



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA

Alumno/a: Valiente Izquierdo, Lía Cristina

Tutor/a: María Luisa Grande Gascón
Dpto: Enfermería

Junio, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PRINCIPALES BARRERAS DE
ACCESO AL SISTEMA
SANITARIO DE LA POBLACIÓN
INMIGRANTE EN ESPAÑA**

Alumno/a: Valiente Izquierdo, Lía Cristina

Tutor/a: María Luisa Grande Gascón
Dpto: Enfermería

Junio, 2016

ÍNDICE

1.- RESUMEN/ABSTRACT.....	4
2.- INTRODUCCIÓN.....	6
2.1.- Inmigración en España.....	8
2.2.- Legislación y Cobertura Sanitaria en España.....	10
3.- OBJETIVOS.....	11
3.1.- Objetivo General.....	11
3.2.- Objetivos Específicos.....	11
4.- METODOLOGÍA.....	12
5.- RESULTADOS.....	13
5.1.- Barreras en el acceso y uso del Sistema Nacional de Salud.....	13
5.2.- Barreras Idiomáticas.....	16
5.3.- Barreras Culturales.....	18
5.4.- Barreras Psicosociales.....	20
5.5.- Salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes.....	23
6.- CONCLUSIONES.....	27
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	31

1.- RESUMEN

Se tiene como objetivo principal conocer las principales barreras y desigualdades con las que se encuentra la población inmigrante en el acceso y uso del sistema nacional de salud; haciendo especial hincapié en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres por ser consideradas como un grupo que presenta una mayor vulnerabilidad. Para ello, se ha realizado una revisión de la bibliografía existente en diferentes bases de datos como Cuiden, CSIC, Scielo, entre otros sistemas de búsqueda académica. Se han hallado estudios que demuestran la existencia de barreras que dificultan y en ocasiones hasta impiden el acceso del colectivo inmigrante a los servicios de salud; entre los principales obstáculos se encuentran el idioma, la falta de información, las diferencias culturales y los problemas psicosociales. Esto provoca la existencia de desigualdades con respecto a la atención y seguimiento que recibe el colectivo y en especial el de las mujeres, pues se ven en la necesidad de gestionar y atender su salud sexual y reproductiva, teniendo que acudir más frecuentemente a los servicios de salud y a su vez cargar con el peso que su contexto socio-cultural ejerce sobre ellas, el cual es mucho mayor que el de los hombres. Éstas dificultades en la atención son también percibidas por los profesionales, los cuales en muchas ocasiones se quejan de no disponer de herramientas que les sirvan de ayuda para prestar unos servicios de calidad. Se observa también, la falta de recursos e investigaciones que ahonden en esta problemática y pongan sobre la mesa posibles medidas para paliarla, bien sea facilitando el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud o dotando a los profesionales de herramientas que medien y permitan llegar al colectivo de forma eficaz.

Palabras Clave: Barreras, Acceso, Salud, Inmigrantes, Salud Sexual y Reproductiva

ABSTRACT

The main goal of this project is to know the main barriers and inequalities that the immigrant population has to access and use the National System of Health; emphasizing the attention to the sexual and reproductive health of the women as a vulnerable group. Thus, it has done a literature review using different databases such as Cuiden, CSIC, Scielo among many other systems of academic search.

They have been found researches that show the existence of barriers that difficult and in some occasion impede the access of the collective of immigrant to the health services such as language, lack of information, cultural differences and psychosocial problems. This provokes existences of inequalities with regard to the attention and monitoring that this collective receives, especially the women, being that they have the need of managing and attending her sexual and reproductive health needs, having to go the health service more frequently and dealing with the socio-cultural context. These difficulties related to the attention are seen by the professionals that complain about the lack of tools to help this kind of collectives. Also, there is a lack of resources and researches to deepen on the problem and achieve new solutions for solving it either facilitating the access of immigrants to health services or providing professional tools to solve the problem effectively.

Keywords: Barrier, Access, Health, immigrants, sexual and reproductive health.

2.- INTRODUCCIÓN

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, este es el precepto básico por el que se rige la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Según esta organización, este derecho ha de traducirse en un acceso oportuno, aceptable y asequible a unos servicios de atención sanitaria de una calidad suficiente. Sin embargo, cualquier estadística sobre este tema revela que los grupos más vulnerables y marginados de las sociedades son los que cargan de manera más significativa con las consecuencias que tiene una mala gestión de los recursos.

Eso implica que la salud, como derecho, debe entenderse como algo aplicable en los diferentes colectivos en un plano de igualdad de condiciones; sin embargo, esto nunca ha sido así, pues a lo largo de la historia la atención sanitaria ha variado en función del estatus social hasta la llegada de las políticas del estado del bienestar, las cuales tratan de derribar las barreras que existen entre las clases sociales en cuanto a derechos fundamentales se refiere y garantizar una sanidad universal de calidad para todos.

Este es, pues, uno de los mayores logros de nuestra sociedad actual, extendida en la mayoría de los estados europeos. Pero inevitablemente, y como pasa en muchos otros ámbitos, hay colectivos que presentan dificultades en cuanto a la consecución de su bienestar. Uno de estos colectivos es el de los inmigrantes, que son objeto de estudio en este trabajo en relación a como su salud es atendida desde la sanidad pública, prestando especial atención a las dificultades que encuentran por las características particulares en las que se hayan.

Volviendo al planteamiento inicial, una sanidad pública debe ser suficientemente objetiva como para garantizar el bienestar corporal y psíquico de no ya todos los ciudadanos del estado, sino de todas las personas que residan en él, ya sea con la nacionalidad o sin ella, pues la salud en la población es una de las herramientas para garantizar también el derecho universal a la vida, y como se viene diciendo, esta no debe atenderse a criterios políticos, ni tampoco de consideración social. Un sistema sanitario público y universal debe ser pues capaz de atender a todas las personas con una misma calidad y dar acceso igualitario a sus servicios en favor de

ese derecho fundamental que se defiende en este trabajo.

Se adopta aquí una visión sobre la sanidad pública integradora y basada en los derechos humanos universales caracterizada por la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad, respetuosa, de calidad y que rinda cuentas sobre la observancia de los derechos humanos y los esfuerzos por hacerlos cumplir (OMS, 2015).

Debiendo ser así, encontramos que la mayoría de los estudios muestran que existen importantes desigualdades en la atención que reciben a su salud. Se hace pues necesario el estudio de las causas que están propiciando estas situaciones de desigualdad para así poder actuar sobre ellas.

Se plantea como objeto de estudio también, un colectivo que históricamente ha sido y sigue siendo en muchos casos víctima de desigualdades, el de las mujeres. Éstas y lo referente a la atención de su salud sexual y reproductiva se encuentran más frecuentemente con trabas en la consecución del estado de bienestar. La atención de éste aspecto se debe abordar desde un enfoque más amplio que el meramente biológico, pues la mayoría de problemas surgen de aspectos que no están tan relacionados con éste sino con lo social y cultural.

El Fondo de Población de Naciones Unidas define la salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”.

Son muchos los organismos que reconocen ya de forma explícita los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. Siendo la sexualidad un aspecto inherente al ser humano, los derechos relacionados con ésta deben reconocerse y promoverse con el fin de que puedan ser respetados en cualquier sociedad.

La comunidad internacional tiene como objetivo prioritario suprimir cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo de manera que las mujeres puedan participar de la sociedad de una forma igualitaria a los hombres. Con el objetivo de

conseguir garantizar el cumplimiento de los derechos de las mujeres, en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) se reclamaba a los Estados y otras instituciones, eliminar cualquier tipo de violencia hacia las mujeres, el acoso, las explotaciones sexuales (trata de mujeres, violaciones, esclavitud sexual, embarazos forzados). Se pedía también la atención adecuada correspondiente a la maternidad y a los servicios de planificación familiar, pues los derechos reproductivos no solamente recogen el derecho a decidir sobre reproducción, sino también la garantía de asistencia sanitaria durante el embarazo y el postparto. Las mujeres deben conocer sus derechos durante y después del embarazo; y en especial los derechos laborales que les permitirán obtener permisos por maternidad para la crianza de sus hijos. Éste derecho se apoya también en el de protección al recién nacido, pues privarle de la atención de su madre tras el parto y durante la lactancia acarreará consecuencias sobre su bienestar.

