



Treball de Final de Grau

MALALTIA ONCOLÒGICA I MIGRACIÓ: DOBLE VULNERABILITAT?

Anàlisi sobre la població migrada per motius econòmics amb una malaltia oncològica sobrevinguda durant els primers anys d'arribada a Catalunya

Tamara Millan Trujillo
Facultat d'Educació i Psicologia
Grau en Treball Social
Universitat de Girona
Curs acadèmic 2018-19

ÍNDIX DE CONTINGUTS

1. INTRODUCCIÓ	3
1.2 Objectius de la recerca	4
2. CONSIDERACIONS PRÈVIES	5
3. INTERSECCIONALITAT I DESIGUALTATS SOCIALS	6
4. LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS	7
5. LA MALALTIA ONCOLÒGICA	9
6. MIGRACIÓ I MALALTIA ONCOLÒGICA	11
6.1 Món laboral i socioeconòmic	12
6.2 Habitatge	14
6.3 Xarxa de suport	15
6.4 Sistema sanitari	16
6.4.1 Marc legal en sanitat	16
6.4.2 Accés al sistema sanitari.....	16
7. METODOLOGIA	19
7.1 Disseny de l'estudi	19
7.2 Aproximació teòrica: estratègia de cerca de literatura	19
7.3 Treball de camp	20
8. ANÀLISI DE RESULTATS	22
9. CONCLUSIONS	30
10. BIBLIOGRAFIA	35
11. ANNEXOS	38

ÍNDIX DE FIGURES I TAULES

FIGURA I. Gràfic de morbiditat del càncer a Catalunya 2016 i 2017	10
FIGURA II. Pintura de Jacob Lawrence – The migration series, panel n.45	11
FIGURA III. Diagrama doble vulnerabilitat	19
FIGURA IV. Tècnica de triangulació de dades.....	21

1. INTRODUCCIÓ

El càncer constitueix una de les principals causes de mortalitat a nivell mundial, i una de les principals causes de morbiditat a nivell de Catalunya. Avui dia hi ha un gran avenç en els tractaments d'aquesta malaltia, i podem dir, que hi ha un gran índex de mortalitat, però tanmateix, un gran índex de supervivència. Això ens fa adonar-nos en la importància del procés oncològic, del transcurs de la malaltia i de la seva possible superació.

Aquest estudi té la seva justificació 8 mesos enrere, arran de la meva estada formativa de pràctiques a l'Institut Català d'Oncologia (ICO). D'ençà va ser el meu primer contacte professional amb el treball social, i el qual va ser motiu suficient per valorar cadascun dels coneixements i experiències que vaig poder rebre i oferir, i que ací he volgut reflectir.

Durant la meva estada, em vaig trobar amb persones que més enllà de la seva edat, gènere, ètnia, situació social o econòmica, tenien un aspecte en comú, i era l'enfrontament de la malaltia oncològica. Al començament no li vaig donar més rellevància a aquestes diferències, però a poc a poc vaig veure el pes que tenien les circumstàncies socials en el seu procés. Aquest va ser el moment que vaig reflexionar per primer cop sobre el col·lectiu protagonista en aquesta recerca i en el qual em va sorgir preguntar-me: les persones migrades presenten una situació i unes dificultats afegides per fer front a la malaltia de forma diferent a la població autòctona?

Partim de la premissa que el procés migratori que pot viure una persona és un factor desestabilitzador i de vulnerabilitat social, i que en combinació amb el procés d'una malaltia oncològica que, *per se*, provoca canvis i fragilitat en la persona, ocasiona el sorgiment d'unes dificultats afegides.

Cal insistir que al llarg dels anys s'han fet molts estudis, per una banda, sobre els processos d'adaptació d'una malaltia com el càncer, i per altra banda, sobre els processos d'adaptació de les persones migrades. Tot i això, hi ha molt poques recerques que convergeixin els dos àmbits i els analitzin de forma conjunta.

Aquest Treball Final de Grau pretén des d'una perspectiva interseccional, analitzar com interactuen aquestes dues variables: població migrada i malaltia oncològica.

Fent esment específic en com les desigualtats socials del col·lectiu afecten en la seva salut i, concretament en el procés d'afrontació de la malaltia oncològica.

D'altra banda, limitem la nostra recerca en les migracions iniciades per motius econòmics i/o laborals, excloent aquelles que la causa rau per motius polítics, familiars o formatius. D'aquesta manera, la malaltia oncològica es considera sobrevinguda un cop instaurats aquí i diagnosticada sense previ coneixement durant els primers anys d'arribada a Catalunya.

La malaltia oncològica té una tendència cap a l'anonimat, arran del fort estigma que s'ha creat en la societat, aquest fenomen el podem veure exponencial en aquelles poblacions que, de per si, conviuen amb un estigma, com seria les persones migrades. Aquest fet pot ocasionar un malestar i patiment doble en la persona que ho pateix, sumat a les condicions d'accés al sistema sanitari, les dificultats en l'habitatge, la falta de recursos econòmics i sense xarxa de suport, entre d'altres. Aquestes circumstàncies fan que des del treball social haguem de tenir-ho més en compte i intervenir de forma específica.

1.2 Objectius de la recerca

Objectiu general: Analitzar la interseccionalitat donada entre població migrada i malaltia oncològica a nivell de Catalunya.

Objectiu específic I: Investigar com influeixen i es desenvolupen els determinats socials en la salut de les persones.

Objectiu específic II: Analitzar els determinants socials i els factors de risc de les persones migrades sobre l'afrontament de la malaltia oncològica a nivell de Catalunya.

Objectiu específic III: Plantejar com es podria millorar la qualitat de vida d'aquest col·lectiu des del treball social.

2. CONSIDERACIONS PRÈVIES

Cada frase, cada idea i cada paraula ha sigut redactada de forma curosa i meticulosa; per una banda amb il·lusió i motivació per contribuir en la recerca i la investigació d'aquest col·lectiu i de la malaltia. I per altra, d'una forma objectiva i lluny d'etnocentrismes, enfocant d'altres vessants per tal de mostrar l'essència més pura de la realitat en qüestió. Altrament, la seva redacció ha sigut emprant un llenguatge no discriminatori, com a reivindicació de les concepcions que sovint es tenen en societat entorn el fenomen migratori, i on en general, transmeten una visió negativitzant i problemàtica.

Al llarg de la recerca, s'ha fet palesa de la quantitat de literatura científica que, amb la imatge de vetllar per la millora de la qualitat de vida de les persones migrades, es veuen ocultes paraules amb connotacions negatives i problematitzadores, que evoquen, inevitablement, a discriminacions, racismes i prejudicis que no li fan cap bé ni al col·lectiu en concret ni a la societat en general. A tall d'exemple trobem vocabulari com: onada migratòria, inserir-se entre els nacionals, ocupar barris, barrera idiomàtica i cultural, entre d'altres.

Pel que fa a la disposició ètica i filosòfica, la recerca ha sigut desenvolupada des del respecte i l'alteritat, com a resultat d'acceptar i reflexionar sobre l'altre, per tal de tenir consciència d'un mateix. Al mateix temps, en consideració a l'altre com a imprescindible per la concepció del meu jo. Altrament, des d'un posicionament a favor dels processos migratoris com a principals manifestacions de mobilitat humana, que com a éssers humans, som lliures d'instal·lar-nos en qualsevol indret, sense limitacions ni prejudicis. Com hem indicat, ens centrem en aquelles migracions originades per motius socioeconòmics, on lícitament les trobem més que justificades en la cerca d'una millora per l'individu i per la seva família.

Als meus parèntesis,

perquè aquí dins sempre s'hi està bé.

3. INTERSECCIONALITAT I DESIGUALTATS SOCIALS

Des que naixem, hom adquireix una sèrie d'identitats i categories on se'ns atribueixen una sèrie de característiques com el gènere, l'orientació sexual, l'ètnia i la classe social, entre d'altres. A partir d'aquesta premissa, la vida de cada individu es desenvoluparà entorn d'aquestes identitats i s'establiran una sèrie de diferenciacions i categoritzacions entre la població, que podrien esdevenir en discriminacions, privilegis o opressions (racismes, sexismes, classismes, etc.). Totes aquestes categories, no interaccionen separades unes de les altres, no se'ns van acumulant, sinó que interaccionen de forma conjunta, unes amb les altres, generant resultats i conseqüències diferents per a poder entendre de forma completa la pròpia identitat. Així doncs, és com podem arribar a comprendre com es desenvolupen moltes de les desigualtats socials (Expósito, 2012).

El concepte que va englobar aquest fenomen és el d'**interseccionalitat**¹, proposat per l'acadèmica Kimberlé Crenshaw, la qual durant els anys 80 interessada per les dificultats que patien les dones "negres" dins el món laboral, analitzava els diversos casos amb aquesta nova teoria. Crenshaw exposava que els grups de dones "negres" es trobaven en un encreuament de categories, tant per la jerarquia de gènere com per la racial, les quals interactuaven i conformaven múltiples desavantatges, i que per tant no podien ser interpretades per separat (Crenshaw, 1991:1244).

En aquest sentit, l'autora planteja un reformulament d'aquestes categories identitàries d'una forma més complexa per tal d'abordar les problemàtiques d'una manera íntegra i completa. En aquest discurs trobem com l'encreuament entre diverses categories socials, pot incrementar la vulnerabilitat de certs col·lectius, esdevenint una major desigualtat social.

