

APUNTES, MANUALES, PRESENTACIONES



Universidad de Jaén

Facultad de Ciencias de la Salud

**Metodología práctica de intervención
sociocomunitaria en la acogida y atención de
personas migrantes: material docente del
Diploma de Extensión Universitaria UJA 2024**

**Módulo: Salud comunitaria y socio-sanitaria para
personas migrantes**

María Ángeles Pérez Morente



Fecha: 2024

CREA

**DIPLOMA DE EXTENSIÓN
UNIVERSITARIA EN
METODOLOGÍA PRÁCTICA
DE INTERVENCIÓN
SOCIOCOMUNITARIA EN LA
ACOGIDA
Y ATENCIÓN
DE PERSONAS
MIGRANTES
FEBRERO - JUNIO DE 2024**

ORGANIZA



**Universidad
de Jaén**

Vicerrectorado de Igualdad,
Diversidad y Responsabilidad Social

FINANCIA



Agencia Andaluza de Cooperación
Internacional para el Desarrollo
Consejería de la Presidencia, Interior,
Diálogo Social y Simplificación Administrativa

**INFORMACIÓN
E INSCRIPCIONES
[HASTA EL 28 DE ENERO]**





“Metodología práctica de intervención socio comunitaria en la acogida y atención de personas migrantes”

Diploma de Extensión Universitaria

MÓDULO : SALUD COMUNITARIA Y SOCIO-SANITARA PARA PERSONAS MIGRANTES

M^a Ángeles Pérez Morente

INDICE

- Diferencias culturales en la concepción de salud y enfermedad
- Determinantes de la salud en la población inmigrante
- Competencia cultural en salud
- Patología más prevalente en población inmigrante
- Acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante

DIFERENCIAS CULTURALES EN LA CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD



Fuente: Multiculturalidad en salud: epidemiología sociocultural (s.f.) <https://impulso06.com/multiculturalidad-en-salud-epidemiologia-sociocultural/>

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”(R. Colasanti. *II Congreso de Medicina, y Emigración. Roma, 1990, citado por C. Fuertes y M. A. Martín Laso, 2006*).

- La cultura influye en la salud**, igual que están condicionadas el resto de actividades de la vida diaria.
- El concepto de salud ha ido evolucionando** en función del momento histórico, cultura, sistema social y nivel de conocimientos.
- Pensamiento primitivo (mágico-religioso)** en los primeros años de la historia



-Salud intercultural ➡ “el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud” (*Alarcón et al, 2003; cf Páez Alcarria, 2015*).

-Reputación de la **medicina occidental** {
-Desconfianza
- Avanzado y milagroso

-Es necesario **valorar el papel de las creencias**, normalmente muy diferentes a las de la medicina occidental y no siempre negativas, sobre el origen de la enfermedad.

Cultura y diversidad cultural en salud

Desde la **Antropología** **CULTURA**: “un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. Entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización” (*Alarcón et al, 2003*).

Convergen 2 grandes dimensiones en la cultura:

DIMENSIÓN IDEACIONAL O COGNITIVA

(pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje)



DIMENSIÓN MATERIAL

(conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas)

Cultura y diversidad cultural en salud

CARÁCTER DINÁMICO DE LA CULTURA

Las dimensiones cognitiva y material se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos.

Por ejemplo, tanto la **biomedicina** como las culturas médicas **tradicionales** experimentan transformaciones en sus modelos explicativos de enfermedad, incorporan nuevas tecnologías al proceso terapéutico y recrean roles profesionales, técnicos o empíricos para abordar aspectos específicos de salud de los usuarios (*Alarcón et al, 2003*).

.

Perspectiva sociocultural de la salud y la enfermedad

La **salud y enfermedad** pueden ser definidas tanto en **términos biológicos como socio-culturales**. Desde un punto de vista biológico o biomédico la salud sería aquella condición en la que el cuerpo funciona eficientemente, por lo tanto cualquier situación que altere dicha condición debe ser conceptualizada como **enfermedad** (*Pedrero et al., 2018*).