Por otro lado, el machismo en el que se ven envueltas muchas mujeres y en especial el colectivo inmigrante por la influencia de su cultura y religión, origina muchos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva en las mujeres. El cumplimiento de sus derechos se ve restringido también por éste motivo y es por todo esto que será importante tener en cuenta la perspectiva de género al estudiar los factores relacionados con la salud sexual y reproductiva. Aspectos sociales, culturales y psicológicos se verán condicionados por lo referente al género y éste determinará ciertos comportamientos; entre ellos la dinámica de las relaciones tanto en la convivencia como en el ámbito de la sexualidad. Todo ello, como es evidente podrá tener consecuencias sobre la salud y el empoderamiento de las mujeres.

2.1. INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Es importante conocer las características de los inmigrantes que viven en España para así poder realizar un correcto enfoque en el abordaje de las dificultades que se presentan en cuanto a la atención sanitaria se refiere.

A día 1 de Enero de 2015, se registraba en España un total de 4.729.644 personas conformando la población extranjera (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Cabe

destacar que en esta cifra no se incluye a los inmigrantes en situación irregular, es decir, aquellos que no poseen el permiso de residencia en regla, por lo que la cifra real puede ser bastante más elevada. (Román et al, 2015)

Se estima que la mayor parte de residentes extranjeros en España son “inmigrantes económicos”; este término hace referencia a aquellas personas que se desplazan de su país de origen en busca de oportunidades que mejoren sus condiciones laborales y de vida. Probablemente, la actual situación de crisis económica que atraviesa el país, sea la responsable del ligero descenso de población extranjera que se ha observado en los últimos años, habiendo retornado éstos a su país de origen o a otros que les ofrezcan un mayor número de oportunidades.

Con respecto a las principales nacionalidades de origen, los países de los que España recibe un mayor número de inmigrantes son Rumanía, Marruecos, Reino Unido, Italia o China. La edad es otro aspecto a analizar, pues la población que conforma un alto porcentaje de los extranjeros residentes en España es joven. En cuanto al sexo, la presencia de las mujeres se hace cada vez más visible, conformando un 47,3 % del total de extranjeros.

Tabla 1. Principales Nacionalidades. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31-12-2015. Principales Nacionalidades

	31-12-2015	% Mujeres	Edad Media
Total	4.982.183	47,3%	36,8
Rumanía	979.245	46,8%	34,8
Marruecos	766.622	42,2%	30,4
Reino Unido	286.012	49,9%	52,0
Italia	234.274	42,2%	38,8
China	196.648	47,9%	31,1
Bulgaria	186.837	46,7%	37,6
Ecuador	175.350	46,1%	35,0
Alemania	153.381	51,9%	46,6
Portugal	148.028	35,5%	40,5
Francia	132.046	50,3%	41,4
Colombia	128.766	54,9%	37,5
Bolivia	106.223	58,4%	33,8
Polonia	93.119	51,3%	36,2
Ucrania	83.489	56,3%	38,5
Pakistán	71.093	29,0%	31,3

Fuente: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración (2015)

2.2. LEGISLACIÓN Y COBERTURA SANITARIA EN ESPAÑA

La ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en lo referente al derecho a la asistencia sanitaria, cita que los extranjeros tienen derecho a la atención según la legislación vigente en dicha materia. Consultando pues el material disponible en el Boletín Oficial del Estado (BOE) sobre la cobertura sanitaria que presta el Sistema Nacional de Salud a cargo de fondos públicos obtenemos los siguientes resultados:

Se garantiza la asistencia sanitaria a todo aquel que cuente con la condición de asegurado, es decir que trabaje y se encuentre dado de alta, que sea pensionista o que reciba alguna prestación por parte de la Seguridad Social. También se puede obtener el acceso a la atención siendo beneficiario de un asegurado (cónyuges, excónyuges, descendientes de éste menores de 26 años o con una discapacidad superior o igual al 65%). Existen también regímenes especiales de la Seguridad Social, o incluso suscripciones de convenios que mediante el pago correspondiente pueden obtener asistencia sanitaria.

Dependiendo del caso se necesitará la aportación de diferentes documentos para conseguir que se reconozca la condición de asegurado o de beneficiario. Una vez esto haya ocurrido, el derecho a la asistencia sanitaria será otorgado por las administraciones sanitarias correspondientes que expedirán la tarjeta sanitaria individual que les permitirá el acceso al sistema.

Los organismos que se encargan de lo referente a la extranjería, comunicarán al Instituto Nacional de la Seguridad Social sin necesitar el consentimiento del interesado aquellos datos que sean necesarios para comprobar y confirmar los documentos y el cumplimiento de los requisitos. Cualquier modificación que implique cambios en la condición de asegurado, conllevará que éstos se vean reflejados en la tarjeta sanitaria.

Por último, en el caso de los extranjeros que no están registrados ni autorizados para residir en España, podrán recibir asistencia sanitaria tan solo en caso de una urgencia por enfermedad grave o por haber sufrido un accidente, sin importar la

causa del mismo y hasta que se obtengan el alta médica. La asistencia durante el embarazo, el parto y el postparto estará también cubierta. Por otro lado, todos los extranjeros menores de dieciocho años y sin excepción, recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

3.- OBJETIVOS

3.1. Principal:

Conocer la situación actual de la atención sanitaria a la población inmigrante, si existen o no desigualdades con respecto a la población autóctona y dedicando una particular atención a la salud sexual y reproductiva por ser uno de los temas donde más vulnerabilidad se aprecia.

3.2. Secundarios:

Recabar información sobre las principales barreras que afectan a los inmigrantes en su acceso al sistema sanitario.

Conocer también la percepción de los profesionales de la salud con respecto a esta temática y las dificultades que tienen para prestar atención sanitaria a este colectivo.

Estudiar los aspectos que hacen de las mujeres y su salud sexual y reproductiva un grupo de especial vulnerabilidad.

Valorar si son suficientes y eficaces las políticas e intervenciones sanitarias que respaldan al colectivo inmigrante y hacen frente a las barreras existentes.

4.- METODOLOGÍA

El método de trabajo seleccionado es el análisis y posterior discusión de la investigación española mediante una revisión bibliográfica durante el primer semestre de 2016 en las siguientes bases de datos: CSIC (IME E ISOC), Cuiden y Scielo. Como estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores “salud” “acceso” “inmigrantes” “salud sexual y reproductiva” junto con los operadores booleanos “and” y “or”.

Tabla 2: Bases de datos y resultados de búsqueda.

Bases de Datos	Palabras Clave	Encontrados	Revisados	Seleccionados
Cuiden Plus	“Salud” “Inmigrantes” “Acceso”, “Salud Sexual y Reproductiva”	54	17	12
CSIC: ISOC	“Salud” “Inmigrantes” “Acceso”, “Salud Sexual y Reproductiva”	21	8	3
CSIC: IME	“Salud” “Inmigrantes” “Acceso”, “Salud Sexual y Reproductiva”	13	5	2
Scielo	“Salud” “Inmigrantes” “Acceso”, “Salud Sexual y Reproductiva”	36	11	8
Búsqueda Libre	“Salud” “Inmigrantes” “Acceso”, “Salud Sexual y Reproductiva”	-	6	2

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios para la selección de artículos fueron los siguientes:

- Se seleccionaron estudios publicados desde el año 2000 hasta el primer trimestre de 2016. Fue a partir del año 2000 donde según el análisis de las cifras del INE el número de inmigrantes residentes en España comienza a aumentar; y con ello la demanda de atención sanitaria de este colectivo.
- Aquellos estudios realizados en España y sobre su sistema sanitario con el fin de conocer la situación concreta del país.