Així doncs, les desigualtats socials són les diferents possibilitats que tenen els individus per accedir als béns i als recursos socials. Aquesta diferenciació ve com a resultat de les interaccions entre els diferents sistemes de subordinació que

¹ Varis autors senyalen l'interseccionalitat com una teoria, però al no disposar d'elements centrals ni estar demostrat empíricament, es decanta per definir-ho com a enfocament, perspectiva, marc analític, instrument o mètode (Bowleg, 2012).

pot patir una persona per raó de gènere, orientació sexual, ètnia, religió, origen, salut i situació econòmica, on aquests, s'estableixen dinàmicament en el temps i l'espai. En aquest sentit, la identitat individual es concep com un conjunt més complex i indivisible de categories (Anthias, 2002; Brah i Phoenix, 2004; Yuval-Davis, 2006; Nash, 2008; Brah, 2012; La Barbera, 2012 citat per La Barbera, 2017:194).

4. LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS

Per tal d'iniciar el context d'aquesta recerca, ens adrecem a exposar la definició de salut que va proposar l'Organització Mundial de la Salut (OMS) al 1945: “estat de complet benestar físic, psíquic i **social**, i no sols, l'absència de malaltia o dolença”. En primer lloc, convé destacar aquest enfocament més ampli de salut, alhora que subjectiu, en el qual no només s'inclou la visió biològica, sinó una visió multidimensional i holística, que incorpora d'altres aspectes i la fa més completa.

Recollint aquesta definició, podem observar com la salut dels individus i de les poblacions vindrà condicionada per múltiples factors; un d'aquests poden ser factors biològics, com ara les diferències hereditàries en la genètica. Però com indica Bauer (2014), els determinants en salut van més enllà d'aquests, i fa un esment específic a aquells factors relacionats amb l'entorn en el qual la persona es desenvolupa, així com el seu estil de vida, els factors ambientals, les conductes o els hàbits que porti a terme.

De manera que podem definir els determinants en salut com a aquell “conjunt de factors personals, socials, econòmics i ambientals que determinen l'estat de salut dels individus o poblacions” (Villar, 2011:237). Continuant sobre el mateix eix, la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut² de l'OMS (2009) indica aquesta correlació directa entre condicionants socials i el desenvolupament de la salut dels individus: “El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta

² CDSS: Xarxa mundial d'instàncies que es va crear al 2005 dirigit per l'OMS on reunia instàncies normatives, investigadors i organitzacions de la societat per ajudar a pal·liar amb les causes socials de la falta de salut i la lluita per combatre les iniquitats sanitàries (OMS, 2009).

a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad” (p.3).

Aquests allunyaments de la visió biomèdica com a única influència en la salut dels individus, va ser plantejat prèviament als anys 70 amb la publicació de l'informe Lalonde. Concretament al 1974, Marc Lalonde, Ministre de Salut de Canadà de llavors, va presentar aquest informe³ on plantejava un nou model de salut pública. Aquest explicava les causes de morbi-mortalitat⁴ de la ciutadania, a través d'un seguit de determinants en salut. Lalonde, va dividir aquests determinants en 4 elements generals:

- ❖ Biologia Humana (genètica, envelliment, capacitat immunològica)
- ❖ Factors Ambientals (contaminació física, química, biològica i sociocultural, residència, treball)
- ❖ Estils de vida (conductes de salut, hàbits)
- ❖ Sistema d'Assistència Sanitària (serveis mèdics, avenç farmacològic)

Aquests determinants en salut sovint no poden ser escollits per l'individu, en quant la tria d'uns estils de vida o uns altres, ja que hi ha d'altres factors exteriors a l'individu que el condicionen a no poder triar-los i a veure's exposat, així com la influència dels seus ingressos econòmics, la seva educació o el seu lloc de residència. Així doncs, es regiran, directa o indirectament, per satisfer les necessitats per ordre a la Piràmide de Maslow⁵, en la qual els individus es dedicaran a satisfer aquelles necessitats més bàsiques i a mesura que aquestes siguin cobertes, podran anar assolint la resta de necessitats més secundàries si és possible.

Veient aquesta estreta relació entre determinants en salut i determinants socials, a l'autora Bowleg (2012) no li va ser estrany aplicar l'interseccionalitat en l'àmbit sanitari com a mètode per dissecionar amb més precisió les diferents

³ L'informe anomenat “*A New Perspectives on the health of Canadians*” més conegut com a informe Lalonde, va marcar un punt de referència en l'enteniment de la Salut Pública dels moments fins a l'actualitat (Villar, 2011).

⁴ Interacció entre les defuncions que es produeixen i la quantitat de persones que pateixen una malaltia, en un lloc i temps determinat.

⁵ La Piràmide de les necessitats de Maslow (*Maslow's Hierarchy of Needs*) és una teoria psicològica sobre la jerarquia de les necessitats humanes que va ser formulada per Abaham Maslow al 1943.

realitats en la que es troba un individu i atendre'l de manera holística. L'autora va investigar com aquelles identitats socials que es formaven a nivell *micro* com la classe, el gènere o la raça, es creuaven amb els factors estructurals a nivell *macro* com són la pobresa, el sexisme o el racisme, els quals condicionaven els determinants socials i, conseqüentment, els determinants en salut de l'individu al llarg de la seva vida. En aquest sentit, Bowleg (2012) proposa situar com a major *focus* d'atenció en sanitat a aquells grups que històricament han estat més oprimits i marginats. D'aquesta manera, oferir-los un tracte especialitzat, tenint en compte totes les variables, com per exemple les minories ètniques o les persones migrades.

4.1 Desigualtats socials i desigualtats en salut

A partir d'aquí, cal considerar la definició sobre el concepte de desigualtats en salut, i en aquest aspecte, la majoria d'autors⁶ segueixen la mateixa línia conceptual per definir-ho:

Les desigualtats en salut fan referència a aquelles diferències que es produeixen entre els diferents grups de la societat d'un mateix país (o entre països), per raó de la seva classe social, gènere, ètnia o territori, de manera que disposen d'oportunitats i recursos diferents per arribar a nivells equivalents en salut i qualitat de vida en comparació a la resta de col·lectius. Tanmateix, equivaldria a les diferents possibilitats d'accés al sistema sanitari. Altrament, aquestes desigualtats es consideren com quelcom evitable, ja que no són innates en les persones ni en els grups poblacionals, i que per tant, vénen produïdes per factors externs.

Aquestes desigualtats en salut funcionen a través de l'estructura social, de manera que, la salut empitjora quan disminueix la posició social de la persona en la societat. Per consegüent, i contrastant aquesta definició, sabem que els col·lectius pertanyents a una jerarquia social més desavantatjats, com per exemple les dones, les persones migrades o les persones amb baixos ingressos econòmics, presenten un pitjor estat de salut i una major morbi-mortalitat que la resta de col·lectius, així com també tenen unes conductes i estils de vida que comporten més risc per la salut (Borrell i Benach, 2005).

⁶ Autors com Whitehead (1992:429), Bauer (2004:15), Borrell i Benach (2005:19), Benach i Muntaner (2005:22), l'OMS (2008:14) o Villar (2011:237).

5. LA MALALTIA ONCOLÒGICA

Aproximant-nos a l'objecte d'estudi, la malaltia oncològica constitueix un dels principals problemes de salut en el món. A nivell de Catalunya podem veure un increment dels casos detectats en els últims anys, el que conforma una crida d'atenció pels professionals que hi formen part.

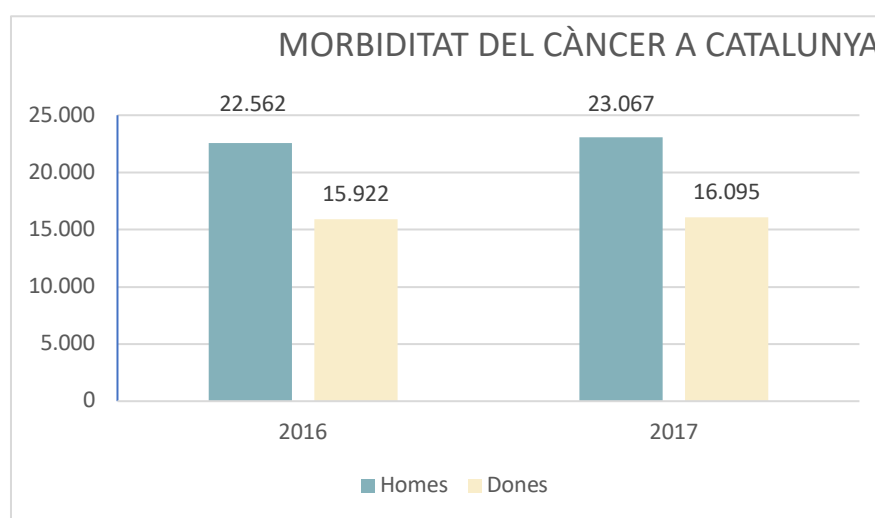


Figura 1. Gràfic sobre la morbiditat del càncer a Catalunya (2016 i 2017).
Font: elaboració pròpia (extret de l'IDESCAT).

L'aparició d'una malaltia com el càncer és un esdeveniment imprevisible dins l'evolució de les persones, i aquesta marcarà un abans i un després en el desenvolupament de l'individu. Un dels factors que més es tenen en compte entorn la malaltia són la seva prevenció i detecció precoç, a través de l'anàlisi de símptomes i revisions periòdiques al centre mèdic, així doncs, un diagnòstic a temps pot augmentar les probabilitats de superació.

Aquesta malaltia pot arribar a causar múltiples problemàtiques i canvis en la persona que la pateix i a la seva família a nivell mèdic, social, econòmic i psicològic, entre d'altres. És per aquest motiu, que la persona ha de rebre una intervenció integral, fixant-nos en tots els aspectes de manera biopsicosocial.

