



Informe Tècnic

Experiències de recerca
i polítiques de salut
relacionades amb immigració
en altres països europeus
El cas dels Països Baixos,
el Regne Unit i Suïssa

IN02/2004
Juny 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: Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny 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 | <http://www.aatrm.net>

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques | 1a edició, juny de 2004, Barcelona

Disseny: Joana López Corduente

Traducció i correcció: AATRM

Impressió: AATRM

Dipòsit legal: B-5.897-2004

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

Experiències de recerca
i polítiques de salut
relacionades amb immigració
en altres països europeus
El cas dels Països Baixos,
el Regne Unit i Suïssa

Equip investigador:

Vicky Serra-Sutton¹
Susanna Hausmann²
Noemí Bartomeu²
Silvina Berra¹
Josep Maria Elorza Ricart³
Luis Rajmil¹

1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

2 Antropòloga

3 Hospital Universitari de la Vall d'Hebron



AGRAÏMENTS

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

L'equip de recerca vol agrair a les següents persones de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) la seva contribució en aquest informe: a Marta Aymerich, Joan MV Pons i Oriol de Solà-Morales per la revisió; a Antoni Parada per la cerca bibliogràfica; a Elisa Rius i Rosa Farré pel procés d'edició i la revisió lingüística; a Noël Marsal per l'obtenció de documents; i a Maite Solans pel suport administratiu. També volem donar les gràcies a les persones que molt amablement van aportar el seu temps i experiència durant les entrevistes realitzades per a aquest estudi: Arnouf Verhoeff [Institut Municipal de Salut Pública, GG&DD Amsterdam], Thomas Spang [Oficina Federal Suïssa de Salut (Bundesamt für Gesundheit)] i Corina Salis Gross [Institut d'Antropologia, Universitat de Berna].

RESUM	11
INTRODUCCIÓ	13
METODOLOGIA	15
Selecció dels països de l'estudi	15
Definició dels temes d' estudi	16
Elaboració del guió per a la recollida d'informació	16
Obtenció i anàlisi de la informació per a l'estudi	16
COMUNITATS D'IMMIGRANTS EN ELS RESPECTIUS PAÏSOS D'ACOLLIDA	19
El cas dels Països Baixos	19
Nombre i origen dels immigrants	19
Distribució sociodemogràfica i geogràfica	19
Condicions laborals i de vida de la població immigrant	20
El cas del Regne Unit	20
Nombre i origen dels immigrants	20
Distribució sociodemogràfica i geogràfica	21
Condicions laborals i de vida de la població immigrant	21
El cas de Suïssa	22
Nombre i origen dels immigrants	22
Distribució sociodemogràfica i geogràfica	22
Condicions laborals i de vida de la població immigrant	23
ESTRATÈGIES DE RECERCA SOBRE MIGRACIÓ I SALUT ALS PAÏSOS BAIXOS, EL REGNE UNIT I SUÏSSA	25
El cas dels Països Baixos	26
Instruments i estratègies de recerca implementats	26
Principals necessitats en salut identificades	27
El cas del Regne Unit	27
Instruments i estratègies de recerca implementats	27
Principals necessitats en salut identificades	27
El cas de Suïssa	28
Instruments i estratègies de recerca implementats	28
Principals necessitats en salut identificades	29
ESTRATÈGIES EN L'ATENCIÓ SANITÀRIA A L'IMMIGRANT	31
El cas dels Països Baixos	31
Descripció de l'evolució històrica de les estratègies en salut i migració	31
Programes i polítiques sanitàries per a la població immigrant	33
Avaluacions existents dels programes i recomanacions inclosos	34

El cas del Regne Unit	35
Programes i polítiques sanitàries per a la població immigrant	35
Avaluacions existents dels programes i recomanacions inclosos	36
El cas de Suïssa	37
Programes i polítiques sanitàries per a la població immigrant	37
Avaluacions existents dels programes i recomanacions inclosos	39
COMPARATIVA ENTRE ELS 3 PAÏSOS DE L'ESTUDI	41
Comunitats d'immigrants	41
Estratègies de recerca	41
Estratègies d'atenció sanitària	42
Conclusions de l'estudi	43
ANNEXOS	45
Annex 1. Guió per a la recollida d'informació de l'estudi	45
Annex 2. Guió per a les entrevistes amb persones clau	46
BIBLIOGRAFIA	47

Objectius

Els objectius d'aquest estudi han estat descriure diferents estratègies estatals relacionades amb la recerca i l'atenció sanitària adreçades a immigrants en els Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Aquestes experiències podrien ajudar en el disseny de les estratègies de salut i immigració a Catalunya.

Mètode

Es van definir els següents temes de recerca: 1) conceptualització de la població d'estudi; descripció de la població d'estudi en termes sociodemogràfics i de les seves condicions de vida; 2) descripció de les principals estratègies de recerca en salut i immigració; 3) descripció de les estratègies sanitàries (tant en l'àmbit estatal com regional o local). Per respondre els objectius plantejats es va realitzar una cerca de documents oficials i literatura grisa a Internet així com entrevistes amb persones clau.

Resultats

S'han utilitzat diferents terminologies per fer referència a les persones que procedint d'altres països van demanar el dret de romandre en el país d'acollida: minories ètniques, immigrants, migrants, refugiats, estrangers. Malgrat que les comunitats d'immigrants econòmics són molt diferents en els 3 països, s'observen tendències similars: s'ha comprovat que aquests grups de la població viuen en pitjors condicions de vida, presenten ingressos inferiors, més taxa d'atur i pobresa en comparació amb els autòctons; la discriminació racial i social també reforça el procés de desigualtats socials en aquests grups.

ESTRÀTEGIES DE RECERCA

Durant la darrera dècada en els 3 països examinats s'han augmentat els recursos destinats al monitoratge de les necessitats en salut de la població immigrant. Els 3 països han elaborat des del començament dels 90 enquestes poblacionals periòdiques per obtenir perfils epidemiològics acurats de les comunitats d'origen immigrant on es recullen dades sobre l'estat de salut físic i mental, hàbits relacionats amb la salut o la utilització de serveis sanitaris. Per resoldre els problemes metodològics associats al mostreig de la població immigrant (obtenció d'un nombre suficient de casos per poder analitzar el seu estat de salut amb suficient potència estadística), s'han realitzat sobremostreigs en aquesta població.

La recent elaboració de l'estratègia nacional en migració i salut a Suïssa (basada en les prioritats i experiències expressades pels 300 grups que treballen a l'àmbit de migració i salut, així com grups focals amb més de 70 experts) constitueix una eina important tant en la coordinació com en la prioritització de la recerca. Aquesta aportació, una estratègia adreçada als grups d'origen immigrant més desfavorits, està en fase d'implementació.

ESTRÀTEGIES D'ATENCIÓ SANITÀRIA

Als Països Baixos, al Regne Unit i a Suïssa, enfront de polítiques prèvies de restricció en l'accés als serveis sanitaris, s'han implementat mesures que, pel contrari, procuren facilitar l'accés als serveis sanitaris de la major part d'immigrants. En els 3 països, s'han establert programes de formació pregrau, postgrau i formació continuada, per tal que els professionals entenguin la cultura, forma de manifestar símptomes i malalties, valors religiosos i socials de la població d'origen immigrant que atenen. Molts d'aquests cursos són impartits pels propis immigrants.

L'experiència dels Països Baixos en l'atenció sanitària a l'immigrant ha destacat per la rellevància que s'ha donat als mediadors culturals tant per la implementació de programes de salut comunitària com per la col·laboració amb metges de família i pacients. Són educadors/es que comparteixen llengua i cultura amb la majoria de grups migrants: marroquins, surinamesos, antillans, xinesos o ghanesos. Amb aquest enfocament es pretén una reducció dels problemes d'accessibilitat, facilitar la comprensió per part dels professionals sanitaris de les necessitats reals de la població immigrant que atenen, així com garantir l'equitat en la provisió dels serveis. S'han implementat diverses estratègies adreçades als professionals sanitaris per tal d'aprofundir en les necessitats en salut de la població immigrant: guies de bona pràctica i cursos de formació interna.

Queda pendent resoldre, tant en l'àmbit de recerca com en el d'actuació, les estratègies adreçades als immigrants il·legals. Cap dels països d'aquest estudi no disposa de dades fiables sobre el nombre d'immigrants il·legals ni dels seus perfils epidemiològics. Als Països Baixos i a Suïssa, els immigrants il·legals no tenen accés al sistema sanitari. En ambdós països, les ONG ofereixen serveis específics de salut, encara que hi ha mancança en la coordinació. Al Regne Unit, encara que amb restriccions similars a les dels altres dos països, existeixen programes d'atenció i serveis específics per a aquest grup de la població.

Conclusions

L'examen de les polítiques públiques amb més llarga i àmplia experiència en l'atenció, des del punt de vista sanitari i social, de la població immigrant pot ser útil per a països on l'increment d'aquests fluxos de població són més recents i la coordinació d'iniciatives encara s'està configurant. D'aquesta anàlisi, en les seves principals conclusions, es pot dir:

1. Els sistemes d'informació, bé siguin registres o enquestes, han de recollir variables més específiques, a part de la del país d'origen, més enllà del caracter legal o no de l'immigrant i considerant també els trets diferenciadors entre generacions d'immigrants.
2. Per tal de defugir mancances, cal un sobremostreig de la població immigrant en aquests sistemes d'informació, que aquests siguin menys etnocèntrics pel que fa a la salut, així com integrar tècniques qualitatives en l'avaluació de les necessitats de salut de la població immigrant.
3. S'haurien d'incorporar estratègies participatives, com per exemple la del Fòrum Suís en salut i migració, per tal de determinar les prioritats de recerca en aquest camp i la planificació de serveis sanitaris.
4. Caldria estudiar fins a quin punt, en el nostre país i a semblança d'altres, aspectes de desigualtat i discriminació afecten l'estat de salut de la població immigrant i el seu accés als serveis sanitaris.
5. Són fonamentals les estratègies adreçades als professionals sanitaris mitjançant la sensibilització i formació per tal d'aprendre a encarar amb coneixement i tacte les noves problemàtiques i necessitats dels col·lectius d'immigrants. Els mediadors culturals poden ser, com s'ha vist en altres països, un element facilitador en la relació pacient-metge (immigrant-sistema sanitari).

INTRODUCCIÓ

En l'àmbit internacional existeixen països amb una llarga tradició i experiència en temes d'immigració. Alguns d'aquests països, com els Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa, han acollit, des dels anys 50-60, immigrants de les seves antigues colònies o persones que han demanat asil, principalment procedents de països en vies de desenvolupament. Atesa aquesta tradició històrica, l'equip d'investigació va creure oportú realitzar un estudi sobre les aproximacions i intervencions sanitàries que s'havien realitzat en aquests països en relació amb la immigració.

S'han utilitzat diferents terminologies per fer referència a les persones que procedien d'altres països i van demanar el dret de romandre en el país d'acollida: minories ètniques, immigrants, migrants, refugiats (en alguns casos refugiats polítics), estrangers. Aquests conceptes tenen a veure amb el lloc de procedència (països extracomunitaris o comunitaris), el temps de residència en el lloc d'acollida (primera generació vs. següents generacions), la situació de legalitat així com la cultura, l'idioma, la religió o el color de la pell. Tots aquests termes marcaran d'una forma o altra les justificacions estatals o locals per plantejar estratègies d'intervenció sanitàries per a aquests grups de la població, com es veurà en cadascun dels països de l'estudi.

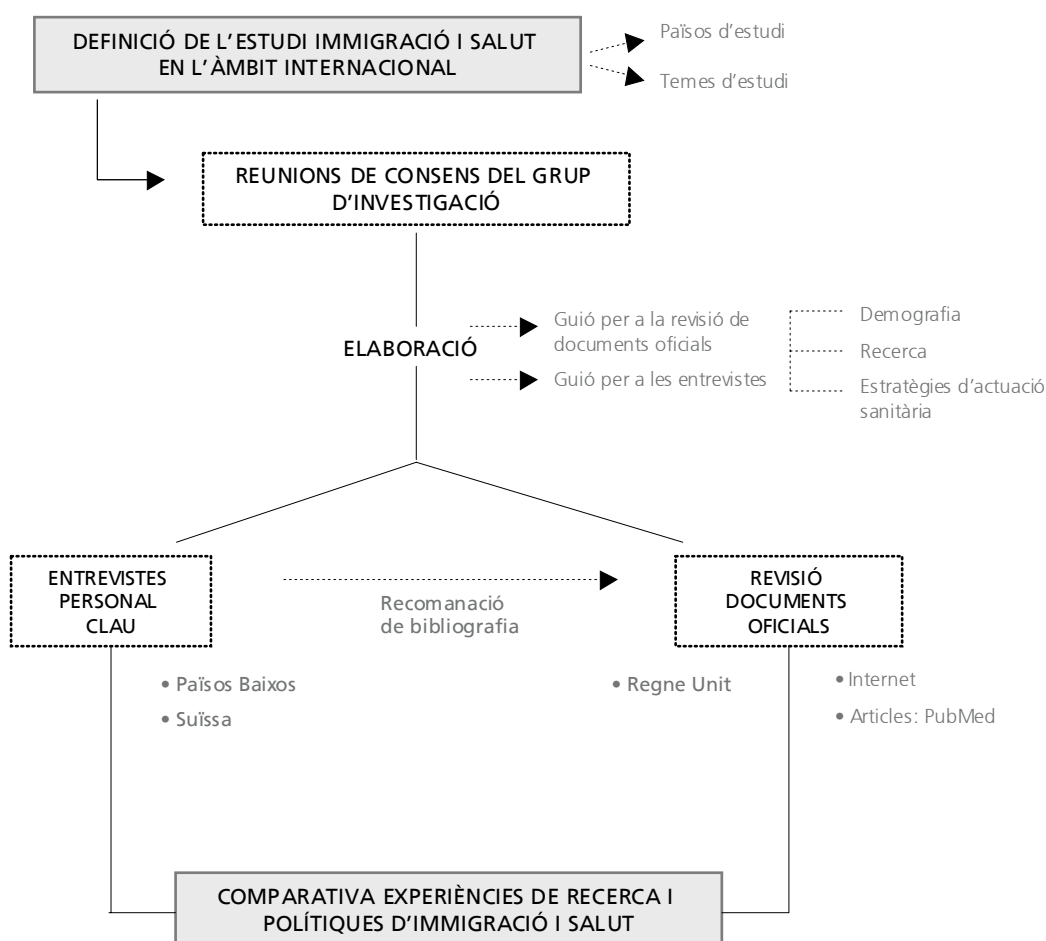
Els objectius d'aquest estudi han estat descriure diferents estratègies estatals relacionades amb la recerca i l'atenció sanitària adreçades a immigrants en els Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Aquestes experiències podrien ajudar en el disseny de les estratègies de recerca i intervenció sanitàries relacionades amb temes de salut i immigració a Catalunya.

METODOLOGIA

Aquest document, conjuntament amb el de “Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya: revisió exhaustiva de la literatura científica”, pretén donar resposta a una consulta tècnica realitzada per l’Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. L’equip d’investigació ha col·laborat amb les persones integrants d’aquesta oficina per a l’elaboració d’aquest informe.

A la Figura 1 es presenta un esquema de la metodologia seguida en aquest estudi.