También se utilizó Google académico para alguna búsqueda concreta y páginas webs de instituciones relacionadas con el objeto de estudio.

Para ordenar los contenidos de forma coherente con los hallazgos obtenidos, se ha estructurado el trabajo en las siguientes categorías de análisis, que, como bloques temáticos, sirven para plantear las principales cuestiones de debate referente al acceso a la sanidad por parte de las personas migradas a nuestro país:

1. Acceso y utilización del Sistema Nacional de Salud
2. Barreras idiomáticas frente a los profesionales
3. Diferencias culturales en la relación paciente – profesionales
4. Características psicosociales del inmigrante en relación a la salud

Además de estos cuatro grandes bloques, se añade un quinto elemento de análisis de especial relevancia cuando se habla sobre inmigración y salud, que es el de la salud sexual y reproductiva. Aunque los estudios parecen demostrar que la población inmigrante no tiene problemas de salud diferentes a los de la población autóctona, la salud sexual requiere una atención continuada y no meramente puntual como cualquier proceso agudo.

5.- RESULTADOS

5.1. Barreras en el acceso y uso del Sistema Nacional de Salud.

La primera de las categorías de análisis es la más evidente, cual es el acceso y las dificultades que experimentan los inmigrantes para ser atendidos por los profesionales sanitarios. En este sentido hay algunos estudios que exploran las principales barreras y llegan a la conclusión de que el sistema no proporciona ninguna información clara sobre sus derechos ni sobre la cartera de servicios sanitarios y los inmigrantes tienen que buscar por ellos mismos sus fuentes de información, las cuales son fundamentalmente familiares y amigos (De la Fuente, 2009)

En un estudio con 51 inmigrantes de diferentes procedencias (Bas-Sarmiento et al, 2015) se determinó que el tiempo de estancia en el país de acogida es un factor que hace variar el tipo de respuesta ante un problema de salud y el acceso a los servicios sanitarios. En la primera etapa de adaptación al país de acogida se refleja un claro desconocimiento del funcionamiento sanitario y una gran influencia de los condicionantes laborales y culturales para hacer uso de ellos. A medida que el tiempo de residencia aumenta se aprecia una asimilación de las conductas autóctonas en relación a la salud y mayor conocimiento de los servicios de salud.

En este mismo estudio se extraen algunos resultados interesantes al segregar el uso de la atención sanitaria según grupos raciales. Por ejemplo, el grupo lituano-ruso es el que hace una utilización más escasa y se suele acudir en caso de empeoramiento de la sintomatología mientras que el grupo chino opta por una medicina privada, que valoran en mayor medida, y lo más sorprendente, consideran que hay un uso abusivo de los servicios sanitarios por parte de los autóctonos. El grupo senegalés, manifiesta combinar la utilización de hierbas naturales de uso medicinal con recursos médicos actuales ante los problemas de salud. El grupo subsahariano también es dado al uso de la medicina tradicional. A pesar de extraer esta serie de resultados, estos deben tomarse con cierta prudencia y como una aproximación a como los diferentes grupos étnicos utilizan los servicios de salud en base a sus propias creencias.

En cuanto a los distintos usos entre inmigrantes y autóctonos, en otros estudios se vuelve a señalar ese diferente acceso y utilización del que se viene hablando en el presente trabajo. (Llop-Gironés, et al, 2014) En el caso de la atención primaria, no se observan diferencias entre autóctonos e inmigrantes a rasgos generales, lo que se traduce en un acceso equitativo, pero, sin embargo, este mismo estudio aclara que según la procedencia del inmigrante puede haber diferencias sustanciales, pues por ejemplo los inmigrados de los países del este, africano y asiático muestran un menor acceso. Según estos mismos autores, las diferencias más importantes son en la atención especializada, siendo los inmigrantes los que menor acceso presentan en relación a los autóctonos. A esta misma conclusión de un menor uso de especialidades llega otro estudio, que además señala las dificultades de obtener datos contrastados y representativos en la literatura especializada ya que en el caso

de las encuestas hay una baja representación del colectivo inmigrante que varía entre el 5% y el 15%. (Carmona et al, 2014)

Sobre el menor uso de servicios especializados también se han encontrado estudios específicos, por ejemplo, sobre el acceso a la realización de programas de cribado de cáncer ginecológico en un estudio con 13.422 mujeres de diferentes orígenes concluye que las inmigrantes tienen una menor probabilidad de realizarse mamografías que las mujeres españolas exceptuando únicamente las de la población asiática. (Sanz-Barbero et al, 2011) En relación a la probabilidad de realizarse una citología, según este mismo estudio, fue menor en las mujeres inmigrantes que en las españolas exceptuando las mujeres de la América central, del sur y de Asia, que tienen una probabilidad similar a las mujeres autóctonas. En una revisión bibliográfica (Rodríguez, Ortiz & Sanjosé, 2015) relacionada también con la prevención de cáncer en inmigrantes residentes en España, se confirmaba que la población inmigrante acudía a menos actividades de detección de cánceres como el de mama y cuello uterino. Las trabajadoras sexuales por otro lado presentaban también un mayor riesgo de padecer el virus del papiloma humano.

Cabe destacar que la falta de información en el ámbito de la salud puede generar una mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades por varias razones, entre las que se encuentra el temor que su acceso pueda suponer una responsabilidad económica o incluso el temor de ser deportados. Esto es, además de un problema de derechos humanos, un problema de salud pública según algunos autores pues el trato digno en salud para el inmigrante debe traducirse en medidas de asistencia médica, educación sanitaria y promoción de la salud a inmigrantes incluyendo a los irregulares. (Burgos y Parvic, 2011) Además de lo comentado, estos mismos autores alertan de problemas de salud específicos en la inmigración derivados del fenómeno del traslado y el asentamiento que de forma inevitable pueden afectar el equilibrio biopsicosocial.

Uno de los estudios más específicos hallados sobre el acceso al sistema sanitario y otras variables relacionadas es sobre la población magrebí en Cataluña (Saura et al, 2008) utilizando como método un cuestionario de creación propia que además de las variables sociodemográficas se refirieron a dos grandes bloques temáticos tales

como el conocimiento y el uso de la red sanitaria por parte de la población magrebí y su satisfacción con ella, y por otro lado la identificación del peso de los factores estresores y los de apoyo en este colectivo. Los resultados se obtuvieron sobre una muestra de 403 cuestionarios cumplimentados, siendo 242 hombres y 161 mujeres los participantes, los cuales eran personas procedentes del Magreb, mayores de 18 años con una estancia en Cataluña de más de 3 meses, pero menos de 10 años, límites que se consideraron los óptimos para que los encuestados hubieran superado el período de adaptación sin que esta estuviese totalmente estabilizada.

Este estudio arroja algunos resultados interesantes para la reflexión, entre los cuales cabe destacar que entre los que no disponían de tarjeta sanitaria el 54,4% la causa era la falta de papeles y un 14% por falta de información sobre cómo conseguirla. En relación a la atención sanitaria recibida, el 89,9% siguió las indicaciones terapéuticas del médico, mientras que un 1,1% las había seguido conjuntamente con la medicina tradicional de su cultura, siendo un porcentaje similar el del número de encuestados que no había seguido las indicaciones.

El segundo bloque temático del estudio trata de identificar los factores estresores y de apoyo como elementos de discusión relacionables con las experiencias interpersonales con el sistema sanitario catalán. De forma resumida, cabe destacar como principal factor estresor el alejamiento de la familia y la legalización de la estancia mientras que como factores de apoyo se hallan la religión por delante de las instituciones o asociaciones de ayuda al inmigrante. Si como antes se mencionó el principal factor estresor es la falta de legalización, esto implica también ese desconocimiento sobre la posibilidad de recibir atención sanitaria que se mencionó anteriormente, y por lo tanto no es solo una barrera jurídica, sino una barrera hacia la atención sanitaria. Siendo el principal factor de apoyo hallado la religión en vez de las instituciones de ayuda, se destaca el elevado tradicionalismo entre el colectivo magrebí, y que por lo tanto se hace necesaria conseguir que se confíe en mayor medida de las instituciones, ya que son estas las que pueden realizar acciones sociales encaminadas a una atención social y sanitaria más óptima.