Per tal de fer front a aquesta situació, sovint els recursos personals i familiars no són suficients i requereixen d'atenció especialitzada per fer-hi front. L'ICO (2004) ens indica que l'atenció social dins d'aquest àmbit, pretén treballar per "tenir cura de totes aquelles carències socials que s'han vist agreujades o que han

esdevingut provocades per la malaltia” (p.5). Entre aquestes s’inclouen àmbits com l’habitatge, el món laboral, els ingressos econòmics i la xarxa de suport, entre d’altres.

6. MIGRACIÓ I MALALTIA ONCOLÒGICA

Centrant-nos en el *quid* d’aquesta recerca, partim d’un col·lectiu molt específic, i que compren aquelles persones que han realitzat un procés migratori per raons econòmiques i que en estar instaurades a Catalunya, han esdevingut amb una malaltia sobrevinguda com l’oncològica.



Figura II. Pintura de Jacob Lawrence – The migration series, panel n.45 (1942)

En aquest sentit, no hi ha pràcticament estudis sobre el que engloba a aquest col·lectiu tan concret, tot i això hi ha autors com Barbero, Vázquez, Coca, Díaz, García i García (2007), Hernández, Lorenzo i Nacif (2009) i Rodríguez, Ortiz i Sanjosé (2014) que remarquen la importància que es portin a terme estudis de com interactuen aquests dos processos: el fet migratori i la malaltia oncològica. D’aquesta manera, no només per descriure la situació del col·lectiu, sinó per minimitzar els danys i fer propostes de millora.

D’entrada, com indica Barbero et al. (2007), podem veure com les dificultats pròpies del procés migratori, en unió amb les dificultats pròpies de la malaltia oncològica comporta, inevitablement, que es consideri una població en risc i doblement vulnerable que s’ha de tenir en compte i dotar d’una atenció especialitzada. Altrament, la unió d’aquests dos factors, poden generar un patró de morbiditat i interacció amb els serveis sanitaris diferent en comparació amb la població autòctona (Rodríguez, Ortiz i Sanjosé, 2014). Per tant, aquests pacients hauran de fer front, no solsament, als tractaments mèdics, amb les seves respectives

seqüeles orgàniques, estètiques, funcionals i cognitives, sinó que també a múltiples conseqüències psicosocials i familiars derivades tant del procés migratori com de la malaltia (Gonzalo, 2006).

A partir d'aquí, ens centrarem a exposar els grans àmbits que en aquesta recerca ens limitarem, i que en aquest col·lectiu es poden veure més afectats i condicionats com a resultat de les desigualtats socials existents, del que comporta un procés migratori i l'afrontament d'una malaltia oncològica.

6.1 Món laboral i socioeconòmic

L'accés al món laboral sovint és un dels factors claus per identificar l'origen pel qual moltes de les migracions s'han iniciat, a través de la cerca d'ingressos econòmics en d'altres indrets.

En gran part dels països europeus, i concretament en el cas d'Espanya, hi ha una generalitzada precarització estructural del treball. Segons Perocco (2017) aquesta panoràmica laboral ha afectat de manera pronunciada a la població estrangera que es troba arreu d'Europa. Com a causa, l'autor posa èmfasis en les polítiques migratòries existents, al paper que se li ha atribuït a la immigració dins del mercat de treball i al creixent racisme. Això ha produït, que aquest col·lectiu pateixi una "doble precarització" tant laboral com jurídica (Perocco, 2017:82). En aquest sentit, hi ha una general vinculació entre: disposar del permís de residència i disposar d'un contracte/oferta de treball, els quals condicionen una mutualitat excloent. En altres paraules, el que ens mostra Perocco sobre la realitat social de les persones migrades, és la dicotomia/ contradicció entre el requisit de disposar primerament una oferta/contracte de treball, per a posteriorment poder optar al permís de residència/tr treball, i viceversa. Aquesta, com a única forma d'accedir, via ordinària, a la regularització de la situació de la persona migrada. Aquesta situació en la qual es troben moltes persones migrades fa que hagin d'accedir a treballar a canvi de salaris baixos, horaris prolongats i menors mesures de seguretat (Sanjuán, 2015). A més a més, se suma a d'altres variables com són la rigidesa legal d'immigració, el racisme institucional, la situació de crisi econòmica i el gran índex de desocupació, posant-los contra «l'espasa i la paret» a acceptar qualsevol

d'aquestes condicions laborals, i tanmateix reforçant els factors d'exclusió i segregació, convertint-los en un col·lectiu altament vulnerable (Perocco, 2017).

Pel que fa al pacient oncològic, des de l'Associació Espanyola Contra el Càncer (AECC) (2018), ens indiquen que la malaltia oncològica té unes conseqüències clares a nivell econòmic i de dificultats laborals. En primer lloc els pacients a causa de la simptomatologia del tractament i de la malaltia, sumat a la impossibilitat de compaginar la relació laboral amb el centre mèdic i l'impacte emocional que suposa, els hi dificulta continuar amb les seves tasques laborals. El que això provoca sovint és que els pacients es vegin condicionats a deixar de treballar, i conseqüentment a deixar de percebre aquells ingressos⁷.

Cal fer un esment específic a què fins i tot, el procés oncològic pot suposar en molts casos noves despeses derivades de les necessitats de la malaltia⁸. Aquest factor pot ser determinant en aquells nuclis familiars on l'economia prèvia a la malaltia resultes ja vulnerable, com la de la població migrada. Així doncs, es genera una situació de risc i vulnerabilitat encarada, suposant haver de prioritzar altres despeses, tanmateix necessàries, com l'alimentació o l'habitatge i no continuar amb els tractaments prescrits⁹. Podem veure que aquestes són dificultats econòmiques i laborals que es poden produir en les fases de diagnòstic i tractament, tot i així, en molts casos també es prolonga durant la fase de superació de la malaltia on és plantejant les baixes possibilitats de reinserció laboral. En primer lloc, a conseqüència dels efectes secundaris i de les seqüeles permanents de la malaltia, que suposen una impossibilitat de retorn al lloc de feina. I en segon lloc, quan la persona emmalalteix i disposa d'una contractació temporal, aquest no sol ser renovat.

Alguns d'aquests motius són els que han portat a L'AECC (2018) a considerar que les persones amb càncer presenten un major risc de patir dificultats econòmiques en comparació a una altra persona sense càncer. Cal, per tant, també fer una especial referència a les evidències de la seva relació amb el nivell

⁷ Cal tenir en compte que poden disposar dels ingressos a través de les incapacitats (temporals o permanents), però sovint proporcionen una pensió insuficient (AECC, 2018).

⁸ Pròtesis capil·lars, desplaçaments pel tractament, medicació, cremes pels efectes de la radiació, alimentació equilibrada, ajuts tècnics, supressió barreres arquitectòniques, canvis de domicili, entre d'altres.

⁹ A tall d'exemple, s'emmarca el cost que podria suposar en una família un pronòstic de càncer sobre els 150€ mensuals, en càncer de mama, i de 300€ mensuals, en càncer gàstric (AECC, 2018).

socioeconòmic, tant pel que fa a la freqüència d'aparició com a la mortalitat associada, fent remarcar aquesta estreta relació entre desigualtats socials i salut (Borrell i Benach, 2005).

Així doncs podem veure com el context de crisi econòmica, en combinació a la situació socioeconòmica de cada persona, sumat al diagnòstic d'una malaltia oncològica, provoca un agreujament significatiu de la vulnerabilitat i l'exclusió social. Per la qual cosa l'afrontament de la malaltia, no va lligada solament a la malaltia en si, sinó a la prèvia situació individual i familiar de cada cas.

6.2 Habitatge

Espanya actualment presenta una situació crítica davant l'habitatge (Diaz, 2003). Ens trobem amb una escena caracteritzada per unes polítiques d'habitatge dèbils i una oferta, pràcticament inexistent, dels habitatges de protecció social, que en combinació amb la forta inflació immobiliària dins del lliure mercat i la situació de crisi econòmica, deriva, inevitablement, en una exclusió de certa part de la població que no pot accedir a un habitatge digne. Segons Trilla (2004) una de les poblacions més afectada per aquesta situació són els "immigrants econòmics extracomunitaris" (p. 44). Centrant-nos en aquesta població, Bosch i Gibaja (2006) assenyalen que el lloguer és la tipologia d'habitatge més extens entre la població migrada, i aquest factor és degut a la precarietat econòmica, la inestabilitat laboral i la irregular situació que es sol produir en els primers anys del projecte migratori. A més a més, aquests solen ser "habitatges més antics, més degradats, menys equipats, menys accessibles, i solen patir problemes d'amuntegament¹⁰, d'accessibilitat econòmica, d'explotació immobiliària, de discriminació en l'accés al mercat de lloguer i de segregació urbana" (Bosch i Gibaja, 2006:114).

Fixant-nos en la malaltia oncològica, depenen de la situació vital del pacient, el tractament i la seva evolució passarà més o menys temps a l'hospital, però tot i això s'ha de vetllar perquè el domicili disposi de les condicions òptimes per recuperar-se i disposar de qualitat de vida. Segons l'ICO (2004), sovint aquest

¹⁰ Per reduir costos s'utilitza aquesta estratègia residencial que implica compartir habitatge amb altres persones o nuclis familiars (Bosch i Gibaja, 2006:118).

punt pot resultar complicat si la persona abans de la malaltia disposava d'una situació econòmica difícil i les condicions de l'habitatge podrien ser nul·les, com no disposar d'aigua, llum, material tècnic o sense barreres arquitectòniques, accés a l'alimentació, etc. Per tant, des del treball social sanitari hauríem de prendre una atenció especial a aquest factor per tal que el procés de tractament i recuperació a la llar sigui el més adequat possible.