Figura 1. Esquema de la metodologia de l’estudi



Selecció dels països de l'estudi

Per a la descripció d'experiències en recerca i polítiques sanitàries a Europa en temes de salut i immigració s'han seleccionat 3 països: Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Els criteris de selecció es van fonamentar en els següents aspectes: 1) països amb sistemes sanitaris diferents però alhora amb tradició històrica en l'acollida d'immigrants i experiència en el disseny d'intervencions sanitàries adreçades als immigrants; 2) contacte amb persones clau en els àmbits de salut pública i universitari als respectius països d'estudi 3) accés a través d'Internet, amb documents oficials i literatura grisa en idiomes comprensibles per a l'equip de recerca. Per motius de proximitat geogràfica i per raons de comparabilitat sociopolítica es va decidir analitzar països de la UE (es va excloure

per exemple, el Estats Units d'Amèrica). Finalment, es va considerar que independentment del país d'estudi es podrien descriure característiques comunes i diferencials en l'aproximació de recerca i atenció sanitària als immigrants a diferents països i que, en definitiva, aquestes experiències ajudarien en l'estudi de les necessitats en salut de la població immigrant a Catalunya.

Definició dels temes d' estudi

El marc teòric d'aquest estudi es va definir a partir de l'experiència prèvia d'algunes de les persones del grup d'investigació en temes d'immigració i salut, així com el consens final de tot el grup. Així, es van definir els següents temes de recerca: 1) conceptualització de la població d'estudi i descripció d'aquesta població en termes sociodemogràfics i de les seves condicions de vida; 2) descripció de les principals estratègies de recerca en salut i immigració en els països d'estudi, així com de les principals necessitats en salut identificades; 3) descripció de les estratègies sanitàries dissenyades per a la població de l'estudi (tant en l'àmbit estatal com regional o local).

Es va considerar que en els respectius països de l'estudi s'utilitzarien terminologies diferents per fer referència als immigrants econòmics (objecte d'aquest estudi). Per aquest motiu, i com es constatarà en l'apartat 3, en cada país hi ha una definició operativa de les comunitats d'origen immigrant. Els termes *minories ètniques*, *immigrants*, *refugiats*, *estrangers*, *al·lòctons* s'utilitzaran en aquest informe per definir les comunitats d'origen immigrant i la seva especificitat dependrà del país d'estudi. La descripció de les comunitats d'immigrants (nombre i origen; dades sobre el sexe i l'edat; distribució geogràfica i les seves condicions de vida) als respectius països d'acollida ajudaria en la delimitació de la població d'estudi, i en la comprensió de les estratègies de recerca i polítiques sanitàries adreçades als immigrants als Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. D'altra banda, la recerca constitueix un element important per conèixer les característiques de la població que s'atén, identificar necessitats en salut, així com possibles grups vulnerables, i així poder planificar els serveis sanitaris i socials, i també prioritzar tant les estratègies de recerca com les intervencions en salut.

Es va proposar fer una comparativa per tal d'identificar característiques comunes i específiques de cada país per poder recomanar estratègies de recerca i d'actuació a Catalunya.

Elaboració del guió per a la recollida d' informació

L'equip de recerca va elaborar un guió per a la recollida d'informació basat en el model teòric de l'estudi. Aquest tipus d'aproximació constitueix un element important per a la sistematització de la informació recollida, ja sigui dels resultats de la revisió de la literatura o entrevistes en profunditat. Tres persones de l'equip de recerca van realitzar una descripció de les estratègies de recerca i polítiques sanitàries en l'àmbit internacional (una per país). Per aquest motiu, el guió també ha estat d'utilitat per homogeneïtzar la informació recollida dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. En l'Annex 1 es presenta el guió per a la recollida d'informació.

Basat en aquest mateix esquema, es va realitzar un guió per a les entrevistes amb persones clau als Països Baixos i Suïssa. En l'Annex 2 es presenta el guió per a les entrevistes realitzades en anglès i/o alemany.

Obtenció i anàlisi de la informació per a l'estudi

Per respondre als objectius plantejats es va realitzar una cerca bibliogràfica al Medline, incloent com a paraules clau: 1) descriptors de la població immigrant (*immigrant*, *emigrant*, *immigration*, *ethnic minorities*, *foreigner*, *international migration*), 2) els termes *health* i *health policies*, 3) els països d'estudi (*Holland or The Netherlands*, *Switzerland*, *United Kingdom*). No es pretenia realitzar una revisió sistemàtica i exhaustiva de la literatura existent, sinó que amb aquesta revisió s'identifiquessin altres paraules clau i institucions per a la cerca de documents oficials (la majoria accessibles a Internet) o literatura gris (tesis o informes tècnics).

S'han realitzat tres entrevistes en profunditat a partir d'un guió semiestructurat. L'objectiu d'aquestes entrevistes va ser descriure les estratègies elaborades en atenció sanitària per a la població immigrant als Països Baixos i Suïssa, tant en l'àmbit local com en el nacional. Els contactes es van establir per e-mail i de forma telefònica. Com a tècnica qualitativa de recerca, les entrevistes en profunditat aporten una informació molt valuosa; i en aquest estudi han permès, fins i tot, obtenir informació d'estratègies de recerca o de la seva coordinació, així com programes sanitaris que estan en procés d'implementació que no han estat encara publicats. Cada entrevista va durar una mitjana de 3 a 4 hores, i es van realitzar al mes de juliol i setembre de 2003. Les persones entrevistades de l'Institut Municipal de Salut Pública d'Amsterdam (GG&DD), de l'Oficina Federal Suïssa de Salut i de la Universitat de Bern a Suïssa van recomanar bibliografia existent i documents oficials per a la comparativa d'experiències de recerca i polítiques d'immigració i salut.

En el cas del Regne Unit, i per motius de factibilitat, es va realitzar una estratègia diferent per obtenir la informació. Seguint els criteris utilitzats en la cerca bibliogràfica a Medline descrita abans, es van realitzar diverses consultes a Internet (al mes de juliol i setembre de 2003) per obtenir documents oficials i informes tècnics dels departaments de sanitat o d'institucions governamentals i/o universitaris vinculats a la recerca en salut i immigració, o a polítiques i intervencions sanitàries en poblacions d'origen immigrant al Regne Unit (principalment a Londres). Es van utilitzar com a paraules clau les abans mencionades (estratègia de cerca a Medline), i els termes *National Health Service (NHS)*, *London o health service*. Els documents oficials i informes tècnics trobats han constituït els principals documents de treball per aquesta part de l'estudi.

Finalment, es va realitzar una anàlisi qualitativa del contingut dels textos, tant en el cas de les entrevistes com dels altres documents i informes consultats. Aquest document no pretén descriure totes les estratègies existents en matèria de recerca i intervencions sanitàries, sinó que dels documents i consultes realitzades, es pretén analitzar les principals estratègies en termes de salut i immigració.

COMUNITATS D'IMMIGRANTS EN ELS RESPECTIUS PAÏSOS D'ACOLLIDA

En aquest apartat de l'estudi s'inclou una descripció de les comunitats d'immigrants a cadascun dels països d'estudi: els Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Al final d'aquest capítol es presenta una taula resum de les característiques sociodemogràfiques de la població immigrant definida en els 3 països d'estudi.

El cas dels Països Baixos

NOMBRE I ORIGEN DELS IMMIGRANTS

Després de la II Guerra Mundial i durant els següents 15 anys, un gran nombre de repatriats i refugiats d'Hongria i d'Indonèsia arribaren als Països Baixos; no obstant això els problemes de salut i la situació de salut dels migrats només es començaren a discutir als anys 60, amb l'arribada de nombrosos grups procedents dels països europeus de la Mediterrània. L'arribada dels ciutadans de les excolònies holandeses de les Antilles i Surinam ha constituït fins a la actualitat un dels grups més nombrosos de migrats. La tendència actual dels últims 5 anys mostra diferències en l'increment de població migrant segons els països.

Al final de l'any 2002, el total d'immigració no occidental als Països Baixos ("al·lòctons" segons el Buró Central d'Estadística (BCE))^{a, 1} és d'1.558.000 persones, que representaven aproximadament un 10% del total de la població. Els països d'origen més habituals són 4: Turquia, Surinam, Marroc, Antilles/Aruba seguits amb força diferència, entre d'altres, d'Iraq, Xina i Afganistan. D'entre aquestes persones, una tercera part aproximadament són segones generacions.

DISTRIBUCIÓ SOCIODEMOGRÀFICA I GEOGRÀFICA

La població d'immigrants és més jove que l'autòctona. El grup d'edat majoritari és de 0 a 9 anys, amb un 20,4% del total, en contrast amb un 11,9% entre els autòctons. Aquesta diferència no s'inverteix fins al grup d'edat 40-49 on el percentatge entre els autòctons (15,2%) és superior al dels immigrants (12,2%). En relació amb el sexe, un 51,5% dels immigrants no occidentals són homes, dels quals un 63% són de primera generació, i un 48,5% són dones (62% són de primera generació). Tan sols canvia entre el col·lectiu de surinamesos on el percentatge d'homes és d'un 43%.

Els Països Baixos han tingut com a tradició fer una política d'acceptació de demandes d'asil polític, amb denúncia de les situacions de manca de drets humans als països d'origen. Molts immigrants als Països Baixos aconseguixen el seu permís de residència i subsidi a través de la demanda d'asil polític. Tanmateix, la Llei de Migració més restrictiva del passat 1 d'abril del 2001 ha estat la causa d'una davallada en les demandes, mantenint-se però, números similars de concessions. A la segona meitat de 1998 hi havia quasi 27.000 demandes d'asil, que es van reduir fins a 7.500 al primer semestre de 2003.

Fins fa molt poc, la meitat de les demandes d'asil provenien principalment de 5 països: Angola, Sierra Leone, Afganistan, Iraq i Iran. Durant l'abril i el maig de 2003, molta gent de l'Iraq va demanar l'asil per motius de la guerra. En general, hi ha més demandes masculines que femenines, i la raó de menors ha anat baixant en els últims anys. Al 1998, prop del 25% de les demandes eren

a Buro Central d'Estadística, setembre 2003 <http://www.cbs.nl>

de menors de 15 anys, i s'ha reduït al 20% des de fa 2 anys. Inclosos en aquest grup estan els menors sense tutela d'adults, que vénen no sols d'Angola i Sierra Leone, sinó també de la Xina i Guinea en particular.² D'altra banda, els immigrants il·legals fluctuen molt: les estimacions per a Amsterdam són d'entre 10 i 20.000 persones a un total de 750.000. Quant a les minories ètniques, la majoria s'assenten en barriades de les grans ciutats holandeses: Amsterdam, Rotterdam, La Haia i Utrecht.

CONDICIONS LABORALS I DE VIDA DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Pel que fa a la situació laboral,³ un 50% de la població econòmicament activa (entre 15-64 anys) d'immigrants treballen oficialment, en contrast amb un 67% dels autòctons. Per sexe, treballen un 40% de les dones immigrants, respecte a un 55% de les autòctones. Entre els homes, els percentatges són més diferenciats, un 60% dels immigrants vs. un 80% dels autòctons. El nivell d'atur està baixant per al conjunt de la població i especialment per als immigrants, i en 6 anys s'ha reduït en un 60%. Al 2000 era de l'11% i al 2001 del 9%.

Els sectors on més treballen els immigrants són (per ordre de major a menor): empreses de neteja, empreses de treball temporal, hosteleria, indústria, comerç, salut i serveis socials, educació i construcció. El nivell d'educació millora de la primera a la segona generació. Un 26% del total d'alumnes migrats de 15-19 anys opten pels estudis de secundària adreçats a la preparació universitària o escoles tècniques superiors, enfront del 42% dels autòctons. Les famílies turques i marroquines viuen en cases més petites i d'inferiors condicions comparat amb les de la resta de la població. Per a surinamesos i antillans, les condicions d'allotjament són millors, però encara no són comparables a les dels holandesos.

El cas del Regne Unit

NOMBRE I ORIGEN DELS IMMIGRANTS

El Regne Unit ha definit la seva diversitat ètnica com: "...diferents, estrangers o marginats. La referència a l'ètnicitat descriu grups de persones en desavantatge socioeconòmic i que experimenten discriminació pel seu color de pell, idioma, cultura, religió o origen".⁴ La manera de conceptualitzar aquesta diversitat ètnica va determinar tant l'establiment de categories d'agregació d'individus com de grups.⁵ El cens de 1991 va categoritzar per primera vegada la població en grups ètnics (blanc, mixt, asiàtic o asiàtic britànic, negre o negre britànic, xinès, i altres), ja que el país de procedència no podia aplicar-se a les generacions nascudes en el Regne Unit. Malgrat el fet d'intentar incloure més detalls en els grups de classificació del cens del 2001, aquesta classificació presenta dificultats metodològiques que es descriuran més endavant tant en l'àmbit epidemiològic, com sociològic o polític.⁶

L'inici dels moviments migratoris al Regne Unit va començar als anys 50 amb l'assentament de persones procedents de les excolònies britàniques. Malgrat no existir barreres d'entrada en la primera fase del procés migratori, i que la majoria varen aconseguir drets de residència i drets ciutadans i nacionals de forma automàtica, especialment en l'àmbit local,⁷ aquestes comunitats mai varen ser ben rebudes per part del govern britànic des del seu inici. Les polítiques d'immigració en el Regne Unit s'han vist influïdes per això en la forma d'integrar aquestes comunitats, en la forma de polititzar i definir aquests grups, i en la forma d'oferir serveis.⁵ Actualment les lleis d'immigració són més restrictives i això implica que alguns dels "nous migrants" ni tan sols són atesos per cap institució; per tant, no és possible recollir dades demogràfiques ni tampoc existeix cap acord sobre en quin moment un refugiat deixa de ser-ho.

En el Regne Unit s'ha estimat que la població de persones que pertanyien a una minoria ètnica era de 4,5 milions durant els anys 2001-2002 (7,6 % de la població total: principalment de comunitats del Carib, africanes, de Bangladesh, pakistaneses i xineses; Taula 1).⁸

Taula 1. La població del Regne Unit per grup ètnic 2001-2002

	% població total	% població minoria ètnica
Blanc	92,2	na*
Mixt	0,8	11,0
Asiàtic o asiàtic britànic		
Indi	1,7	21,7
Pakistanès	1,3	16,7
Bengalí	0,5	6,1
Altres asiàtics	0,4	5,7
Negre o negre britànic		
Negre caribeny	1,0	13,6
Negre africà	0,9	12,0
Altres negres	0,1	1,5
Xinès	0,3	4,2
Altres	0,6	7,4
No declarat	0,2	na*
Tota la població minories ètniques	7,6	100,0
TOTAL POBLACIÓ	100,0	na*

Font: Social Focus in Brief, Ethnicity 2002. *na: no aplicable

DISTRIBUCIÓ SOCIODEMOGRÀFICA I GEOGRÀFICA

Els grups de raça mixta han presentat una estructura d'edat molt més jove (el 55% menors de 16 anys). La distribució segons sexe és aproximadament homogènia entre grups. Quant a l'assentament d'aquestes comunitats, mentre que a Anglaterra aquestes comunitats representen un 9% de la població total, a Escòcia i al País de Gal·les de forma conjunta sumen un 2% de la població total.⁸ D'altra banda, la majoria de minories ètniques resideixen en grans ciutats com Londres (el 48% del total de minories ètniques en el Regne Unit).

