Malalties d'origen o importades	Casos	Longitudinal	EE	No aplica	2002	17
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Transversal	HC	No	2002	18
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Longitudinal	HC	No	2002	19
Malalties d'origen o importades	Casos	Longitudinal	HC, EM	No aplica	1995	20
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Transversal	HC, EM	Autòctons	1995	21
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Transversal	HC, PL	Immigrants	1995	22
Malalties d'origen o importades	Descriptiu	Longitudinal	QS, EM	Immigrants-autòctons	1993	23
Malalties infeccioses	Associació	Transversal	QS, EM	Immigrants	2003	24
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	HC, QS, EE	Immigrants-autòctons	2003	25
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants	1997	26
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	HC, EM	No	2001	27
Malalties infeccioses	Explicatiu	Longitudinal	HC, QS	Autòctons	2000	28
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	No	2002	29
Malalties infeccioses	Associació	Transversal	QS, EM	Autòctons	2002	30
Malalties infeccioses	Associació	Transversal	HC	Autòctons	2001	31
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	QS, EM	Immigrants	2002	32
Malalties infeccioses	Explicatiu	Transversal	HC, QS, EM	Autòctons	1998	33
Malalties infeccioses	Associació	Longitudinal	QS, EM	No	2000	34
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Autòctons	2002	35
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	QS	Immigrants-autòctons	2001	36
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	QS, EM	Immigrants	2002	37
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants-autòctons	1997	38
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	HC, QS, EM	Autòctons	2002	39
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants	1994	40
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	HC, QS, EE	Immigrants-autòctons	2001	41
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	EE	Immigrants-autòctons	1993	42
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	HC, RL	Autòctons	2002	43

Taula 3. Característiques metodològiques dels estudis revisats (continuació)

Tema principal	Anàlisi i presentació de resultats	Estratègia temporal	Recollida de dades (a)	Grup de comparació	Any de publicació	Núm. ref.
Malalties infeccioses	Casos	Transversal	EM	No aplica	1996	44
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	EM	Immigrants-autòctons	1993	45
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants-autòctons	2003	46
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Autòctons	1999	47
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	No	1997	48
Malalties infeccioses	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2003	49
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	HC	Autòctons	2000	50
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	HC	No	2002	51
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	EE	Autòctons	1995	52
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants-autòctons	1994	53
Malalties infeccioses	Descriptiu	Transversal	QS, EM	Immigrants	2001	54
Malalties infeccioses	Associació	Transversal	QS, EM	Autòctons	2001	55
Malalties infeccioses	Associació	Transversal	HC, QS, EM	Immigrants-autòctons	2000	56
Malalties infeccioses	Descriptiu	Longitudinal	QS, EM	No	1996	57
Malalties infeccioses	Cohorts	Transversal	HC	Immigrants	2000	58
Altres malalties	Descriptiu	Transversal	EM	Immigrants	1993	59
Nutrició	Descriptiu	Transversal	HC, RL, Qs	Immigrants	1999	60
Nutrició	Associació	Transversal	QS	No	2001	61
Nutrició	Casos	Longitudinal	HC, EM, EF	No aplica	2002	62
Nutrició	Associació	Transversal	QS, EM	Immigrants-autòctons	2003	63
Nutrició	Associació	Transversal	HC, QS	Immigrants	2003	64
Salut de la dona	Descriptiu	Transversal	BD	Immigrants-autòctons	2003	65
Salut maternoinfantil	Descriptiu	Transversal	HC	Immigrants-autòctons	2002	66
Salut maternoinfantil	Associació	Transversal	EO, QS	Autòctons	2001	67
Salut mental	Associació	Transversal	QS	Immigrants	2001	68
Salut mental	Associació	Transversal	QS	Immigrants	2001	69
Salut mental	Associació	Transversal	HC	Immigrants	2002	70
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	EM	No	2002	71

Taula 3. Característiques metodològiques dels estudis revisats (continuació)

Tema principal	Anàlisi i presentació de resultats	Estratègia temporal	Recollida de dades (a)	Grup de comparació	Any de publicació	Núm. ref.
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	EP, HC	No	1993	72
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	EP, OP	Immigrants	1997	73
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	QS	Immigrants	1998	74
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC	Immigrants	2003	75
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC, QS, EF	No	2001	76
Ús del servei sanitari	Associació	Transversal	BD	Immigrants-autòctons	2002	77
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC, QS, EM	No	2000	78
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC	Autòctons	1999	79
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC, PA	No	1999	80
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Longitudinal	HC	No	1997	81
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC, Cs	No	1994	82
Ús del servei sanitari	Associació	Transversal	QS	No	2000	83
Ús del servei sanitari	Descriptiu	Transversal	HC, EM, PA	No	1999	84
Varis	Descriptiu	Transversal	HC, QS, EP, GF	Immigrants	2002	85
Varis	Descriptiu	Transversal	BD	Immigrants	2000	86
Varis	Descriptiu	Transversal	QS, IC	No	2000	5
Varis	Descriptiu	Transversal	PA	No	2000	87
Varis	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2002	88
Varis	Descriptiu	Transversal	EP	No	2001	89
Varis	Descriptiu	Transversal	QS, EM	No	1999	90
Varis	Qualitatiu	Transversal	EP, GF, OP	No aplica	2002	6

Fonts i tècniques de recollida de dades

- (a) HC: Històries clíniques  
 RL: Revisió de literatura  
 QS: Qüestionaris  
 CR: Cens i registres  
 EE: Enquesta epidemiològica  
 IC: Entrevistes amb informants clau
- EP: Entrevistes en profunditat  
 GF: Grups focals  
 EM: Extracció de mostres  
 RE: Reunió d'experts  
 OP: Observació participant, treball de camp
- EF: Exploració física  
 EO: Exploració odontològica  
 PA: Protocol d'atenció  
 PL: Proves de laboratori  
 BD: Bases de dades





### **Estat de salut, morbiditat i mortalitat**

#### **SALUT I MORBIDITAT PERCEBUDA**

L'estudi de Belén Sanz,<sup>5</sup> mostra que un 63,2% dels 300 immigrants que van respondre l'enquesta tenen una autopercepció negativa del seu estat de salut (regular, dolenta o molt dolenta), un 36,8% la defineix com a bona i molt bona, un 33,4% consideren que la seva salut ha empitjorat amb l'arribada a Espanya i un 9,9% consideren que ha millorat. En relació amb la morbiditat percebuda, ressalta que el percentatge de morbiditat declarada més elevat s'associa a qüestions potencialment relacionades amb un treball de desgast físic; un 53,2% han tingut dolors musculars/articulacions durant l'any 2001, i un 37,1% accidents, fet que contrasta amb les xifres més reduïdes de problemes de patologies comunes com ara afeccions de les vies respiratòries altes (32,2%) o el mal de cap (32%).

Un treball realitzat amb enfocament qualitatiu a través d'entrevistes amb profunditat i realització d'històries de vida a una vintena de dones immigrants (així com entrevistes amb el personal sanitari) de la comunitat de Madrid,<sup>91</sup> subratlla com a hipòtesi que el treball condiona l'experiència de les dones (immigrants) respecte a la seva salut i estableix pautes de formes de pensament i acció. En els discursos de les dones immigrants, la prioritat és buscar feina i la regularització legal. La salut és, doncs, percebuda com quelcom secundari. Destaca com es percep el valor d'una persona a través de la producció; la malaltia implica deixar de produir. El cos es presenta "biologitzat", i la seva màxima expressió funcional i orgànica queda al marge del control de la persona i a compte d'unes condicions externes. Es descriu una imatge del cos "alienat", arrossegat per circumstàncies en què la persona sembla perdre el control.

#### **SALUT LABORAL**

A més de la percepció dels propis immigrants de la relació entre salut i treball abans comentada, en els estudis que hem localitzat en aquesta revisió es tracta, encara que acotadament, la influència en la salut de la inestabilitat laboral i la qüestió dels accidents laborals. Igualment destaca com, moltes vegades, les conclusions provenen més d'opinions dels autors que no pas dels resultats dels estudis realitzats.

L'estudi realitzat entre el col·lectiu marroquí de l'Àrea sanitària 6 de Madrid formula com a hipòtesi que la població immigrant (econòmica) és especialment vulnerable als problemes de salut, causat en part per les condicions sociolaborals en què treballen. Una resposta freqüent en les entrevistes que realitza entre el col·lectiu marroquí (un total de 186) és que no tenen una bona salut, motivada per la carència de treball, fet que repercuteix en la possibilitat de tenir una situació administrativa regularitzada. El 37,1%, havien sofert accidents laborals, i el 9% d'ells més d'un al llarg de l'any. Resalta que el 81,8% dels accidentats no sabia llegir ni escriure en espanyol, i un 68,2% no el sabia parlar. L'autora suggereix la possible relació del desconeixement de la llengua espanyola amb la dificultat de llegir i identificar perills laborals.<sup>8</sup>

El treball de revisió d'estadístiques oficials dels anys 1990, 1992, 1994 i 1995, realitzat per Lorenzo Cachón Rodríguez,<sup>92</sup> mostra com la incidència d'accidents laborals mortals entre les 44 rames d'activitat només supera el 30 per 100.000 ocupats en 7 sectors d'activitat, dos dels quals es troben entre els 5 més prevalents entre la població immigrant. Es tracta del servei domèstic, on treballen un 26,6% dels immigrants, i de la construcció, on ho fan el 9,4% dels immigrants. Els altres sectors majoritaris entre els immigrants són l'hostalera (13,4%), el comerç al detall (9,4%) i l'agricultura (26,6%), dades que es confirmen en els estudis de Carlota Solé sobre immigració

econòmica. <sup>93</sup> Estudis realitzats a Espanya en el sector de l'agricultura<sup>1</sup> posen de manifest com els immigrants es troben més exposats a pesticides i a altres substàncies químiques i presenten sovint problemes crònics associats a depressions i trastorns neurològics.

D'altra banda, l'estudi del col·lectiu d'investigadors del L.I.C.I.T (Línea de Investigación y Cooperación con las Inmigrantes Trabajadoras Sexuales), liderat per la Dra. Dolores Juliano, <sup>94</sup> realitza un treball de camp basat en entrevistes a dones immigrants treballadores sexuals durant els anys 2000 i 2001, i constata que al 1999 només hi havia 79 casos de "coacció" a la prostitució, i apunten com a possible motiu el baix nivell de denúncies i la criminalització de l'activitat, ja que en denunciar, s'incriminen com a transgressores de la llei. La coacció sovint està associada a maltractaments físics. En el treball de camp de Rogelio López Vélez s'ha confirmat que moltes dones immigrants contraurien a Espanya les malalties de transmissió sexual. <sup>51</sup> També coincideix amb les dades de l'enquesta realitzada per Àmbit Prevenció<sup>2</sup> on un 98% de les treballadores i treballadors sexuals coincideix a assenyalar que la meitat dels clients demanen expressament relacions sense preservatiu. Subratllen com els controls periòdics sobre HIV i MTS es realitzen a les prostitutes i no als clients.

També hi ha dades a la literatura internacional que indiquen que la població immigrant és una població especialment propensa a patir accidents laborals i que les taxes d'accidentalitat existents en la població immigrant són majors que en la població autòctona. <sup>95</sup>

## SALUT MENTAL

Els problemes de Salut Mental (SM) representen un aspecte important a tenir en compte quan s'analitza la salut dels immigrants, no només per la seva freqüència de presentació i els problemes per identificar les persones amb més risc de patir aquests trastorns de salut, sinó també per les dificultats en la interpretació dels símptomes i en el seu maneig clínic.

Tots els processos migratoris representen canvis en la vida dels individus que els pateixen. Segons com es visqui el procés d'immigració i els recursos individuals per superar-ho, així com la xarxa social de suport que disposi, es podria desenvolupar un problema de SM. El dol migratori es pot resoldre de manera favorable i fins i tot pot representar un benefici per a l'individu. A l'altre extrem, s'ha descrit el dol patològic de l'immigrant sotmès a estrès crònic i múltiple com la síndrome d'Ulisses, per la seva semblança amb la història de l'heroi de la mitologia grega. <sup>96</sup>

Pocs estudis empírics han abordat les diferències en la psicopatologia entre immigrants i població autòctona. Un grup d'immigrants, majoritàriament del Magrib i Indostan, no ha presentat diferències estadísticament significatives en els diagnòstics de SM en relació amb un grup de persones natives que consultaven la mateixa àrea bàsica de salut de la ciutat de Barcelona. <sup>70</sup> No obstant això, sembla que els immigrants podrien presentar menor proporció de trastorns psicòtics i una proporció més elevada de somatitzacions. A més, quan els immigrants tenien una etiqueta diagnòstica rebien menys tractaments que els autòctons. Aquest resultat s'haurien de confirmar en mostres més àmplies.

D'altra banda, un estudi ha trobat més del doble de trastorns multisomatòmorfes en un grup de dones immigrants amb llengua nativa castellana, comparat amb la població general de dones de la mateixa àrea. <sup>68</sup> Un altre estudi, sense grup control, ha trobat un percentatge major de símptomes depressius en adults joves procedents de diverses nacionalitats. <sup>69</sup> En aquest cas, s'ha trobat una associació negativa entre suport social i símptomes depressius.