5.2. Barreras idiomáticas

Probablemente la barrera idiomática, sea uno de los obstáculos que más dificultan cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención sanitaria. Coinciden la mayoría de los estudios presentándolo como un hándicap tanto para el que presta como para el que recibe los cuidados, es por ello que se trata de realizar una aproximación en este apartado al problema comunicativo que pueda existir entre personal sanitario y paciente inmigrante de habla no española.

Resulta complicado también para los profesionales comprender la información que aporta el inmigrante que no domina el idioma. Esto deteriora la calidad de la atención y por tanto supone una influencia negativa en el estado de salud de éste colectivo si no se ponen medidas, pues por ejemplo podrían no entenderse bien las pautas de un tratamiento médico o, por otro lado, no saber comunicar con exactitud los síntomas de una enfermedad o dolencia en el momento de ser atendido. Es por ello que la barrera idiomática dificulta las tareas que de manera rutinaria se llevan a cabo en las consultas, disminuyendo la calidad de las exploraciones, de los diagnósticos, etc. También se complica el seguimiento de los planes terapéuticos y la educación para la salud con la correspondiente repercusión que esto tendrá sobre su bienestar. (Torre, 2006; De Muynck, 2004; Valero, 2008; Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2008; citados en Sandín, Río & Larraz, 2012).

Realizando una revisión bibliográfica sobre este tema se señalan los pocos estudios que desde el ámbito sanitario se profundiza en la comunicación entre personal sanitario y pacientes extranjeros, especialmente cuando el objeto de análisis es el propio paciente inmigrante. Uno de los estudios hechos desde la perspectiva inmigrante, mediante la realización de 403 entrevistas a inmigrantes procedentes de marruecos ya adaptados a España, obtiene como resultado cruzando varias variables sociodemográficas que los problemas de idioma en los centros sanitarios era más alto en función del nivel educativo del inmigrante, es decir, a más nivel educativo con el que contaba la persona menor se percibía la barrera comunicativa, y que además, las mujeres casadas encuestadas eran las que mayores barreras comunicativas percibían. (Saura et al., 2008)

Desde la perspectiva de los profesionales, uno de los análisis enfocados a la mejora de la administración concluye que existen necesidades por parte de los centros sanitarios de contar con medios de apoyo para superar dichas barreras idiomáticas, y algunas de las sugerencias de los profesionales son, por ejemplo, el aumento de asistentes sociales especializados en inmigración, la edición de materiales específicos en varios idiomas, protocolos de primer contacto con el inmigrante y posibilidad de disponer de traductores para los casos más urgentes. (Vázquez et al, 2009). Otro de los estudios realizados sobre los profesionales obtiene como resultado de una muestra de 159 profesionales que el 82,2% de ellos considera que los problemas de idioma suponen dificultades en su atención, que el 79,1% declara que el tiempo de consulta a estos usuarios se suele alargar más de lo normal y el 71,3% declara que la forma en expresar los síntomas supone una dificultad respecto al resto de sus pacientes. En cuanto a propuestas de mejora que este mismo estudio propone el 95,6% de los profesionales encuestados estaría de acuerdo en que disponer de traductor cuando hay problemas de idioma ayudaría a mejorar la atención y el 82,9% lo vería así si en vez de traductor, existiera material de soporte en varios idiomas.

En cuanto a estos medios facilitadores, en uno de los estudios se presenta el diseño de un catálogo de recursos online para uso profesional entre los que se encuentran además de información destinada a la promoción de la salud en varios idiomas, la posibilidad de obtener materiales como consentimientos informados o documentos jurídicos del ámbito de la salud traducidos así como aplicaciones de traducción simultánea o pequeños glosarios que pueden facilitar al sanitario la comunicación con su paciente cuando exista la barrera de idioma. (Sandín, Río & Larraz, 2012)

5.3. Barreras culturales

En esta categoría de análisis se va a tratar de valorar si las diferencias culturales son o no significativas en la relación profesional – paciente, y en qué grado afectan la atención sanitaria recibida. Para analizar esto, cabe hacer una breve mención a lo que se entiende por integración social en este trabajo y por qué es importante el factor cultural. Lo que se entiende es que no hay integración sin una adaptación mutua, ya que en una población cada vez más heterogénea los recursos disponibles

también habrán de adaptarse a esta realidad, como base de la convivencia intercultural. (Castro, 2007). Así pues, se parte del objeto de análisis de las diferencias culturales no entendiéndola como un problema en sí, sino como una característica diferenciadora a la que no solo el inmigrante, sino también la administración, debe adaptarse porque de lo contrario puede generar una vulnerabilidad en ese colectivo.

La cultura influye significativamente sobre el concepto de salud y enfermedad que tiene la población inmigrante, pues tal y como se narra por (Gascón et al, 2011), “ambas son construcciones sociales y como tales, tienen diferentes significados e interpretaciones para cada grupo cultural. Cada cultura se enfrenta a las enfermedades de diferente manera, y construye su propio sistema de salud, más o menos elaborado, para abordarlas.” Es importante pues, conocer la carga cultural que traen los inmigrantes consigo para así entender y saber por qué se comportan de una u otra manera con respecto al cuidado y abordaje de su salud.

La cultura puede ser un factor clave en la toma de decisión de ser visitado en un centro sanitario, o incluso de la toma de conciencia de una enfermedad o dolencia. Por ejemplo, en el caso musulmán, la religión es especialmente importante para estos, lo que llega a utilizarse para explicar la enfermedad como un desequilibrio entre cuerpo y alma, y por tanto una manifestación de un incumplimiento de preceptos religiosos. Otro ejemplo sería el de los africanos, reacios en algunos casos a técnicas invasivas como la extracción de sangre por el vínculo que esta pueda suponer con las creencias de brujería o supersticiones de su país de origen. (Fuertes y Martín, 2006)

En un estudio realizado sobre población musulmana dónde se realizaron 403 entrevistas resultados arrojaron que los hombres musulmanes tenían una mayor sensación de discriminación durante la visita en relación a las mujeres, aunque estos valoran más positivamente la atención a su cultura (60,50% de los hombres respecto al 43,50% de las mujeres) Los solteros percibían un trato amable con más frecuencia que los casados, aunque estos tenían mayores problemas de comunicación. Otro dato interesante es la relación con el nivel educativo de los

encuestados, ya que, a mayor formación, mayor valoración sobre la atención a su cultura percibían. Comparados los resultados en relación a los años de residencia entre los encuestados, aquellos que llevaban más de 6 años el 87,8% percibían un mayor trato amable y respetuoso frente a los que únicamente llevaban residiendo entre 1 y 3 años, de los cuales un 74,2% lo percibía así. (Saura et al., 2008)

Desde otra perspectiva, la de los profesionales, hay estudios que arrojan conclusiones interesantes como por ejemplo un estudio en cuya muestra, de 159 médicos encuestados, el 64,3% cree que la diferencia cultural con el inmigrante supone una dificultad para atenderle, dato que es bastante coherente con otra de las cuestiones planteadas, sobre la que el 68,4% de los médicos desearían recibir sesiones formativas en aspectos culturales para entender mejor a los pacientes extranjeros. Un 82,7% considera que debe crearse la figura del mediador cultural en los centros sanitarios.