A més, s'estima que existeixen més de 250.000 refugiats (entre ells s'inclouen refugiats i asilats polítics).⁹ Menys del 5% de les persones que varen sol·licitar asil al Regne Unit durant l'any 1999 varen assolir l'estatus de refugiats. Els refugiats presenten una diversitat cultural i religiosa considerable procedent de països com Somàlia, l'antiga Iugoslàvia, Xina, Sri Lanka, Pakistan, Nigèria, Turquia, Colòmbia, Índia, Uganda o Romania; i s'han assentat com les minories ètniques en les grans ciutats britàniques, principalment en zones marginals de Londres o Birmingham.

CONDICIONS LABORALS I DE VIDA DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT

En l'informe de la unitat d'exclusió social de 1998 "*Bringing people together: A national strategy for Neighbourhood renewal*"¹⁰ s'evidencia que les persones procedents de minories ètniques tenen una probabilitat més elevada que la resta de la població de viure en àrees més pobres, d'estar a l'atur, de presentar salaris més baixos, de viure en pitjors condicions de vida en relació amb el domicili i pitjors indicadors de salut.¹¹ Les comunitats pakistanesa i xinesa declararen ser treballadors autònoms més freqüentment que altres grups ètnics. Malgrat aquests desavantatges socioeconòmics, algunes minories ètniques declaren un major nivell d'estudis universitaris o equivalents (comunitat xinesa, índia, negra africana, i altres persones de països asiàtics). No obstant això, també mostren una major probabilitat de no haver cursat cap tipus d'estudis.⁸

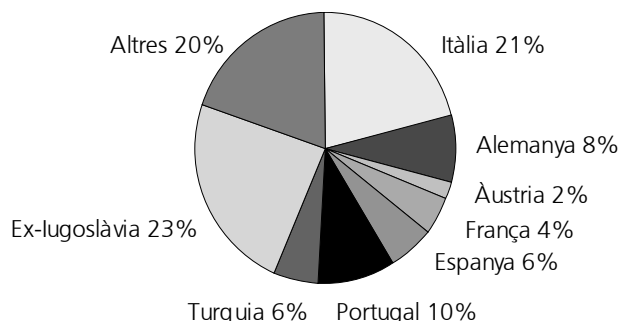
El cas de Suïssa

NOMBRE I ORIGEN DELS IMMIGRANTS

Suïssa fou un país d'emigrants fins la segona meitat del segle XIX, durant el període de la industrialització i del creixement econòmic, quan Suïssa començà a esdevenir atractiu per als immigrants. A la dècada dels 40 va començar la primera gran onada d'immigració a Suïssa, quan la creixent economia del país va implicar una demanda de treball. Durant les dècades dels 50, 60 i 70, els estrangers procedien de països del sud d'Europa (Itàlia i, posteriorment, Espanya i Portugal), on les persones eren activament reclutades a gran escala per respondre a les necessitats de mà d'obra generades pel creixement de l'economia després de la segona guerra mundial. Als anys 60 i 70 un gran nombre de persones procedents de dictadures com Hongria, Txecoslovàquia, Xile i Argentina, cercaren asil polític a Suïssa. Des dels anys 80 fins a l'actualitat, Suïssa, de manera similar als altres països europeus, va experimentar un important creixement de refugiats procedents majoritàriament de Sri Lanka, Turquia i l'antiga Iugoslàvia. A les darreres dècades pot observar-se una important diversificació dels països d'origen. La proporció d'immigrants no europeus ha crescut d'un 6% a un 13%.¹²

Suïssa és un dels països europeus amb més alta proporció d'immigrants: al voltant d'una cinquena part (20,5%) de la població suïssa són estrangers. Actualment existeix una política més restrictiva per obtenir la ciutadania suïssa. Els fills dels immigrants (anomenats *secondos*), encara que hagin nascut i visquin permanentment a Suïssa, mantenen, en la major part dels casos, la nacionalitat dels seus pares. Val a dir que a Suïssa es troben les seus d'organismes internacionals com l'Organització de Nacions Unides (ONU) o l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Tot i així, la major part de la població estrangera és originària del sud i de l'est d'Europa, principalment de l'antiga Iugoslàvia (23%). A la Figura 2 es presenta el percentatge de població immigrant a Suïssa.¹³

Figura 2. Percentatge (%) de població immigrant a Suïssa



Font: Wanner, 2002.

DISTRIBUCIÓ SOCIODEMOGRÀFICA I GEOGRÀFICA

En conjunt, la població estrangera és més jove que la població suïssa. De totes maneres, en determinants grups està creixent la proporció de persones grans. Es poden distingir dues categories: (i) les persones procedents de països on l'emigració és recent (l'antiga Iugoslàvia), les que emigren per períodes limitats de temps (portuguesos), o les comunitats d'immigrants amb altes taxes de natalitat (turcs), tendeixen a ser, en general, joves; (ii) les persones de països amb una llarga tradició d'emigració a Suïssa (Itàlia i Espanya), en aquest grup predominen les persones entre 25 i 39 anys i les persones grans.

La població immigrant a Suïssa ja no és tan majoritàriament masculina. La proporció és de 115 homes per cada 100 dones, i s'observa una tendència creixent vers una proporció entre dones i homes més equilibrada. D'altra banda, no es disposen de dades fiables sobre la immigració

il·legal a Suïssa. Les estimacions establertes per diferents institucions varien substancialment. Per exemple, des del Sindicat de la Construcció i la Indústria (*Gewerkschaft für Bau und Industrie*) s'ha estimat que entre 120.000 i 180.000 immigrants treballaven il·legalment a Suïssa l'any 1990. Les estimacions del *Swiss Foreign Department* eren a l'any 1995 d'entre 50.000 i 100.000. Grups de defensa dels drets dels immigrants parlen de 300.000 o més treballadors il·legals. Una recerca recent del Fòrum Suís per als Estudis de Migració i Població, basada en dades obtingudes d'una enquesta repartida entre més de 1.000 empresaris, permet estimar el nombre de treballadors il·legals entre 70.000 i 180.000.

Aquestes estimacions no inclouen el nombre d'immigrants il·legals sense feina. Si tenim en compte que no hi ha suport estatal per als immigrants il·legals, es pot assumir que la major part d'ells treballen. D'altra banda, les persones que treballen il·legalment a l'àmbit domèstic (les que fan les feines de la llar o tenen cura dels infants) o els treballadors i treballadores sexuals no s'inclouen a les estimacions oficials.¹⁴ Tampoc no es disposa de dades sobre els països d'origen dels immigrants il·legals. S'assumeix, però, que la seva procedència és en general semblant a la dels immigrants legals. De totes maneres, els immigrants colombians i brasilers semblen estar sobrerrepresentats a la categoria d'immigrants il·legals.

La població immigrant es concentra principalment a les àrees urbanes, on representa el 25% de la població, mentre que a les zones rurals representa el 12,7%. D'aquesta distribució desigual n'és parcialment responsable el fet que les companyies internacionals, les universitats i les agències internacionals estan als centres urbans. A més, la demanda de personal poc qualificat (hospitals, neteja, restaurants, etc.) és substancialment major a les zones urbanes que a les rurals. La comunitat estrangera més nombrosa es troba a la regió de Ginebra. Al cantó de Ginebra una persona de cada tres té nacionalitat estrangera.

CONDICIONS LABORALS I DE VIDA DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Les estadístiques mostren que, en general, la població d'immigrants es situa en un estrat social més baix que la suïssa (amb l'excepció dels funcionaris internacionals). Els nivells educatius i d'ingressos són, en general, més baixos, i les taxes d'atur i de precarietat laboral són elevades si es comparen amb els ciutadans suïssos. A més, la inseguretat en el procés per aconseguir la legalitat, especialment dels refugiats i de les persones que tenen un permís de residència temporal, són factors que poden afectar negativament la salut, tant física com psicològica, dels immigrants. És conegut que les condicions d'habitatge i de treball entre els immigrants econòmics és pitjor que en la població autòctona, però no ha estat possible trobar informació sistematitzada referent a això. Les barreres del llenguatge, dels valors socials, de la religió, així com l'exclusió social i la discriminació tenen una influència també potencialment negativa per a la salut de la població immigrant.

Taula 2. Resum de les característiques demogràfiques de la població immigrant definida en els 3 països d'estudi

Països d'estudi	Raons migració	Agrupació principal	Definició	% població i origen	Nombre estimat il·legals	Distribució geogràfica	Característiques sociodemogràfiques**
Països Baixos	Excolònies, asil polític	Al·loctons—immigració no occidental	2es, 3es o més generacions (nascuts/nascudes als Països Baixos)	10% població ³ Turquia, Surinam, Marroc, Antilla/Aruba, Iraq, Xina, Afganistan	No es disposa de dades fiables: algunes de les fonts estimen que entre 10.000 a 20.000 persones il·legals	Grans ciutats: Amsterdam, Rotterdam, Haia, Utrecht	50% treballen activament versus 67% autòctons (sectors: neteja, treball temporal, hosteleria, indústria). Nivell d'estudis i d'ingressos més baix que autòctons
Regne Unit	Excolònies, asil	Minories ètniques* Refugiats/immigrants	2es, 3es o més generacions, (nascuts/nascudes al Regne Unit) 1es generacions (nascuts/nascudes als països d'origen)	7,6% població: ⁸ Carib, Àfrica, Bangla Desh, Pakistan i Xina Somàlia, Antiga Iugoslàvia, Xina, Sri Lanka, Pakistan, Nigèria, Turquia	No es disposa de dades fiables. Dels 250.000 que van demanar asil, només el 5% ho van assolir	Grans ciutats: Londres, Birmingham	Probabilitat més alta de viure en zones més pobres, d'estar a l'atur, presentar salaris més baixos i viure en pitjors condicions de vida. Tot i així, alguns grups ètnics tenen nivells d'estudis més alts que la població autòctona.
Suïssa	Immigració econòmica, asil	Estrangers (fills d'immigrants: "secondos")	1es o més generacions, (nascuts/nascudes a Suïssa o als països d'origen)	20,5% població: ¹³ Itàlia, Espanya, Portugal, Antiga Iugoslàvia, Xile, Argentina	No es disposa de dades fiables: algunes fonts estimen que entre 70.000-180.000 persones il·legals	Grans ciutats: Ginebra, Zuric, Basilea	Nivells d'estudis i d'ingressos més baixos, més taxa d'atur i precarietat laboral, pitjors condicions d'habitatge i de vida.

* Al Regne Unit la població es va definir per primera vegada dins el cens de 1991 de la següent manera: blanc, mixt, asiàtic o asiàtic britànic, negre o negre britànic, xinès, i altres.

** En els tres països els immigrants presenten una distribució per edats més jove, amb una distribució aproximadament homogènia per sexe.

ESTRATÈGIES DE RECERCA SOBRE MIGRACIÓ I SALUT ALS PAÏSOS BAIXOS, EL REGNE UNIT I SUÏSSA

En aquest apartat de l'estudi s'ha intentat descriure algunes de les estratègies de recerca sobre migració i salut als Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Es presenten exemples dels instruments i estratègies implementades que poden ser d'utilitat per a la seva implementació al nostre medi. Es presenten algunes de les necessitats en salut identificades en cadascun dels països de l'estudi.

A la Taula 3 es presenta un resum de les estratègies de recerca sobre immigració i salut identificades a partir de les entrevistes amb persones clau, revisió de documents oficials (plans de salut), literatura gris i articles científics revisats.

Taula 3. Resum d'algunes de les estratègies de recerca sobre migració i salut en els 3 països d'estudi

Països d'estudi	Instruments i estratègies	Aspectes metodològics	Principals problemes de salut identificats*
Països Baixos	Des de l'any 1990, en l'àmbit estatal: s'ha monitorat la població d'origen immigrant a partir d'enquestes cada 4 anys a les grans ciutats holandeses (perfils epidemiològics de la població immigrant); a partir dels metges de família es monitora l'estat de salut de la població il·legal; i també es fan adaptacions transculturals dels qüestionaris. Existeix la Xarxa Nacional de Salut i Immigració (EUPHA).	Ús d'instruments estandarditzats adaptats i validats en població autòctona. Problemes de comprensió, recollida sistemàtica del bagatge ètnic en els registres sanitaris. Desconeixement dels denominadors. Etnocentrisme cultural (p.e. dificultats en el diagnòstic amb el DSM-IV; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).	<i>En alguns grups específics**:</i> (+) problemes musculars i ossis; (+) problemes psicossocials; (+) incidència úlceres d'estómac i malalties infeccioses; (+) malalties respiratòries i de la pell; (+) admissions hospitalars psiquiàtriques.
Regne Unit	Des de l'any 1992, es realitzen enquestes poblacionals per descriure les necessitats en salut de les minories ètniques al Regne Unit. També s'obté informació a partir dels registres sanitaris. Es realitzen estudis quantitius combinats amb estudis qualitius com l'estudi EMPIRIC; s'han generat observatoris de salut pública per al monitoratge de necessitats en salut de la població immigrant; generació d'indicadors locals i estatals per monitorar i avaluar intervencions sanitàries.	Falta d'homogeneïtat en la recollida de variables sobre l'ètnicitat, el status migratori, la llengua materna o el país d'origen (tant en la definició, com en la sistematització en la recollida). Problemes de llenguatge i definicions etnocèntriques de salut i malaltia.	<i>En alguns grups específics**:</i> (+) prevalença de malalties cardiovasculars, diabetis i trastorns de salut mental; (+) prevalença de malalties infeccioses; (-) derivació a psicoteràpia, i tractaments complementaris. Diferències en la forma d'experimentar i expressar problemes de salut. Manca de sensibilització professional.
Suïssa	Fins la dècada dels 90, no es va recollir informació sistemàtica sobre l'estat de salut de la població immigrant o estrangera. El Fòrum suís per als estudis de migració i població constitueix una estratègia estatal per a l'estudi d'immigració i salut: necessitats bàsiques de recerca en immigració i salut a Suïssa per als anys 2002-2006.	A pesar de recollir informació relativa a l'estat de salut de la població immigrant a Suïssa en les estadístiques oficials, les dades a l'any 1997 només distingien entre estrangers i suïssos.	<i>En alguns grups específics**:</i> Pitjor percepció de l'estat de salut; més problemes de salut en general: (+) bronquitis crònica, al·lèrgies i úlceres d'estómac; (-) hàbits de salut; acudeixen menys freqüentment a consultes mèdiques; (+) prevalença de malalties infeccioses i (+) taxes de mortalitat perinatal.

* En els tres països els immigrants juntament amb les desigualtats socials interactua la discriminació racial i social que té un impacte negatiu en el seu estat de salut.

** (+) abreuiat per indicar "més"; (-) abreuiat per indicar "menys".

El cas dels Països Baixos

INSTRUMENTS I ESTRATÈGIES DE RECERCA IMPLEMENTATS

El Buró Central d'Estadística (CBS) realitza enquestes nacionals de salut, en alguns casos, com al 1990, amb un interès especial pels grups immigrants. Cada 4 anys es realitzen actualitzacions dels perfils epidemiològics de la població immigrant als municipis de les 4 ciutats més grans dels Països Baixos. Es realitza a través d'entrevistes individuals a partir dels qüestionaris d'atenció sanitària. Les entrevistes es realitzen als centres de salut comunitaris. El proper qüestionari per a la ciutat d'Amsterdam es realitzarà al març del 2004; i alguns dels seus objectius són: obtenir un perfil epidemiològic acurat de les comunitats d'immigrants i avaluar les necessitats en salut de la població immigrant.