6.3 Xarxa de suport

Un dels aspectes rellevants en el procés migratori és aquell que implica molts cops la separació de la xarxa de suport social i familiar del país d'origen. Aquesta situació comporta que les persones migrades molts cops no disposin d'una xarxa de suport al nou país. Aquesta situació pot implicar un canvi de rols familiars i personals, un possible aïllament respecte a la societat d'acollida i un major risc a patir patologies psicològiques. D'altra banda, aquestes circumstàncies com indica Sanjuán (2015) no es donen en la majoria de casos, ja que la persona migrada sol triar destins on hi hagi la presència d'algun familiar o amic que el pugui ajudar. Aquesta persona de referència o xarxa de suport, aporta un paper de gran ajuda pel procés d'adaptació de la persona, ja que li pot oferir suport psicològic, informacions, recursos econòmics i materials. Tanmateix, si la persona migrada disposa d'aquesta xarxa de suport, quan apareix-hi una dolença o malaltia, aquesta xarxa podrà oferir-li les cures específiques.

En aquest sentit, amb l'arribada d'una malaltia com l'oncològica, la persona necessita d'un recolzament i d'un entorn efectiu més proper, ja que en molts casos pot perdre autonomia i sorgiran necessitats que abans no tenia. Per tant, el pacient requereix d'un cuidador principal (en endavant c.p) i d'una xarxa de suport que el recolzi i l'ajudi a tots nivells per tal de fer front a la malaltia. Aquestes, són figures essencials en l'atenció de la cura d'aquests pacients. En aquest sentit, Astudillo i Mendinueta (2008:238) defineixen el cuidador principal com aquella persona, generalment, l'espòs/a, fill/a o un familiar proper, "que atén en primera instància les necessitats físiques i emocionals del malalt". Altrament, Armstrong (2002, citat per Barrón i Alvarado, 2009:41) indica que el c.p assumeix la responsabilitat total del pacient per ajudar-lo a realitzar totes les activitats diàries que aquest per si mateix no pot dur a terme, sense rebre cap retribució econòmica al respecte.

La persona que es converteixi en el c.p del malalt, haurà de disposar d'una informació i orientació adequada sobre el procés que afecta el malalt, la seva possible evolució, les mancances i les crisis que pot patir, per tal d'organitzar-se i ser responsable d'aquestes cures. Molts cops per tal que el pacient pugui rebre una atenció integral a l'assistència i cures, el c.p també es veu obligat a reduir la seva jornada laboral i fins i tot, haver d'abandonar el lloc de feina per tal de disposar del temps necessari pel malalt. El que suposa, *per se*, una davallada circumstancial dels ingressos econòmics del nucli familiar.

6.4 Sistema sanitari

6.4.1 Marc legal en sanitat

Per poder entendre la situació de salut d'aquest col·lectiu hem de fer una pinzellada en el marc legal on s'emmarca el seu accés a la sanitat a nivell català¹¹.

Podem veure que des de l'aplicació de la llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària a càrrec de fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut, es permet l'accés a l'assistència sanitària a totes les persones estrangeres que estiguin inscrites en el Padró Municipal del seu lloc de residència habitual, sense necessitat d'acreditar un període anterior a la presentació de la sol·licitud¹².

6.4.2 Accés al sistema sanitari

El següent punt a considerar és si aquest accés al sistema sanitari es fa efectiu i és eficaç, en concret, pel col·lectiu que estem estudiant.

Moltes recerques coincideixen en el poc ús dels diferents serveis sanitaris que en fan, i aquest, pot ser degut a una sèrie de variables que poden dificultar l'entrada de qualsevol individu als serveis sanitaris i, *ad hoc*, aquestes variables incideixen en major mesura a les persones migrades (Agència de Salut Pública, 2011).

¹¹ Per tal de fer èmfasis al que ens implica, i discernir d'altres aspectes poc rellevants, ens centrarem únicament en aquells aspectes legals més significatius per l'objecte d'aquesta recerca. Per tant, per veure la regulació a nivell estatal veure Annex 8.

¹² A Annex 8 trobareu la regulació per aquelles situacions especials on la persona migrada es pot trobar i els seus requisits.

En primer lloc, podem fer referència a una sèrie de factors estructurals; aquests fan referència a les limitacions produïdes, per una banda pel desconeixement del funcionament dels serveis sanitaris, i per altra, per la regulació jurídica en l'accés, en aquest cas per la falta d'empadronament. Sota la mateixa línia, hem de tenir present, que en alguns casos les situacions on la persona es trobi en situació irregular de residència, pot resultar una resistència a acudir als serveis sanitaris per por a la identificació i informació a la policia.

Tanmateix, l'accés és condicionat per les dificultats pròpies d'un sistema sanitari poc flexible, que sovint provoca una utilització menys recurrent, com els horaris de la consulta, les cites prèvies, les llistes d'espera, etc.

Altrament les diferències idiomàtiques¹³ poden afectar en aquest accés, i no sols una diferent llengua, sinó també diferents significats a situacions on la llengua pot ser compartida entre el professional i l'usuari. De manera paral·lela, succeeix amb les diferències culturals, on pot haver-hi una concepció de la malaltia, de la salut i del cos diferents.

A més a més, un factor a tenir en compte és la situació de precarietat laboral, en aquest sentit, els horaris, la por a ser acomiadats o les dificultats per absentar-se del lloc de feina (presentisme¹⁴), sovint causa que “la salut passi a un segon pla i només es busqui assistència sanitària quan la patologia està en una fase més avançada” (p.25).

Altres variables que s'han de tenir en compte, són aquelles respecte a l'actitud del personal sanitari, per una banda, hi podem trobar una presència d'estereotips, estigmatitzacions i actituds xenòfobes que poden entorpir l'accés al sistema sanitari d'aquest col·lectiu. I per altra banda, sovint el temps de visita està limitat, el que comporta que aquells col·lectius que a causa de la seva situació necessitin més temps per la comprensió del professional, no puguin ser satisfets els seus dubtes.

¹³ Tot i que en la literatura científica s'utilitza de forma quotidiana la paraula “barreres” ens decantem per utilitzar un altre concepte per tal de no contribuir en la visió problematitzadora i negativitzada de la integració del col·lectiu de persones migrades.

¹⁴ Presentisme (antònim d'absentisme): resultat de les dificultats que tenen aquests treballadors per obtenir una baixa laboral o faltar a la feina, per la por a perdre-la o no ser renovats (Agència de Salut Pública, 2011).

A més a més, cal fer un esment específic a les diferències entorn els hàbits i els estils de vida entre la població autòctona i la població migrada, on aquests fan ús dels serveis sanitaris quan la malaltia és evident, sense haver tingut cura dels aspectes preventius que suposen les visites regulars i consensuades amb els serveis primaris i ambulatoris. En aquest sentit, són varis els estudis que ens indiquen que generalment la població migrada realitza menys prevenció i detecció precoç de malalties, com en aquest cas el càncer. Tanmateix els estudis afirmen que a mesura que augmenta el temps de residència, la probabilitat de visitar el servei d'urgències disminueix, i en canvi, augmenta la probabilitat de visitar un metge especialista.

Des de l'AECC destaquen un canvi en les demandes des de l'àmbit social dels pacients i famílies, respecte anys anteriors, on s'ha vist reflectit un increment de demandes de caire social i un agreujament dels motius d'aquestes demandes. En aquest sentit, abans les demandes anaven encarades a l'afrontament de les necessitats derivades de la malaltia (despeses per la malaltia i dificultats sociofamiliars lleus), però actualment hi ha unes demandes vinculades a necessitats per garantir una cobertura mínima de les necessitats bàsiques (habitatge, subministraments, alimentació, etc) i un recolzament familiar de major intensitat (desprotecció, falta de xarxa de suport, precarietat laboral, sobre càrrega cuidador, problemes de funcionament, etc).

7. METODOLOGIA

7.1 Disseny de l'estudi

Aquest Treball Final de Grau pretén analitzar l'impacte que té la malaltia oncològica en una persona migrada a nivell socioeconòmic. En primer lloc exposar la importància de la mirada interseccional i el paper dels determinants socials. En segon lloc, identificar com aquests determinants condicionen la salut de les persones, posant com a major *focus* d'atenció als determinants socials de la

població migrada. Seguidament, en relació a aquests determinants analitzar com es veuen afectats amb el transcurs d'una malaltia oncològica. I finalment, analitzar de forma conjunta com ambdues variables donades de forma simultània provoquen unes conseqüències diferents en l'individu i una major dificultat per fer front a la malaltia.

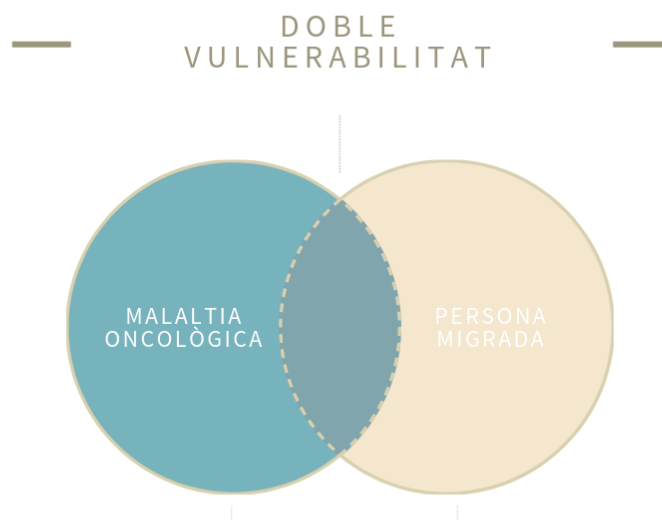


Figura III. Diagrama sobre la doble vulnerabilitat.
Font: elaboració pròpia

7.2 Aproximació teòrica: estratègia de cerca de literatura

S'ha dut a terme una cerca bibliogràfica exhaustiva entorn de diversos aspectes: entorn el concepte d'interseccionalitat, com a clau per entendre el desenvolupament de les desigualtats socials i els determinants en salut. Seguidament entorn la cerca dels 4 factors característics del procés migratori i, tanmateix la seva relació amb el procés oncològic: món laboral i socioeconòmic, habitatge, xarxa de suport i sanitat. I per últim entorn el col·lectiu central d'aquesta recerca com és la persona migrant amb càncer i les investigacions realitzades al respecte.