Otro de los aspectos relacionados con las diferencias culturales, y que preocupa especialmente a las ONG de derechos humanos e inmigración es sobre el racismo institucional. Sobre este asunto los profesionales de la salud no se declaran abiertamente racistas, pero tienen una serie de prejuicios asumidos como miembros que son de una sociedad que por lo general rechaza o no acepta a la población inmigrante. (Grande et al., 2011). Se ha detectado racismo institucional en la provisión de la asistencia sanitaria (Alexander, 1999). Los grupos étnicos pueden experimentar un acceso desigual o problemático a los servicios sanitarios. Las barreras lingüísticas pueden presentar dificultades si la información no se consigue transmitir eficazmente; con frecuencia, las interpretaciones de la enfermedad y de los tratamientos que son propias de una cultura no son consideradas por los profesionales de la sanidad. El Sistema Nacional de Salud ha sido criticado por no exigir a su personal un mayor conocimiento de las diversas creencias culturales y religiosas, y por prestar menos atención a aquellas dolencias que aparecen principalmente entre la población no blanca.

5.4. Barreras psicosociales

Los avances en medicina no suponen, como cabría de esperar, una mejora constante de la salud pública. Desde el punto de vista de la sociología, resulta insatisfactoria la reducción de la enfermedad a una causa únicamente biológica sin tener en cuenta la repercusión de lo social (Giddens, 2006). No existe un reparto de la salud y la enfermedad de manera uniforme para toda la población, si no que éstas dependen en gran medida de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran los individuos. Científicos dedicados a estudiar la distribución e incidencia de patologías en la población, reconocen la relación que existe entre la salud y las desigualdades sociales.

Se debate la importancia de variables individuales (como la forma de vida, el comportamiento, la dieta y las pautas culturales), frente a factores ambientales o estructurales (como la distribución de la renta y la pobreza). Se trata de aspectos en los que se aprecian grandes desigualdades por parte del colectivo inmigrante con respecto a la población autóctona.

El informe Black, un estudio realizado en 1980 en Gran Bretaña con el fin de conocer los datos sobre desigualdad sanitaria para así poder luchar contra ésta, reveló como las diferencias entre las distintas clases sociales afectaban a indicadores sanitarios como el peso al nacer, la presión sanguínea o el riesgo de contraer enfermedades, entre otros. Se centró en buscar explicaciones materialistas o ambientales de las cuales se expone como causa de las desigualdades sanitarias las estructuras sociales como son la pobreza, la riqueza, la distribución de la renta, el desempleo, la vivienda, la contaminación y las malas condiciones laborales. La privación de material parecía ser la pauta de las desigualdades sanitarias entre clases, por lo que se propuso una lucha contra la pobreza y la mejora de la educación.

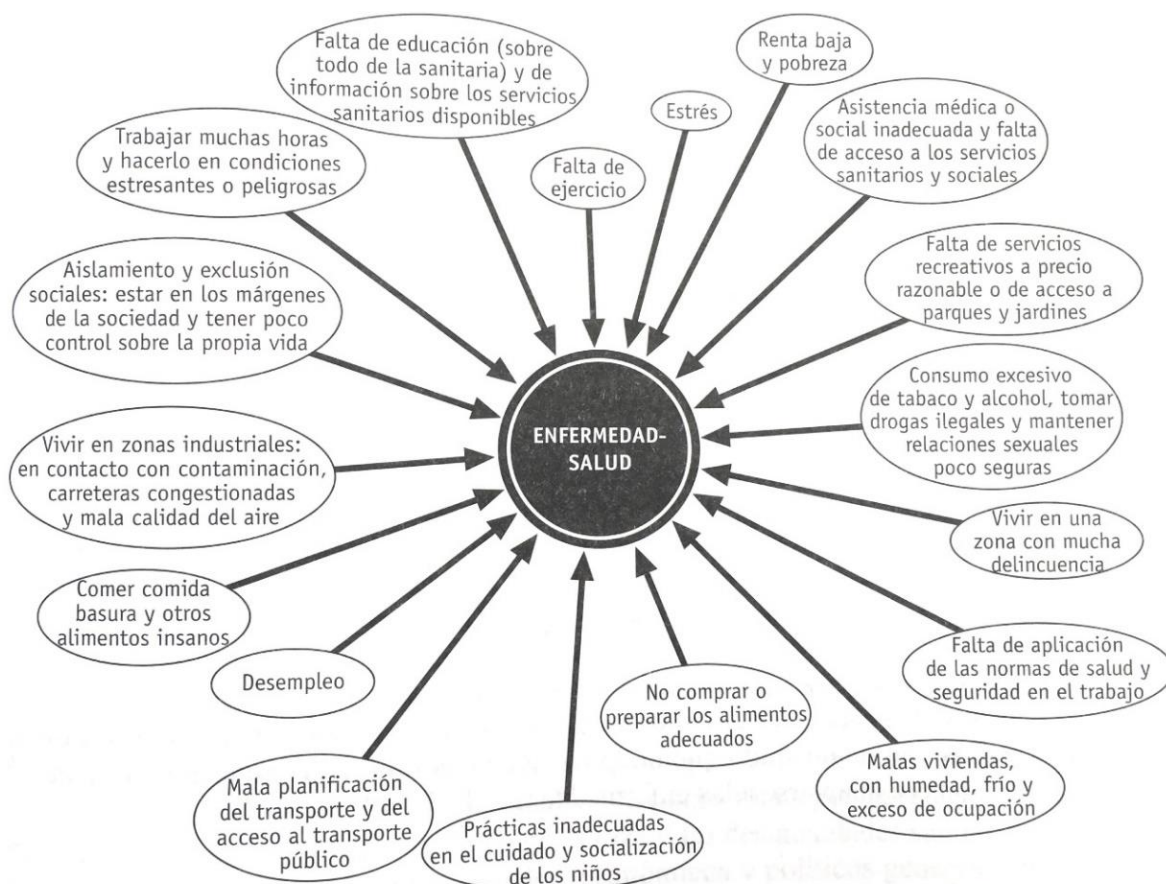
Más tarde, los gobiernos conservadores consideraron que el gasto público que suponía el abordaje según el Informe Black, no coincidía con perspectivas realistas, por lo que se tendió a buscar influencias culturales o de comportamiento que explicasen el origen de las desigualdades en salud. El estilo de vida de los

individuos pertenecientes a las más bajas clases sociales, coincidía con hábitos nocivos para la salud, por lo que se les atribuía la responsabilidad a dichos individuos por haber actuado libremente en la adquisición y práctica de conductas que perjudicaban su salud. Pero es importante considerar como influye el contexto social sobre la libertad de elección del individuo, en el sentido de que los hábitos nocivos pueden estar condicionados a las influencias que estos reciben y lo que aprenden de lo que en su contexto observan.

Por ello dirigieron sus esfuerzos a crear campañas que promovieran hábitos saludables para así influir positivamente sobre sus estilos de vida (iniciativas antitabaco, programas de alimentación sana, etc.) Nuevamente se empuja al individuo a hacerse cargo de su propio bienestar, dejando en un segundo plano la influencia de la posición social y como ésta puede condicionar las opciones y posibilidades de la gente. El consumo de fruta y verdura, por ejemplo, es uno de los pilares para conseguir una dieta equilibrada, pero suelen ser también alimentos mucho más caros al que no todos tienen acceso, en especial aquellos con un poder adquisitivo menor.

Posteriormente se encargaron estudios que tuvieran en cuenta tanto los factores culturales como los materiales en la salud de las personas. En la siguiente figura encontramos representadas algunas de las influencias sociales, económicas, ambientales y culturales.

Figura 1. Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud.



Fuente: Giddens (2006)

Esta última categoría de análisis trata de ofrecer una aproximación a aquellas variables sociales y psicológicas que hacen al colectivo inmigrante distinto del autóctono en términos de necesidades de atención sanitaria. El personal sanitario no debe obviar el contexto social y personal de los pacientes, deben ser capaces de valorar la situación individual de estos y no estigmatizarla mediante tópicos, como puede ser el caso de la inmigración. La salud de la población inmigrada puede estar sujeta a varios condicionantes tales como las condiciones de la vivienda, el cambio de dieta, la situación económica o incluso los aspectos legales de la residencia en un nuevo país. (Roca y Vega, 2009). Una influencia negativa sobre la salud puede ser, por ejemplo, la incertidumbre por la obtención de los permisos de residencia o los lugares de ocupación laboral que pueden ser más precarios que los de la población autóctona.