---

1 Castelló,SF. Condiciones de trabajo y seguridad e higiene en los invernaderos. Ponencia presentada en el curso sobre Inmigración y enfermedades transmisibles. Nerja, Málaga, 1992

2 Àmbit Prevenció. Estudis del treball sexual de carrer al barri del Raval i a les Corts de la ciutat de Barcelona. Gener i juny 2001

En aquests estudis s'indica que la falta de comunicació, sobretot pel desconeixement de la llengua, representa una barrera important per a l'atenció a la SM, tant en l'atenció primària com en l'especialitzada, barrera agreujada per l'ús d'instruments de mesura i classificació que no han tingut en compte les diferents expressions culturals de malaltia mental en el context de països i cultures diferents a l'occidental. La relació metge-malalt i les creences religioses i socials respecte a la SM podrien tenir una influència potencial en el diagnòstic, el tractament i l'evolució dels problemes de SM en immigrants.<sup>97</sup>

## **SALUT MATERNOINFANTIL**

Segons les estadístiques vitals a Barcelona del 1995 al 1999, la natalitat de dones nascudes fora d'Espanya representava el 9,4%, amb una tendència a incrementar-se durant aquest període. L'origen de les mares és en primer lloc de l'Amèrica Central i Llatinoamèrica, seguit d'Europa i països desenvolupats. El 30,5% d'aquests naixements es donen a dones residents a Ciutat Vella. En comparació amb la resta, els nadons de mares africanes que no són del Magrib, presenten major proporció de baix pes i casos de prematurs que la resta. Hi ha una proporció més elevada de naixements de mares Filipines de més de 35 anys que de la resta de països. Els parts de dones del Magrib i asiàtiques es van realitzar majoritàriament en hospitals públics. La població de mares immigrants és proporcionalment més jove.<sup>9</sup>

Un informe de l'Hospital Clínic San Carlos (Madrid) sobre 3.857 nounats sans nascuts entre 1999 y 2000,<sup>66</sup> indica que el 31% varen ser fills de dones immigrants (segons nacionalitat). La descripció de l'antropometria dels nounats per grups mitjançant mitjanes no permet arribar a conclusions en relació amb diferències en pes.

Malgrat la facilitat legal d'accés de la població infantil als serveis sanitaris, és probable que la situació de menor cobertura vacunar mostrada en el col·lectiu de fills/es de filipines fa 10 anys continuï sent actual, si més no, per als col·lectius amb poc temps d'arribada al país, i dependent del país d'origen així com d'aspectes culturals.<sup>72</sup>

S'han descrit casos de malalties infeccioses i sobretot parasitàries, moltes d'elles asimptomàtiques, en el col·lectiu de menors de 14 anys provinents de l'àrea subsahariana que consulten a un centre de malalties tropicals. A partir dels resultats suggereixen realitzar cribratges d'infecció de VHB, PPD i, fins i tot, de cribratge d'infeccions parasitàries, encara que s'haurien de completar aquests estudis amb dades de poblacions menys seleccionades abans de recomanar el cribratge a tots els infants provinents d'aquesta àrea.<sup>51</sup>

La majoria d'infants i adolescents immigrants en general són sans des del punt de vista nutricional. Quan s'han comparat les dades antropomètriques d'adolescents il·legals de Marroc i Algèria no s'ha trobat diferències estadístiques amb els estàndards de nutrició de l'Estat espanyol.<sup>87</sup>

És a la salut bucodental on podrien presentar-se importants diferències entre els infants nadius i els immigrants, i seria un camp important que s'hauria d'abordar quant a les mesures de prevenció.<sup>60</sup>

## **NUTRICIÓ**

Els col·lectius d'immigrants mantenen molts dels hàbits nutricionals dels seus llocs d'origen en la mesura que mantenen estructures familiars o costums religiosos i que poden accedir a aliments similars als d'ús tradicional. Si partim de la idea que es tracta de grups sans, que a més arriben a un territori amb suficient quantitat i varietat d'aliments, es podria pensar que a mesura que es produeix la integració en la societat d'acollida, és possible un enriquiment de la seva dieta i no un compromís amb la salut. No obstant això, la precarietat de la seva inserció laboral i social, així com la ruptura de xarxes socials, són fets freqüents, especialment en els immigrants de primera generació, que poden repercutir en l'accés als aliments i en l'equilibri de l'alimentació.

L'única valoració de la composició nutricional de la dieta trobada en aquesta revisió va ser realitzada per Serra Pujol i col.,<sup>60</sup> en estudiar els hàbits alimentaris de la població immigrant d'origen

magribí i centrafricana (gambiana i senegalesa) a Mataró (Barcelona). A partir de recordatoris de 24 hores i qüestionaris de freqüència de consum, es va analitzar la dieta de 155 famílies (625 individus). Es va prendre com a referència les dades d'una enquesta realitzada en la població catalana, on s'exposa que els immigrants consumeixen més quantitat de proteïnes, hidrats de carboni i àcids grassos poliinsaturats, i menys d'àcids grassos monoinsaturats, calci, vitamina B12, vitamina C i folats. Encara que la ingesta total d'energia és major, la distribució en principis immediats (hidrats de carboni, proteïnes i grasses) és adequada (17%, 53% i 29%, respectivament). Els autors conclouen que aquests col·lectius, en general, mantenen les seves dietes base tradicionals però han incorporat pautes del seu entorn actual, subutilitzant (respecte a les normes) alguns grups d'aliments importants com verdures i fruites.

A l'estudi transversal realitzat a Madrid amb 300 immigrants amb més de 14 anys i que portaven més de 3 mesos vivint a Espanya es va administrar també un qüestionari sobre consum d'aliments. No hi ha suficients detalls metodològics quant a la tècnica de recollida de les dades, i l'anàlisi no permet establir comparacions amb recomanacions nutricionals, però es troben diferències en la freqüència amb què es consumeixen alguns aliments i el fet de viure en parella (major consum de pollastres, verdures i hortalisses), o saber llegir i escriure en castellà (més consum de xai, llet, vedella, sopes, dolços i cafè, i menys refresc de cola i ous).<sup>61</sup>

Aproximadament la meitat dels immigrants econòmics procedeixen de països on es professa majoritàriament l'islam. Un dels fets més importants relatius a l'alimentació d'aquells que la practiquen és el dejuni durant els mesos del ramadà. L'estudi de Mataró, abans esmentat,<sup>60</sup> es va realitzar fora d'aquest període de dejuni i no n'hi ha cap altre a Espanya que valori la seva influència en els tipus d'aliments ingerits. Un estudi realitzat a Almeria analitza si el fet que els musulmans facin el ramadà afecta o no la seva salut.<sup>64</sup> S'inclogueren persones musulmanes que acudiren a un servei d'urgències, 192 durant el període del ramadà i 213 fora d'ell, sense estar aparellats ni per edat ni per sexe. L'únic motiu de consulta on es varen trobar diferències significatives va ser en el dolor abdominal. Els autors diuen que no sembla haver-hi problemes en persones sanes a causa del dejuni.

Un estudi realitzat en 42 joves magribins il·legals interceptats a Saragossa l'any 1997 (22 argelins i 20 marroquins) es va dur a terme sota la hipòtesi de trobar alteracions nutricionals pel fet d'haver arribat recentment de països en desenvolupament. No es van trobar diferències significatives en pes ni talla, perímetre braquial i plec tricripital i subescapular respecte als estàndards de la població espanyola. Només el perímetre cefàlic era més petit (54,86 cm respecte a 55,61 cm). No hi ha dades individualitzades de possibles malnutricions (crònica o aguda), encara que no s'ha analitzat l'índex de massa corporal. En qualsevol cas, l'informe corrobora la bona salut física dels joves immigrants, fins hi tot havent sobreviscut moments difícils.<sup>87</sup>

Un estudi comparatiu entre nens nadius i nens de pares immigrants realitzat a Mataró l'any 2001 sobre 987 joves (més del 90% autòctons, 6,2% magribins, 2% de l'Àfrica subsahariana i 1,6% d'altres) va trobar que la prevalença de dèficit de lode va ser del 7% a autòctons, 20% en de l'Àfrica subsahariana, 18,4% en magribins i 15% en d'altres procedències. L'odd ratio de no autòctons vs. autòctons va ser de 2,88 (IC95%:1,33-9,12). Els nens que els seus pares coneixen i fan servir la sal iodada tenen valors més alts. No es va trobar associació amb el baix pes, la talla, l'agudesa visual o la dentició. Cal dir que no s'ha tingut en compte la classe social o altres variables que podrien afectar les diferències a l'hora de comparar la prevalença entre nadius i immigrants.<sup>63</sup>

Els estudis de casos tenen poca utilitat per a la presa de decisions sanitàries, però alerten als clínics sobre patologies molt poc freqüents. Es presenta la descripció d'un cas de tetània hipocalcèmica en una dona hindú de 38 anys amb millora del calci sèric i de la Parathormona un cop instaurat el tractament,<sup>62</sup> i 3 casos de raquitisme a Barcelona. Es dona la circumstància que aquesta malaltia és molt poc freqüent i que els tres casos són nens immigrants del Pakistan (2 nenes, de 12 i 13

anys; i un nen de 14 anys), que porten com a molt 3 anys a Espanya. Els paràmetres bioquímics es normalitzaren amb el tractament adequat.<sup>88</sup>

No obstant això, no hi ha cap estudi que valori l'adequació o la suficiència de la dieta d'aquests grups, on la nutrició és fonamental. Tenint en compte que en la majoria de les comunitats la dona té un rol central en l'alimentació i que entre les dones de la família acostuma a haver un suport important en la criança dels fills i en l'aprenentatge de la cultura alimentària, s'hauria d'enfocar també sobre l'efecte que pogués tenir la ruptura de les relacions familiars tradicionals i les condicions laborals de les dones immigrants sobre la seva pròpia alimentació i la de les seves famílies, especialment la dels fills en edat de ser alletats. Dos dels estudis seleccionats assenyalen els homes solters com un grup de risc, trobant-se que les seves dietes són menys variades que quan viuen en parella.<sup>60</sup>

## MALALTIES INFECCIOSES

Els immigrants econòmics provenen de països on la prevalença d'algunes infeccions és més elevada que a Espanya, com el virus de la immunodeficiència humana (HIV), el virus de l'hepatitis B (VHB), la tuberculosi... i, fins i tot, poden ser portadors de malalties inexistentes al nostre país o que van ser eradicades anys enrere.

En un estudi realitzat a Calamocarro, campament situat a Ceuta on es retenen de forma preventiva els immigrants que acaben d'arribar abans d'entrar a la Península, es va fer la prova de la tuberculina a 2.226 persones, la majoria homes procedents de l'Àfrica subsahariana. Aquesta va ser superior a 10 mm en més del 50% dels procedents d'alguns països com Camerun o Congo, i hi havia, a més, 19 imatges radiològiques suggestives de malaltia i 2 baciloscòpies positives.<sup>98</sup> Un seguiment similar és el que van realitzar a Las Palmas de Gran Canaria a 173 immigrants africans. En ells la prevalença d'infecció va ser del 25% en els procedents de l'Àfrica subsahariana i d'un 5% en els magribins. Durant l'any que va durar el seguiment, cap d'ells va desenvolupar la malaltia.<sup>32</sup>

Les prevalences de virus de l'hepatitis podrien també variar en la població immigrant. En un estudi realitzat entre 1992 i 1993, el percentatge de positius al VHB i al virus de l'hepatitis C (VHC) en immigrants de l'Àfrica subsahariana arribava al 81% en el cas del VHB i al 17% en el cas del VHC, sent del 34% en els procedents de Guinea.<sup>40</sup> En un estudi realitzat a Barcelona, s'analitzà la prevalença de marcadors enfront del VHB en diferents col·lectius d'immigrants. Les prevalences majors s'observaren en homes de l'Àfrica subsahariana (17%) i en dones procedents d'Àsia (20%).<sup>26</sup> En un estudi portat a terme a Madrid, es comparà les prevalences d'anticossos enfront de VHB, VHC i de VHD entre adults immigrants i nens immigrants procedents ambdós de l'Àfrica subsahariana, especialment de Guinea Equatorial. La prevalença de marcadors de VHB era similar en nens i adults (33% i 36%), però molt menor en anticossos enfront del VHC (1% i 7,4%) i no es detectà cap coinfecció VHB i VHD en nens, enfront d'un 10% dels casos de adults positius a HbsAg.<sup>48</sup> En un altre estudi es comparava la prevalença de virus de l'hepatitis E (VHE) d'un grup d'immigrants amb mostres de donants espanyols; i no es van trobar diferències.<sup>56</sup>

Respecte a l'HIV s'estudia també el patró filogenètic. Segons dos estudis realitzats a Madrid, la prevalença de virus mutants no-B, virus que possiblement requereixen diferents proves diagnòstiques i que podrien tenir més resistència als tractaments tradicionals, és superior en els immigrants procedents de l'Àfrica subsahariana que en els autòctons o en els originaris d'altres països.<sup>27,39,47</sup> En un altre estudi, destaca com el percentatge de virus no-B en població autòctona s'ha incrementat amb el temps, passant de poc més del 10% en els infectats abans de 1996, a prop d'un 25% en els infectats després de 1996.<sup>46</sup> Altres estudis profunditzen en el tipus de virus HIV no HIV-1 (descriuint els casos d'HIV-2) i d'altres virus (HTLV-I i HTLV-II). En aquests estudis s'observa que la majoria procedeixen de l'Àfrica subsahariana en el cas de l'HIV-2 i d'Amèrica del Sud en el HTLV-I. En els autòctons es concentren la majoria de casos d'infecció per HTLV-II.<sup>23,43-45,53</sup>