Els recursos que s'han utilitzat per fer-ho possible han estat els cercadors Google Academics, Dialnet, CanalSalut, Generalitat de Catalunya, Scielo, entre d'altres. I amb la utilització de les paraules clau, que s'han utilitzat per separat i en combinació, com: *interseccionalitat*, *desigualtats* i *determinants socials*,

desigualtats i determinants en salut, migració, immigració, sanitat, malaltia oncològica, càncer, dificultats socioeconòmiques, habitatge, idioma, xarxa de suport, treball social sanitari, prevenció, detecció precoç, exclusió social, entre d'altres.

7.3 Treball de camp

Seguidament, hem volgut incloure una vessant pragmàtica en aquesta recerca, és per això que s'ha realitzat una metodologia qualitativa a través d'un seguit d'entrevistes i un anàlisi de cas.

Les entrevistes s'han realitzat de forma presencial, semiestructurades i a través d'un diàleg amb preguntes obertes que han permès a les mostres expressar-se amb certa llibertat, però sota un mateix punt d'interès per aquesta recerca¹⁵.

En primer lloc, s'ha fet la tria de mostra no aleatòria d'informants en qualitat d'experts a dos professionals que han set buscats explícitament per la seva rellevància en els àmbits tractats. Per una banda, a una treballadora social de l'ICO, professional amb una llarga carrera en l'àmbit social de la intervenció oncològica, el que li ha permès observar en primera persona la població a tractar en aquest estudi. Per altra, a un professional, tècnic de la Secretària d'Igualtat, Immigració i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya, com a professional que treballa entorn d'aquest col·lectiu. Hem trobat essencial poder rebre el seu coneixement sobre la situació real de les persones migrades a Catalunya.

En segon lloc, a causa de la delicadesa del tema en el qual ens desenvolupem, com és la malaltia oncològica, sumat amb temes d'immigració, hem considerat que no és ètic, i si més no, resultaria violent realitzar entrevistes amb el col·lectiu protagonista a causa de la seva situació social i vital. Per tant, hem recorregut a alternatives: S'han realitzat 3 entrevistes a persones que després d'haver iniciat un procés migratori han pogut descriure quines situacions van viure en el seu moment d'arribada. Aquestes s'han realitzat amb castellà, ja que cap de les participants eren coneixedores del català, d'aquesta manera ens ha permès crear un ambient de confiança i proximitat, tanmateix de poder-se expressar lliurement.

¹⁵ A l'annex 1 trobareu el disseny de les entrevistes realitzades.

Altrament hem realitzat un estudi de cas d'una persona migrada amb malaltia oncològica, cedit des de l'ICO, que ens ha permès veure ambdues variables juntes en un cas real d'actualitat¹⁶.

En tercer lloc, s'ha realitzat una triangulació amb les dades obtingudes de la cerca bibliogràfica, dels resultats de les entrevistes i de l'estudi de cas, per tal d'analitzar la situació en la qual es troba el col·lectiu protagonista d'aquesta recerca.

Finalment s'han realitzat les conclusions extretes de l'anàlisi i les propostes de millora.

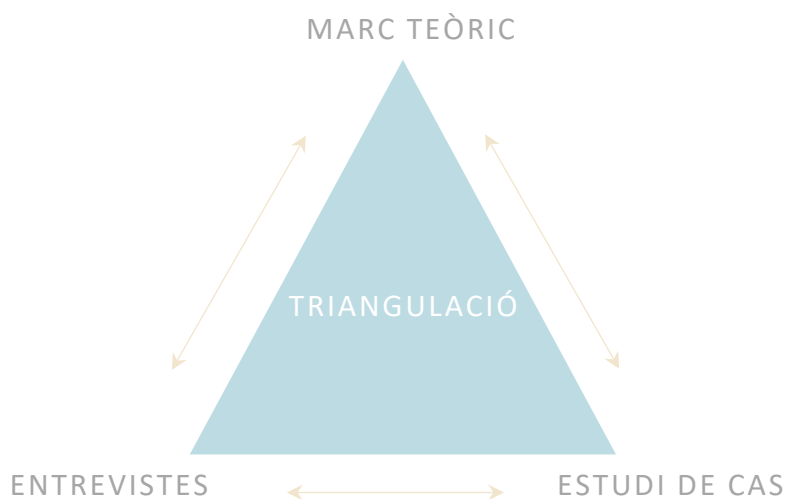


Figura IV. Tècnica de triangulació de dades.
Font: elaboració pròpia.

¹⁶ A l'annex 2 trobareu l'estudi de cas.

8. ANÀLISI DE RESULTATS

A continuació ens proposem a analitzar la triangulació entre el marc teòric, el resultat de les entrevistes i de l'estudi de cas.

Primerament hem vist reflectit com les quatre persones migrades apuntaven a l'**idioma** i la **cultura** com una de les principals dificultats en arribar a Catalunya. Totes indicaven aquesta desconexió sobre la implicació i rellevància que implicava no conèixer el català, tot i ser hispanoparlants. Coincidien en la seva importància per relacionar-se amb la població autòctona d'aquella forma més habitual, i tanmateix amb les institucions i serveis públics, com el sanitari. A més a més, una de les entrevistades apuntava les diferències en els significats, el que implicava una doble dificultat per a la comunicació i comprensió.

“Em sento avergonyida parlant amb una persona que no m'entén i que ha d'intentar interpretar o entendre el que li dic i jo el que em diu, tenim paraules i significats diferents”¹⁷

Aquesta idea coincideix amb la que indica l'Agència de Salut Pública (2011) i el tècnic de migracions, on sovint la relació amb les institucions, i concretament amb el sistema sanitari es veu dificultat per la diferent llengua i els diferents significats a l'hora d'establir la comunicació entre professional i pacient.

Portant aquesta visió a la malaltia oncològica, la treballadora social de l'ICO, apuntava l'idioma com una de les dificultats afegides per a aquest col·lectiu per l'afrontament de la malaltia. En aquest sentit, exposava que apareixen dificultats per part de la població migrada per entendre els diagnòstics, els tractaments, les pautes de medicació, els símptomes d'alarma o la prevenció de riscos. Això suposa un gran inconvenient, ja que és essencial la comprensió de tots aquests factors per desenvolupar una bona adherència terapèutica. Des de l'ICO ho consideren un eix molt important i prenen mesures al respecte per intentar solucionar-ho. En aquest cas, disposen d'un recurs de mediació cultural¹⁸ que representa una gran ajuda, ja que a més a més de realitzar un servei de traducció,

¹⁷ Traducció pròpia.

¹⁸ Recurs de mediació cultural extern puntual, ofert des de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) Santa Caterina.

sovint aporten aquella visió cultural que ajuda a comprendre millor la situació del pacient i poder fer una intervenció sistèmica.

Un bon exemple d'això, és el cas real en qüestió, en aquest, la pacient sí que era hispanoparlant, però tot i així, es va realitzar una gran tasca per tal que entengués molt bé tot el que implicava la malaltia, el tractament i la simptomatologia que se'n podria derivar, per tal que compregués els riscos i conseqüències. Tanmateix des de treball social, es va fer un gran treball per explicar els recursos que podria disposar i dels que no, per poder treballar sobre la previsió a l'alta mèdica i el transcurs de la malaltia. En aquest sentit, calia que la pacient fos coneixedora de tot el que implicava la malaltia, el seu estat actual i la seva previsió de futur, per tal que entengués els factors socials que no disposava per fer-hi front.

D'altra banda, referint-nos al **sector laboral i socioeconòmic**, en primer lloc, una de les persones migrades apuntava la dificultat de trobar un lloc de feina tenint una situació d'irregularitat administrativa. Tanmateix, expressava la dificultat, per una banda, de trobar a algú que li oferís un contracte laboral, per així poder regularitzar la seva situació, i per altra, que la petició fos acceptada des de l'administració. Paral·lelament Perocco (2017), ha definit a aquesta situació dicotòmica com a “doble precarització”, que senyala coherentment aquesta situació viscuda per les persones que no disposen de la regularització.

Contrastant-ho amb la treballadora social, indica que hi ha una gran fragilitat en aquesta àrea. En casos generals, els pacients migrats que atenen, viuen sols i tenen la família al país d'origen o, per contra, tenen aquí la família a càrrec. Ambdues situacions normalment suposen que previ al diagnòstic oncològic la família depengui del salari del pacient com a única font d'ingressos familiars. En aquestes situacions, quan apareix un diagnòstic de malaltia oncològica, de forma general el pacient ha de deixar de treballar com indica l'AECC (2018), a causa del tractament i els canvis biopsicosocials que comporta la malaltia, i per la qual cosa provoca una davallada circumstancial dels ingressos econòmics. En aquestes situacions els pacients poden disposar d'altres vies d'ingressos siguin per part de familiars o per part del sistema públic. Però en el cas dels pacients migrants, com ens indica la treballadora social, a vegades són pacients que han treballat sense

contracte i que quan els hi diagnostiquen la malaltia, es queden sense feina i sense dret a cap prestació.