En relación a esto, no hay que ignorar la existencia de efectos sobre la salud específicos en la población inmigrante, sea por enfermedad generada en el país de origen o por una generada en el país de acogida fruto de los estresores como los anteriormente mencionados. Por ello, existen planes de salud centrados en esos problemas propios según explican algunos autores (Nuñez et al, 2010) como pueden ser las enfermedades transmisibles como la tuberculosis o el VIH y la salud materno-infantil. En cuanto a las enfermedades infecciosas estas afectarían solo a un pequeño porcentaje de personas extranjeras, y su génesis es asociada más bien a unas condiciones de vida y laborales precarias. Otros autores profundizan también en esta última idea, hallando como resultado sobre población inmigrante en la Comunidad de Madrid que una de las principales causas de acudir a urgencias son las lesiones producidas por accidentes, siendo tres veces superior a la de la población autóctona y por lo tanto relacionándolo con un contexto de mayor accidentalidad laboral debido a los puestos de trabajo que suelen ocupar. (Sanz et al, 2000)

5.6. Salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes

Tal como observamos en las características de la población inmigrante, en los últimos años se ha producido un aumento considerable de la cifra de mujeres que emigran; casi igualándose en número a la de los inmigrantes de sexo masculino. Éste fenómeno migratorio tiende a explicarse como consecuencia de la reagrupación familiar o de proyectos migratorios propios. (Grande et al, 2011)

Más de la mitad de las mujeres que llegan a España se encuentran en edad fértil. Esto y la no presencia de patologías diferentes a las de la población autóctona, hace que lo concerniente a la salud sexual y reproductiva sea el principal problema de salud con el que se encuentran. Los aspectos culturales que conforman la visión de las mujeres sobre el amor, la pareja y su propio estado psicológico (autoestima, apoyo percibido...) tienen una gran influencia sobre su salud sexual. Si a esto le sumamos las particularidades que el proceso migratorio trae consigo, aumenta claramente la vulnerabilidad del colectivo, lo cual nos lleva a considerarlo un grupo de atención preferente. (López et al, 2015) Un estudio realizado por el Observatorio

de salud de la mujer (Grande et al, 2011) expone la relevancia de los aspectos culturales, sociales y psicológicos en el estudio de lo que concierne a la salud sexual y reproductiva; pues ésta va más allá de un mero proceso biológico. Rodríguez y Martínez (p.363, 2011) hablaban de una “construcción social donde las prácticas y manifestaciones sexuales están influenciadas por la cultura y el proceso de socialización de los individuos.” De ésta forma se podrá obtener una perspectiva de género que veremos cómo influye más adelante.

La falta de información o las barreras de acceso a esta que encuentran las mujeres, podría ser la causa de que exista una sobrerrepresentación de las mujeres inmigrantes en los registros de Interrupciones Voluntarias de Embarazos (IVE). Éstas son legales en España y su acceso está garantizado en las primeras 14 semanas si la mujer lo solicita. A esto habría que sumarle el número de abortos clandestinos que se dan, de los cuales no existen datos oficiales, pero se conoce su existencia. Muchas mujeres proceden de países donde el aborto está prohibido o solo es legal en los casos en los que corre peligro la madre o si el embarazo proviene de una violación. Esto les lleva a la falsa creencia de que aquí existen las mismas leyes y la desinformación provocará que busquen medios para abortar clandestinamente. (López et al, 2015; Rodríguez y Martínez, 2011)

Ya que la mayoría de las inmigrantes proceden de países donde la tasa de fecundidad es superior a la de España, cabría de esperar que la cifra de abortos voluntarios fuese menor, pero la existencia de factores relacionados con el proceso migratorio condicionaría la decisión de una IVE. Se observa pues como la fecundidad de las mujeres extranjeras empieza a igualarse cada vez más con la de las mujeres autóctonas. (Rodríguez y Martínez, 2011). La mayoría de las ocasiones la situación económica o la situación laboral, no son compatibles con las atenciones que un embarazo y posterior crianza requieren. Es entonces, una vez que emigran, cuando las mujeres empiezan a preocuparse por poder quedarse embarazadas. Pero se necesita de un tiempo para que éstas mujeres integren en sus nuevos estilos de vida todo lo concerniente a la anticoncepción y es en este periodo es donde se dan más embarazos no deseados.

Se podría llegar fácilmente a la conclusión de que los principales factores que incitan a tomar la decisión de una IVE son eminentemente sociales y no por causas biológicas. Siendo las cifras de IVES tan altas, conviene estudiar más profundamente los motivos por los que se observan tantos embarazos no deseados en este colectivo; ya que la IVE no es un método anticonceptivo como de manera errónea creen algunas mujeres, sino una intervención quirúrgica o farmacéutica en la que se expone a la paciente a riesgos y futuras secuelas sobre su salud. (Rodríguez y Martínez, 2011; López et al, 2015)

El uso correcto de los métodos anticonceptivos supondría una fácil solución para hacer frente a tanto embarazo no deseado y con ello a un descenso de las cifras de IVE. Aquí es donde nos encontramos con diversas barreras que impiden el acceso y uso de dichos métodos:

En cada cultura existen normas de comportamiento que determinan el rol que deben ejercer las mujeres y los hombres dentro de una sociedad. Desde ésta perspectiva de género encontramos muy habitualmente el caso en que las mujeres experimentan un papel de subordinación en las relaciones de pareja. Esto ocasiona un impedimento en el libre desarrollo de su sexualidad. Decisiones como el uso de métodos anticonceptivos o la voluntariedad de mantener relaciones sexuales se ven supeditadas a la voluntad del hombre.

En el diseño de un estudio para la prevención de embarazos no deseados en mujeres inmigrantes, se narraban las particularidades culturales que debían tenerse en cuenta relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos: Las mujeres subsaharianas normalmente no conocían los métodos anticonceptivos pues en sus países no los utilizaban por desconocimiento o precariedad en los sistemas de salud. En cuanto a las de origen magrebí tomaban anticonceptivos orales como preferencia. Técnicas como la vasectomía y la ligadura de trompas están prohibidas en su cultura. El islam no prohíbe los métodos anticonceptivos pero la menstruación está considerada como algo impuro por lo que en esos días las mujeres no pueden llevar a cabo actividades de índole religioso. Es por ello que los métodos que acortan el ciclo menstrual están mejor considerados entre esta población. Curiosamente aquellas mujeres que desean tomar anticoncepción hormonal por vía

oral rechazan usar el DIU. Aquellas que provienen de Europa del Este suelen tener más información sobre contracepción. Suelen decantarse por métodos naturales y el DIU, aunque los utilizan sin supervisión médica; quizás porque sea la manera de proceder en sus países de origen. En cuanto a las mujeres asiáticas se caracterizan por recurrir a métodos naturales y a la medicina tradicional de su país (López et al, 2015).

Por otro lado, la falta de información sobre los recursos existentes de planificación familiar, de métodos que se adecuen a sus necesidades, o la imposibilidad de acceder a esta información por diversas circunstancias, están privando a las mujeres de un adecuado control de su natalidad. Dentro del colectivo de inmigrantes más jóvenes se aprecia un mayor desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos comparado con el que tienen las jóvenes autóctonas; Rodríguez y Martínez (2011) relataban cómo esto podía deberse a un abandono precoz de los sistemas educativos e incorporación temprana al mundo laboral.