Els estudis que avaluen els diagnòstics infecciosos en la població immigrant i que mostren també resultats en població autòctona són escassos o bé són estudis descriptius de l'activitat de serveis especialitzats en medicina tropical. Així, els immigrants que retornen de països amb anquilostomiasis i estrongiloidiasis endèmiques i afectats pels paràsits solen estar més poliparasitats que els espanyols que viatgen a aquells països, malgrat no tenir diferències en les manifestacions clíniques.<sup>21</sup> Altres estudis mostren sèries de casos de 10 parasitacions per *Taenia solium* en espanyols i immigrants,<sup>11</sup> 32 casos d'afectació per *Schistosoma mansoni*,<sup>15</sup> també en espanyols i immigrants, 4 casos de neurocisticercosi en immigrants,<sup>14</sup> 2 casos de criptococosi disseminada en immigrants de Colòmbia,<sup>49</sup> 2 casos de paracoccidiomicosis en immigrants de Veneçuela<sup>20</sup> i 162 casos de parasitosis intestinals en 674 immigrants estudiats.<sup>13</sup>

Entre aquests estudis, l'agent etiològic de més importància és el plasmòdium. En diferents articles, es descriu l'epidemiologia dels casos, destacant que la gran majoria d'aquells viatgers que pateixen la malaltia no han pres la quimioprofilaxi o no han fet una pauta correcta,<sup>12,16,19</sup> havent-hi una possible diferència entre immigrants i autòctons a l'hora de prendre la medicació adequada, i és menor en aquests últims.<sup>12</sup> Un altre estudi se centra en l'aspecte clínic i la importància dels processos asimptomàtics en la població immigrant.<sup>22</sup>

A la Unitat de Medicina d'Immigració i Tropical de Mataró classificaren les infeccions diagnosticades a la població immigrant en tres categories: de baix risc de transmissió a la població autòctona, de risc evitable amb mesures adients d'higiene, i de risc no evitable, però associades a situacions de precarietat i marginalitat social, fet que dificultava la diferenciació entre malalties importades o adquirides a Espanya. Segons els resultats de les infeccions diagnosticades, un 27% es consideraren del primer grup, un 35% del segon i un 38% del tercer.<sup>18</sup>

Altres quatre publicacions descriuen els diagnòstics més prevalents de la població immigrant atesa, i enumeren també la patologia infecciosa però sense fer comparacions amb la població autòctona de la zona,<sup>51,80,82,84</sup> o comparen entre diferents poblacions immigrants,<sup>24</sup> o bé descriuen els diagnòstics d'un grup de nens interceptats en situació il·legal.<sup>87</sup> En aquests estudis, malgrat la manca de dades comparatives, destaca l'elevada prevalença de casos de tuberculosi activa<sup>37,80,84,87</sup> i altres patologies com la sífilis<sup>30,84</sup> o la parasitosis intestinal.<sup>51,80</sup>

A part dels estudis que analitzen els diagnòstics en la població atesa n'hi ha que profunditzen les anàlisis en poblacions seleccionades, moltes d'elles relacionades amb l'HIV. És el cas d'un estudi realitzat a Barcelona a partir de les persones diagnosticades de sida a la ciutat entre 1988 i 1998. El 4,7% eren immigrants, tenien més probabilitats que no pas els autòctons de viure a Ciutat Vella, de ser homes, de ser de més edat, no tenir antecedents penals i no ser addictes a drogues per via parenteral (ADVP). Es trobaren diferències en supervivència, i aquesta era superior en els espanyols, sense que hi hagués diferències entre immigrants de països de renda alta i baixa.<sup>28</sup>

Sobre població reclusa hi ha dues publicacions. A Lleó, a principis dels noranta, van veure que la prevalença d'infecció d'HIV era menor en els immigrants i altres col·lectius respecte als de raça caucasiana, a excepció dels de raça gitana.<sup>38</sup> A Barcelona, en un estudi de casos (150 immigrants) i controls (300 autòctons), els immigrants tenien una major proporció, encara que no significativa, de proves de la tuberculina positives i una menor prevalença, estadísticament significativa, d'infecció per HIV, probabilitat que es mantenia quan s'ajustava per variables sociodemogràfiques i de consum de drogues.<sup>33</sup>

En la mateixa línia, dos estudis inclouen dades de les persones que volen fer-se la prova de cribratge de l'HIV. El realitzat a la Unitat de Malalties de Transmissió Sexual de Barcelona inclou sobretot treballadors del sexe i ADVP. Els immigrants eren, amb més proporció dones, es dedicaven més a la prostitució i tenien menys pràctiques homosexuals o bisexuals. La prevalença d'infecció d'HIV va ser similar (1,8%), i més alta prevalença d'anticossos enfront de VHB i sífilis.<sup>30</sup> A la "Corona Metropolitana del Sudeste de Madrid" es realitzà un estudi on detectaren un increment

absolut d'immigrants que demanaven la prova amb els anys, i superaren els autòctons l'any 2001, concordant amb l'evolució de la immigració.<sup>35</sup>

També a Madrid es realitzà un estudi en treballadors del sexe que entenguessin el castellà. Tot i no incloure els que no entenien la llengua, els immigrants tenien prevalences d'infecció per HIV força més altes (35% vs. 21%), feien servir menys el preservatiu en les seves relacions i es feien menys la prova de cribratge de l'HIV.<sup>55</sup>

A l'hospital de Basurto, Biscaia, es realitzà un estudi descriptiu dels casos incidents d'infecció per HIV entre 1998 i 2000. Els immigrants eren més joves, amb pràctica sexual més heterosexual que no pas els autòctons (80% i 37%). El diagnòstic tardà de la infecció (en estadi de sida) es donà en el 35% dels casos i no s'associà al fet de ser immigrant. Aquests resultats podrien estar esbiaixats per ser població que acudia al centre hospitalari per al seu diagnòstic.<sup>31</sup>

Entre els immigrants es troben alguns dels col·lectius menys afavorits. Aquests, per les condicions de vida, d'habitatge, laborals... podrien estar més afectats per malalties com ara la tuberculosi.<sup>25,41</sup> A la fi dels anys vuitanta i al principi dels noranta, la incidència d'infecció tuberculosa va augmentar en molts països desenvolupats. A partir de les notificacions de nous casos de tuberculosi a 14 països europeus entre els anys 1980 i 1990, es va veure que la incidència de la malaltia va mantenir-se invariable en la població autòctona, incrementant-se en la població immigrant, sobretot entre 1988 i 1990.<sup>42</sup> A Gran Canària s'observà que entre els anys 1988 i 1992, la incidència de la malaltia disminuïa en la població autòctona, mantenint-se o incrementant-se en els immigrants així com en els sense sostre i en la població infectada per l'HIV.<sup>52</sup> Aquesta tendència a incrementar-se en població immigrant també s'introdueix en un estudi sobre els nous casos de tuberculosi a la comarca del Garraf, on el 49,5% dels nous casos entre 1996 i 2000 es van donar en immigrants.

A l'informe de 1999 sobre la "Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya" s'indica que és un factor de risc de patir la malaltia tuberculosa el fet de ser immigrant recent (porta menys de dos anys vivint a Catalunya), ja que entre 1992 i 1999 es va reduir la incidència de la malaltia en població autòctona, i es va mantenir en la població d'immigrants recents.<sup>50</sup> L'increment d'incidència en els immigrants també s'indica en els informes sobre tuberculosi a la ciutat de Barcelona dels anys 2000 i 2001, on s'aprecia la gran diferència d'incidència entre immigrants i autòctons. La incidència més elevada s'observà en els immigrants procedents d'Àsia on l'any 2000 va ser de 721/100.000 i l'any 2001 de 420/100.000 (essent superior a 1.000/100.000 en els procedents de Pakistan), enfront de la incidència global de la ciutat que es situava en 37/100.000 i 34,9/100.000.<sup>25,41</sup> La mitjana d'incidència en el global d'immigrants a Barcelona va ser de 349/100.000 l'any 1999 i 555/100.000 l'any 2000, mentre que en persones autòctones, va ser de 32,7/100.000 i de 29,6/100.000.<sup>17</sup>

En un estudi realitzat a l'àrea sanitària 6 de Madrid s'avaluà l'acceptació d'un programa de cerca de persones amb tuberculosi activa en un col·lectiu d'immigrants, majoritàriament de procedència magribí. A l'estudi 6 de 142 tenien malaltia tuberculosa activa.<sup>90</sup> També s'avaluà l'acceptabilitat en un programa similar realitzat a Bilbao, incloent immigrants d'altres procedències, no només magribins. En aquest estudi només 1 de 327 tingué una baciloscòpia positiva, i hi havia quatre radiografies suggestives, tot i ser el 89% immigrants indocumentats (existeix, a més, un biaix de selecció ja que els immigrants buscaven assistència sanitària). El 31% tenia una prova de la tuberculina positiva, superior a 10 mm.<sup>29</sup>

Dos estudis més descriuen els problemes que tingueren els investigadors per fer el control de contactes en casos de malaltia tuberculosa activa, no només a l'hora d'identificar-los, sinó de fer-ne el seguiment. Ambdós es donen en col·lectius d'immigrants magribins. En el primer, els factors de risc associats a la positivitat de la prova de la tuberculina varen ser: ser home, viure en agrupacions no familiars, no estar casats i el fet de no viure amb la parella. El nombre d'anys en agrupacions

familiars i el nombre de familiars vivint amb ells varen ser factors protectors. La taxa de malaltia va ser del 1,97% anual, molt per sobre de l'europea.<sup>34</sup> En el segon estudi, destaca l'elevada taxa de resposta (40 de 44) a les mesures de control, que segons els autors es deuria a la participació d'un col·laborador del col·lectiu immigrant.<sup>57</sup>

## **ALTRES PATOLOGIES**

El fet d'anar a viure a d'altres països pot associar-se amb l'aparició o agreujament d'altres patologies, fora de les relacionades amb la salut de la dona, la salut mental o les malalties infeccioses.

En un estudi multicèntric realitzat a diversos països desenvolupats del món, i entre ells Espanya, es va comparar la prevalença de simptomatologia d'asma en població autòctona, amb la prevalença de simptomatologia d'asma en la població immigrant. Es va veure que els immigrants tenien un 21% més de risc de patir la malaltia que no pas els autòctons, i era similar la resposta bronquial a la metacolina i el percentatge d'atòpia.<sup>10</sup>

Un servei d'hematologia va realitzar un escrutini d'hemoglobinopaties i talassèmies estudiant 250 mostres de sang pertanyents a adults sans de l'ètnia Sindhi, de procedència del Pakistan. Segons els autors els resultats mostraren una incidència d'Hb Q Índia del 3,2% i de  $\beta$  talassèmia del 10,5%.

## **Utilització de serveis sanitaris**

### **ACCÉS I PERFIL D'UTILITZACIÓ**

Actualment, a Espanya, l'atenció sanitària d'urgències, així com d'embarassades i de nens, està garantida per a qualsevol ciutadà estranger, independentment de la seva situació administrativa (*Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social*). Per a la resta de casos, l'accés als serveis sanitaris de cobertura universal i gratuïta depenen de l'obtenció de la targeta sanitària, que només requereix l'empadronament en el municipi. Molt diferent és la condició de residència, relacionada amb la situació laboral de l'estranger i, per tant, de la seva afiliació a la seguretat social.

Molts autors reconeixen l'accés al sistema sanitari per part de la població immigrant, com una de les dificultats més importants en la provisió de serveis. La diferència en l'accessibilitat s'associa a barreres culturals, idiomàtiques, situació de legalitat o no en el país d'acollida, i desconexió del sistema sanitari per part dels immigrants. Suggereixen que l'idioma, la manera d'expressar-se, el concepte de malaltia i de salut, o la religió, poden afectar els processos d'atenció sanitària (diagnòstic, decisions terapèutiques, seguiment, compliment, etc.). Els estudis seleccionats en aquesta revisió il·lustren aquest tema junt amb algunes dades.

Maluquer Margalef va investigar els aspectes socials de la salut dels immigrants a través d'entrevistes amb personal sanitari (informants claus) a la província de Barcelona. L'autora recalca que a l'informe de la Diputació de Barcelona del 1990, els serveis socials defineixen les dificultats dels immigrants per accedir al sistema sanitari gairebé exclusivament com impediments jurídics i d'ordre econòmic, mentre que en les entrevistes a professionals sanitaris destaquen altres factors, que denominen factors "culturals". Basant-se en aquestes entrevistes, destaca com a necessitat específica, el problema de la comunicació lingüística, que podria dur a la desconfiança mútua.<sup>99</sup>

Un estudi transversal realitzat entre 1998 i 1999 al barri de San Francisco de Bilbao va incloure 406 immigrants que demanaven assistència sanitària, amb una mitjana d'edat de 32,5 anys; el 89% dels casos van resultar immigrants sense papers i sense seguretat social.<sup>29</sup>



A Salt, Girona, Jauma Pou i Viñamata<sup>82</sup> va contrastar les històries clíniques del Centre d'Atenció Primària amb la població censada de l'àrea corresponent al CAP i va trobar que hi havia censades 103 persones immigrants de les quals 57 tenien HC al CAP.