Abans d'implementar els qüestionaris es realitzen estudis d'adaptació cultural amb la col·laboració d'acadèmics del departament d'antropologia mèdica de la Universitat d'Amsterdam.

Les línies de recerca responen als diferents interessos dels centres de recerca en salut i migració, així com dels hospitals universitaris. Per exemple, els instituts municipals de salut pública (GG&GD)² realitzen de forma periòdica estudis epidemiològics de base poblacional. El GG&GD d'Amsterdam col·labora amb dos universitats especialment en aquests 3 aspectes: naixements amb dificultats, embaràs i mortalitat prenatal, en col·laboració amb el departament d'epidemiologia i salut pública, així com amb el departament d'atenció sanitària maternoinfantil de la Universitat d'Amsterdam; riscos relacionats amb malalties cardiovasculars, especialment entre surinamesos, antillans i marroquins; i problemes de salut mental^b.

Una part important dels estudis analitzats estan adreçats a la revisió dels problemes metodològics de recollida de la informació. Els problemes descrits són: l'ús d'instruments estandarditzats de recollida d'informació que habitualment són adaptats i s'analitza la seva validesa només per als autòctons;¹⁵ els problemes de comprensió; falta de recollida sistemàtica de el status migratori i grup ètnic¹⁶ en els registres sanitaris per tal de prevenir problemes ètics i racials. No obstant això, el registre de la "identitat ètnica dels progenitors" interessa a alguns centres de recerca per abordar diferències entre la primera i la segona generació d'immigrants. També existeixen problemes metodològics en la utilització de valors poblacionals de referència (comparativa amb la població autòctona), ja sigui per l'edat, el sexe, o nivell socioeconòmic.^{15, 17}

Alguns estudis es basen en informació de companyies d'assegurances i de recerques pròpies de cada institució. Es realitzen sovint enquestes de salut, generalment basades en malalties auto-declarades o en la sistematització de dades dels registres sanitaris. Un aspecte també present en alguns articles que sintetitzen la recerca existent als Països Baixos són els problemes derivats de l'accessibilitat.^{17,18}

Existeix la Xarxa Nacional de Salut i Migració (EUPHA), que intenta connectar les persones que estan tractant aquest tema, tant des de la recerca aplicada amb dades primàries, com des dels mateixos programes d'intervenció. Ho fan a través de trobades, debats i plataformes d'intercanvi. S'intenta incrementar i difondre el coneixement sobre diferències ètniques, l'ús i la qualitat dels serveis sanitaris i de les intervencions que es realitzen per solucionar aquestes diferències. També s'intenta establir estàndards metodològics per a països europeus com a base d'estudis comparatius organitzant "workshops" i conferències.

A través del GG&GD Amsterdam, es realitzen també monitoratges en poblacions d'immigrants il·legals. Un estudi va recollir informació a través dels metges de família d'Amsterdam, a través del qual es registrava l'edat, el sexe i la comunitat d'origen, els motius de consulta i quin tipus de dificultat d'accés declaraven els immigrants.

b Entrevista amb A.Verhoeff. GG&GD Amsterdam. 8 de juliol de 2003

PRINCIPALS NECESSITATS EN SALUT IDENTIFICADES

Segons la bibliografia analitzada, els principals problemes de salut identificats i percebuts pels immigrants es troben:¹⁹ entre els migrants mediterranis i del nord-est europeu, a pesar d'una major taxa d'esperança de vida, els fets constaten que hi ha problemes de salut associats a condicions precàries de treball i de vida, que desencadenen en desigualtats socials relacionades amb la salut. La informació de la salut percebuda i de l'ús dels serveis sanitaris mostra un nivell elevat de malalties cròniques, en particular una prevalença alta de problemes musculars i ossis (problemes d'esquena) i problemes psicosomàtics. Aquests últims indiquen una major incidència d'úlceres d'estómac entre el col·lectiu turc i marroquí d'homes, resultats coincidents amb la recerca realitzada entre el grup de turcs pel CBS al 1990, on també s'indiquen problemes d'esquena i malalties cròniques.

Quant a les malalties infeccioses, s'ha descrit una prevalença més elevada entre els grups marroquí i turc que entre els autòctons, incloent-hi malalties de transmissió sexual. Aquests col·lectius també consulten més el metge de medicina general que els autòctons i surinamesos. D'altra banda, entre els infants dels 4 col·lectius de migrants majoritaris es presenten més malalties respiratòries i de pell. Pel que fa als problemes de salut mental, es descriu una freqüència més elevada d'admissió als hospitals psiquiàtrics entre surinamesos, antillans i entre els homes marroquins, així com més baixa entre els turcs d'ambdós sexes, i entre les dones marroquines comparat amb la població autòctona.

El cas del Regne Unit

INSTRUMENTS I ESTRATÈGIES DE RECERCA IMPLEMENTATS

En l'informe *Health of the Nation White Paper* de 1992 s'indiquen 5 àrees específiques d'acció en salut pública, i es recomana incloure les necessitats en salut de la població negra i de les minories ètniques del Regne Unit. Des d'aquesta data s'han publicat informes anuals de salut pública que inclouen la informació i els indicadors necessaris per monitorar l'evolució i els canvis en el seu estat de salut. La *Fourth National Survey of Ethnic Minorities*, elaborada entre 1993 i 1994, va incloure una sèrie de preguntes sobre mobilitat i salut percebuda. L'interès de les autoritats britàniques pel monitoratge de les desigualtats en salut que afectaven les minories ètniques va conduir que la *Health Survey for England* portés a terme una mostra paral·lela en què es va incloure un submostreig de llars que procedien de minories ètniques.²⁰ També es realitzaren estudis a partir de les dades procedents dels registres dels serveis sanitaris.

S'han establert observatoris de salut pública, com l'observatori de minories ètniques a Londres. El *King's Fund* també va ser creat com a observatori de polítiques aplicades en els diferents nivells de la *National Health Service* (NHS). L'*Ethnic Health Unit* es va fundar com a centre d'investigació, dependent del Ministeri de Sanitat, dedicat a facilitar la tasca de les agències proveïdores i finançadores dels serveis sanitaris amb relació a la salut de les minories ètniques. D'altra banda, al 2002 el Consorci d'observatoris de salut pública i l'Agència de Gestió Sanitària va sol·licitar a l'Agència Matrix la identificació d'indicadors locals per monitorar i avaluar les intervencions sanitàries (índex de pobresa, país d'origen de la mare, classe social, proporció de grups vulnerables d'una comunitat, percentatge de població immigrant, etc.).²¹ Els estudis quantitius es combinen sovint amb tècniques qualitatives, com és el cas de l'estudi EMPIRIC, que descriu les necessitats en salut mental de la població immigrant al Regne Unit.²²

Igual que en el cas dels Països Baixos, els estudis fets al Regne Unit han demostrat heterogeneïtat en la forma de recollir aquest tipus d'informació, i també en la recollida sistemàtica en els centres sanitaris.²³

PRINCIPALS NECESSITATS EN SALUT IDENTIFICADES

Els resultats d'estudis epidemiològics assenyalen que les minories ètniques en general tenen pitjors

indicadors de salut (prevalença més elevada de malalties cardiovasculars, diabetis, i problemes de salut mental) comparats amb els de la població autòctona blanca. Tot i així, les persones de comunitats xineses presenten millor qualitat de vida relacionada amb la salut que la població autòctona blanca.²² D'altra banda, en grups de població més vulnerables s'han assenyalat, en general, prevalences més elevades de tuberculosi i d'HIV-sida.²⁴ S'han descrit diferències en la utilització dels serveis d'atenció primària, i en les derivacions a serveis ambulatoris i hospitalaris en la població immigrant. La majoria dels refugiats polítics necessiten tractaments i el seu estatus migratori els porta a la consulta ocasional de serveis d'atenció primària, farmàcies, així com de professionals de l'àmbit privat que poden entendre el seu idioma.

En diversos estudis s'ha reconegut que no és el fet de pertànyer a una minoria ètnica el que provoca pitjors indicadors de salut, sinó el fet que presenten nivells socioeconòmics més baixos, viuen en pitjors condicions de vida, a més de presentar una major vulnerabilitat i, en conseqüència, pitjor estat de salut i un menor accés als serveis sanitaris.²⁰ D'altra banda, les minories ètniques i immigrants experimenten major exclusió social que interacciona amb les desigualtats socials com la pobresa, condicions de vida precàries, major taxa de desocupació, així com nivells educatius i econòmics inferiors.¹⁰ De fet, una de les principals crítiques als serveis sanitaris britànics està relacionada amb qüestions de discriminació racial i manca de sensibilització cultural dels professionals sanitaris vers les poblacions que atenen, cosa que incideix en l'equitat en la provisió de serveis sanitaris.²⁵

Un estudi de la King's Fund ha evidenciat que existeixen més necessitats en salut mental en la població de minories ètniques i que les respostes dels serveis sanitaris a aquestes necessitats no sempre han estat les més adequades; i han presentant una menor derivació a psicoteràpia, teràpies psicològiques i tractaments complementaris.²⁶ Informes tècnics han descrit una major prevalença de suïcidis i trastorns alimentaris entre les dones asiàtiques; i alguns grups d'immigrants han presentat major prevalença d'estrès postraumàtic i d'altres trastorns de salut mental. Segons els resultats de l'estudi EMPIRIC,²² hi ha una major prevalença de trastorns de salut mental en algunes minories ètniques. Els autors assenyalen que això podria passar per causa de l'exclusió social i al fet que existeix la possibilitat que hi hagi diferències sistemàtiques en la forma d'experimentar i expressar la salut mental en aquests grups. En el subestudi qualitatiu es descriuen les fonts d'ajuda i la forma en què afronten els seus problemes de salut, així com l'idioma i les diferències culturals en l'expressió de problemes de salut mental.²⁷

El cas de Suïssa

INSTRUMENTS I ESTRATÈGIES DE RECERCA IMPLEMENTATS

Malgrat la llarga i important història de la immigració a Suïssa, durant molt de temps no s'han recollit de manera sistemàtica dades epidemiològiques de la població immigrant ni s'ha fet recerca sobre les seves necessitats en salut. Fins la dècada dels 80, l'estudi de l'estat de salut dels immigrants es restringia al *Grenzsanitarische Untersuchung*, o a l'examen mèdic dels estrangers quan entraven a Suïssa. A partir dels anys 90 es va produir un canvi de procedència de la població immigrant, dels països veïns es va passar a un origen molt més diversificat, i un nombre creixent de refugiats. Es va començar a reconèixer que era necessària una recerca més sistemàtica sobre la immigració i la salut.

El canvi estratègic més important va tenir lloc l'any 1998, quan d'un enfocament basat en projectes específics per a diferents grups d'immigrants es va passar a un enfocament més general, per aconseguir l'equitat i l'accés al conjunt del sistema sanitari dels immigrants. Les raons per a aquest canvi van ser el reconeixement que l'accés general a la salut era, de fet, el principal problema per als immigrants, i que els projectes específics per als grups d'immigrants corrien el perill de fer caure els projectes en el 'culturalisme' i en l'exclusió social dels immigrants.

En el recent Pla Estratègic²⁸ d'Immigració i Salut, l'accés a la salut es considera un important element per contribuir a la integració dels estrangers a la cultura suïssa. Des de 1992, els indicadors de salut recollits en les estadístiques nacionals donen dades específiques sobre migració, particularment sobre l'estat de salut, les conductes de salut, l'ús dels serveis sanitaris, i la situació dels immigrants amb relació a l'assegurança de salut. D'altra banda, l'Oficina Federal d'Estadística publica anualment les característiques demogràfiques de la població estrangera resident a Suïssa. Tot i així, les dades recollides aporten poca informació sobre l'estat de salut i les necessitats en salut dels immigrants. L'estat específic de salut dels immigrants, basant-se en dades estadístiques, es va realitzar per primera vegada per al període 1992-1993.²⁹ L'any 1997 es realitzà una segona estratègia d'anàlisi, però les dades només distingien entre 'estrangers' i 'suïssos', sense considerar les nacionalitats dels estrangers.

L'any 1997 es va impulsar el *Swiss National Foundation Project* sobre immigració i salut, amb la participació de diferents universitats i institucions de recerca. Aquest projecte conté tres enfocaments principals: (i) la perspectiva dels pacients; (ii) mediadors interculturals, i (iii) les trajectòries psiquiàtriques dels immigrants. Els resultats d'aquests estudis han estat publicats en diverses revistes d'àmbit internacional, així com en documents oficials i interns. Una revisió sistemàtica de la literatura es pot trobar en un estudi publicat per Weiss.³⁰ Tot i així, tal com han assenyalat Chimienti i Cattacin,³¹ la literatura científica relacionada amb migració i salut encara és limitada a Suïssa. A un informe recent sobre "les necessitats bàsiques de recerca sobre immigració i salut a Suïssa per el període 2002-2006",³² (encarregat al Fòrum suís per als estudis de migració i població (www.unine.ch/fsm) per l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública), s'han identificat aquells aspectes en els quals s'ha d'enfocar la recerca en un futur immediat. Les quatre àrees de recerca prioritàries identificades van ser: 1) comprendre la reacció del sistema de salut a les societats plurals; 2) millorar la comprensió de les barreres i les desigualtats en atenció mèdica; 3) comprendre el món en el qual viuen els immigrants; i 4) desenvolupar un sistema de monitoratge sobre migració i salut. La necessitat de millorar el monitoratge de la salut dels immigrants (punt 4) és l'àrea de recerca més desenvolupada. S'ha reconegut que l'actual enquesta nacional de salut és limitada per identificar necessitats en salut dels immigrants; i com està només disponible en tres llengües oficials (alemany, francès i italià) exclou els immigrants que no estan familiaritzats amb aquests idiomes. En l'actualitat, s'està portant a terme una enquesta alternativa amb l'objectiu d'elaborar una adaptació de mesures de resultat per a immigrants que podran ser integrades en l'enquesta nacional de salut per al monitoratge de l'estat de salut^c.

PRINCIPALS NECESSITATS EN SALUT IDENTIFICADES

Independentment del sexe, l'edat o la classe social, els immigrants declaren més malalties que els suïssos²⁹. La percepció del seu estat general de salut és pitjor, tenen menys capacitat per controlar la seva situació vital, i pateixen més problemes generals de salut, bronquitis crònica, al·lèrgies i úlceres d'estómac. Els hàbits relacionats amb la salut de la població immigrant són pitjors que els dels ciutadans suïssos; fumen més, beuen més alcohol, practiquen menys esport, i tendeixen més a l'obesitat. Els immigrants acudeixen als serveis mèdics més freqüentment que els suïssos, però utilitzen menys els serveis preventius.

Les dades estadístiques mostren que els immigrants tenen unes taxes més altes de mortalitat perinatal, de mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol, i de mortalitat per càncer d'estómac i de fetge. Els casos de tuberculosi es registren principalment entre els refugiats dels Balcans, de l'Àfrica subsahariana i d'Sri Lanka.³³ Els immigrants recents, en particular els refugiats, són més freqüentment diagnosticats d'hepatitis B, de malària, de malalties parasitàries i de certes malalties de transmissió sexual.

c Entrevista amb Thomas Spang, Bundesamt für Gesundheit, 16-10-03

A l'estadística del 1997 s'introduí informació sobre la salut mental:³⁰

L'autopercepció de benestar psicològic és pitjor entre els immigrants; particularment en les dones, i en concret les dones immigrants de mitjana edat se senten psicològicament pitjor que les suïsses. Els immigrants de l'Europa meridional i els no europeus també presenten pitjor percepció del seu benestar emocional o psicològic que els ciutadans suïssos. Entre les dones immigrants de tots els grups d'edat, la capacitat de control percebuda sobre la pròpia vida és un terç pitjor entre les immigrants que entre les suïsses dels mateixos grups d'edat. Entre els homes, la capacitat de control percebuda sobre la pròpia vida és pitjor, especialment entre els joves (15-35 anys) i entre els majors de 65 anys. Els immigrants reben en general més tractament per problemes psicològics que els suïssos.