Un estudio realizado con el fin de facilitar el acceso a los programas de planificación familiar a un grupo de mujeres latinoamericanas, ponía de manifiesto varios de los aspectos que se presentan en este apartado. Las entrevistas revelaban el escaso conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la influencia de la pareja en la decisión de usar medidas de protección y se destaca como manifestaban el deseo de acudir a consultas de planificación familiar, puesto que si no lo habían hecho antes era porque desconocían su existencia. Suelen recurrir a métodos hormonales para prevenir embarazos, aunque no los utilicen de la manera más efectiva. También se observa un cambio en las pautas de salud reproductiva y de sexualidad al venir a España; éstas han cambiado con respecto a las que tenían en sus países de origen. La figura de la matrona, tal como afirmaban les ayudaba a establecer una comunicación más íntima (López et al, 2011).

El bajo uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo en este colectivo están directamente relacionados con la mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Aquí nuevamente las desigualdades de género a las que se enfrentan las mujeres, las convierten en un grupo de mayor riesgo en la contracción de enfermedades de transmisión sexual. Un estudio realizado para evaluar las

características epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes reveló como durante el transcurso de la investigación los casos de VIH aumentaron de forma superior en inmigrantes que en la población autóctona y en especial los casos de mujeres. (Ramos et al, 2005)

En cuanto a la atención durante el embarazo, se observaba como las inmigrantes hacían menos uso de los servicios sanitarios. El diagnóstico tardío del embarazo, la falta de pruebas complementarias, de asistencia a las consultas rutinarias...podría tener repercusiones negativas sobre su salud y la del feto.

Un estudio realizado en Finlandia (Marlin, 2009, citado por Gascón, 2011) señalaba como ésta problemática anteriormente mencionada, hacía que las mujeres embarazadas presentaran mayores problemas de salud durante el embarazo y el parto. En el parto las anteriores barreras descritas afectaban a la vivencia que las mujeres tenían de este proceso. La analgesia epidural era menos usada, bien por no comprender las explicaciones o por llegar al hospital en fases avanzadas del parto (Fajardo y Pérez, 2014).

Durante el puerperio se ha observado que la lactancia se da más frecuentemente en mujeres inmigrantes por motivos culturales, económicos y laborales. También la utilizan como método anticonceptivo.

6.- CONCLUSIONES

Queda demostrada la existencia de barreras que repercuten negativamente produciendo desigualdades en la atención sanitaria que reciben las personas inmigrantes en España y como consecuencia en su salud. Estas desigualdades se hacen más notorias en la mujer, pues por un lado se enfrentan a las desigualdades de género provenientes de su cultura y religión y por otro lado deben acceder más al sistema de salud para atender su salud sexual y reproductiva.

Las principales barreras que afectan a esta población son las relacionadas con el

idioma, con la desinformación, con sus culturas y con el contexto social en el que desarrollan su vida, el cual, presenta en muchas ocasiones las consecuencias de ser un colectivo que sufre marginación.

Se encuentra un reducido número de estudios científicos abordando la temática propuesta en este trabajo. Esto puede deberse a que las mismas barreras que impiden a la población inmigrante el acceso a los sistemas de salud, les impidan también ser objeto de estudio; bien porque se encuentren barreras idiomáticas y no se disponga de traductores, o porque no dispongan de horarios o medios que les permitan acceder a la realización de las entrevistas o encuestas que se utilizan para obtener los datos con los que trabajan las investigaciones. Otros de los motivos que podrían dificultar el estudio de ésta población, es el desinterés o la desconfianza de los inmigrantes de cara a participar en los estudios, por ejemplo, por creer que van a tener algún tipo de repercusión negativa sobre ellos. Además, otra de las dificultades es que el objeto de estudio, la inmigración, es un concepto muy amplio y heterogéneo, por ejemplo, en cuanto a procedencias de los participantes de las encuestas, estos pueden ser árabes, chinos, de países del este, latinoamericanos, etc. con cada particularidad cultural consecuente. Esto significa que las investigaciones que ahonden sobre estas cuestiones deben ser más específicas para evitar una generalización de sus resultados, que no reflejen una realidad demasiado simplista.

Es aquí donde el sistema debería actuar propiciando un acercamiento entre la población inmigrante y las propuestas que de manera directa o indirecta favorezcan la integración en cualquier ámbito del sistema. En el caso de la salud, como ha quedado demostrado en los estudios expuestos, aunque la legislación asegure en cierto modo el acceso, sigue habiendo diferencias significativas con respecto a la población autóctona. Por tanto, encontramos cierta similitud con lo que se narraba en el informe Black del que hablábamos en el apartado de la perspectiva sociológica. Se ha podido apreciar en los resultados, que los factores culturales y sociales de la población inmigrante, repercuten de manera notoria en sus hábitos de vida y no basta con inversiones solamente en el sistema educativo pues muchos de ellos ya no forman parte de él o se ven obligados a un pronto abandono de éste por necesitar incorporarse al mundo laboral. El sistema debe encargarse de que

actividades y programas que promuevan conductas saludables no sólo existan, sino que también lleguen a los colectivos más aislados socialmente; y por supuesto, también del estudio de los factores que siguen interfiriendo en la eficacia de las medidas que se proponen para así poder abordarlas obteniendo resultados positivos.

La barrera más evidente que se aprecia y en la que coinciden todos los estudios es el idioma. No debería depender la obtención de una atención sanitaria de calidad de un determinado nivel educativo o social como muestran algunos estudios; pues la mayoría provienen de países donde estos niveles son aún precarios. La brecha que se abre cuando la barrera del idioma está presente, merma la confianza que los inmigrantes tienen en el sistema sanitario y que tan importante es de cara a la atención. Éste aspecto que tantas veces hemos estudiado y recalcado su importancia como profesionales de la salud, se ve con la necesidad de que aquellos que velamos por el bienestar intervengamos buscando soluciones. Es posible que la actual situación de crisis económica que atraviesa el país, no permita el coste que supondría la contratación de traductores y mediadores culturales; es por ello que hay estudios que proponen alternativas más económicas. Contratar a un traductor de forma puntual, que por ejemplo elabore herramientas traducidas que pueda ser usadas para un grupo de personas con características comunes, supondría mucho menos coste que tener traductores que trabajen cada caso de forma individualizada. Y aunque esta segunda opción probablemente reportaría datos de mayor satisfacción por parte de los que atienden y los que reciben la atención, es necesario gestionar con realismo los recursos con los que contamos. Aun teniendo en cuenta las alternativas más económicas tampoco se observan demasiadas propuestas y no se cuenta con recursos suficientes que solventen la problemática y generen la satisfacción de los implicados.

En relación a otro de los grandes problemas, la desinformación, cabe sugerir un mayor esfuerzo por facilitar al recién llegado a nuestro país la información sobre la carta de servicios sanitarios así como sus derechos y obligaciones al respecto, pues como hemos visto entre los inmigrantes que no acuden a la sanidad pública, aunque sea un número de personas bastante menor, la principal causa ha sido el desconocimiento de que pueden ser asistidos así como el miedo que pueda

comportar algún tipo de problema legal o incluso económico acarreado los costes de la asistencia recibida. Dentro de los planes de acogida, debe implementarse pues algún tipo de apartado específico sobre la salud.