Un estudi similar es va realitzar a partir de tots els pacients ingressats a l'Hospital del Poniente, Almeria, durant 8 mesos. El 24% no estaven empadronats. El 16% dels no empadronats eren immigrants, així com el 3% del total dels ingressos.<sup>100</sup>

Ramos i col. varen realitzar 24 entrevistes a metges, treballadores socials i immigrants dels serveis on s'atenen un major nombre d'immigrants (CAP, serveis d'urgències, infeccioses o pediatria hospitalària) amb l'objectiu de conèixer i prioritzar les propostes dels professionals per millorar l'atenció als immigrants. Els autors trobaren que les restriccions administratives en l'accés són un dels principals problemes identificats pels professionals, que els immigrants tenen dificultats per obtenir la targeta sanitària encara que estiguin donats d'alta de la seguretat social, i que en els casos irregulars, l'atenció especialitzada es fa a urgències mitjançant ONG.<sup>89</sup>

L'avaluació del Programa Integral d'Atenció a l'Immigrant, desenvolupat per la Conselleria de Benestar Social de la Comunitat Valenciana,<sup>86</sup> va mostrar que el 80% dels 2.657 usuaris dels anys 1998 i 1999 no tenien cobertura sanitària. Els percentatges globals relatius respecte a homes i dones no canvien gaire, però sí s'aprecien diferències segons la zona geogràfica d'origen: s'eleva a un 91,6% entre els procedents dels països de l'est i al 85% en els sud-americans, descendint entre els originaris del Nord d'Àfrica a un 74% i sobretot d'Àfrica subsahariana a un 69%. Crida l'atenció que el percentatge de dones magribines sense cobertura és molt inferior a la dels homes magribins. De 4.206 demandes registrades (amb una mitjana de 1,5 demandes per subjecte), un 14% correspon a assistència sociosanitària (segona després del 29% corresponent a la informació sobre recursos socials). D'entre les demandes d'assistència sanitària existeix una diferència entre sexes que no és present en altres serveis demandats: 31% en dones i 17% en homes. Segons el país de procedència, els grups més nombrosos dels 2.657 usuaris són d'Algèria (15,4), Equador (15,3) i Marroc (14,3%), amb una mitjana d'edat de 29 anys, i el 73,3% es troba entre 21 i 40 anys. No obstant això, els immigrants sud-americans són els més propensos a demandar serveis i els primers demandants d'assistència sanitària. Els immigrants d'Àfrica subsahariana demanen informació en major grau que d'altres grups i són el segon grup en importància quant a demandants d'assistència sociosanitària. Els autors destaquen que demanen més els immigrants que mostren una situació de precarietat vital relativa. Resulta particularment important constatar que els immigrants procedents dels països de l'Europa de l'Est, en situació irregular i fretuosos de cobertura sanitària, no es troben entre els principals demandants.

La xarxa sanitària pública és la més utilitzada, encara que no és possible estimar el nombre d'immigrants assistits a través d'organitzacions no governamentals (ONG) o que utilitzen medicines alternatives.

L'informe d'estadístiques vitals de Barcelona mostra que el 70% dels parts de dones estrangeres s'atenen a la xarxa pública.<sup>9</sup>

Torres i Sanz van dirigir un estudi de base comunitària en una àrea de Madrid durant dos mesos de l'any 1997.<sup>5,83</sup> Dels 300 immigrants entrevistats, el 30,9% tenen una situació irregular i el 25% no disposen de targeta sanitària. El 84% declaren haver utilitzat un servei sanitari a Espanya, el 65% d'aquests, els centres d'atenció primària (CAP); el 70% han pres medicaments, i el 22% remeis casolans o de medicina tradicional. Les consultes a ONG són poc freqüents i el 23,3% han estat hospitalitzats algun cop, sent el 81% via urgències.<sup>5</sup> 231 declaren haver estat malalts a Espanya, dels quals 72 no han buscat atenció mèdica, fet associat a la manca del permís de residència (OR=2,6; IC95%:1,2-5,8), ajustat per sexe, país d'origen, educació, coneixement de la llengua espanyola, autopercepció de l'estat de salut, nombre d'anys viscuts a Espanya i gravetat de l'últim episodi de malaltia.<sup>83</sup>

Antonio Ugalde comenta els resultats d'una enquesta realitzada a treballadors de la construcció, magribins (n=100) i espanyols (n=100). El 31% dels magribins i el 22% dels espanyols no havien acudit a un centre de salut en el moment en què varen percebre que ho haurien necessitat. Els motius varen ser diferents per als dos grups: mentre els magribins temien per ser il·legals (33%) o perdre el lloc de treball (27%), els espanyols es referien a la manca de temps (89%), sense tenir en compte la gravetat del problema.<sup>101</sup>

Els serveis d'urgència semblen ser el primer contacte amb el sistema sanitari de la majoria dels immigrants i la demanda d'atenció per problemes que s'haurien d'abordar en atenció primària sembla ser alta.

L'estudi de Cots i col.<sup>77</sup> mostra que el 7,7% del total de les altes de l'Hospital del Mar (Barcelona) durant l'any 2000 pertanyen a persones de països de renda baixa (PRB); però aquest percentatge és del 13,3% quan es considera els ingressos a urgències i només arriben el 2,3% per consultes externes. En un altre estudi el 74,7% dels casos que varen patir accidents laborals van anar a un servei sanitari, un 64% a urgències hospitalàries i un 36% al centre de salut.<sup>8</sup>

Així mateix, la revisió de les històries clíniques de 1.577 ingressos a hospitals públics de la ciutat de València corresponents a immigrants (nacionalitat de països amb menor desenvolupament econòmic que els de la Unió Europea) va mostrar que el 82,9% dels ingressos es va produir a través del servei d'urgències, el 14,7% varen ser programats o inclosos en cites corresponents a programes de control i el 2,4% varen ser remesos d'altres centres hospitalaris.<sup>75</sup> Aquest estudi no va establir comparacions amb els ingressos d'autòctons.

Cañavate Gea comenta les estadístiques de consultes i urgències del febrer i març de l'any 2001, en tres centres sanitaris d'Àrees d'Atenció Primària de Cartagena, Múrcia, municipis amb percentatges molt elevats de població immigrant. Les visites d'estrangers a atenció primària (sense diferenciar la procedència, cosa que pot incloure turistes o immigrants europeus) és del 3,4% del total, una tercera part d'aquests sense targeta sanitària. Malgrat que l'autor destaca la manca d'informació estadística sobre l'ús dels serveis sanitaris perquè no consta l'origen del pacient, conclou que la població immigrant utilitza proporcionalment més l'atenció d'urgències hospitalàries que les consultes d'especialistes en consultes externes. D'altra banda, els parts d'immigrants en l'Àrea de Lorca suposen un 15% del total.<sup>71</sup>

## MOTIUS DE CONSULTA I HOSPITALITZACIÓ

Els motius de consulta i hospitalització més habituals es relacionen amb necessitats de la població jove. Les demandes més freqüents en la població immigrant són l'atenció ginecoobstètrica, la pediàtrica i la medicina general.

En l'estudi de Torres i Sanz anteriorment comentat, el 23,3% dels 300 immigrants marroquins entrevistats havien estat hospitalitzats alguna vegada, i els dos motius més freqüents d'hospitalització eren els parts (22,9%) i els accidents (21,4%).<sup>5</sup>

L'estudi del perfil de casuística hospitalària de l'Hospital del Mar de Barcelona, realitzat per Cots i col., compara immigrants procedents de països de renda baixa (PRB) amb autòctons i immigrants procedents de països de renda alta (PRA) a partir de dades del CMBDH. Els principals motius de consulta en immigrants de PRB eren els obstètrics i la neonatologia (65,8%), mentre que en el grup PRA, eren la medicina general (44,6%) i la cirurgia (25,4%), i quedaven en tercer lloc les especialitats maternoinfantils (19,7%).<sup>77</sup>

Els motius d'ingrés són diferents segons el sexe, tal com informa l'estudi dels hospitals públics de la ciutat de València, que va relacionar principalment els parts o avortaments amb els ingressos de dones (55,2%) i els originats per traumatismes (30,8%) o malalties de l'aparell digestiu (12,1%) amb els dels homes.<sup>75</sup>

A més, la necessitat d'atenció maternoinfantil és creixent. La proporció de naixements de dones de l'Amèrica Llatina, Àfrica i Àsia ha augmentat en un 21 % entre 1995 (5,3 %) i 1999 (6,4 %), mentre que la de naixements de dones espanyoles ha disminuït un 5 % (91,4 % al 1995 a 87,4 % al 1999) a Barcelona<sup>9</sup>.

Altres dades de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària mostren que la incidència de parts senzills és més elevada en dones de PRB (45%) que en espanyoles (34%), però que la incidència de cesàries sobre embarassos complicats és superior (51% vs. 43% en espanyoles i 32% en dones de PRA).<sup>65</sup>

En l'estudi de Jaume Pou i Viñamata a Salt (Girona), la mitjana de visites per any, és màxima per sota dels 10 anys d'edat reduint-se a menys de tres visites a partir dels 20 anys, pels dos sexes, encara que és superior en les dones. Els principals motius de consulta a pediatria són la puericultura (22%), les revisions mèdiques (18%) i les vacunacions (13%). Els motius de consulta més freqüent en adults són el dolor abdominal (9%) i l'epigastràlgia (7%), sent l'ulcus duodenal (10%) el diagnòstic més freqüent, encara que no s'estudia la presència d'helicobàcter pilori.<sup>82</sup>

Kaplan i col.<sup>85</sup> van fer entre els anys 2000 i 2002 un estudi de salut reproductiva de les dones d'Àfrica subsahariana, pacients del Centre d'Atenció de la Dona (CAD) a Mataró, contrastant la informació obtinguda per entrevista (E) o per Història Clínica (HC) (vegeu capítol d'aspectes metodològics).

La primera consulta ve motivada per l'embaràs en el 52% de los casos, segons E, i en el 35% dels casos, segons HC. La planificació familiar és el segon motiu més enunciat per acudir per primera vegada a la ginecòloga, en un 33% segons les HC i en un 24% segons les entrevistes. El control ginecològic és motiu de primera consulta per a un 2,4% de les dones segons HC i per a un 11,4% segons E.

Un 65% de les dones declaren a les entrevistes no haver anat anteriorment a professionals, mantenint-se un percentatge semblant independent de les onades migratòries (diferents anys d'arribada), l'ètnia i el país de procedència. En canvi, a les HC consta que un 46% han tingut consultes ginecològiques a Espanya, un 4,4% a l'Àfrica i un 2,4% cap consulta. Les dones perceben que les visites al CAD han estat indicades pel metge de capçalera.

A més, s'observa que la majoria (63,5%) acudeix sola a la consulta ginecològica. L'acompanyant més freqüent és el cònjuge, especialment en la tercera onada migratòria, dones arribades entre 1996-2001. Les dones mandinga són les menys acompanyades pel cònjuge, en un 66,7%, enfront de les saraholes que són les més acompanyades, en un 80,9%. La segona onada, dones arribades entre 1990-1995, i la tercera onada, han realitzat més visites amb presència de mediadores (4,9% i 4,4%, respectivament vs. 2,2% en dones de la primera onada, arribades a la dècada dels 80), reflectint una major necessitat per l'inferior temps de residència en el país (dades segons l'entrevista).

Rodríguez i González comuniquen en una carta els motius de consulta urgent en un servei d'urgències d'un centre d'AP de Villanueva de la Calzada (Madrid), comparant 332 immigrants marroquins i 332 autòctons. No hi ha aportacions metodològiques que permetin conèixer si varen ser aparellats, ni constància dels intervals de confiança. Els diagnòstics més freqüents es donaven per causes dermatològiques, juntament amb molts diagnòstics no identificats o no ben definits.<sup>79</sup>

En las visites mèdiques apareixen freqüentment signes i símptomes en els quals no s'arriba a establir un diagnòstic, aparentment relacionats amb somatitzacions.

L'informe de Roca i col.<sup>80</sup> sobre 1.321 immigrants atesos en la unitat de medicina d'immigració i tropical (UMIT) de l'Hospital de Mataró (Barcelona) entre 1984 i 1994 mostra que el primer contacte amb el sistema sanitari es dona a través d'urgències. Un 53,5% de signes i símptomes de consulta estan mal definits, sobretot de tipus digestiu. Han consultat per dolor abdominal, més

que la resta, aquells pacients procedents de l'Àfrica subsahariana i els que tenen una situació laboral inestable. Tretze pacients han consultat per problemes psiquiàtrics.

## ACTIVITATS PREVENTIVES I INTERVENCIIONS TERAPÈUTIQUES

La percepció de la salut i dels riscos, el valor atorgat a la salut o les expectatives de beneficis davant de determinats tractaments, entre d'altres factors, varien entre cultures. Així, és possible que l'interès i la participació en programes preventius, la recerca d'assistència sanitària i l'adherència a tractaments siguin diferents en diversos col·lectius immigrants així com respecte als autòctons.