ESTRATÈGIES EN L'ATENCIÓ SANITÀRIA A LA POBLACIÓ D'ORIGEN IMMIGRANT

En aquest capítol s'han descrit algunes de les estratègies en l'atenció sanitària a la població d'origen immigrant (ja sigui aquesta de primera o següents generacions), en els tres països d'aquest estudi. No es pretén descriure totes les intervencions sanitàries actuals existents, sinó que dels documents revisats i consultes realitzades es pretén analitzar les principals estratègies d'actuació en termes de salut i immigració, per intentar establir recomanacions per a l'abordatge a Catalunya. En el cas dels Països Baixos, s'ha realitzat una descripció de les fases de desenvolupament històric de les estratègies referides a salut i migració que pot ajudar a la contextualització del fenomen de la immigració i les experiències en polítiques en salut i migració a altres països. Aquesta informació s'ha limitat al cas dels Països Baixos, com a evidència que l'evolució històrica de les estratègies en l'atenció sanitària es relaciona amb la conceptualització que es fa dels immigrants des d'un punt de vista tant polític com social.

A la Taula 4 (pàgina 32) es presenta un resum on es descriuen algunes de les estratègies en l'atenció sanitària actuals per als immigrants existents en els 3 països d'estudi, tant en l'àmbit estatal com regional o local. També hi ha un resum d'algunes de les avaluacions realitzades i les recomanacions que se'n deriven.

El cas dels Països Baixos

DESCRIPCIÓ DE L'EVOLUCIÓ HISTÒRICA DE LES ESTRATÈGIES EN SALUT I MIGRACIÓ

Es poden establir quatre fases en el desenvolupament de les estratègies referides a salut i migració en l'àmbit nacional als Països Baixos.³⁴

1) Intensificació de l'atenció sanitària regular (fins al 1970)

El focus es trobava en el risc d'extensió de malalties com la tuberculosi i altres malalties infeccioses, com malalties venèries. Des d'aquesta perspectiva, els migrants, especialment els il·legals, eren vistos com a fonts de transmissió de malalties infeccioses. El cribratge de tuberculosi és un procediment estandarditzat a refugiats i demandants d'asil. Actualment alguns metges vinculats amb els centres de recepció per als demandants d'asil suggereixen que el cribratge s'hauria d'estendre a d'altres malalties.

2) Serveis addicionals (1970-1980)

El focus dels serveis es va modificar vers l'atenció de malalties de deficiència (raqutisme), problemes psicosomàtics (úlceres), i malalties exòtiques (per exemple; percepció del mal com a causa de la possessió del malalt per esperits). Els factors limitants eren considerats la comunicació i les malalties poc comunes. Els professionals se sentien incapaços de fer-se explicar o aconsellar els migrants, els quals eren percebuts com a mers receptors dels missatges mèdics. Es van establir serveis addicionals per millorar les barreres lingüístiques i la distància cultural. Per als refugiats, població menys nombrosa, també s'instauraren serveis específics com el Centre d'Atenció Sanitària als Refugiats, i el servei de Psiquiatria i Afers Socials per a refugiats.

3) Promoció de coneixements i habilitats (1980-1990)

El Comitè per a la Atenció Mèdica a Treballadors Migrants (òrgan consultiu) va passar a anomenar-se Comitè d'Atenció Sanitària per a Minories al 1980, atès que els migrants ja es van establir amb una base permanent als Països Baixos. No haurien d'existir serveis específics per als immigrants. Sigui com sigui, els refugiats encara s'assignaven a serveis especials no-afiliats. Els problemes cada cop més se centraven en la comunicació inadequada i en les expectatives

Taula 4. Estratègies en l'atenció sanitària a l'immigrant en els 3 països d'estudi

Països d'estudi	Programes àmbit estatal	Programes àmbit local	Avaluacions fetes i recomanacions
Països Baixos	<p>Estratègies sanitàries per reduir les desigualtats socials en salut (reducció de riscos i promoció de la salut). Derivació local o regional de la majoria d'estratègies per a immigrants.</p> <p>Finançament de projectes estatals en immigració i salut adreçats des del punt de vista local o regional.</p>	<p>L'Institut Municipal de Salut d'Amsterdam (GG&DD) centra els seus programes en la recerca, coordinació o educació sanitària en llengua nativa als immigrants. Un dels programes existents és el migrant health educators (mediadors culturals): els educadors fan activitats de prevenció i promoció de la salut, tant en l'àmbit comunitari, com en col·laboració amb els metges d'atenció primària.</p> <p>El RIAGG RNO de Rotterdam és un centre de salut mental que treballa de forma transcultural. Aquesta interculturalitat es treballa des de la gestió (per exemple, l'aproximació occidental de les teràpies es complementa amb mètodes i models culturals d'altres cultures). Existeixen cursos, a nivell de pregrau i postgrau, sobre migració i salut adreçats a professionals sanitaris.</p>	<p>Alguns dels resultats de les avaluacions realitzades confirmen que la quantitat de temps que els metges d'AP utilitzen per pacient immigrant no ha augmentat, però sí la qualitat del servei proveït. Es recomana la necessitat de treballar amb els professionals i la continuïtat del treball d'un mateix intèrpret.</p> <p>L'informe sobre interculturalització de l'atenció sanitària del consell de salut pública i atenció sanitària considera que hi ha una mancança de visió compartida entre els professionals. A més, encara hi ha insuficient atenció en la formació i educació a la diversitat. Segueixen existint problemes de registre del bagatge ètnic.</p>
Regne Unit	<p>Estratègies generals d'intervenció sanitària per a l'abordatge de desigualtats socials (per exemple, Sure Start o National Strategy Neighbourhood Renewal). Derivació local o regional de la majoria d'estratègies per a immigrants.</p> <p>Finançament estatal per a projectes locals o regionals. Existeixen programes específics, com l'NHS-Walk in Centre, que ofereix assessoria dels serveis sanitaris, o el Language Line serveis de traducció i interpretació.</p>	<p>Iniciatives com The Sanctuary, centre ambulatori de salut que atén exclusivament immigrants; o el Refugiats service, traumatic stress clinic que ofereix serveis i assessorament a refugiats i immigrants. Els mediadors i treballadors comunitaris constitueixen persones clau en el contacte amb immigrants.</p> <p>L'Equity Race Act ha promogut la disminució de la discriminació racial en la provisió de serveis. Existeixen guies de bona pràctica on es proposen mètodes alternatius que ajudin en el diagnòstic i l'atenció a aquests usuaris. També s'imparteixen cursos, a nivell de pregrau i postgrau, sobre migració i salut adreçats a professionals sanitaris.</p>	<p>En algunes de les avaluacions realitzades a programes comunitaris es va recomanar: programes macrosocials com la regeneració econòmica (formació, ocupació i estratègies per reduir la pobresa); implicació de les minories en la planificació sanitària; estudis de monitoratge i d'impacte en les polítiques locals i nacionals; estratègies holístiques de promoció de la salut; programes de recerca coordinats, i formació als professionals sanitaris sobre valors culturals i socials i sobre la interpretació de la salut que fan els immigrants. Encara falta consens en la recollida del bagatge ètnic.</p>
Suïssa	<p>Durant els anys 90 en l'àmbit cantonal es desenvoluparen aproximacions específiques per facilitar l'accés als serveis sanitaris dels immigrants (serveis especials d'atenció mèdica als immigrants, serveis de traducció, xarxes), només en les ciutats amb un elevat percentatge de població immigrant.</p> <p>Una de les experiències innovadores a Suïssa és la proposta que s'ha realitzat des de l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública. S'ha elaborat una estratègia nacional de migració i salut per als anys 2002-2006, a partir de prioritats i experiències de 300 grups que treballen en l'àmbit de migració i salut (tècniques Delphi i grups focals).</p>	<p>Diferents intervencions que estan en fase de planificació i implementació. [Per exemple, la Creu Roja Suïssa ha rebut l'encàrrec de formar i coordinar els mediadors culturals amb un certificat nacional; ja s'està oferint un curs estandaritzat sobre migració i salut a les escoles suïsses d'infermeria, també es negocia en l'àmbit de les facultats de medicina. Hi ha projectes específics sobre malalties de transmissió sexual i s'està creant una plataforma a Internet per a la provisió d'assistència mèdica].</p>	<p>L'estratègia nacional està en fase d'implementació. Les àrees prioritàries d'intervenció són les següents: formació de treballadors en l'àmbit de la salut (per a mediadors i professionals de la salut); informació, prevenció i promoció de la salut; provisió d'atenció mèdica; teràpies per a refugiats i recerca.</p> <p>Un informe recent sobre les necessitats bàsiques en recerca sobre migració i salut 2002-2006 va recomanar: comprendre la reacció del sistema sanitari a les societats plurals; millorar la comprensió de les barreres i desigualtats en l'atenció mèdica; comprendre el món dels immigrants; desenvolupar un sistema de monitoratge sobre migració i salut.</p>

incorrectes dels professionals d'atenció sanitària, problemes no solament específics d'aquests grups. L'any 1988 la Universitat d'Utrecht va incloure medicina transcultural com a assignatura obligatòria per als estudiants de Medicina. Van sorgir projectes per millorar aquestes habilitats dins les àrees de salut mental, atenció pediàtrica, i atenció primària. En aquest període el professional era el centre d'interès. Amb la suficient assistència i coneixements els professionals podien fer el seu treball i descodificar respostes i reaccions culturals.

4) *Interculturalització de l'Atenció Sanitària (1990-2000)*

El Comitè d'Atenció Sanitària per a Minories va passar a anomenar-se Comitè per a l'Atenció Sanitària i Societat Multicultural. Es van establir alguns nous serveis per a refugiats, atesa l'arribada de grans grups de demandants d'asil i refugiats de Somàlia, Iraq, Iran, Bòsnia, Zaire. Es van reconfigurar els serveis de salut per a aquest col·lectiu i es va instaurar la Fundació per a l'Atenció Sanitària a Refugiats, que basava el suport en la formació i l'educació. L'atenció sanitària als migrants va esdevenir una qüestió de gestió. Els immigrants van esdevenir contraparts d'un procés d'aprenentatge col·laboratiu, el qual s'anomena "interculturalització".

PROGRAMES I POLÍTIQUES SANITÀRIES PER A LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Programes i polítiques d'àmbit estatal

En l'actualitat les estratègies sanitàries estatals han posat un èmfasi especial a reduir les desigualtats en salut. Aquestes es troben en major intensitat concentrades en certs barris de les quatre grans ciutats dels Països Baixos: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag i Utrecht. Moltes de les oportunitats per millorar la salut d'aquests grups de població s'emmarquen en polítiques de reducció dels factors de risc associats a les desigualtats en salut. Aquestes polítiques són competència de la política nacional (de gestió) de les ciutats grans, que cada cop més van assumint apartats de salut pública.

D'altra banda, en les iniciatives *healthy cities* que s'han dut a terme, en les grans ciutats holandeses els migrants apareixen explícitament com a grup diana per a molts dels programes establerts. Un bon exemple d'això és el projecte "Migració i Salut", implementat en una barriada de Rotterdam. Els treballadors del projecte proveeixen programes d'educació en salut per als immigrants, amb hores de consulta, motivant-los a prendre un rol més actiu en la prevenció i promoció de la seva salut. Encoratgen la cooperació entre els professionals de la salut i motiven a les institucions no sanitàries del barri (com ara cooperatives d'habitatge i escoles) a treballar conjuntament per millorar les condicions de vida en general.

Programes i polítiques d'àmbit regional o local

Les línies polítiques i les perspectives imperants de resolució de les dificultats identificades amb la salut dels immigrants es defineixen en l'àmbit nacional, però cada servei d'atenció sanitària, sigui aquest un hospital secundari o terciari, un centre regional de salut mental per a pacients externs (RIAGG), un hospital general d'una àrea rural, o els instituts municipals de salut pública (GG&GD), per posar alguns exemples, desenvoluparà les seves pròpies estratègies. La política d'interculturalització de la gestió és duta a terme de forma variada segons les decisions autònomes de la gerència de les institucions sanitàries; dos exemples en són el GG&GD d'Amsterdam i el *RIAGG Rijnmond Noord West* de Rotterdam^d.

El GG&GD d'Amsterdam

El projecte principal que executa el GG&GD a Amsterdam en relació amb temes d'immigració, i que porta funcionant des de fa 20 anys, són els *Migrant Health Educators*. Són educadors que comparteixen llengua i cultura amb la majoria de grups migrants, marroquins, surinamesos, antillans, xinesos o ghanesos. Una part del projecte és el programa d'educació en salut *Eigegen taal, en cultuur* (*Idioma propi i cultura pròpia*). Els educadors es relacionen amb els immigrants als seus

^d Entrevista amb A.Verhoeff. GG&GD Amsterdam. 8 de juliol de 2003

llocs habituals de trobada, per exemple als cafès. Una de les propostes que els hi fan és la d'acudir a un dels tres centres comunitaris de salut d'Amsterdam per accedir a serveis específics, que van des de classes sobre "comprensió del propi cos" a activitats de prevenció de l'HIV-sida. Aquests professionals es formen en escoles de nivell tècnic superior.

En alguns casos també treballen en centres de salut o en hospitals. La formació dels educadors és finançada per l'Institut Nacional de Promoció de la Salut, però la resta del programa forma part del pla de salut per a Amsterdam (com en d'altres municipis). El pla de salut per al 2003 inclou entre, d'altres, els següents objectius:

- Qualitat de l'atenció sanitària que és proveïda als immigrants.
- Èmfasi en la reducció dels nivells de mortalitat infantil entre els grups d'immigrants.

El RIAGG RNO de Rotterdam

És un centre regional de salut mental per a pacients externs. Dins de la nova política nacional d'interculturalització de la gestió, aquesta institució al principi del 2000 comptava amb 12 persones, 8 de les quals eren de diferents bagatges ètnics. Tots són especialitzats en problemes relacionats amb la cultura. Després de tots aquests anys ha esdevingut un centre de coneixement sobre aquest tòpic, una atenció sanitària flexible i culturalment sensible. Treballar transculturalment significa que l'equip va més enllà d'una forma monocultural de pensar, treballar i cooperar. L'aproximació occidental a les teràpies apresada per tots els membres és completada amb mètodes i models explicatius d'altres cultures. Atesa la gran demanda, només atenen els casos de teràpies associades amb la migració.