“A l'estar en situació d'irregularitat no li puc tramitar res, perquè no hi té el dret fins que no regularitzem la situació, en canvi, una persona autòctona potser té més facilitats per accedir a un suport, al tenir la part legal solucionada”

En aquest sentit, la professional indica que hi ha una gran fragilitat en aquesta àrea pel col·lectiu en concret per la seva situació administrativa. Podem veure, com indica l'AECC (2018), com la malaltia també pot suposar despeses afegides, aquestes poden ser molt significants per a aquells nuclis familiars on previ a la malaltia ja disposaven d'una situació vulnerable. Així doncs, i traslladant aquesta informació al col·lectiu migrant, pot suposar una dificultat encarida per la prèvia precarització laboral, falta de contracte, salari baix, nuclis unifamiliars o família a càrrec. Aquesta idea es fa pal·liar en el discurs de la treballadora social on a través de la seva experiència ens indica que:

“Hi ha casos on cobren molt poquet i han de pagar moltes despeses, més tot lo afegit de la malaltia oncològica, és un sobreafegit que no poden assumir”

Si ens fixem en l'estudi de cas, la pacient treballava de forma irregularitzada i arran de la simptomatologia va haver de deixar de treballar, deixant de percebre els possibles ingressos econòmics que disposava. La seva situació administrativa irregular no permetia poder recórrer a cap ajuda econòmica ni suport públic, el que dificultava l'alta mèdica, ja que no disposaria de recursos econòmics per l'alimentació, l'habitatge, el transport o les despeses farmacèutiques quan sortís de l'hospital. Tanmateix, no disposava de previ contacte amb cap associació, serveis socials, llei d'estrangeria o amb ingressos propis per subsistir quan abandonés el lloc de feina, en conseqüència es trobava en un alt risc social.

El següent punt a considerar, mencionat anteriorment, és que en tractar-se de població migrant, molts cops s'han de tractar aspectes que la població autòctona no ho requereix, com la **situació de regularitat i permís de residència**. És per aquest motiu que moltes de les persones migrades no disposa de la possibilitat de treballar

legalment i ha de treballar sense contracte laboral i exposar-se a situacions de precarietat i explotació laboral. En aquest sentit, el professional de migracions, indica que es busquen feines que s'escapen de la regularització i que formen economies submergides molt difícils de controlar i protegir.

Arran d'això, una de les entrevistades migrades apunta que en aquests casos només poden optar a treballar de forma il·legal, i per tant exposar-se a la possible explotació i precarietat laboral. En relació a aquest fet, el següent participant ho confirmava a través de la seva experiència personal, en la qual, es trobava en un lloc de feina sense contracte ni assegurança, a més a més de treballar moltes hores sense la corresponent contribució.

“Hi ha persones que s'aprofiten, de sobte veuen que no tens papers, i t'abusen i no et tracten igual que a un treballador d'aquí”

D'ençà que Perocco (2017) ho emmarca, exposant que les persones migrades es veuen exposades a haver d'acceptar qualsevol condició laboral, convertint-los en un col·lectiu altament vulnerable.

El permís de residència és essencial per iniciar un tractament oncològic, com hem indicat a nivell legal la cobertura especialitzada va lligada a altres condicions¹⁹. En l'estudi de cas, la pacient només disposava d'un visat de turista, en aquest cas, la treballadora social va haver de valorar la situació i comunicar-ho a sanitat, per tal que ells valoressin la situació pels possibles indicis que pogueren haver-hi de turisme sanitari. Aquesta situació obria la possibilitat que la pacient no pogués rebre el tractament oncològic per l'indici de què fos coneixedora de la malaltia prèviament a l'arribada a Espanya. D'altra banda, un cop descartat l'indici de turisme sanitari per part de l'administració, va ser essencial iniciar els tràmits per la gestió del permís de residència, en aquest cas, per raons excepcionals i que la pacient pogués quedar-se a realitzar el tractament. Aquest només vigent fins a fi de tractament i superació de la malaltia. Per la qual cosa, ens obra altres fronts per plantejar la situació futura de la pacient quan el tractament es doni per finalitzat i

¹⁹ Veure Annex 8.

es torni a trobar sense la regularitat, suport, ingressos i amb les possibles seqüeles de la malaltia.

En relació al permís de residència, l'**habitatge** és un dels factors que més es veu condicionat segons apunta el tècnic de migracions. Les quatre participants abans d'iniciar el projecte migratori, disposaven d'una previsió d'on quedar-se en arribar a Catalunya, en els seus casos en llars de familiars, per tant és una dificultat que apunten que no van haver de viure. Tot i això, exposen la dificultat que comporta llogar un habitatge, amb el requisit de disposar d'una situació regularitzada i tenir una feina amb ingressos fixos, la qual cosa durant els primers anys resulta molt difícil. A més a més, exposen l'encariment dels requisits per poder llogar, en el qual has de disposar de més mitjans econòmics per assegurar els pagaments.

Tot això, exposa un d'ells, que fa que només puguin llogar a través del "*boca a boca*" i a través del favor de la gent, exposant-se així a situacions d'aprofitament per part dels propietaris. Bosch i Gibaja (2006), afirmen aquesta situació que moltes persones en arribar a un país nou disposen de moltes reticències i dificultats per accedir al lloguer d'un habitatge, i la qual cosa provoca que sorgeixin vies de lloguer submergides que s'aparten de la regularitat, i que per tant, apunten a vies d'exclusió, explotació immobiliària i condicions precàries. Aquest discurs és confirmat pel professional de migracions el qual apunta que la majoria d'aquests habitatges no compleixen les condicions de salubritat i accessibilitats adequades pels individus.

Aquesta concordança entre habitatge i situació regularitzada l'ha mostrat la treballadora social de l'ICO, la qual indica que els pacients migrats al no disposar d'una feina, no disposen d'habitatge o disposen d'un habitatge precari o compartit amb altres persones. Un fet a destacar és que per tal que la recuperació i l'enfrontament de la malaltia sigui eficaç, és recomanable que l'habitatge compleixi d'uns serveis bàsics i unes condicions suficients. Tanmateix, l'habitatge hauria de reunir d'unes característiques específiques per fer front de la millor manera la malaltia, com disposar d'espai per cadira de rodes, facilitats per la dutxa, no disposar de barreres arquitectòniques, com escales, etc. Disposar d'un habitatge amb aquestes característiques sovint és difícil per la població autòctona, però per la

població migrada sovint ho és més a causa de no disposar d'habitatge, compartir pis amb altres persones o disposar d'unes condicions dolentes d'habitatge.

Si ens fixem en el cas pràctic, el tema de l'habitatge era un factor que preocupava molt la situació de la pacient, ja que no disposava d'un habitatge on poder assistir quan fos donada d'alta mèdica. Des de l'ICO només podien mantenir ingressada a la pacient si aquesta ho requeria per motius mèdics, però en el moment en què el seu estat físic millorés, hauria d'abandonar l'hospital. Tot i existir d'altres suports, la seva situació estava condicionada a la situació legal, on només podia acollir-se als recursos socials integrats a la cobertura sanitària. En aquest sentit, ens referim per exemple a una plaça a l'hospital sociosanitari, però al no complir amb les suficients necessitats mèdiques, quedava exclosa. Trobem que la pacient, disposava d'alguns estalvis, però insuficient per llogar un habitatge, tanmateix al només disposar d'unes persones de referència a Madrid, comportava no disposar de ningú que li oferís estança a Catalunya per realitzar el tractament. Des de treball social es van haver de fer moltes gestions de coordinació amb associacions, ONG's i altres persones de la comunitat per tal d'assegurar-li un sostre quan surtis de l'hospital i no quedés desemparada.

El següent punt a considerar és la **xarxa social**, en l'estudi de cas ens trobem com la pacient no disposava de xarxa de suport ni familiar, ja que la família es trobava al país d'origen. Això va comportar que és trobes en situació de solitud i d'alt risc social a l'hora de donar-li l'alta mèdica. Tanmateix no podia disposar de cap c.p que li brindés les cures i el suport necessari que requereix un pacient oncològic. Com indica l'AECC (2018) disposar de xarxa de suport, i sobretot de c.p és essencial per la cura del pacient i pel suport en tots els nivells que per la malaltia es veuen afectats. Per tant, la situació social de la pacient suposava un handicap pel tractament i recuperació de la malaltia. Al trobar-se sense cap xarxa de suport proper, implicava que la pacient no disposés d'aquest suport emocional, econòmic, d'acompanyament i comprensió, com tanmateix no disposar d'un suport a nivell simptomatològic per la dependència que pot arribar a suposar la malaltia.

L'experiència de la treballadora social ens indica que en molts casos, el pacient migrant presenta una situació de solitud, on la família està en el país

d'origen. En aquests casos, i tot i necessitar la família o d'alguna xarxa de suport, els pacients es volen quedar a Catalunya per tractar la malaltia, ja que en el país d'origen no tindrien accés a la mateixa cobertura sanitària. Llavors davant d'aquestes situacions s'han de plantejar poder realitzar algun visat de turista o visat per raons humanitàries perquè algun dels familiars pugui venir i prendre cura d'ell, tot i la dificultat que comporta aconseguir-ho.