L'estudi realitzat a Almeria recull les indicacions terapèutiques realitzades a un servei d'urgències a persones musulmanes que varen acudir durant el període del ramadà (R; n=192) i fora d'ell (NR; n=213). Si bé existeixen diferències significatives en la distribució de la posologia dels medicaments, un 49% de prescripció de tractament cada 8 hores en el període R sembla ser inadequat encara que en període NR aconseguix un èxit del 78%. Els autors suggereixen una cerca d'alternatives per tal d'evitar el no acompliment del tractament. <sup>64</sup>

Respecte a les activitats preventives, els estudis són descriptius i no permeten analitzar el seu compliment en les actuacions dels equips de salut que, a més, haurien de fer-se comparant el compliment amb el de la població autòctona; ni l'aprofitament d'aquests serveis per part de la població immigrant. Alguns dels estudis seleccionats en aquesta revisió presenten resultats de l'aplicació de protocols d'exàmens de salut o cribrats, que inclouen enquestes de salut, exploració física i proves complementàries, <sup>78,84</sup> però cap avalua l'efectivitat de realitzar aquest tipus d'intervencions. L'efectivitat de les activitats preventives i terapèutiques en relació amb els immigrants és una línia d'investigació poc explotada, incloses actuacions com la utilització de mediadors culturals que poden facilitar l'entesa entre l'immigrant i el professional sanitari, millorar l'acceptabilitat dels serveis, la utilitat percebuda i la seva atenció.

En l'estudi descriptiu retrospectiu realitzat per Lacalle Rodriguez-Labajo i col. en un consultori mèdic rural de Villafranca del Castillo, Madrid, <sup>78</sup> la cobertura de vacunació és deficient en el 64,5% pel tètanus i en el 11,8% pel tètanus i la rubèola; 68,4% de serologia del VHB resulta negativa; cap cas d'hepatitis activa o crònica per VHB i el 14,5% presenta serologia d'infecció passada. El 35,5% presenta Mantoux > 10 mm (infecció tuberculosa) i el 7,9% Mantoux de 5-10 mm (probablement secundari a la vacuna); 0% de TBC activa.

En un estudi realitzat a Ciutat Vella, s'avaluà la susceptibilitat de rebre la vacuna del VHB en diferents col·lectius. El grup amb menor susceptibilitat era el d'immigrants procedents de l'Àfrica subsahariana. Respecte a aquest grup, la resta de col·lectius tenia un risc 2,4 vegades més gran o superior de ser susceptibles de rebre la vacuna. <sup>26</sup>

Les dades de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària mostren que la participació en el cribratge de càncer de mama és del 81% de les espanyoles, 58% de les del Magrib, el 100% de les d'Àfrica, el 73% de les d'Amèrica Llatina, el 48% de les de Filipines, i el 44% de les de l'Àsia. <sup>65</sup>

L'estudi realitzat al COMESEM (Corona Metropolitana del Sudeste de Madrid) amb informació de 6.065 persones que van anar a consultar per a la detecció de l'HIV entre 1988 i 2001 <sup>35</sup> mostra que la proporció d'immigrants ha anat augmentant des del 0,8% l'any 1988 al 21,5% al 2001, i que associat a aquest increment, el diagnòstic de malaltia per infecció per HIV es feia en millor estadi clínic.

En l'estudi sobre asma comentat amb anterioritat, els immigrants tenien un 40% més de probabilitats de prendre medicació oral si tenien simptomatologia que no pas els autòctons, diferències que no existien en la medicació inhalada. <sup>10</sup>

L'estudi transversal realitzat en població magribí a l'àrea sanitària 6 de la Comunitat de Madrid on es va fer servir la mediació d'un intèrpret, d'una població possible de 1.500, 750 dels quals estaven empadronats (6,2:1 homes), es va oferir l'estudi a 218 persones de les quals acceptaren 166 (sent menor l'acceptabilitat en dones, 19 sobre 30, enfront dels 147 dels 188 homes) i acabaren l'estudi 152, no havent-hi diferències significatives entre dones i homes. El principal motiu pel qual es va donar per finalitzat l'estudi va ser que no varen acudir a la lectura del PPD (5) o no varen lliurar l'esput (6). Suggereixen que el principal problema per a l'adhesió i continuïtat en el programa s'ha de buscar en els condicionants horaris i en la confluència amb les seves hores de feina, malgrat la mediació de l'intèrpret, que consideren de gran ajut. Respecte a les dones indiquen que depenen de si l'home accepta que ella participi en l'estudi. Si l'home no vol, elles no hi entren. <sup>90</sup>

L'estudi similar realitzat al barri de San Francisco de Bilbao <sup>29</sup> va incloure 406 immigrants dels 449 als quals se'ls hi va oferir, encara que completaren tot l'estudi només 306 (es requerien dues visites, una per fer les proves i una altra per donar-les). La gran majoria eren persones que demanaven assistència sanitària perquè estaven simptomàtics o perquè volien un certificat mèdic o eren acompanyants. El principal motiu per no acceptar entrar en l'estudi era el fet d'estar asimptomàtic. Estar simptomàtic el dia de la primera visita o anar per un certificat mèdic, varen ser variables a favor de l'assistència els dos dies de l'estudi.

### **LA TROBADA ENTRE EL PERSONAL SANITARI I L'USUARI IMMIGRANT**

La trobada mèdica no es pot considerar com una situació neutral i aïllada, sinó que es una interacció social complexa. La trobada del personal sanitari amb el pacient (immigrant o no) està caracteritzada per una relació social no igualitària de persones amb diferents expectatives, experiències, coneixements i poders. Perquè una interacció entre el personal de la salut i l'usuari sigui beneficiosa i satisfactòria és necessari que hi hagi un enteniment mutu. L'immigrant s'enfronta en la consulta mèdica a una situació de dificultats afegides al col·lectiu de pacients autòctons: la barrera de la llengua, diferències no verbals (gestos, contactes físics, etc.), diferència en l'expressió de dolor i de problemes de salut (p.e. somatització de problemes), diferents conceptes del cos, diferent coneixement de malalties, diferent significat associat a diagnòstics específics, diferents expectatives d'una consulta mèdica (p.e. relativa a experiències prèvies amb els sistemes sanitaris en els països d'origen), confrontacions possibles amb estereotips i xenofòbia per part del personal sanitari, experiències traumàtiques causades pel fons migratori que es manifesten en la consulta, condicions de pobresa i marginació, i condicions laborals difícils.

En una trobada mèdica, sobretot en l'àmbit d'atenció primària, tots aquests factors tenen un paper central per a la relació entre el personal sanitari i el pacient. Una bona provisió d'atenció sanitària a l'immigrant requereix una focalització en el pacient, més que no pas en la seva malaltia, que tingui en compte les condicions de vida de la persona ('patient-centred approach').

L'opinió i algunes reivindicacions del personal sanitari estan bastant reflectides en les discussions de la majoria dels articles. Alguns treballs l'han acceptat com a tema d'estudi.

Ramos i col. <sup>89</sup> troben, després de realitzar entrevistes a metges, treballadors socials i immigrants, que els principals problemes identificats pels professionals són les restriccions administratives a l'accés, el seguiment dels pacients i la falta d'entrenament en malalties tropicals. D'altra banda, els immigrants identifiquen com a principals problemes la regularització i l'accés a l'habitatge. S'assenyala també, que existeix una topada cultural i diferent percepció de la malaltia, així com, que l'atenció sanitària difereix entre centres, dependent del personal i l'actitud. Les dificultats idiomàtiques semblen ser més freqüents en l'àmbit rural i en immigrants asiàtics. A més, comenten que la sospita de malalties està condicionada per la procedència de l'immigrant.

L'estudi de Maluquer Margalef <sup>99</sup> assenyala els següents factors identificats per part del personal sanitari entrevistat: la formació dels professionals en aspectes mèdics i antropològics; la concen-

tració de les visites en un equip o un sanitari de referència; una atenció personalitzada i adaptable a les necessitats dels immigrants; la participació dels immigrants en el disseny i la realització de l'educació sanitària.

Segurament hi ha expectatives i necessitats en el personal sanitari que s'han d'explorar perquè també és un tema no investigat en profunditat.

Malgrat que es coneix que diferents recursos existents al marge del sistema sanitari (curanderos, remeis casolans...) poden influenciar el seu ús i el seu l'accés, entre els estudis seleccionats escassament s'introdueixen aquestes variables en l'anàlisi.

Dels 300 immigrants entrevistats en l'estudi de Torres i Sanz <sup>5</sup>, el 22% utilitzen remeis casolans o medicina tradicional. Les pràctiques tradicionals involucren normes socials dels col·lectius immigrants i de la societat receptora, generant conflictes en la integració. Igual que amb els costums alimentaris. És necessari conèixer els seus motius i els seus efectes sobre la salut abans d'establir recomanacions per modificar-les.

Entre grups d'immigrants existeixen maneres d'entendre la salut, la reproducció i la sexualitat, diferents a les habituals entre la nostra cultura occidental i cristiana, compartida per la majoria del personal sanitari dels centres de salut. Aquestes diferents concepcions poden dificultar que es garanteixi en l'atenció sanitària una bona comunicació verbal i no verbal entre metge i pacient. Per exemple, els ritus d'iniciació són en un principi pràctiques que serveixen per construir una identitat ètnica i de gènere entre els qui les practiquen. Algunes pràctiques associades, com la circumcisió masculina o la mutilació genital femenina, són considerades il·legals i poden tenir complicacions que afecten directament la salut. Tot això fa que la situació en què es pot trobar el personal sanitari estigui dotada d'una gran complexitat. Dintre de la revisió no hem trobat estudis referents a la circumcisió masculina, però sí en relació amb la mutilació genital femenina. L'estudi de Kaplan <sup>6</sup> ens recorda que la circumcisió masculina és una obligació emanada del Corà; la femenina és una sunna i té caràcter recomanable i no obligatori. L'estudi mostra que existeix un "factor de comoció" recíproc entre les immigrants d'Àfrica subsahariana procedents de països on es practica la mutilació genital femenina, i el personal sanitari. No s'entén i resulta difícil d'acceptar, tant per part d'elles, el fet que no estiguin circumcidades, com per part del personal sanitari, que elles sí ho estiguin.

## CONCLUSIONS

---

El nombre d'estudis adreçats a analitzar la salut dels immigrants ha augmentat en els darrers anys. No obstant això, s'han trobat buits importants en l'estudi de la salut de la població immigrant. La majoria dels estudis no són concloents respecte a les diferències de problemes de salut entre immigrants i nadius, ni en relació amb les intervencions de salut específiques adreçades a aquest col·lectiu. A més, els estudis analitzats presenten importants mancances en aspectes metodològics, o no poden respondre determinades hipòtesis per problemes del propi disseny o per manca de mostra.

Entre les limitacions trobades en els estudis es poden destacar les limitacions en la identificació de la població immigrant, en els dissenys d'investigació i en la manca d'instruments adaptats correctament. La majoria dels estudis són descriptius i transversals, no utilitzen grups de control comparables ni recullen suficients variables per ajustar els resultats, la qual cosa no permet establir associacions causals.

Malgrat això, en termes generals es pot afirmar que:

Els immigrants que arriben a l'Estat espanyol i a Catalunya són, en general, més joves que la població autòctona, i no són considerats inicialment com a grup de risc.

Els condicionants socials, la precarietat laboral i les condicions de l'habitatge podrien tenir una influència negativa quant a la seva salut. Com a conseqüència del tipus de feines que accedeixen i la dificultat per mantenir la regularitat jurídica, podria haver un excés tant en la accidentalitat com en les malalties professionals, constituint una desigualtat en salut per a la població immigrant. El fet de no tenir treball assegurat, que no permeti solucionar problemes econòmics o legalitzar la seva situació, pot condicionar la salut de l'immigrant.

La mala salut autopercebuda podria ser més prevalent en la població immigrant que no pas en la nadiua.

No hi ha estudis que comparin l'alimentació de les diferents poblacions d'immigrants amb la dels autòctons. Les diferències trobades en la selecció d'aliments no tenen en compte diferències socioeconòmiques que podrien determinar l'accés als aliments.

Els nens immigrants solen tenir pitjor salut dental que no pas la població autòctona, però no hi ha diferències clares en altres aspectes de la salut.

La població immigrant podria tenir més somatitzacions i clínica de simptomatologia mal definida com a expressió dels problemes de salut mental, així com menys freqüència de trastorns mentals psicòtics quan es compara amb la població nadiua.

El fet de que vinguin de zones on certes malalties infeccioses són més prevalents fa que alguns col·lectius d'immigrants tinguin més probabilitats d'estar infectats o d'haver passat alguna infecció més prevalent que a Espanya abans d'arribar. Malgrat que podria estar indicada la introducció de programes de cribratge en població adulta per identificar aquestes infeccions i que nombrosos centres sanitaris han realitzat exhaustius exàmens de salut a manera de cribratge, no existeixen estudis ni criteris clars sobre quins caldria introduir ni en quines situacions.

Mentre que la incidència de malaltia tuberculosa tendiria a disminuir entre la població autòctona, augmentaria o es mantindria constant en diferents col·lectius d'immigrants.

La proporció de persones infectades pel virus HIV mutants no-B podria ser superior en immigrants, especialment en el cas dels virus procedents de l'Àfrica subsahariana. Aquests casos podrien requerir altres proves diagnòstiques i ser més resistents al tractament habitual de la infecció per l'HIV.

Les persones immigrants diagnosticades de la sida podrien tenir una supervivència menor que els autòctons diagnosticats de la sida.

La xarxa sanitària pública és la més utilitzada i els serveis d'urgència són freqüentment el primer contacte amb el sistema sanitari.

L'accés a certs serveis sanitaris sembla tenir dificultats independents de la situació legal. Des del punt de vista de l'immigrant els motius principals serien el desconeixement del sistema i la por per la seva situació d'irregularitat. Segons els professionals existirien certes barreres burocràtiques i la inadequació de l'accés a les condicions socials (horaris laborals, xarxes de suport) dels immigrants.