En éste ámbito y siendo aplicable al resto de barreras que hemos expuesto, es posible que los resultados de los estudios en los que los profesionales se muestran contrarios a la realidad que parece existir con respecto al desigual acceso a la sanidad por parte del colectivo inmigrante, se deban a que se les carga con una responsabilidad que desde nuestro punto de vista no es sólo suya si no de las políticas que conforman el sistema. Si bien es cierto, los que realmente se encuentran con el problema y lo sufren de primera mano son los profesionales y ello repercute sobre la atención que obtienen los inmigrantes; por ello no se explica la carencia en el número de estudios que valoren sus vivencias como principales afectados. Aunque, por otro lado, no hay que olvidar la existencia del racismo profesional que por supuesto puede afectar a los resultados de los estudios a profesionales sobre las percepciones en la atención del inmigrante. (Grande et al, 2011) hacía referencia a ello, y tal como se relataba, se trataba de un racismo encubierto; pues la mayoría de profesionales no declaraban ser racistas abiertamente, pero una estigmatización del colectivo podría estar derivando en un trato desigual a esta población. Una de las soluciones a aportar es la formación a personal sanitario en multiculturalidad. La formación y el conocimiento sobre otras culturas y costumbres pueden contribuir a concienciar al profesional sobre las particularidades de los pacientes inmigrantes, y ayudarle también a ser más comprensivos con sus dificultades.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, las desigualdades de género que arrastran las mujeres de sus culturas, de la propia religión y de la complicada situación social y económica que viven, están repercutiendo negativamente sobre su salud. Son un grupo con poca visibilidad en nuestra sociedad y normalmente se encuentran sometidas a tratos y situaciones que cuando se dan en mujeres de países donde la igualdad de género y las políticas de bienestar son fuertes, se crea gran revuelo y rápidamente se actúa denunciando y velando por su protección. Es por ello que se deben tomar medidas que proporcionen apoyo a estas mujeres que por una razón u otra tienen asumido que el trato desigual con respecto al hombre es

algo aceptable y normal.

Leininger (citada por Acebes y Roiz, 2010) hablaba al igual que otros autores ya expuestos, de la influencia de la cultura sobre los patrones y estilos de vida de los individuos. Para desarrollar adecuadamente el modelo de cuidados a la diversidad cultural, defendía la necesidad de que las enfermeras fuesen capaces de aplicar cuidados culturales, debiendo éstas preservarlos o mantenerlos, adaptándolos y negociando con los pacientes e incluso intentando reestructurar aquellas prácticas que pudieran resultar perjudiciales. El paciente que muestra diversidad cultural también debe y puede servir para proporcionar la información sobre los cuidados que desea y necesita.

Por tanto y para concluir, consideramos que son necesarias nuevas políticas y estudios que se hagan cargo de éstos problemas. Se debe luchar contra la desinformación que experimenta este colectivo, asegurando el alcance de los programas de educación, haciéndoles partícipes del sistema de salud tal y como se pretende en la atención comunitaria con la población autóctona y deben conocer sus derechos para así beneficiarse de estos. También los profesionales deben recibir una mayor formación en cuanto a aspectos culturales y el sistema debe dotarlos de herramientas que les sirvan de ayuda en el proceso de atención. No obstante, no hay que olvidar la responsabilidad del inmigrante en su integración pues de lo contrario pecaríamos de querer convertir la administración sanitaria en algo excesivamente paternalista. No se habla aquí, por tanto, de responsabilizar a unos u otros de las barreras idiomáticas o culturales que como se ha visto afectan al acceso a la sanidad pública, si no de hallar un punto de equilibrio entre unos servicios sanitarios amigables y facilitadores hacia la inmigración y que estos, a su vez, se sientan con confianza y fuerzas como para participar en ella ejerciendo derechos y obligaciones. En definitiva, todo esto acarreará una mejora de la salud de los inmigrantes y un mayor grado de satisfacción tanto de éstos como de los profesionales cuya misión es velar por el bienestar de la población, sin atender a aspectos económicos, sociales, o políticos.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. López Córdoba MB, Sánchez Casal MI, Mata Saborido MJ. (2015) Prevención de embarazos no deseados en mujeres inmigrantes. *Revista Paraninfo Digital*; 22.
<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n22/220.php>
2. Fajardo Hervás B, Pérez Espinosa AB. (2014) Percepciones y vivencias de las adolescentes inmigrantes en el proceso de embarazo, parto y puerperio. *Revista Paraninfo Digital*; 20.
<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n20/pdf/069.pdf>
3. Grande Gascón ML, Linares M; Álvarez Nieto C, Pastor Moreno, G. (2011) Abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. *Revista Cultura de los Cuidados*; 30.
<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/cultura/30pdf/30-045.pdf>
4. Rodríguez Portilla NE; Martínez Rojo C. (2011). Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Revista Enfermería Global*; 23.
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/132111/122511>
5. López-Sáez y López de Teruel MA, Capilla Díaz C, López-Sáez y López de Teruel A, Correa Brenes, A. (2011) Intervenciones con inmigrantes latinoamericanas para facilitarles el acceso a los programas de planificación familiar. *Revista Paraninfo Digital*; 12.
<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n11-12/128d.php>
6. Acebes Ruiz MM, Roiz Umbría E. (2010) Maternidad y crianza en mujeres inmigrantes. Expresiones a través de un grupo focal. *Revista Enfermería Comunitaria*; 6(1).
<http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/comunitaria/v6n1/ec0161.php>

7. Bas Sarmiento P, Fernández Gutiérrez M, Albar Marín MJ, García Ramírez M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000400002&lng=pt&tlng=es
8. Llop Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 715-734.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&lng=pt&tlng=es
9. Sanz Barbero B, Regidor E, Galindo S. (2011). Influencia del lugar de origen en la utilización de pruebas de cribado de cáncer ginecológico en España. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1019-1026.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600003&lng=pt&tlng=es
10. Vazquez L, Terraza R., Vargas I, Lizana, T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, vol 23 (5), 396-402.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108000691>
11. Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, Manouari M el. (2008) El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. Vol.22 (8), 547-554
<http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v22n6/original6.pdf>
12. Sandín Vazquez M, Río Sanchez I, Larraz Antón R. (2012). Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario-

- paciente inmigrante. *Revista Española de Comunicación Sanitaria*, 3(1), 38-48. http://www.aecs.es/3_1_5.pdf
13. Esteva M, Cabrera S. Remartinez D, Díaz A, March S. (2006). Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención primaria*, 37(3), 154-159.
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13085348&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=86&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v37n03a13085348pdf001.pdf
14. Mora Castro A. (2007). Inmigración, servicios públicos e integración social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 25-34.
<http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS0707110025A.PDF>
15. Fuertes C, Martín Laso MA. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 1), 9-25.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002
16. De la Fuente Ramos M. (2009) Información de los inmigrantes sobre su acceso al Sistema Nacional de Salud. *Revista Paraninfo Digital*; 7. <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/para/n7/004d.php>
17. Román López P, Palanca Cruz MM, García Vergara A, Román López J, Rubio Carrillo S, Algarte López A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*; 6(2), 204-212.
<http://hosting01.uc3m.es/Erevistas/index.php/RECS/article/view/2939/1642>

18. Burgos Moreno M, Parvic Klijn T. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587-591.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300025>
19. Sanz B., Torres AM, Schumacher R. (2000) Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, Vol.26 (5)
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700786719>
20. Roca i Caparà N, Vega Monteagudo C. (2009) Vulnerabilidad social del colectivo inmigrante. *Revista Paraninfo Digital*; 7. <http://www.index-f.com/para/n7/081o.php>
21. Terraza Nuñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Alcazo, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 115.e1-115.e7.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200004&lng=pt&tlng=es
22. Carmona R, Alcázar Alcázar R, Sarría Santamera A, Regidor E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 135-155.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100009&lng=pt&tlng=es
23. Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial p.266-277

24. Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. Nota descriptiva núm.323. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
25. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración (2015) Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre 2015. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales;
[http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201512/Residentes Principales Resultados 31122015.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201512/Residentes_Principales_Resultados_31122015.pdf)
26. Ramos JM, Gutiérrez F, Padilla S, Masiá M, Escolano C. (2005) Características clínicas y epidemiológicas de la infección por el VIH en extranjeros en Elche, España. *Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*; 23. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-caracteristicas-clinicas-epidemiologicas-infeccion-por-13078824>
27. Boletín Oficial del Estado. (2000) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>
28. Boletín Oficial del Estado (2012) Real Decreto-ley 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
<https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
29. OSM (Observatorio de Salud de la Mujer). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf>
30. Fondo de Población de las Naciones Unidas.(2014)
<http://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

31. Rodríguez Salés V, Ortiz Barreda G, Sanjosé S de. (2014). Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 735-743.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600006>