També s'organitzen seminaris adreçats a millorar l'habilitat de tots els equips de relacionar-se amb pacients immigrants. Segons l'equip, treballar amb immigrants requereix ser autoconscient de l'etnocentrisme cultural (per exemple, dificultats de diagnòstics de simptomatologia segons es defineix en el DSM IV, que inclou una aproximació occidental de la medicina), perquè la interacció amb l'immigrant mostri interès real, respecte, empatia, acceptació, flexibilitat i creativitat. D'altra banda, el fet de concentrar-se només en els problemes de comprensió de la llengua no soluciona les dificultats del contacte amb els immigrants. Tot i que treballar amb intèrprets és considerat imprescindible, alguns professionals tenen dificultats en la realització de teràpies a través d'intèrprets. S'intenta mantenir sempre el mateix intèrpret per assolir una continuïtat.

AVALUACIONS EXISTENTS DELS PROGRAMES I RECOMANACIONS INCLOSOS^e

Una avaluació feta a mitjan els anys 90 de les intervencions dels mediadors culturals mostra la necessitat que aquests treballin també amb els metges de família. A partir del 1997, es va recomanar aquesta interacció (metge-mediador-pacient) per tal de reduir la pressió de treball als metges de família, millorar la qualitat de l'atenció sanitària proveïda als immigrants, així com incrementar l'accessibilitat dels migrants als metges de família.

D'altra banda, s'han dut a terme diferents avaluacions del projecte *health educators* a Amsterdam, per equips interdisciplinaris d'acadèmics de la branca de salut pública i antropologia entre d'altres. Algunes de les troballes són:

- 1) La quantitat de temps que els metges d'atenció primària utilitzen per pacient immigrant no ha augmentat, però ha millorat la qualitat del temps dedicat.
- 2) La disponibilitat d'educadors per metge d'una hora cada dues setmanes no funcionava. La decisió presa ha estat seleccionar entre els metges de família aquells amb un percentatge de pacients immigrants del 50% o més, amb els quals els educadors treballen un mínim de 8 hores per setmana.

^e Entrevista amb A.Verhoeff. GG&GD Amsterdam. 8 de juliol de 2003

- 3) S'ha trobat alguna reticència d'alguns metges al principi, però en cap moment hi ha hagut obligació o pressió per acceptar el programa. L'èxit ha motivat altres metges de família, i actualment hi ha més demanda que oferta.

Quan existeixen alguns problemes de comprensió o relacions laborals entre el metge de família i l'educador, el GG&GD actua com a mediador, organitzant trobades per discutir la situació.^f

Després d'una dècada de política d'interculturalització (1990-present), el nivell de canvi institucional ha estat reduït i insuficient. L'informe sobre interculturalització de l'atenció sanitària del consell de salut pública i atenció sanitària (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*) considera que hi ha una mancança de visió compartida entre els professionals, especialment visible a l'àrea de salut mental, on la diversitat de punts de vista causa dificultats en l'adaptació al servei sanitari. També consideren que hi ha deficiències estructurals, com la necessitat d'una major competència dels professionals per afrontar la diferència cultural, l'encara insuficient atenció en la formació i educació a la diversitat cultural i els problemes en la implementació del model de gestió intercultural. Finalment, segueixen existint problemes de registre i a vegades una incorrecta interpretació dels resultats en investigacions epidemiològiques.

El cas del Regne Unit

PROGRAMES I POLÍTIQUES SANITÀRIES PER A LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Programes i polítiques d'àmbit estatal

Al Regne Unit, en l'àmbit estatal també s'han prioritzat els serveis i programes d'atenció dirigits a disminuir la incidència de les desigualtats socials, sent prioritàries les intervencions per reduir la incidència de malalties coronàries, el càncer, problemes de salut mental, accidents, així com estratègies adreçades a persones grans i nens, entre d'altres.³⁵

Les estratègies generals d'intervenció sanitària per a l'abordatge de desigualtats relacionades amb la salut inclouen determinants macrosocials com la regeneració econòmica, la formació i promoció laboral, així com promocions de la salut, prevenció de riscos, cribratge i intervencions clíniques en grups vulnerables³⁶ (dintre d'aquests grups s'inclouen les minories ètniques i els immigrants). Algunes de les estratègies existents són: el programa *Sure Start*, dissenyat per a nens/es d'edats pre-escolars procedents de famílies de nivell socioeconòmic baix; la *National Strategy Neighbourgood Renewal*, programa que dóna suport a la regeneració econòmica de les comunitats amb major necessitat. Aquestes iniciatives no substitueixen programes existents i a més, les minories ètniques i refugiats s'han vist beneficiats d'aquestes iniciatives. Segons Moreno la publicació d'informes com el d'Acheson²⁰ i d'altres previs que evidenciaren l'existència sistemàtica de desigualtats socials en certs grups de la població va contribuir a augmentar la prioritat assignada a aquests temes.⁵

S'han realitzat programes comunitaris i guies de bona pràctica adreçats a la promoció de la salut i a necessitats específiques. Alguns dels programes específics existents són: *NHS- Walk-in Centre*, *Language Line*, *Antenna*, *Fit For Life Schemes*, *Sickle Cell Homehouse Nurse*, *Young's People Sexual Services*, o *School Breakfast Clubs or School Fruit*. El projecte *Walk-in Centre* ofereix accés directe i assessoria sobre els serveis sanitaris disponibles. Les autoritats locals han augmentat el seu pressupost en 70.000 lliures per incrementar els serveis de traducció i interpretació en diversos serveis de l'NHS, i han establert una línia d'intèrprets per als serveis de salut mental denominada *Language Line*. El projecte *Antenna* finançat per la King's Fund ofereix serveis de seguiment asseritiu adreçat a joves d'entre 16 i 25 anys, de procedència afrocaribenya, amb problemes de salut mental. Aquest projecte ofereix programes de formació i treball per a aquests joves.

f Entrevista amb A.Verhoeff. GG&GD Amsterdam. 8 de juliol de 2003

En l'àmbit estatal s'ha publicat una guia de serveis de l'NHS per a refugiats o immigrants, en anglès i en la majoria d'idiomes dels grups majoritaris:^{37,38} albanès, turc, àrab, francès, polonès o romanès, entre d'altres. A més dels serveis d'interpretació s'ha augmentat la disponibilitat de cursos d'anglès per a persones procedents d'altres països i per a les que pertanyen a minories ètniques. També existeix una guia de serveis per a minories ètniques³⁹ que inclou revistes, catàlegs i material promocional: *audiocassettes*, fullets, material multimèdia, vídeos amb un total de 102 recursos i centres, agències i institucions que ofereixen programes o informació sobre promoció de la salut, documents clau, així com material de suport desglossat per temes (càncer, diabetis, talasèmia, nutrició), dirigit tant als professionals sanitaris com a la població d'immigrants.

Programes i polítiques d'àmbit regional o local

D'altra banda, les polítiques sanitàries nacionals en matèria d'immigració han derivat fonamentalment les seves funcions a l'àmbit regional o local. Les autoritats locals han establert programes de prevenció de l'HIV en comunitats subsaharianes atès l'augment de la seva prevalença en aquesta població. En aquest sentit diverses ONG han obtingut finançament per realitzar programes específics per a comunitats procedents d'Uganda i Somàlia que han inclòs seminaris, distribució de preservatius i assessories. Alguns d'aquests programes són: *West African HIV Prevention Initiative*, *African Strategic Development and Training Group*. La major part de programes han abordat aquests temes des d'una perspectiva holística en la promoció de la salut. També s'han realitzat estratègies i iniciatives per reduir la incidència de problemes de salut específics com la talassèmia i/o la mutilació femenina (per exemple, creació de paquets d'educació sanitària sobre la talassèmia dirigits a les escoles, programes de formació sobre habilitats socials i vitals dirigits a persones amb talassèmia, així com l'edició de pòsters i fullets informatius).

Dues de les iniciatives d'atenció específica existents a Londres són *The Sanctuary*, que és un centre ambulatori de salut (GP surgery) que atén exclusivament immigrants, i el *Refugee service, traumatic stress clinic* que ofereix serveis de salut mental a refugiats i immigrants. Aquests programes ofereixen ajuda en el procés d'adaptació a la vida en el Regne Unit. Els mediadors i treballadors comunitaris constitueixen persones clau tant en el contacte dels immigrants com en la provisió de programes de promoció de salut i assessoria. També s'ha ofert finançament a ONG per realitzar activitats en les escoles per explicar la situació d'aquests grups als nens.

S'han establert estratègies per millorar el coneixement dels professionals en atenció primària sobre les cultures de la població que atenen. S'han desenvolupat paquets educatius per a professionals sobre aspectes legals i serveis que s'ofereixen als immigrants. A més, s'ha inclòs en els programes universitaris biomèdics formació sobre aspectes multiculturals. L'estratègia de l'*Equity Race Act* ha promogut no només la disminució de discriminació racial en la provisió de serveis sinó també la incorporació de persones pertanyent a minories ètniques o refugiats a llocs de treball de l'àmbit sanitari.⁴⁰

Algunes de les guies existents per a professionals⁴¹ descriuen bones pràctiques clíniques oferint informació no només de problemes específics de salut sinó també d'aspectes i valors culturals. La implementació d'aquests abordatges, com en el cas dels Països Baixos i Suïssa, depèn de cada centre o institució. En aquest sentit, són importants els aspectes culturals relacionats amb els codis de conducta dels homes i les dones i la seva possible implicació en la relació amb el personal sanitari (per exemple, codis de relació amb persones de l'altre sexe); diferents creences sobre la salut física o mental; limitacions per recollir informació sobre els antecedents clínics; problemes en l'adherència al tractament (efectes secundaris, diferència en l'eficàcia en alguns grups o minories ètniques, restriccions per dietes o festes religioses) o diferències culturals en la manifestació del dolor.

AVALUACIONS EXISTENTS DELS PROGRAMES I RECOMANACIONS INCLOSOS

El sistema sanitari britànic ha destinat pressupostos addicionals per a la generació d'indicadors que avaluin les intervencions sanitàries tant en l'àmbit local com nacional.^{42,43} Encara que molts

dels indicadors definits són aplicables en l'avaluació de programes específics per a immigrants en l'àmbit local, s'han dissenyat indicadors en l'àmbit estatal. D'altra banda, l'avaluació de les intervencions en comunitats ètniques o d'immigrants es realitza bàsicament a partir del monitoratge i consulta a aquestes comunitats i/o professionals sanitaris que les atenen (mètodes qualitius).

Un exemple d'avaluació es descriu en l'informe *Achieving equity-respecting diversity: a partnership approach to promoting the health of black and communities in Enfield and Haringey*.³⁸ Aquest informe descriu les àrees prioritàries plantejades en l'àmbit regional, incloent informació sobre les necessitats en salut de la població procedent de minories ètniques, recomanacions per a la bona pràctica³⁸ i un estudi d'avaluació d'aquesta estratègia. Les necessitats identificades varen ser: la provisió de serveis adequats de traducció i interpretació, major monitoratge d'aquest sector de la població, necessitat d'involucrar la població immigrant o les minories ètniques en la planificació sanitària, increment de sensibilització en aquest tema. L'estudi d'avaluació inclou entrevistes en profunditat a 25 treballadors i directius de serveis sanitaris i salut pública, una revisió sistemàtica de l'evidència científica sobre accions portades a terme i un estudi basat en el model de *successful change management*.

Algunes de les recomanacions que surten d'aquest estudi són:³⁸

- 1) Regeneració econòmica, formació, ocupació i estratègies per reduir la pobresa (estratègies de les autoritats sanitàries locals en col·laboració amb les autoritats nacionals), així com la centralització dels projectes en grups que presenten major vulnerabilitat.
- 2) Implicació de les minories ètniques en la planificació sanitària, així com consulta periòdica de les necessitats en salut d'aquesta població.
- 3) Estudis de monitoratge de la població i impacte de les polítiques i estratègies locals i nacionals en aquests grups de la població.
- 4) Es recomanen estratègies holístiques per a la promoció de la salut en coordinació amb les ONG o institucions comunitàries adreçades als immigrants (adreçades a dones, homes, nens/es, joves i persones d'edat avançada, així com estratègies de consciència col·lectiva sobre les diferències culturals i ètniques).
- 5) Programes d'investigació coordinats, augment de la qualitat d'informació i dades recollides sobre etnicitat i país de procedència.
- 6) Formació per als professionals sanitaris en diversos sectors (administració, direcció, clínica) sobre aspectes culturals i de salut dels immigrants, implicant les organitzacions de minories ètniques en la formació dels professionals de l'NHS.
- 7) Rol actiu dels professionals en la provisió equitativa de serveis i la responsabilitat d'oferir informació sobre els serveis disponibles als pacients.

El cas de Suïssa

PROGRAMES I POLÍTIQUES SANITÀRIES PER A LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Programes i polítiques d'àmbit estatal

A Suïssa, les necessitats en salut de la població immigrant han estat considerades només recentment com una qüestió rellevant per al sistema sanitari. A la dècada dels 90 es varen iniciar a Suïssa els primers projectes nacionals en migració i salut, particularment enfocats cap a la problemàtica creixent de l'HIV-sida. Entre els anys 1980 i 1990 es varen dissenyar campanyes de salut adreçades a certs grups marginals, principalment els homosexuals, com a resposta al problema creixent de l'HIV-sida. Els planificadors de salut aviat s'adonaren que calia incloure un altre grup marginal, el dels immigrants, en el programa de prevenció de l'HIV-sida. Al principi dels 90, l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública engegà un projecte de migració i salut, el qual va consistir en la promoció de la salut adreçada a grups d'immigrants.

Després de poc més d'una dècada d'investigacions i d'experiència en projectes, l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública ha elaborat recentment l'estratègia nacional de migració i salut per als anys 2002-2006 (www.bag.admin.ch). Aquesta estratègia és, actualment, l'instrument més important per coordinar la recerca i la implementació de programes a escala nacional. L'estratègia es desenvolupa sobre la base de les prioritats i les experiències expressades pels diferents actors entrevistats, utilitzant l'anàlisi Delphi. Aquesta anàlisi permet construir un consens mitjançant un procediment pas a pas. En el primer pas es varen entrevistar al voltant de 300 grups que treballen a l'àmbit de la migració i la salut, preguntant sobre les seves opinions sobre la situació i les solucions potencials als problemes plantejats. S'utilitzà un qüestionari estructurat. Els grups incloïen hospitals, ONG, departaments cantonals i governamentals relacionats amb la immigració, etc. En un segon pas, es varen resumir els resultats, i els grups foren invitats a comentar-los i a ordenar-los d'acord amb la importància que donaven a cadascun d'aquests resultats. En un tercer pas invitaren al voltant de 70 experts/es a participar en grups focals, per discutir propostes per a l'estratègia nacional de migració i salut.

Els valors essencials de la darrera estratègia foren definits com: (i) el principi d'igualtat: tota persona, independentment del seu origen, sexe, o classe social, té dret a rebre atenció mèdica adequada; (ii) el principi d'una adequada atenció mèdica: per tal de garantir la igualtat són necessàries mesures concretes; (iii) el principi de la responsabilitat i *empoderament* (empowerment) individual: cal un espai per incloure els recursos dels immigrants, per exemple, millorant les seves condicions sociopolítiques, utilitzant la mediació intercultural i les seves xarxes, etc.