Els motius de consulta i hospitalització es relacionen amb l'ús propi d'una població jove, predominant l'atenció ginecoobstètrica de les dones (parts) i les visites de medicina general en els homes (patologia digestiva). Hi ha una notable dificultat en els diagnòstics davant de signes i símptomes mal definits.

No hi ha informació suficient ni adequada per conèixer si les pràctiques preventives es realitzen de la mateixa manera que en la població autòctona. Hi ha indicis que la participació en programes preventius, així com l'acompliment de les pautes terapèutiques podria ser menor en la població immigrant que en la nadiua, podent augmentar les desigualtats en salut.



## RECOMANACIONS

---

### Polítiques de salut

A l'hora de planificar les polítiques sanitàries cal tenir present la creixent població immigrant procedent de països de renda baixa. Una de les mancances més importants és la falta de registres adients de la població immigrant, independentment de la seva situació de legalitat. Caldria disposar d'una sèrie de variables consensuades per diferents estaments, i que evitessin estigmatitzar l'individu. El millor coneixement de la població permetria millorar en la planificació i distribució de recursos disponibles, establint polítiques dirigides a les necessitats reals de la població que s'atén.

Les polítiques sanitàries haurien d'estar orientades a reduir les desigualtats en salut entre els immigrants i la població autòctona. Caldria aprofundir en millorar les condicions laborals i d'habitatge, dos dels factors més importants que poden explicar les diferències entre poblacions. Cal impulsar la vigilància i el control de malalties infeccioses com ara la tuberculosi, especialment en els col·lectius més desafavorits on es mantenen o augmenten les incidències anuals. A l'hora de poder avaluar l'efectivitat de programes de vigilància i control es fa de nou necessari la disponibilitat de registres de la població, ja que és necessari disposar dels denominadors adequats.

Facilitar l'accés efectiu als serveis sanitaris sembla un punt clau en la millora de l'atenció sanitària dels immigrants. La majoria d'estudis associen els problemes en l'atenció als immigrants a les diferències culturals i de comprensió de la llengua més que no pas a d'altres aspectes biomèdics. L'ús de mediadors multiculturals sembla millorar l'accés i l'efectivitat dels serveis sanitaris, encara que no queda clar quin és el perfil adient del mediador multicultural i sota quines condicions milloren l'accés i l'efectivitat dels serveis sanitaris.

La formació i l'ús coordinat de recursos de mediadors (aprofitant l'experiència d'altres països del nostre entorn), així com la coordinació de totes les institucions i serveis públics, privats, voluntaris, etc., que es dediquen a l'atenció social i sanitària dels immigrants pot millorar aquesta situació.

### Atenció sanitària. Relació professional-immigrant

Un dels aspectes que dificulta més la relació entre el professional sanitari i l'immigrant és el de les diferències culturals i d'idioma. La figura dels mediadors multiculturals podria ser adequada per reduir les distàncies existents, tot i que caldria aprofundir en la manera de dur a terme aquesta tasca.

D'altra banda, és important que el personal sanitari estigui format i sigui coneixedor de les diferències que poden existir entre els diferents col·lectius de població que pot atendre en les centres sanitaris. Un coneixement més profund de l'immigrant durà a una millor atenció. Caldria establir cursos de formació continuada en immigració i salut en els professionals sanitaris.

Cal fer èmfasi en les activitats preventives. Sobretot s'ha d'incidir en les activitats preventives en salut maternoinfantil, com la cobertura vacunar infantil i adoptar mesures per disminuir el risc de càries. Cal potenciar la figura de la dona com a cuidadora de la salut de la seva família i aprofitar tots els contactes amb el sistema sanitari per millorar l'educació sanitària dels immigrants i dur a terme les pràctiques preventives.

Igualment s'hauria d'afavorir la creació i manteniment de xarxes de suport socials per als immigrants, sent una eina que milloria la salut mental de la població immigrant.

Hi ha un seguit de malalties infeccioses que són més prevalents en els països d'origen que no pas a Catalunya. Potser seria adient incloure tècniques de cribatge per tal de detectar-les de forma

precoç, especialment tot just en arribar al país. D'aquesta manera, el desenvolupament de protocols o guies de pràctica clínica en el maneig del nouvingut podrien ser adequats per millorar l'atenció i la pràctica clínica i centrar-se més en el pacient.

S'hauria de validar i adaptar instruments per als diferents col·lectius d'immigrants, ja que els valors que es tenen en compte en la població autòctona podrien no ser vàlids per a algunes de les poblacions immigrants.

## Millora del coneixement i de les evidències

La investigació, doncs, es fa imprescindible per aportar evidències que facin avançar en el coneixement tant per orientar les polítiques sanitàries com per millorar l'atenció a l'immigrant.

Cal que els estudis que es desenvolupin aportin les evidències necessàries en aquests camps. Per això, haurien de ser de qualitat, i comparar amb la població autòctona per conèixer tant les diferències de la població immigrant i com de la població autòctona.

S'hauria de tenir en compte la població immigrant en estudis de salut representatius de la població general. Si bé la quantitat d'immigrants inclosos i l'heterogeneïtat d'aquests col·lectius no han estat tingudes en compte per aconseguir una potència estadística que permeti obtenir informació precisa, seria interessant explorar les dades d'utilització dels serveis sanitaris. Atès que l'accés als serveis sanitaris sembla ser un dels aspectes crucials de l'equitat en la provisió de serveis al col·lectiu immigrant, sembla recomanable que es realitzi un esforç especial en les pròximes edicions de les enquestes de salut per estudiar aquest aspecte.

Una altra característica important a tenir en compte és l'heterogeneïtat que pot haver en la població d'estudi, pels diferents orígens migratoris. Aquest fet fa que la grandària mostral necessària augmenti, cosa que permet aconseguir representativitat suficient per estudiar característiques particulars d'alguns col·lectius.

A l'hora de fer comparacions és molt important evitar els biaixos de selecció i si més no, evitar conclusions que no surtin dels resultats de l'estudi. Cal tenir en compte que el fet de ser "immigrant" associat als problemes legals i ètics que comporta és una limitació que afecta la selecció dels casos, la determinació dels denominadors i la comparació amb grups de control. Per tal de reduir els biaixos de selecció cal disposar de registres adequats i d'aquesta forma obtenir mostres el més representatives possibles de les poblacions d'estudi. Es fa necessari la disponibilitat de bons registres. No obstant això, en aquells casos on és difícil arribar a la població diana per la manca de registres, podria ser d'utilitat realitzar un mostreig en bola de neu.

És important tenir en compte que l'enfocament dels estudis des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut i de gènere és imprescindible per determinar quina part de les seves necessitats és atribuïble a aquests condicionants.

És necessari conèixer els hàbits alimentaris dels col·lectius d'immigrants per adequar les prescripcions dietètiques i els plans d'educació alimentària respectant el valor cultural o religiós de l'alimentació. No hi ha evidència que corrobori que les pràctiques alimentàries d'aquestes comunitats siguin deficientes i hauria d'avaluar-se amb estudis adequats i així valorar la necessitat o no d'intervencions.

Són escasses les investigacions que aborden la perspectiva del professional de la salut, i hi ha un dèficit en el coneixement de la relació personal sanitari-usuari i la perspectiva del col·lectiu d'immigrants. S'ha de tenir en compte que aquesta mancança té implicacions importants ja que no es coneix quina prioritat té la salut dins dels problemes dels col·lectius d'immigrants, cosa que afecta el seu comportament i motivació en programes preventius i en la cerca d'assistència sanitària. La perspectiva del col·lectiu immigrant inclou també conceptes sobre la salut i la malaltia i sobre el

propi cos que permeten diferenciar-los dels de la població autòctona. Conèixer les perspectives dels immigrants seria una de les prioritats més importants a l'hora de dissenyar els programes de salut adaptats a les seves necessitats.

L'efectivitat de les activitats preventives i terapèutiques en relació amb els immigrants és una línia d'investigació poc explotada, incloent-hi actuacions com la utilització de mediadors culturals que poden facilitar la comprensió entre l'immigrant i el professional sanitari, i millorar la seva atenció.

S'hauria de tenir en compte la població immigrant en estudis de salut representatius de la població general. El sobremostreig de determinades poblacions d'immigrants, segons la necessitat de dur a terme intervencions específiques, representa una possible solució en enquestes poblacionals.

Els registres sanitaris haurien d'incloure variables específiques que permetin analitzar el patró de morbiditat i mortalitat de la població immigrant a Catalunya. Pot ser necessari establir una manera de mesurar els antecedents culturals i migratoris a partir d'una combinació de dades.

La investigació en la salut dels immigrants, els seus costums, les diferències amb la població autòctona, etc., permetrà determinar la magnitud dels problemes de salut, identificar estratègies efectives per millorar l'accés als serveis sanitaris i d'acompliment de plans preventius o terapèutics, així com millorar l'atenció dels nou vinguts.



## BIBLIOGRAFIA

---

1. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ*. 1998;316(7140):1310-3.
2. Pons SO, Benito OE, Catalán FG, Roca SP, Proenza AA, Garau L, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en Mallorca. *Gac Sanit*. 1992;6(28):25-9.
3. Sánchez V, Rohlfs I, Borràs JM, Borrell C. Migration within Spain, level of education, and cervical cancer screening. *Eur J Cancer Prev*. 1997;6(1):31-7.
4. Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria*. 2002;29(8):463-8.
5. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26(5):314-8.
6. Kaplan A. Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones. Ponencia presentada al II Congreso sobre la Inmigración en España, 5-7 d'octubre de 2000, Universidad Pontificia Comillas, Madrid. [citado: 20/11/2003]. URL disponible a: <http://www3.upco.es/pagnew/iem/newweb/actividades/CD/documentos/adr.pdf>
7. Abad I, González A, Moya MJ, Palau P, Taberner F, Navarro E, et al. Sensibilidad de los registros hospitalarios en la identificación de la población inmigrante. Comunicació oral presentada al VIII Congreso Nacional de Documentación Médica, 5 i 6 de juny de 2003, Gijón. *Pap Med*. 2003;12(2):63.
8. Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población inmigrante marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. *Ofrim Suplementos*. 1999;185-94.
9. La salut dels immigrants (Informe 2001). Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1995-99. Barcelona: Servei d'Informació Sanitària. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 2002.
10. Tobías A, Soriano JB, Chinn S, Antó JM, Sunyer J, Burney P, et al. Symptoms of asthma, bronchial responsiveness and atopy in immigrants and emigrants in Europe. *European Community Respiratory Health Survey*. *Eur Res J*. 2001;18(3):459-65.
11. Terraza S, Pujol T, Gascón J, Corachán M. Neurocisticercosis: ¿una enfermedad importada? *Med Clin (Barc)*. 2001;116(7):261-3.
12. Zubero SZ, Santamaría Jauregui JM, Muñoz SJ, Teira CR, Baraia-Etxaburu AJ, Cisterna CR. Enfermedades importadas "tropicales": experiencia de una consulta especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp*. 2000;200(10):533-7.
13. Díaz J, Igual R, Alonso MC, Moreno MJ. Estudio de parasitismo intestinal en inmigrantes de la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana) [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(1):36.
14. Font PC, Ruiz Postigo JA, Muñoz BC, Pardos AF, Corachán CM. Neurocisticercosis en España. A propósito de 4 casos observados en pacientes inmigrados de países endémicos. *An Med Interna*. 1999;16(2):89-91.
15. Roca C, Balanzo X, Gascón J, Fernández-Roure JL, Vinuesa T, Valls ME, et al. Comparative, clinico-epidemiologic study of *Schistosoma mansoni* infections in travellers and immigrants in Spain. *Eur J Clin Micro Biol Infect Dis*. 2002;21(3):219-23.
16. Huerca H, López-Vélez R. Imported malaria in immigrant and travelling children in Madrid. *Eur J Clin Micro Biol Infect Dis*. 2001;20(8):591-3.
17. Vallés X, Sánchez F, Panella H, García DO, Jansà JM, Cayla JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(10):376-8.
18. Roca C, Balanzo X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(16):616-9.
19. Bartolomé RM, Balanzo F, X, Roca SC, Ferrer AP, Fernández Roure JL, Daza LM. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(10):372-4.
20. Miguélez M, Amerigo MJ, Perera A, Rosquete J. Paracoccidiodomicosis de importación. A propósito de dos casos [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1995;105(19):756.
21. Vilalta E, Gascón J, Valls ME, Corachán M. Anquilostomiasis y strongiloidiasis: estudio comparativo clinicoepidemiológico en viajeros procedentes de áreas endémicas. *Med Clin (Barc)*. 1995;105(8):292-4.
22. Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(2):45-8.
23. Soriano V, Gutiérrez M, Tuset C, Martínez-Zapico R, Ortiz DL, Aguilera A, et al. A multicenter study of infection with human immunodeficiency virus type-2 (HIV-2) in Spain (1991). Estudio multicéntrico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2) en España (1991). *Med Clin (Barc)*. 1993;100(14):531-5.