“En general trobar-lis una xarxa d'acompanyament o suport és molt més difícil que els autòctons”

Sobre aquesta línia, totes les persones migrades entrevistades apuntaven que abans d'arribar a Catalunya disposaven d'algun familiar o conegut aquí, i que per tant, tenien una previsió d'amb qui contactar i de preveure disposar d'una xarxa de suport. Aquesta idea és reforçada pel tècnic de migracions *“Pocques persones migrades arriben sense tenir aquí un punt de referència”*. Tanmateix apunta al fet que el suport de les comunitats ofereixen una gran ajuda en aquest aspecte, i que sovint es creen xarxes de suport entre els mateixos membres. Aquesta idea mostrada pel professional i la població migrada entrevistada, es veu contrarestada amb Sanjuán (2015), que ens indica aquesta previsió de les persones migrades en escollir un país de destí on hi hagi algun conegut o persona de referència. Però com hem vist a l'estudi de cas, a vegades aquestes persones arriben completament soles a Catalunya, amb una previsió de feina irregularitzada i amb la concepció de trobar-se en bon estat físic.

Respecte al **sistema sanitari i la prevenció**, des de l'Agència de Salut Pública (2011) proposen una sèrie de variables pels quals la població migrant fa menys ús de l'assistència sanitària en els primers anys d'arribada. Pel que fa a les entrevistes realitzades, podem veure que algunes d'aquestes variables coincideixen i d'altres no. Primerament, les entrevistades migrades sí que apuntaven que en els primers mesos a arribar a Catalunya no van fer ús del sistema sanitari, per una banda per considerar-se població jove, i per altra banda per no disposar de Padró i les dificultats d'aconseguir-lo.

Tot seguit, també coincideixen en el factor cultural i hàbits, en els quals dos dels entrevistats apuntaven al costum del seu país a no assistir sovint al metge ni fer controls rutinaris, i únicament fer-ho quan es tractés d'una situació greu.

"És costum, només recorrem al metge quan estem realment malament"

Prestant atenció al cas pràctic, la pacient no va assistir prèviament al sistema sanitari, la qual cosa la malaltia oncològica va ser diagnosticada sobrevinguda i sense previ coneixement de la pacient. Alguns dels motius pel que la pacient no hagués assistit anteriorment, podien ser principalment per una falta d'accés legal al no disposar ni de permís de residència ni de Padró, i la impossibilitat d'empadronar-se en algun habitatge.

Contràriament però, algunes de les variables que apuntava l'Agència de Salut Pública (2011) com la por a l'extradició, el presentisme laboral o les complexitats en horaris i cites prèvies no ha sigut compartit per les entrevistades migrades. Tot i així, el tècnic de migracions, també exposa que durant els primers anys d'arribada la població migrada no sol fer un ús recurrent al sistema sanitari, però sí que utilitzen amb major freqüència el sistema d'urgències, per variables com la por a l'extradició. Tanmateix apunta la importància que suposa un contacte freqüent amb el sistema sanitari per la prevenció i detecció de malalties més greus.

En relació a la **salut i migració**, una de les persones migrades apuntava que la situació que viuen, com és la situació d'irregularitat, comporta una sèrie d'estressos psicosocials que fan que el procés d'adaptació sigui frustrant i més dur.

"Estar a la il·legalitat no és ni bo ni sa, ni mentalment ni psicosocialment, no és sa"

Si apliquem aquestes situacions i sensacions a l'enfrontament d'una malaltia oncològica, comporta, inevitablement, unes majors dificultats a la persona i un impacte emocional més dur, sumat a l'impacte de la malaltia. Com ens mostra la treballadora social i l'estudi de cas, al no disposar de molts dels factors esmentats anteriorment, la qualitat de vida d'aquestes persones es veu afectada considerablement i agreujant el procés d'adaptació a la malaltia sobrevinguda.

9. CONCLUSIONS

Per començar, cal destacar com ha estat d'enriquidora i productiva aquesta recerca en poder apropar-nos a aquest col·lectiu i fer-ho de la millor manera, des de la visió dels protagonistes i des de la visió dels professionals. A continuació ens proposem a exposar les conclusions finals, les quals inclouran els resultats de l'anàlisi, les reflexions entorn d'aquesta i les possibles propostes de millora.

En el plantejament inicial del nostre treball ja hem posat en manifest la poca recerca realitzada fins al moment sobre la població migrada amb malaltia oncològica i com ambdós factors interactuen donats de forma simultània. La manca d'estudis entorn aquesta situació tan particular pot ser degut a la invisibilització d'aquest col·lectiu, als prejudicis a considerar la població migrada com a jove i sana o perquè la malaltia oncològica segueix estigmatitzada. Una altra raó pot ser l'increment de població migrada en els últims anys al nostre país, el qual ha suposat que des de l'àmbit sanitari s'hagin de plantejar encara moltes situacions. Altrament podríem dir que la seva causa rau en ser un objecte d'estudi d'un col·lectiu molt específic i concret, però no ho justificarem així, ja que els estudis que avui dia es fan cada vegada són més concrets i acotats per treure el màxim profit de la recerca.

En primer lloc hem aconseguit fer un apropament al col·lectiu de persones migrades que pateixen una malaltia oncològica, d'aquesta manera estudiar la seva situació social des d'una perspectiva interseccional per tal de fixar-nos tant el que implica ser una persona migrada com tenir un estat de salut pitjor, i en aquest cas, amb una malaltia oncològica. Cal tenir en compte, que les dificultats exposades poden donar-se en qualsevol població amb càncer, però en el cas de la població migrada, disposen d'un context i vies diferents per atendre-ho. Hem extret els factors claus que aquest col·lectiu pateix i dificulten a l'hora de l'afrontament de la malaltia oncològica:

Per una banda, el desconeixement de l'idioma representa una de les grans dificultats per la persona migrada amb càncer, ja que ha de fer front a un diagnòstic de malaltia sense entendre el que comporta, i tanmateix el que significa i les

conseqüències que se'n deriven. Després de les retallades en sanitat, els mediadors culturals dels hospitals van ser eliminats, pel qual, el pacient que no entén l'idioma s'ha de veure exposat a la inestabilitat, por i incertesa de no comprendre amb el seu idioma matern el seu diagnòstic, tractament i símptomes entorn la malaltia sobrevinguda. Tanmateix, l'impossibilitat a poder expressar els seus símptomes, dubtes, neguits i emocions al professional, comporta una situació d'inestabilitat i relació feble entre el pacient i el centre mèdic.

Per altra banda les dificultats laborals i els ingressos econòmics suposen una vulnerabilitat pel pacient oncològic migrant. Previ al diagnòstic, la persona migrada a causa de les dificultats que suposa el procés migratori pot presentar falta o fragilitat d'ingressos econòmics i precarització laboral. Amb l'arribada de la malaltia oncològica però, el pacient migrant ha de deixar de treballar, exposat a no rebre ingressos econòmics i amb la diferència que no podrà rebre la protecció de l'Estat, al no disposar d'una situació administrativa regular, i tanmateix per no haver disposat de contracte laboral. Així doncs, no pot percebre cap recurs, prestació o servei procurat per l'Estat, derivant-lo a una situació d'alta vulnerabilitat que inclou aspectes que van més enllà del poder dels treballadors socials.

Seguidament, un dels altres factors a destacar i que tots els participants apuntaven és l'habitatge, per tal d'aconseguir una bona adherència terapèutica és essencial disposar d'un habitatge amb les condicions bàsiques per recuperar-se, i tanmateix, d'unes característiques especials per fer front de la millor manera la malaltia. En el seu cas, molts cops no disposen d'aquestes condicions, i han de fer el transcurs de la malaltia, del tractament i la simptomatologia en habitatges que no disposen d'aquestes condicions. Sumat a aquest factor, està la del cuidador principal, aquest com a figura clau per l'enfrontament de la malaltia oncològica. Com hem vist, la persona migrada pot disposar d'alguna persona de referència o xarxa de suport, però molts d'aquests, no poden ser els c.p per falta de temps, compaginació laboral o simplement perquè són coneguts i no disposen d'aquesta confiança. En aquestes circumstàncies la persona migrada es troba sola amb l'enfrontament de la malaltia (simptomatologia, assistir a les visites mèdiques i als tractaments, aspecte emocional, etc.).

Cal fer una especial referència a la prevenció i detecció precoç del càncer. Com hem vist reflectit en la recerca, aquest és un aspecte a destacar per a tots els professionals sanitaris, els quals ens indiquen que una detecció precoç de la malaltia augmenten les possibilitats de superació i millora del tractament. En aquest cas, la població migrada en general fa un ús menys habitual del sistema sanitari pels diversos factors exposats, però el que és inevitable, és que aquesta falta de regularitat al centre mèdic, de visites rutinàries, controls i en general, visitar al metge, pot provocar una detecció més tardana d'una malaltia, en aquest cas oncològica, a les persones migrades i unes majors dificultats i previsió de superació.

Les situacions analitzades que han de viure aquest col·lectiu ens confirmem que l'enfrontament de la malaltia i el seu impacte en la persona és major que el de la població autòctona que no ha de viure certes situacions, i que generalment, disposen de més facilitats i suport. Per tant, el col·lectiu ha de viure més dificultats, el que comporta una doble vulnerabilitat; per una banda, entorn les dificultats del procés migratori i d'adaptació al país de destí, i per altra banda la vulnerabilitat que suposa patir una malaltia oncològica. Encara més, aquest col·lectiu ha de fer front a l'estigma que pot provoca ser una persona migrada i l'estigma que pot provocar tenir una malaltia oncològica, situant-los en una població altament invisibilitzada.

L'últim objectiu d'aquesta recerca era poder plantejar propostes de millora per tal d'afavorir la vida d'aquest col·lectiu i poder oferir unes pautes per a les seves intervencions; hem pogut extreure que una possible intervenció més específica per aquest col·lectiu afavoriria la seva qualitat de vida, a través de l'establiment de recursos socials més específics per tractar els aspectes mencionats anteriorment.