El govern suís ha destinat 3,5 milions de francs suïssos (2,2 milions €) per un període de 5 anys per a la implementació d'aquesta estratègia^g. Actualment hi ha diferents intervencions en fase de planificació i implementació. Per exemple, diverses institucions i escoles d'idiomes ofereixen cursos per a mediadors i intèrprets que estan acreditats per la *Schweizerischer Verband für Erwachsenenbildung* (Associació Suïssa per a la educació d'Adults). L'associació "Intèrprets" ha rebut l'encàrrec de coordinar diferents agències que ofereixen serveis d'interpretació per a immigrants. Actualment, s'ha proposat un estudi d'avaluació del cost-efectivitat de les intervencions realitzades pels mediadors culturals (data d'inici 2004). Pel que fa a la formació dels professionals de la salut, s'ha elaborat un marc institucional per a les escoles d'infermeria i gestió sanitàries i ja s'està oferint un curs estandarditzat sobre migració i salut a les escoles suïsses d'infermeria, en què s'utilitza material docent.⁴⁴ Un curs similar encara s'està negociant a les facultats de medicina.

En relació amb la informació, prevenció i promoció de la salut, s'estan desenvolupant i implementant diferents projectes específics sobre malalties de transmissió sexual (particularment l'HIV-sida), en col·laboració amb l'Institut Suís de Medicina Tropical i la Creu Roja Suïssa. Càritas ha elaborat un projecte *Stop Aids*, que inclouen campanyes de publicitat en salut pública adreçades a diferents comunitats d'immigrants. A l'àrea de les drogodependències (que inclou la dependència a l'alcohol) es treballarà principalment en l'àmbit de les comunitats. Es presentaran i es recomanaran projectes per millorar les pràctiques (*best practices projects*). A l'ONG "IAMANEH" se li ha encarregat, des de l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública, la coordinació d'un centre de salut reproductiva per a dones immigrants. S'està creant una plataforma d'Internet per a la provisió d'assistència mèdica (www.miges.ch). Una varietat de material informatiu està disponible, potser la més utilitzada és la Guia de Salut Suïssa, desenvolupada per Càritas Suïssa i la Creu Roja Suïssa, que està disponible en 19 llengües.⁴⁵ En general, no hi ha coordinació d'edició i creació de materials informatius. S'està planificant la creació d'un centre (2004) per a la identificació de necessitats informatives en l'àrea de salut, traducció i distribució de material informatiu. Aquest centre de competència s'establirà com a centre de coordinació i animació i inclourà un comitè d'experts en salut pública per definir les prioritats en informació sanitària. En l'àmbit de provisió de serveis sanitaris, existeix la possibilitat d'adoptar l'*European Initiative of Migrant-Friendly Hospitals*, a partir de 2004^h.

g,h Entrevista amb Thomas Spang, Bundesamt für Gesundheit, 16-10-03

Programes i polítiques d'àmbit regional o local

Durant els anys 90, a nivell cantonal es desenvoluparen aproximacions específiques per facilitar l'accés als serveis de salut dels immigrants (serveis especials d'atenció mèdica als immigrants, serveis de traducció, xarxes). La major part dels cantons compten amb organitzacions privades i autofinançades. Només a Ginebra, Neuchâtel i Basilea, ciutats amb un elevat percentatge de població immigrant, s'implementen programes cantonals. A escala nacional s'implementaren en els anys 90 projectes de prevenció de l'HIV-sida i del consum abusiu de drogues. Per encàrrec de l'Oficina Federal Suïssa per a Refugiats (Bundesamt für Flüchtlinge) la Creu Roja Suïssa està desenvolupant un sistema de teràpia descentralitzada per als refugiats polítics amb experiències traumàtiques a Zurich, Ginebra i Lausana.

AVALUACIONS EXISTENTS DELS PROGRAMES I RECOMANACIONS INCLOSOS

En l'estratègia nacional plantejada des de l'Oficina Federal Suïssa de Salut Pública s'han definit cinc àrees prioritàries d'intervenció:

- 1) La formació de treballadors a l'àmbit de la salut inclou: un curs, amb certificat nacional per a mediadors culturals professionals, i la formació continuada dels professionals de la salut (infermeres, metges, gestors mèdics, etc.).
- 2) Informació, prevenció i promoció de la salut: inclou la promoció d'iniciatives que permetin mobilitzar recursos específics per a la població immigrant i una orientació de la salut pública oberta a les necessitats d'una població heterogènia.
- 3) La provisió d'atenció mèdica: inclou estratègies per reduir les barreres d'accés a la salut i la millora de la col·laboració entre els diferents serveis.
- 4) Teràpies per a refugiats que han patit experiències traumàtiques: inclou una oferta descentralitzada de serveis terapèutics per als refugiats o immigrants que han patit experiències traumàtiques, tant per a aquells amb la perspectiva d'una curta estada a Suïssa com per als que preveuen una més llarga estada.
- 5) Recerca: inclou recerca bàsica orientada als programes, i monitoratge epidemiològic de l'estat de salut i avaluació de l'eficiència i efectivitat de les accions dutes a terme.

La política sanitària suïssa ha augmentat les respostes a les demandes relacionades amb les necessitats en salut dels immigrants des de la dècada dels 90; i a nivell molt divers, alguns cantons i algunes comunitats, principalment en col·laboració amb ONG i altres grups, han portat a terme estratègies en l'àmbit de salut i immigració. Amb la creació de la recent estratègia nacional en salut i immigració s'ha generat un procés de coordinació; i amb la implementació d'aquesta estratègia en els propers 5 anys es podrà descriure l'efectivitat i els beneficis d'aquest projecte.

COMPARATIVA ENTRE ELS 3 PAÏSOS DE L'ESTUDI

En aquest capítol s'ha intentat posar en comú les experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració a d'altres països europeus com els Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. L'objectiu ha estat, d'una banda, descriure les característiques i abordatges similars en aquests 3 països de l'estudi, i d'altra banda, aspectes específics però alhora innovadors i recomanables per a la seva implementació a Catalunya o a la resta de l'Estat espanyol.

Comunitats d'immigrants

Per a l'estudi de les necessitats en salut de les comunitats d'immigrants, la planificació sanitària i la conseqüent avaluació de l'equitat en la provisió de serveis, és necessari conèixer les característiques d'aquestes comunitats. Un dels aspectes importants en l'anàlisi de les polítiques sanitàries i d'immigració als Països Baixos, Regne Unit i Suïssa és el concepte que es té d'immigrant. Encara que porten molt temps d'acollida i assentament de població immigrant, als països d'estudi es troben encara limitacions metodològiques en la forma de recollir informació sobre el fet de ser immigrant, o pertanyent a una ètnia o cultura diferent a la majoria autòctona blanca. També es planteja el dilema ètic de recollida de determinada informació, a més dels problemes de classificar els fills d'immigrants com a minories o refugiats quan podrien classificar-se com holandesos, britànics o suïssos.

Està clar que la nacionalitat o el país d'origen són variables útils per recollir informació de les primeres generacions, però no tant per a les següents. S'han utilitzat diferents terminologies per fer referència a les persones que procedint d'altres països van demanar el dret de romandre en el país d'acollida: minories ètniques, immigrants, migrants, estrangers, refugiats (en alguns casos refugiats polítics), estrangers. Com s'ha comentat amb anterioritat, tots aquests termes també marcaran d'una forma o altra les justificacions estatals o locals per plantejar estratègies d'intervenció sanitàries per a aquests grups de la població, tal com hem vist en cadascun dels països de l'estudi.

Malgrat que les comunitats d'immigrants econòmics són molt diferents en els tres països, s'observen tendències similars respecte a les seves característiques sociodemogràfiques. El procés migratori en els 3 països ha portat a l'assentament persones d'origen immigrant (principalment de les ex-colònies en el cas dels Països Baixos i el Regne Unit) a les grans ciutats. S'ha comprovat que aquestes persones viuen en pitjors condicions de vida, presenten ingressos inferiors, més taxa d'atur i pobresa en comparació amb altres grups de la població. La discriminació racial i social en alguns grups reforça el procés de desigualtat social en aquests grups, a més de repercutir en la seva identificació com a grups vulnerables, i té un impacte negatiu tant en el seu estat de salut com en l'equitat dels serveis sanitaris rebuts.

Estratègies de recerca

Durant la darrera dècada s'han augmentat els recursos destinats al monitoratge de les necessitats en salut de la població immigrant. Tant els Països Baixos com el Regne Unit han delegat a l'àmbit local el monitoratge i les estratègies d'actuació sanitària, promovent activitats des de l'atenció primària i la salut comunitària. Els 3 països han elaborat des del començament dels 90 enquestes poblacionals periòdiques per obtenir perfils epidemiològics acurats de les comunitats d'origen immigrant. Als Països Baixos i el Regne Unit s'han inclòs preguntes sobre el status migratori, el país d'origen, l'etnicitat o l'idioma i la religió en les enquestes poblacionals. Per resoldre els problemes metodològics associats al mostreig de la població immigrant (obtenció d'un nombre suficient de casos per poder analitzar el seu estat de salut amb suficient potència estadística) s'han realitzat sobremostreigs en aquesta població. A Suïssa, el monitoratge de la salut dels immigrants encara

és molt més limitat, però les estratègies actuals de recerca en temes d'immigració i salut són de les més innovadores a Europa.

També s'han realitzat estudis de salut i migració a partir de registres dels serveis sanitaris o de mortalitat, encara que igualment limitats quant a les variables més adequades per definir la població d'estudi i recollir de forma sistemàtica la informació sobre el status migratori o grup de pertinença. Tot i així, han permès, per exemple, l'estudi de l'estat de salut de poblacions il·legals o analitzar l'equitat en la provisió de serveis sanitaris en la població migrant.

En la majoria d'estudis epidemiològics en població migrant es presenta una aproximació etnocèntrica de la salut, on s'intenta descriure a grans trets els problemes de salut que s'espera trobar en les poblacions autòctones. La recerca en curs està intentant canviar aquesta aproximació afegint preguntes específiques, adaptant culturalment els qüestionaris o enquestes (des d'una aproximació tant antropomètrica com psicomètrica) i realitzant les enquestes en diferents idiomes. La recerca en salut i immigració basada en una metodologia qualitativa de la recerca es considera no sols complementària sinó fonamental en l'estudi de les necessitats en salut de la població immigrant.

D'altra banda, s'ha pogut observar en les últimes dècades un canvi important en les estratègies de recerca. Mentre que en les primeres fases, la recerca es centrava en la malaltia, s'ha reconegut que el problema principal dels immigrants està en l'accessibilitat al sistema sanitari. Aquest canvi s'estableix pel reconeixement que els immigrants presenten pitjors indicadors de salut, no pel fet només de pertànyer a una minoria ètnica, sinó també perquè presenten pitjors indicadors socioeconòmics, viuen en pitjors condicions de vida i, per tant, són més vulnerables a certs problemes de salut i, com a conseqüència, a tenir més problemes en l'accés als serveis sanitaris.

L'enfocament en l'estudi dels problemes d'accessibilitat ha "desculturalitzat", fins a cert punt, els problemes de salut dels immigrants i ha redireccionat la recerca a l'estudi de les desigualtats socials relacionades amb la salut. Com a conseqüència, s'ha intensificat la recerca relacionada amb les perspectives dels immigrants (estils de vida, autopercepció de la salut) i amb l'avaluació de la qualitat de l'atenció sanitària als immigrants. A Suïssa, l'enfocament per millorar l'accés s'ha considerat explícitament com un reforçament important per a la integració dels immigrants en el país hoste.

Una aportació important de l'experiència dels Països Baixos en matèria de recerca són les xarxes nacionals de salut i migració com l'EUPHA, que intenten connectar les persones que estan tractant aquest tema. Al Regne Unit s'han establert indicadors locals generalitzables a escala nacional per monitorar i avaluar intervencions sanitàries, així com la constitució d'observatoris de salut pública a escala local per monitorar la salut dels immigrants.

La recent elaboració de l'estratègia nacional en migració i salut a Suïssa (basada en les prioritats i experiències expressades pels 300 grups que treballen a l'àmbit de migració i salut, així com grups focals amb més de 70 experts) constitueix una eina important tant en la coordinació com prioritització de la recerca. S'ha de tenir en compte que aquesta aportació destaca per la metodologia i aproximació emprada en l'elaboració d'una estratègia nacional per establir prioritats en l'estudi de necessitats en salut de la població immigrant i perquè es tracta d'una estratègia innovadora de coordinació nacional que està en fase d'implementació.

Estratègies d'atenció sanitària

Malgrat l'existència de polítiques restrictives als Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa, que en teoria limiten l'accés als serveis sanitaris, a la pràctica s'han realitzat mesures més permissives per garantir l'accés als serveis sanitaris de la major part d'immigrants.⁵ La pressió d'organitzacions d'immigrants (per exemple, en el Regne Unit la del *Racial Equity Act*) ha reduït la discriminació racial en la provisió de serveis i ha promogut la contractació d'immigrants en llocs de treball de l'àmbit sanitari. Fins fa poc temps, no s'havia establert la necessitat de dirigir les actuacions cap

als professionals sanitaris (formació, sensibilització cultural) que contribueixen tant a l'avanç en la provisió equitativa dels serveis, com a facilitar el treball dels professionals. En els 3 països, s'han establert programes de formació pregrau, postgrau i formació continuada, per tal que els professionals entenguin la cultura, forma de manifestar símptomes i malalties, valors religiosos i socials de la població d'origen immigrant que atenen. Molts d'aquests cursos són impartits pels propis immigrants.

L'experiència dels Països Baixos en l'atenció sanitària a l'immigrant ha destacat per la rellevància que s'ha donat als *migrant health educators*, que han actuat com a mediadors culturals tant per la implementació de programes de salut comunitaris com per la col·laboració amb metges de família i pacients. Amb aquest enfocament es pretén una reducció dels problemes d'accessibilitat dels immigrants, facilitar la comprensió per part dels professionals sanitaris de les necessitats reals de la població que atenen, així com garantir l'equitat en la provisió dels serveis. A Suïssa, l'ús de mediadors culturals es reconeix cada vegada més, i els cursos adreçats a obtenir un certificat acreditat estatalment s'estan estenent en diferents institucions d'ensenyament i universitats. Als Països Baixos, els mediadors culturals són treballadors comunitaris i actuen com a traductors i mediadors abans, durant i després de la trobada amb el metge o personal sanitari. El seu cost està cobert pel servei nacional de salut.

En el cas del Regne Unit cal destacar les estratègies macrosocials per tal de reduir les desigualtats socials dels grups més vulnerables, entre els quals s'inclouen els grups de la població d'origen immigrant o les minories ètniques. Algunes de les estratègies plantejades són els programes de formació i ocupació i estratègies per reduir la pobresa, el paper de les ONG en programes de promoció de la salut en aquests grups de la població i, més important, l'intent de reduir la discriminació racial envers aquests grups en l'NHS. En el cas del Regne Unit, com a la resta de països, s'han establert avaluacions de les intervencions realitzades incloent mètodes qualitius que es basen en entrevistes o grups focals amb professionals sanitaris i la població diana. Queda pendent resoldre, tant en l'àmbit de recerca com en el d'actuació, les estratègies adreçades als immigrants il·legals. Cap dels països d'aquest estudi no disposa de dades fiables sobre el nombre d'immigrants il·legals ni dels seus perfils epidemiològics. Als Països Baixos i a Suïssa, els immigrants il·legals no tenen accés al sistema sanitari. En ambdós països, les ONG ofereixen serveis específics de salut, encara que hi ha mancança en la coordinació. Al Regne Unit, encara que amb restriccions similars a les dels altres dos països, existeixen programes d'atenció i serveis específics per a aquest grup de la població.