24. Ramos JM, Pastor C, Masià MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21(10):540-2.
25. Orcau A, García de Olalla P, Caylà JA. La tuberculosis a Barcelona. Informe 2001. Programa de prevenció i control de tuberculosi de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 2003.
26. Romea LS, Durán PE, Cabezos OJ, Bada Ainsa JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin (Barc)*. 1997;109(17):656-60.
27. Holguín A, Aracil B, Alvarez A, Barros C, Soriano V. Prevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) non-B subtypes in foreigners living in Madrid, Spain, and comparison of the performances of the AMPLICOR HIV-1 MONITOR version 1.0 and the new automated version 1.5. *J Clin Microbiol*. 2001;39(5):1850-4.
28. García de Olalla P, Lai A, Jansà JM, Bada JL, Cayla JA. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit*. 2000;14(3):189-94.
29. Salinas SC, Altube UL, España Yandiola PP, Capelastegui SA, Quintana López JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. *Arch Bronconeumol*. 2002;38(11):506-10.
30. Vall MM, Arellano E, Armengol P, Escriba JM, Loureiro E, Saladie P, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20(4):154-6.
31. López DM, Cámara MM, Santamaría JM, Zubero Z, Baraia-Etxaburu J, Muñoz J. Características clínicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(17):654-6.
32. Pérez Arellano JL, Hernández GA, Sanz PO, Moreno Maroto AA. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(1):38.
33. García VJ, López V, García de Olalla RP, Barnes V, Cayla Buqueras JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Rev Esp Salud Publica*. 1998;72(3):197-208.
34. Rivas Clemente FP, Nacher CM, Corriero MJ, García-Herreros Madueno MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(7):245-9.
35. Gaspar G, López-Gay D, Castilla V, Condes E. Características clínicoepidemiológicas de los pacientes recién diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(6):238-9.
36. Chirveches PE, Peleato C, Cabello Díaz MS, Torné CJ. Enfermedad tuberculosa en inmigrantes de la comarca del Garraf [carta]. *Aten Primaria*. 2001;28(7):508-9.
37. Hurga H. Infección tuberculosa en inmigrantes procedentes de América Latina [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(3):117.
38. Martín V, Cayla JA, Moris ML, Alonso LE, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(3):269-80.
39. Holguín A, Alvarez A, Soriano V. High prevalence of HIV-1 subtype G and natural polymorphisms at the protease gene among HIV-infected immigrants in Madrid. *AIDS*. 2002;16(8):1163-70.
40. García-Samaniego J, Soriano V, Enríquez A, Lago M, Martínez ML, Muno F. Hepatitis B and C virus infections among African immigrants in Spain. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(10):1918-9.
41. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis de Barcelona. La Tuberculosis a Barcelona. Informe 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 2000.
42. Raviglione MC, Sudre P, Rieder HL, Spinaci S, Kochi A. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. *Bull World Health Organ*. 1993;71(3-4):297-306.
43. Toro C, Soriano V, Tuset C, Aguilera A, Caballero E, de Lejarazu RO, et al. Infection with retroviruses other than HIV-1 in Spain: a retrospective analysis for HIV-2, HTLV-I, and/or HTLV-II. *HIV Clinical Trials*. 2002;3(5):397-402.
44. Soriano V, Gutiérrez M, Vallejo A, Aguilera A, Pujol E, Calderón E, et al. Epidemiology of HTLV-I infection in Spain. HTLV Spanish Study Group. *Int J Epidemiol*. 1996;25(2):443-9.
45. Soriano V, Calderón E, Esparza B, Cilla G, Aguilera A, Gutiérrez M, et al. HTLV-I/II infections in Spain. The HTLV-I/II Spanish Study Group. *Int J Epidemiol*. 1993;22(4):716-9.
46. Alvarez M, García F, Martínez NM, García F, Bernal C, Vela CM, et al. Introduction of HIV type 1 non-B subtypes into Eastern Andalusia through immigration. *J Med Virol*. 2003;70(1):10-3.
47. Holguín A, Rodés B, Dietrich U, Soriano V. Human immunodeficiency viruses type 1 subtypes circulating in Spain. *J Med Virol*. 1999;59(2):189-93.
48. López-Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M. Prevalence of hepatitis B, C, and D markers in sub-Saharan African immigrants. *J Clin Gastroenterol*. 1997;25(4):650-2.
49. Ramos Rincón JM, Escolano Hortelano CM, Masià CM, Gutiérrez RF. Criptococosis diseminada en inmigrantes colombianos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [carta]. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(13):518.

50. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria 1999. Barcelona: Programa de prevenció i Control de la Tuberculosis. Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya; 2000.
51. Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21(9):830-4.
52. Caminero JA, Díaz F, Rodríguez dC, Pavón JM, Esparza R, Cabrera P. The epidemiology of tuberculosis in Gran Canaria, Canary Islands, 1988-92: effectiveness of control measures. *Tuber Lung Dis*. 1995;76(5):387-93.
53. Vallejo A, Gutiérrez M, Soriano V. HTLV-III infection among immigrants to Spain [carta]. *Vox Sang*. 1994;67(1):79-80.
54. Fernández Sanfrancisco MT, Díaz PJ, Sánchez Romero JM, Pérez FA, Vadillo AJ. Prevalencia de infección tuberculosa en la población de inmigrantes en Ceuta, España. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(6):551-8.
55. Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care*. 2001;13(5):677-82.
56. Tarragó D, López-Vélez R, Turrientes C, Baquero F, Mateos ML. Prevalence of hepatitis E antibodies in immigrants from developing countries. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19(4):309-11.
57. Palomo PM, Rodríguez Martín-Millares C, Ayerbe Mateo-Sagasta T. Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. *Rev Esp Salud Pública*. 1996;70(3):345-9.
58. Huerga H, López-Vélez R, Navas E, Gómez-Mampaso E. Clinicoepidemiological features of immigrants with tuberculosis living in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19(3):236-7.
59. Malcorra JJ, Balda MI, Campo C, Mataix R, Molero T, Castro E. Hemoglobinopatías y talasemias en la colonia hindú afincada en las islas Canarias. *Sangre (Barc)*. 1993;38(4):342.
60. Serra ME, Castell S, Ribas L, Torres T, Serra LI, Bolívar I. Aproximación a los hábitos alimentarios de la población inmigrante de origen africano residente en Mataró. Comunicació oral presentada al III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 25-28 de noviembre de 1998, Las Palmas de Gran Canaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 1999;143-6.
61. Montoya Sáez PP, Torres Cantero AM, Torija Isasa ME. La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Aten Primaria*. 2001;27(4):264-70.
62. Aparicio A, Muñoz G, Alarcon D, Ortega Domínguez JA. Inmigración, nuevas enfermedades: tetania hipocalcémica nutricional [carta]. *Aten Primaria*. 2002;30(10):662.
63. Serra-Prat M, Díaz E, Verde Y, Gost J, Serra E, Puig DM. Prevalencia del déficit de yodo factores asociados en escolares de 4 años. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(7):246-9.
64. Parrilla F, Cárdenas DP, Vargas DA, Cárdenas A. El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias [carta]. *Aten Primaria*. 2003;32(1):61-2.
65. Varela J. El IMAS en la atención sanitaria de los inmigrantes en Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003.
66. Armadá MI, Alonso T, Alonso P. Aspectos epidemiológicos de los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Toko-Gin Pract*. 2002;61(3):125-33.
67. Nieto G, V, Nieto Garcia MA, Lacalle R Jr, Abdel-Kader ML. Salud oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(6):541-9.
68. Herrero M, González E, Valverde T, Caballero L. Utilización del cuestionario PRIME-MD® para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes [carta]. *Med Clin*. 2003;18(117):719.
69. Martínez MF, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001;13(4):605-10.
70. Pertíñez MJ, Viladas JL, Clusa GT, Menacho P, I, Nadal GS, Muns SM. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un area urbana de Barcelona. *Aten Primaria*. 2002;29(1):6-13.
71. Cañavate J. Los efectos de la inmigración en el campo de la salud en la Región de Murcia. *Anales de Historia Contemporánea*. 2002;18:175-90.
72. Ganduxer D, Villalbí JR. Asistencia médica y cobertura vacunal de los hijos de mujeres de origen filipino. *An Esp Pediatr*. 1993;39(3):235-9.
73. Esteban ML, Díaz B. La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao). Bilbao: Fundación EDE; 1997. Informe núm. 13.
74. Sanz B, Schumacher R, Torres AM. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud?. *Ofrim Suplementos*. 1998;16:15-24.
75. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(6):713-23.
76. Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001;27(1):25-8.
77. 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(5):376-84.

78. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil JG, Sagardui Villamor JK, González LE, Martínez RR, Orden MB. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria*. 2000;25(9):634-8.
79. Rodríguez A, González E, Herrero M. Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1999;113(14):556-7.
80. Roca SC, Balanzo F, X, Fernández Roure JL, Pujol RE, Corachán CM. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos en la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(6):215-7.
81. Espinosa JM, Carrasco A, Muñoz F. Aplicación de la estrategia de riesgo al programa materno-infantil en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1997;19(7):362-6.
82. Jauma Pou RM, Vinamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1994;13(6):283-9.
83. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(6):478-9.
84. Burrahay K. Jornades catalanes sobre salut i migració. [monografía a internet]. Barcelona: Secretaria General de Joventut. Departament de Cultura. Generalitat de Catalunya; 1999. [citad: 25/8/2003]. URL disponible a: <http://www6.gencat.net/joventut/docs/migracio.pdf>
85. Kaplan A, investigadora principal. Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España: retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias. Memoria Final de Investigación. Vol. I. Bellaterra, Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
86. Condiciones de vida y necesidades de la población inmigrante beneficiaria del programa Rainbow Iniciativa Comunitaria empleo integra-desfavorecidos en la Comunidad de Valencia. *Ofrim Suplementos*. 2000;189-207.
87. Oliván GG. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr*. 2000;53(1):17-20.
88. Bonet AM, López SN, Besora AR, Herrero PS, Esteban TE, Seidel PV. Raquitismo en inmigrantes asiáticos en período puberal. *An Esp Pediatr*. 2002;57(3):264-7.
89. Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001;15(4):320-6.
90. Rivas-Clemente FP, Nacher-Conches M, Corrillero-Martín J, Vélez-Reyes S, Huerta-Galindo L. Resultados de un programa de búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes magrebíes: aceptabilidad y adhesión. *Aten Primaria*. 1999;24(7):411-6.
91. Castillo S, Mazarrasa L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. *Ofrim Suplementos*. 2001;(8):99-112.
92. Cachón L. Segregación sectorial de los inmigrantes en el mercado de trabajo en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 1997;(10):49-73.
93. Solé C. Immigració econòmica [dossier]. Curs de formació per a professionals sobre les polítiques d'immigració a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003.
94. Holgado I. Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona. Migración y cambio social. Número extraordinario dedicado al III Coloquio Internacional de Geocrítica, 28-31 de mayo de 2001. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales [revista en línea] 2003;94(100). [citad: 30/9/2003]. URL disponible a: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-100.htm>
95. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):936-44.
96. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPiR); 2002.
97. García-Campayo J, Sanz CC. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(5):187-91.
98. Stevens AF, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ*. 1998;316(7142):1448-52.
99. II Informe sobre immigració i treball social. Barcelona: Àrea de Serveis Socials, Diputació de Barcelona; 1997.
100. Salas J, Díez F, Puerta J, Zambrana JL, Delgado M, Rivera F, et al. Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gac Sanit*. 2003;17(4):312-5.
101. Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.



## ANNEX. FITXA DE RECOLLIDA DE DADES

---

Núm. Ref Man: \_\_\_\_\_

Inicials revisor/a: \_\_\_\_\_

### 1. Identificació del document

Referència bibliogràfica:

Tipus de publicació o document:

- Article original
- Tesi o tesina
- Participació en reunió científica
- Informe tècnic
- Projecte d'investigació
- Altres (especifiqueu):

Llista de temes tractats

Poseu un 1 al tema principal i un 2 a tots els que considereu secundaris.

<p><b>Característiques de la població immigrant</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Demografia</li><li><input type="checkbox"/> Situació familiar</li><li><input type="checkbox"/> Situació laboral</li><li><input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu):</li></ul> <p><b>Perspectiva del col·lectiu d'immigrants sobre aspectes que afecten la seva salut;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Percepció de la salut</li><li><input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu):</li></ul> <p><b>Estat de salut, morbiditat i mortalitat</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hàbits i conductes relacionats amb la salut</li><li><input type="checkbox"/> Salut mental</li><li><input type="checkbox"/> Salut de la dona i salut reproductiva</li><li><input type="checkbox"/> Salut maternoinfantil</li><li><input type="checkbox"/> Nutrició</li><li><input type="checkbox"/> Malalties infeccioses</li><li><input type="checkbox"/> Malalties cròniques</li><li><input type="checkbox"/> Malalties d'origen o importades</li><li><input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu):</li></ul>	<p><b>Utilització dels serveis sanitaris</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Coneixement del sistema</li><li><input type="checkbox"/> Accessibilitat</li><li><input type="checkbox"/> Acceptabilitat</li><li><input type="checkbox"/> Utilització del sistema públic-privat</li><li><input type="checkbox"/> Utilització de medicina alternativa/tradicional</li><li><input type="checkbox"/> Motius de consulta o diagnòstics</li><li><input type="checkbox"/> Pràctiques preventives (especifiqueu):</li><li><input type="checkbox"/> Pràctiques de prevenció col·lectiva</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Relació personal sanitari-pacient immigrant (especifiqueu):</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Perspectiva del personal sanitari (especifiqueu):</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu):</li></ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. Dades de l'estudi

**Situació problemàtica plantejada** (inquietud intel·lectual que ha portat l'investigador a fer l'estudi. Per exemple: existeix una tendència a associar l'augment de la immigració econòmica amb l'increment en el risc de contagi per l'HIV a Espanya):

**Objectius** (finalitat de l'estudi. Per exemple: establir la relació existent entre l'augment de la immigració econòmica i l'augment de risc de contagi per HIV en la població espanyola):

**Hipòtesi específica (a contrastar) o objectius específics** (relació que els autors estableixen entre dues o més variables dependents i independents que intenten contrastar a l'estudi. Per exemple: l'increment de la immigració econòmica no suposa un increment en el risc de contagi per HIV a la població espanyola):

---

Àmbit de l'estudi:  Catalunya  resta de l'Estat espanyol  Tot l'Estat  Altres països

---

Localitat, comarca, província, comunitat autònoma... on es porta a terme l'estudi:

---

Segons el seu criteri, com definiria l'àmbit on es porta a terme l'estudi:

1. Grans ciutats:  (Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla, Màlaga, Saragossa, València).
2. Ciutats:  (Terrassa, Sabadell, Alcalá de Henares, Granada...).
3. Pobles, barris de ciutats:
4. Altres:  Poblacions especials (per exemple presons, hospitals concrets...)