D'entrada, caldria restablir les figures dels mediadors/traductors dels centres mèdics, com a figures clau per a la població que disposa d'una llengua diferent, i poder entendre tot el que comporta la malaltia des d'una vessant tant fisiològica com emocional i cultural.

Seguidament, la creació d'un recurs que oferís la possibilitat de disposar d'un habitatge, temporal o permanent, amb les pertinents condicions favorables, permetria a aquelles persones que presentessin falta d'habitatge o condicions d'habitatge precàries, disposar d'aquest recurs per tal de poder transcórrer la

malaltia de forma segura. Tanmateix l'activació d'un servei domiciliari, el qual podria ser format per voluntaris, en el qual a la persona migrant se li oferís suport emocional, acompanyament a les visites mèdiques o acompanyament a les associacions oncològiques, per tal d'evitar una situació tan gran de soledat durant tot el procés.

Altrament, prenent atenció a la inestabilitat econòmica que pogueren presentar, l'establiment d'un recurs econòmic específic per a aquest col·lectiu satisfaria les despeses generades tant per la malaltia com pel procés oncològic.

Referint-nos a la prevenció de la malaltia, per tal que els controls rutinaris i la prevenció de la malaltia es fessin més efectius en aquest col·lectiu, s'hauria d'iniciar un treball des de les institucions i la comunitat. En aquest sentit, actualment cada ens local disposa del pla d'acollida per a persones nouvingudes, i tot i la seva utilitat, la seva utilització és escassa i poques persones migrades ho reben. Caldria fer un replantejament de com fer arribar aquest tipus de plans al col·lectiu i facilitar aquest coneixement des d'altres vies. Els plans d'acollida podrien activar-se des del moment en què una persona s'empadronés al municipi, sense prèvia sol·licitud del servei. En altres paraules, que el pla d'acollida és reformules com a protocol per a qualsevol persona nouvinguda, i no només com a servei a petició de la persona²⁰. D'aquesta manera els hi arribaria la informació sobre l'accés al sistema sanitari, el suport per la gestió de papers, serveis socials, entre d'altres, i així millorar el seu procés d'arribada.

Fixant-nos amb l'accés sanitari, el següent punt a considerar és que compreguin el seu accés i la seva significació, per tal que utilitzessin de forma més regular el sistema sanitari i fer efectiva la prevenció i detecció precoç. Això es podria assolir a través de l'establiment d'agents comunitaris de salut²¹ o la realització de xerrades informatives des de les associacions de comunitats. Tanmateix, hem de tenir en compte tots els determinants socials que condicionen a

²⁰ Aquest fet dependrà del municipi qui ho realitzi, de la mida del municipi i del còmput de feina i temps que disposin per dur-ho a terme.

²¹ Persones dins de la comunitat migrada, que siguin formades per transmetre hàbits, pautes i guies de prevenció a la població migrada.

què es doni aquest menor accés al sistema sanitari, que els poden condicionar a preocupar-se per altres aspectes i deixar la salut en un segon pla.

En última instància i fent un allunyament de perspectiva, des del paper de l'Estat, el sistema sanitari i la llei d'estrangeria, entre d'altres, hi hauria d'haver un canvi de mirada, on les actuacions cap a les persones migrades oferissin una major flexibilitat i facilitat i menors restriccions per millorar el procés d'adaptació d'aquestes en el nou territori i afavorir el seu nivell de vida.

Arran de la realització d'aquesta recerca, han anat sorgint d'altres temes respecte a la població migrada amb malaltia oncològica que ens fan plantejar noves vies de recerca futures i que serien essencial analitzar-les per fer un estudi exhaustiu. A tall d'exemple proposem l'anàlisi de la figura del fill com a traductor dels pares en el centre mèdic, la situació de possible desprotecció després de finalitzar el permís de residència per malaltia sobrevinguda o les situacions de turisme sanitari.

Per finalitzar, hem vist comprovat com una visió interseccional és essencial per atendre a la persona i per comprendre la seva situació. Els professionals sovint ens limitem a fixar-nos en l'àmbit que ens pertoca i deixem de banda els altres factors que condicionen a la persona. No és el mateix tenir càncer, que ser una persona migrada que acaba d'arribar a un país nou, i tenir càncer.

“Creo que nos quedamos ciegos, creo que estamos ciegos. Ciegos que ven, ciegos que, viendo, no ven”

José Saramago

10. BIBLIOGRAFIA

- Agència de Salut Pública a Catalunya. (2019). Determinants de salut. Recuperat 28 març 2019 a <https://ja.cat/4JcT9>
- Agència de Salut Pública. (2011). Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona: la perspectiva de població marroquina, xinesa, equatoriana i pakistanesa. Consorci Sanitari de Barcelona. Recuperat 27 març 2019 a <https://ja.cat/YPOHp>
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2018). *El impacto económico del cáncer en las familias en España*. Observatorio del Cáncer. Disponible en <https://ja.cat/wUe4f>
- Astudillo, W i Mendinueta, C. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico: derechos de los enfermos y cuidadores. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa, (7), 235-255. Recuperat 8 maig 2019 a <https://ja.cat/Rrq9d>
- Barbero, J., Vázquez, N., Coca, C., Díaz, L., García, H i García, P. (2007). Enfermedad onco-hematológica e inmigración: ¿itinerarios para la exclusión? *Psicooncología*, 4(1), 165-177.
- Barrón, B i Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46. Recuperat 8 maig 2019 a <https://ja.cat/OrJLw>
- Bauer, G.R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.
- Benach, J i Munatén, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: Ediciones de Intervención Cultural – El Viejo Topo.
- Borrell, C. i Benach, J. (coord.). (2005). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. (1a ed.). Barcelona: Mediterrània.
- Bosch, J. i Gibaja, O. (2006): *Habitatge i immigració: claus per a una nova política d'habitatge*. Barcelona: Nous Horitzons Fundació.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-73. Recuperat 15 març 2019 a <https://ja.cat/uohu8>
- Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. (s/d). Els determinants de la salut. Recuperat 28 març 2019 a <https://ja.cat/uri5V>

Crenshaw, W.K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. Recuperat 28 febrer 2019 a <https://ja.cat/uaWdl>

Departament De Salut. (2007). Polítiques sanitàries per a la població immigrant en el context nacional i internacional. Barcelona: Departament de Salut. Recuperat 5 febrer 2019 a <https://ja.cat/WhGC6>

Diagrama sobre la doble vulnerabilitat. Font elaboració pròpia. *Figura III*.

Diaz, R. (2003). La exclusión residencial de los extranjeros en España y la crisis económica, Coloquio y jornadas de campo de geografía urbana. Recuperat 4 maig 2019 a <https://ja.cat/FzRoC>

Expósito, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones feministas*, 3, 203-222. Recuperat 28 febrer 2019 a <https://ja.cat/a4aR7>

Fundació Jaume Bofill. (2005). Estructura social i desigualtats a Catalunya Volum I: classes socials, educació, treball i usos del temps. Barcelona: Mediterrània.

Gràfic sobre la mortbilitat del càncer a Catalunya (2016 i 2017). Font: elaboració pròpia (extret de l'IDESCAT). *Figura II*.

Gonzalo, P. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama, *Medicina Clínica Condes*, 17(4), 194 – 97.

Hernández, M., Lorenzo, R i Nacif, L. (2009). Impacto emocional: cáncer infantil – inmigración. *Psicooncología*, 6(2-3), 445-457.

Illich, I. (1975). Némesis médica: *la expropiación de la salud*. Barral Editores.

Institut Català d'Oncologia (ICO). (2004). Model de Treball Social en l'atenció oncològica. Recuperat 1 maig 2019 a <https://ja.cat/PI2vt>

La Barbera, M.T. (2017). Interseccionalidad. *Eunomia, Revista en Cultura de la Legalidad*, 12, 191-198. Recuperat 28 febrer 2019 a <https://ja.cat/JzkXR>

Lalonde, M. Minister of National Health. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. (Cat. No. H31-1374). Recuperat de <https://ja.cat/z4r28>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE 102 § 1986 a 10499 (1986).

Llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària a càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: *alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperat 10 abril 2019 a <https://ja.cat/6HfpC>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? Recuperat 5 abril 2019 a <https://ja.cat/96AA7>

Perocco, F. (2017). Precarización del trabajo y nuevas desigualdades: el papel de la inmigración, *Rev. Interdiscip. Movilidad Humana*, 25(49), 79-94. Recuperat 10 maig 2019 a <https://ja.cat/04Bya>

Real Decreto-Ley de la Jefatura del Estado 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Rodríguez, V., Ortiz, G i Sanjosé, S. (2014). Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *Revista Española Salud Pública*, 88, 735-743. Recuperat 8 maig 2019 a <https://ja.cat/RM2BM>

Sanjuán, L. (2015). *Antropología, epidemiología y asistencia sanitaria: Propuestas para el estudio interdisciplinar de las desigualdades sociales en salud y la inmigración*. (Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <https://ja.cat/GvPRK>

The migration series, panel n.45: The migrants arrived in Pittsburgh, one of the great industrial centers of the North. [Pintura]. (1942). *Figura I*. Recuperat de <https://ja.cat/AcfNC>

Trilla, C. (2004). Habitatge i exclusió social, *Revista d'intervenció socioeducativa*, (27), 41-53. Recuperat 5 abril 2019 a <https://ja.cat/heZ52>

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per*, 28(4), 237-241.

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17. Recuperat 28 febrer 2019 a <https://ja.cat/63gVA>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.

11. ANNEXOS