S'han de comentar algunes limitacions d'aquest estudi. Atès que moltes estratègies estan en procés d'elaboració i en fase pilot, molts documents no han estat publicats de forma oficial. Tot i així, s'han pogut realitzar diverses entrevistes amb persones clau als Països Baixos i a Suïssa. En el cas del Regne Unit no s'ha realitzat cap entrevista en profunditat. Per assolir els objectius d'aquest estudi s'han consultat, però, documents oficials i informes tècnics a Internet.

Malgrat els avenços en la mesura de les necessitats en salut als països d'estudi, que aporten recomanacions metodològiques, estratègies generals i específiques, encara l'aproximació a l'avaluació de necessitats en salut de la població immigrant és etnocèntrica. Les guies, els seminaris i els cursos de formació, així com els mediadors culturals i aproximacions que incorporen una visió de reconeixement de la salut dels immigrants, no només ajuden a garantir l'equitat, sinó també a facilitar la tasca dels professionals sanitaris. Una estratègia com la que es planteja a Suïssa per a la coordinació de recerca i planificació constitueix un exemple interessant per a l'abordatge d'aquests temes.

Conclusions de l'estudi

A la Taula 5 es presenten les principals conclusions d'aquest estudi amb possibles recomanacions per ser implementades tant a Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol. En conclusió, els resultats d'aquest estudi confirmen que, tot i que els països analitzats presenten característiques

diferencials quant a les característiques de la població immigrant a cada país, sistemes sanitaris diferents i, per tant, polítiques sanitàries específiques, els 3 països d'estudi s'han trobat amb els mateixos problemes en la definició de la població d'estudi i el seu monitoratge, i també han trobat similars problemes i necessitats en salut en les poblacions d'origen immigrant. Finalment, tot i que s'han realitzat abordatges semblants en relació amb les estratègies de recerca i implementació dels programes d'atenció sanitària als immigrants als Països Baixos, Regne Unit i Suïssa, cada país de forma específica també ha aportat estratègies o intervencions que poden destacar com a particulars i/o innovadores.

Taula 5. *Principals conclusions de l'estudi*

1. Els sistemes d'informació, bé siguin registres o enquestes, han de recollir variables més específiques, a part de la del país d'origen, més enllà del caracter legal o no de l'immigrant i considerant també els trets diferenciadors entre generacions d'immigrants.
2. Per tal de defugir mancances, cal un sobrestreig de la població immigrant en aquests sistemes d'informació, que aquests siguin menys etnocèntrics pel que fa a la salut, així com integrar tècniques qualitatives en l'avaluació de les necessitats de salut de la població immigrant.
3. S'haurien d'incorporar estratègies participatives, com per exemple la del Fòrum Suís en salut i migració, per tal de determinar les prioritats de recerca en aquest camp i la planificació de serveis sanitaris.
4. Caldria estudiar fins a quin punt, en el nostre país i a semblança d'altres, aspectes de desigualtat i discriminació afecten l'estat de salut de la població immigrant i el seu accés als serveis sanitaris.
5. Són fonamentals les estratègies adreçades als professionals sanitaris mitjançant la sensibilització i formació per tal d'aprendre a encarar amb coneixement i tacte les noves problemàtiques i necessitats dels col·lectius d'immigrants. Els mediadors culturals poden ser, com s'ha vist en altres països, un element facilitador en la relació pacient-metge (immigrant-sistema sanitari).

Annex 1. Guió per a la recollida d'informació de l'estudi

1. Comunitats d'immigrants en els respectius països d'acollida: Països Baixos, Regne Unit i Suïssa
 - Història de la immigració
 - Arribada dels diferents grups migrats
 - Raons per a la migració, marcs legal i polític per a la integració (minories ètniques, immigrants, refugiats, estrangers)
 - Dades demogràfiques sobre comunitats d'immigrants (*status quo*)
 - Nombre i origen dels immigrants
 - Dades sobre el sexe i l'edat
 - Distribució geogràfica
 - Dades sobre les condicions de vida dels immigrants (situació laboral, condicions d'allotjament, situació econòmica)
2. Estratègies de recerca sobre migració i salut als Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa
 - Línies prioritàries de recerca
 - Instruments i estratègies de recerca implementats
 - Principals problemes de salut identificats a través de la recerca científica en la població immigrant
3. Estratègies en l'atenció sanitària a l'immigrant
 - Lligams entre les institucions de recerca i les autoritats sanitàries implementadores dels programes
 - Programes i polítiques dissenyats específicament per cobrir necessitats de salut de la població immigrant
 - En l'àmbit estatal
 - En l'àmbit regional o local
 - Avaluacions existents dels programes i les recomanacions inclosos en planificacions futures
4. Anàlisi i comparació entre els tres països de l'estudi

Annex 2. Guió per a les entrevistes amb persones clau

Guide for the semi-structured interviews that will be held with key contacts at international level.

1. Health care system strategies towards migration.
 - 1.1. Is there any strategy or policy designed to cover any specific health need of immigrants, or is it include within the National Strategic Health Plan?
 - 1.2. To what extend does the actual health care system (including social security system and insurance system) determine the access and the problems related with immigration and health?
 - 1.3. Is there any specific program of Health and Immigration related with :
 - 1.3.1 Political refugees (tortures)
 - 1.3.2 Adolescents, youth.
 - 1.3.3 Women
 - 1.3.4 Drugs & alcohol abuse.
2. Research strategies concerning migration and health in host country.
 - 2.1. Does a national or regional investigation strategy develop?
 - 2.2. How is it organized?
 - 2.3. What are the links to health authorities for future implementation?
 - 2.4. Do you have any published or unpublished data available related to a national or regional research on immigration and health?

Data such as: *Health care needs and indicators of health care (access and quality of care)*

 - 2.4.1 Epidemiological profile of immigrants
 - 2.4.2 Access to health care / information
 - 2.4.3 Patient-practitioner interactions
 - 2.4.4 Other research
3. Implemented strategies in host country. Recommendations.
 - 3.1. Which evaluation could be done from the implementation made of the different strategies? What are the problems or limitations, the benefits, the threats and opportunities (Rapid SWOT analysis)?
 - 3.2. Is there any research or strategy planned for future development?

BIBLIOGRAFIA

1. Keij I. Aantallen alloctonen volgens verschillende definities. Maandstatistiek van de bevolking [revista a Internet]. 2000 [citad el 19/9/03];48(5):14-7. Disponible a: <http://www.cbs.nl/nl/publicaties/publicaties/maatschappij/bevolking/b-15/b-15-05-00.pdf>
2. Huls F. Fewer requests for asylum. [pàgina web a Internet]. Voorburg/Heerlen, The Netherlands: Statistics Netherlands; 2003 [citad el 19/9/03]. Disponible a: <http://www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/2003/1239k.htm>
3. Central Bureau voor Statistiek. Voorburg/Heerlen, The Netherlands: Central Bureau voor Statistiek; 2002.
4. Essed P. Understanding everyday racism: an interdisciplinary study. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991.
5. Moreno Fuentes FJ. Anàlisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España. [tesis doctoral]. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales; 2003.
6. Lee B, Syed Q, Bellis M. Improving the health of black and ethnic minority communities: a North West of England Perspective [monografia a Internet]. NHS Ethnic Health Unit; 2001. [citad el 19/9/03]. Disponible a: http://www.nwpho.org.uk/reports/ethnic_improve.pdf
7. Garbaye R. Ethnic minorities, cities and institutions: a comparison of the modes of management of ethnic diversity of a French and British city. Florence, Italy: European University Institute; 2000.
8. White A, editor. Social focus in brief: ethnicity. 2002. National Statistics Publication [monografia a Internet]. London, United Kingdom: Office for National Statistics; 2002. [citad el 19/9/03]. Disponible a: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_social/social_focus_in_brief/ethnicity/ethnicity.pdf
9. The London Health Strategy: outline strategic framework. [monografia a Internet]. London, United Kingdom: NHS Executive London Regional Office; 2000. [citad el 10/9/03]. Disponible a: <http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/lhs/lhs2000.pdf>
10. Health and neighbourhood renewal. Guidance from the Department of Health and the Neighbourhood Renewal Unit. [monografia a Internet]. United Kingdom: Department of Health; 2002. [citad el 19/9/03]. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/10/04068010.pdf>
11. Race equality in public services-driving up standards and accounting for progress. [monografia a Internet]. London, United Kingdom: Home Office; 2000. [citad el 19/9/03]. Disponible a: <http://www.homeoffice.gov.uk/docs/repbsvs.pdf>
12. Mahnig H, Wimmer A. Integration without immigrant policy: the case of Switzerland. EFFNATIS working paper. [monografia a Internet]. Neuchâtel, Switzerland: Swiss Forum for Migration Studies, University of Neuchâtel; 1999. [citad el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.migration-population.ch/publications/other/pdf/11.pdf>
13. Wanner Ph. Räumliche und strukturelle Bevölkerungsdynamik der Schweiz 1990-2000. Neuchâtel, Switzerland: Bundesamt für Statistik; 2002.
14. Efonayi-Mäder D, Cattacin S. Illegal in der Schweiz - eine Übersicht zum Wissensstand Asy; 2002. p. 3-15.
15. Uniken Venema HP, Garretsen HF, van der Maas PJ. Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. Soc Sci Med. 1995;41(6):809-18
16. Reijneveld SA The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. J Clin Epidemiol. 2000;53(3): 267-72.
17. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? J Epidemiol Community Health. 1998;52(5):298-304.
18. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? J Epidemiol Community Health. 2001;55(10):701-7.
19. Uitenbroek DG, Verhoeff A. Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. Soc Sci Med. 2002;54:1379-88.
20. Messent P. Health inequalities: Acheson recommendations (1998) and policies of the London Borough of Barking and Dagenham. [monografia a Internet]. Essex, United Kingdom: Public Health Directorate, Barking and Havering Health Authority; 2002. [citad el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.bhha.org.uk/acheson.pdf>
21. Association of Public Health Observatories and Health Development Agency. Health Inequality Indicators: Working Draft. [monografia a Internet]. United Kingdom: Matrix MHA research and consultancy; 2003. [citad el 29/9/03]. Disponible a: http://www.lho.org.uk/HIL/Inequalities_In_Health/Attachments/PDF_Files/MatrixDocument.pdf
22. Blanchard M, Craufort M, Fenton S, Fuller E, Karlsen S, King M, et al. Ethnic minority psychiatric illness rates in the community (EMPIRIC): Quantitative report. [monografia a Internet]. United Kingdom: Department of Health; 2002. [citad el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/02/40/34/04024034.pdf>
23. Bardsley M, Hamm J, Lowdell C, Morgan D, Storkey M. Developing health assessment for black and

- minority ethnic groups: analysing routine health information. [monografia a Internet]. London: Department of Public Health, NHS Executive London, United Kingdom; 2000. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.minorityhealth.gov.uk/pdfs/dhafullr.pdf>
24. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and Health in the European Union. *Trop Med Int Health*. 1998;3: 936-44.
 25. Commission for racial equality. Good practice: Ethnic monitoring. [pàgina web a Internet]. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.cre.gov.uk/gdpract/em.html>
 26. Keating F, Robertson D, Kotecha N. Ethnic Diversity and Mental Health in London Recent developments. [monografia a Internet] London: King's Fund; 2003. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.kingsfund.org.uk/publications>
 27. Bhui K, Fenton S, Grewal I, Karlsen S, Lloyd K, Nazroo J, et al. Ethnic differences in the context and experience of psychiatric illness: a qualitative study. [monografia a Internet]. United Kingdom: Department of Health; 2002. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/02/39/52/04023952.pdf>
 28. Bundesamt für Gesundheit. Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung de Bundes 2002-2006. Bern, Switzerland: Bundesamt für Gesundheit; 2002.
 29. Vranjes N, Bisig B, Gutzwiller F. Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und dem Bundesamt für Statistik (Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993). Bern, Switzerland: Bundesamt für Gesundheit; 1996.
 30. Weiss R. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich, Switzerland: Seismo Verlag; 2003.
 31. Chimienti, M, Cattacin, S., en collaboration avec Efonayi-Mäder, D, Niederberger, M, Losa, S. Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention. Neuchâtel, Switzerland: FSM, Rapport de recherche du Forum suisse pour l'étude des migrations; no 18; 2001.
 32. Maggi. Needed basic research in 'Migration and Health' 2002-2006 in Switzerland. Final Report. Neuchâtel: Switzerland: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2003.
 33. Zellweger JP, Haller R. Schirnbildererkennung der Tuberkulose bei den Ausländern in der Schweiz. *SVTL/Pneumatologische Information*; 1993. p. 11-3.
 34. van Dijk R, van Dongen E. Health for all. All in health. Experiences and strategies for reduction of exclusion from health care services of immigrants. European Comission; 2000.
 35. Tackling health inequalities: a programme for action. 2003. [monografia a Internet]. United Kingdom: Department of Health. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmeforaction>
 36. NHS Plan. Technical supplement on target setting for health improvement. [monografia a Internet]. United Kingdom, Department of Health; March 2001. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.doh.gov.uk/pdfs/nhsplantechsupp.pdf>
 37. Gottlieb J. Evaluation of Welcome to the NHS – A Guide for Asylum Seekers. [monografia a Internet]. United Kingdom: Barnet, Enfield and Haringey Health Authority; April 2002. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.beh.nhs.uk/index.asp>
 38. Achieving equality-respecting diversity. A three year strategy 1998-2001. [monografia a Internet]. United Kingdom: Enfield & Haringey Health Authority; 1999. [citat el 29/9/03]. Disponible a: http://www.nclha.nhs.uk/publications/equalities_change_management/achieving_equality_respecting_diversity.pdf
 39. Health-related resources for black and minority ethnic groups. [monografia a Internet]. London: NHS-Health Information East London; 1999. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.thpct.nhs.uk/hiel/Documents/Library/Resource%20Lists/ethnicity.pdf>
 40. Promoting the health of refugees. A report of the Health Education Authority. Expert Working group on refugee health: its present state and future directions. [monografia a Internet]. London, United Kingdom: Refugee Health Consortium; 1998. [citat el 29/9/03]. Disponible a: http://www.hda-online.org.uk/documents/promo_health_refugees.pdf
 41. Henley A, Schott J. Culture, religion and patient care in a multi-ethnic society. A handbook for professionals. London, United Kingdom: Age Concern England; 1999.
 42. The NHS Plan A plan for investment A plan for reform. [monografia a Internet]. Norwich, United Kingdom: NHS National Health Service; 2000. [citat el 29/9/03]. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/57/83/04055783.pdf>
 43. Inequalities in health and social care. The annual report of the director of Public Health of the Norfolk Health Authority. Norfolk, United Kingdom: Norfolk Health Authority. National Health Service NHS; 2001.
 44. Domenig D, editor. Professionelle transkulturelle Pflege. Bern, Switzerland: Verlag Hans Huber; 2001.
 45. Swiss Red Cross and Caritas. Health Guide Switzerland. Bern, Switzerland: Federal Office for Health, 2001.



INFORMES D'AVALUACIÓ AATRM

- Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. **Experiències de Recerca i Polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2004 (català i castellà)
- 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. Abril de 2004 (català i castellà)
- 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 i castellà)
- 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)

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: _____

- 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 preoperatoria 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 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, Císnal 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 anglès)
 - 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 anglès)
 - 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 anglès)
 - 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 anglès)
 - 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'úlcer 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, Liapopoulos 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. **Querectomia fototerapèutica amb làser Excímer**. 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**