---

Any/s en què es va portar a terme l'estudi:

---

Població d'on s'obté la mostra de l'estudi:

Població general: ( )

Població amb segregació. Mostra estratificada:

Sexe: 1.Homes  2.Dones   
Edat: 1.Nens (<18 a)  2.Adults (18-64 a)  3.Ancians (65 a o més)

Immigrants  Autòctons

Procedència dels immigrants: \_\_\_\_\_

1.Comunitària  2.Hospitalària  3.Reclusos

"Comunitària" correspondria a la població en general, no institucionalitzada (és a dir, amb vida autònoma, no en centres psiquiàtrics, presons, residències geriàtriques). "Hospitalària" correspondria a aquests estudis desenvolupats en persones ingressades o que passen la major part del seu temps en hospitals. També és hospitalària la inclosa en centres psiquiàtrics i geriàtrics. "Reclusos" inclouria la població reclusa.

---

Altres característiques:

---

Grandària de la mostra (N) =

---

Estratègia temporal:  Longitudinal;  Transversal

---

Variables: Criteri de definició de variables principals (dependents i independents?):

-  
-  
-

---

Tècnica de recollida de dades:

1. Històries clíniques
  2. Revisió literatura
  3. Qüestionaris
  4. Informadors clau
  5. Reunió d'experts
  6. Entrevistes en profunditat
  7. Grups focals
  8. Extracció de mostres
  9. Altres:
- Qualitativa  
 Quantitativa

---

Tipus d'estudi:

1. Revisió històries clíniques  2. Estudi de casos   
3. Enquesta poblacional  4. Casos i controls   
5. Estudi de cohorts  6. Assaigs clínics aleatoris   
7. Altres (especifiqueu):

---

Institució que impulsa l'estudi:

1. Projecte personal   
2. Associacions, col·lectius d'immigrants   
3. EAP, agències de salut pública, hospitals   
4. Fundacions, universitats   
5. Ajuntaments, diputacions   
6. Goversns regionals, estatals

Pública

Privada

No consta

Observacions:

## Resultats principals relatius als temes tractats

### 3. Altres registres d'interès (per a qualsevol tipus de documents)

#### Comentaris dels autors del document

- Argumentacions explicatives principals i secundàries (hipòtesis generals); fortaleces i limitacions metodològiques (si és un estudi), recomanacions, etc.

#### Comentaris dels revisors del document

- Argumentacions explicatives principals i secundàries no explícites pels autors
- Fortaleces i limitacions metodològiques (validesa o biaixos) no explícits pels autors
- Altres temes o troballes interessants no assenyalats pels autors

#### Observacions sobre les referències

Revisar les referències bibliogràfiques per:

- Buscar altres documents
- Contactar amb una altra persona o institució

a.

b.





## INFORMES D'AVALUACIÓ AATRM

- 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 immigrat a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2004 (català)
- Pons JMV. **Decisions informades: la selecció de sexe.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2003 (català i castellà)
- Solà-Morales O, Elorza JM. **Coagulòmetres portàtils. Revisió de l'evidència científica i avaluació econòmica del seu ús en l'autocontrol del tractament anticoagulant oral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol de 2003 (català)
- Pla R, Pons JMV, Gonzalez JR, Borràs JM. **Hi ha nivells assistencials en cirurgia oncològica? Els que més en fan, ho fan millor? Informe sobre la relació entre volum de procediments i resultats en cirurgia oncològica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març de 2003 (català i castellà)
- Navarro MD (coordinació), Sánchez E, Aymerich M, Guillamón I, Espallargues M, Pons JMV. **Procés d'avaluació dels projectes de recerca presentats a la convocatòria de La Fundació La Marató de TV3 sobre la sida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març de 2003 (català i castellà)
- Gallofré M. **Neuroradiologia terapèutica en la patologia vascular cerebral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març de 2003 (català)
- Estrada MD. **Estat de coneixement sobre l'electroestimulació medul·lar de doble electròde.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març de 2003 (català)
- Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E i Comas M. **Elaboració d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataractes i artroplàstia de maluc i genoll.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener de 2003 (català i castellà)
- Oliva G, Estrada MD. **Tractaments d'hiperestimulació ovàrica controlada en les tècniques de reproducció humana assistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol de 2002 (català)
- Oliva G. **Cicle de tractament en les tècniques de reproducció humana assistida. Delimitació del concepte.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol de 2002 (català)
- Unitat de Recerca. **Principals centres de recerca en ciències de la salut a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2002 (català, castellà i anglès)
- Estrada MD. **Pacients amb resposta baixa a la hiperestimulació ovàrica controlada en la reproducció humana assistida. Definició, factors de pronòstic i possibles abordatges.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2002 (català)
- Membres de l'AATM, Representants de la Societat Catalana d'Oftalmologia (SCO). **Cirurgia de cataracta: definició de criteris d'indicació i utilització a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2002 (català)
- Membres de l'AATM, Representants de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT). **Alliberament del túnel carpià: definició de criteris d'indicació i utilització a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2002 (català)
- Membres de l'AATM, Representants de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT). **Artroscòpia de genoll: definició de criteris d'indicació i utilització a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2002 (català)
- Oliva G, Vilarasau J, Martín-Baranera M. **La valoració preoperatòria en els centres quirúrgics catalans: pràctica i opinió dels professionals implicats.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (català)

Indiqueu l'informe de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques que desitgeu rebre:

Títol: \_\_\_\_\_

Idioma:  català  castellà  anglès

Dades del sol·licitant

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Centre: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Ciutat: \_\_\_\_\_ Codi Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

2002 (català i castellà)

- Estrada MD. **L'antagonista Cetorelix vs els agonistes de l'hormona d'alliberament gonadotropínica (GnRH). Eficàcia, seguretat i cost de la supressió hipofisiària per a la reproducció humana assistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (català)
- Alonso C, Ciscal M, García D, Grau I, Onaga H, Pallarés R. **Epidemiologia de la resistència bacteriana a l'àrea del Baix Llobregat.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (català i castellà)
- Pons JMV. **Transplantament de fetge de donant viu.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener de 2002 (català i castellà)
- Estrada MD, Parada I. **Registre d'equipaments de tecnologia mèdica a Catalunya (31 d'octubre de 2000).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre de 2001 (català i castellà)
- Larizgoitia I. **Diagnòstic precoç del càncer cervical: coneixement actual sobre velles i noves tecnologies.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2001 (català i castellà)
- Almazán C, Espallargues M. **Fototeràpia extracorpòria (fotoafèresi) per al tractament de la Síndrome de Sézary i la malaltia de l'empelt contra l'hoste.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol de 2001 (català i castellà)
- Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. **Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001 (català i castellà)
- Estrada MD. **Síndrome de fatiga crònica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2001 (català i castellà)
- Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. **Situació i abordatge de les llistes d'espera a Europa.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre de 2000 (català)
- Picaza JM, Serra-Prat M, Gallo P. **El consum de recursos dels malalts oncològics durant l'últim mes de vida: el paper dels PADES.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2000 (català i castellà)
- Serra-Prat M, Espallargues M, Gallo P, Torné E. **Prescripció d'antiretrovirals a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2000 (català)
- Gallo P, Serra-Prat M, Granados A. **Equitat en la provisió de serveis sanitaris a Catalunya.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny 2000 (català, castellà i anglés)
- Pons JMV. **Membranes d'alta permeabilitat en l'hemodiàlisi.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2000 (català)
- Gallego R. **Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2000 (català, castellà i anglés)
- Larizgoitia I, Estrada MD, García-Altés A. **FSH-recombinant com a adjuvant en la reproducció assistida. Algunes dades sobre eficàcia i eficiència de l'FSH recombinant en relació amb l'FSH d'origen urinari.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Febrer 2000 (català, castellà i anglés)
- Serra Prat M. **Cribratge neonatal de la fibrosi quística.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener 2000 (català)
- Pons JMV. **El tractament d'infusió subcutània contínua d'insulina amb bomba portàtil en malalts amb diabetis tipus 1.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener 2000 (català i castellà)
- Estrada MD. **Eficàcia i seguretat de la lipoplàstia per ultrasons interna (o endotermòlisi).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1999 (català)
- Larizgoitia I. **Amigdalectomia: evidència científica, pràctica clínica i incerteses.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig 1999 (català i castellà)
- Almazán C, Gallo P. **Avaluació de l'aplicació de la telemedicina en neurocirurgia: Benefici clínic de la telemedicina. Avaluació econòmica de la telemedicina.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig 1999 (anglès)
- Pons JMV. **Elements per a la millora de l'efectivitat i l'eficiència en la substitució protètica de maluc.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (català)
- Pons JMV. **L'allargament d'extremitats en l'acondroplàsia.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (català)
- Larizgoitia I. **Eficàcia i efectivitat del làser Holmium: Yag en cirurgia ortopèdica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març 1999 (castellà i anglés)
- Almazán C. **Els efectes dels camps magnètics residencials en la població infantil.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener 1999 (català)
- Tous F, Piqueras J. **Criteris mínims de qualitat de les exploracions amb tomografia computada.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1998 (català)
- Jovell AJ, Aymerich M, García-Altés A, Serra-Prat M. **Guia de pràctica clínica del tractament eradicador de la infecció per Helicobacter pylori associada a l'úlcera duodenal a l'atenció primària.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Setembre 1998 (català)

- Aymerich M, García-Altés A, Jovell AJ. **Revisió de l'evidència científica de les implicacions clíniques i econòmiques de la resistència bacteriana a la vancomicina.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener 1998 (català)
- Aymerich M, Almazán C, Jovell AJ. **Avaluació de l'ecografia obstètrica per al control de l'embaràs a l'atenció primària.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1997 (català i castellà)
- Pons JMV. **La terapèutica inhalatòria amb òxid nítric.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny 1997 (català)
- Serra-Prat M, Aymerich M, Jovell E, Jovell A. **Eficàcia i seguretat del tractament trombolític en el trom-boembolisme pulmonar.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny 1997 (català)
- Oliva G, Almazán C. **Anàlisi del MTI PhotoscreenerTM per a la detecció precoç d'anomalies visuals en la infància.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Març 1997 (català i castellà)
- AHFMR, SBU, AATM, OSTEB, NHS-CRD. **Efectivitat del cribratge amb densitometria òssea i de l'ús del tractament hormonal substitutiu i de la calcitonina de salmó inhalada en l'osteoporosi.** Primer projecte de col.laboració internacional de la *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*. Edmonton: Canadà; Setembre 1996 (castellà i anglès)
- Bos M, Carlsson P, Kooij S, Liaropoulos L, Sampietro-Colom L, Schilling J i el subgrup "Technology Assessment and Insurance Coverage" del Projecte EUR-ASSESS. **El paper de l'avaluació de la tecnologia mèdica en l'establiment de polítiques de cobertura de serveis: el cas del tractament invasiu en cardiologia en cinc països europeus.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Desembre 1996 (català i anglès)
- Pons JMV, Granados A. **El desfibril·lador automàtic implantable: l'experiència catalana (1989-1995) i elements en la seva avaluació.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Gener 1997 (català)
- Pons JMV, Jovell AJ. **Els trombolítics sistèmics en l'infart cerebral agut.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1996 (català i castellà)
- Borràs JM, coordinador. **El cribratge de càncer de mama a Catalunya: cost-efectivitat, impacte assistencial i cost del tractament del càncer de mama.** Barcelona: Institut Català d'Oncologia i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1996 (català i castellà)
- Pons JMV. **La revascularització transmiocàrdica amb làser.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Novembre 1996 (català i castellà)
- Aymerich M, Jovell AJ. **Revisió de l'evidència científica dels productes comercials basats en els camps electromagnètics.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Agost 1996 (català i castellà)
- Sampietro-Colom L. **Queratectomia fototerapèutica amb làser Excimer.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juliol 1995 (català i castellà)







**Membre fundador de la Xarxa  
Internacional d'Agències  
d'Avaluació de Tecnologia Mèdica  
(INAHTA)**



**Centre col·laborador de  
l'Organització Mundial de la  
Salut en Avaluació de Tecnologia  
Mèdica**



**Membre de la Red IRYSS. Xarxa  
de recerca cooperativa per a la  
Investigació en Resultats de Salut i  
Serveis Sanitaris**