↙
Concepto universal

**DISEASE
(OBJETIVO)**

↘
Construcción sociocultural

**ILLNESS
(SUBJETIVO)**

Perspectiva sociocultural de la salud y la enfermedad

Algunos estudios han mostrado que existe una gran variabilidad en la **definición de salud/enfermedad**, entre personas con diferentes creencias culturales. Estudio de Carpenter-Song et al. (2010) (*cf. Pedrero et al., 2018*).



Trastorno maniaco
depresivo y
alcohólico



Enfermedad de los
nervios



Explicación sobrenatural
(fuerzas demoniacas)

Perspectiva sociocultural de la salud y la enfermedad

DOMINIOS ESTRUCTURALES EN EL AFRONTAMIENTO DE LA SALUD

POPULAR

- Familia
- Redes Sociales
- Comunidad

PROFESIONAL

- Trabajadores de la salud

MEDICINA TRADICIONAL

- Atención en salud no profesional

Cada grupo social transita de forma diferente por estos niveles, por ejemplo los europeos y norteamericanos acuden más frecuentemente al dominio profesional en cambio los latinos al popular (*Pedrero et al., 2018*).

Sistemas Médicos e Interculturalidad

- Desde la **Antropología** **SISTEMA MÉDICO**: "conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva" (*Alarcón et al, 2003*).

La forma en que estos elementos se organizan internamente, depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la **Medicina**  **Construcción cultural** que responden a necesidades de un entorno social específico

Dimensión Conceptual

- Modelos que explican y fundamentan la enfermedad

• **Axiomas**



Mec. Validación

Dimensión conductual

- Procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes

• **Proceso Terapéutico**



A modo de

ejemplo

**Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia:
el fenómeno de los cuidadores extranjeros**

***Transcultural Care and Family Strategies to Deal with Dependency:
The Phenomenon of Foreign Caregivers***

***Cuidado transcultural e estratégias familiares ante a dependência:
o fenômeno dos cuidadores estrangeiros***

Recibido: 7 de septiembre de 2013

Enviado a pares: 22 de octubre de 2013

Aceptado por pares: 12 de enero de 2014

Aprobado: 10 de abril de 2014

DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.6>

Esperanza Begoña García-Navarro¹

Estrella Gualda²

¹ Enfermera, Profesora Asociada, Departamento Enfermería, Universidad de Huelva. Unidad de Sueño, Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva (España).

esperanza.garcia@denf.uhu.es

² Doctora en Sociología. Profesora Titular, Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad de Huelva (España).

estrella@uhu.es

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

García-Navarro BE, Gualda E. Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. *Aquichan*. 2014; 14 (4): 509-522. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.6

¡¡Choques culturales
entre los sistemas
sanitarios y
estructuras de
atención!!

Percepciones relativas a los conceptos de salud y enfermedad

“Diversas ideas aportadas por las informantes vinculan salud a la **ausencia de enfermedad** (y, por tanto, de tratamientos), mientras que otras aluden a **nociones psicosociales y emocionales**, cuando van más allá de los aspectos físicos. También encontramos que algunas cuidadoras se refieren a las **vertientes física, mental y social** de la salud. En este sentido, "tener salud" puede ser tanto no estar enfermo, como **no estar triste**, e incluso **contar con apoyos** de otras personas (traducido en términos de cariño, etc.), o simplemente **sentirse entendida, comprendida** e incluso, en algunos casos, la idea de la salud se asocia a una **dimensión más social, unida al disfrute del ocio y tiempo libre**”(García-Navarro y Gualda, 2014).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención

“Sí, a la medicina, a las cosas que hay aquí que no hay en mi país, las comodidades como la **Seguridad Social** que existe, porque nosotros no la tenemos así para todos, sino **solamente para las personas mayores y para los recién nacidos menores de un año**, y las **personas mayores de 65 años** para arriba también la tienen. Pues esa es la diferencia en la medicina que yo veo acá que está muy bien. Y otra diferencia que yo veo es la forma como viven, **que trabajan todos** también y en la casa siempre la mujer, todavía nosotras estamos **acostumbradas a que el hombre nos mantenga y a estar en casa...**” (EC7. Cuidadora colombiana, 36 años).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención

“Hay mucha gente que cree otra forma medicina, no sé como aquí en España, pero en mi país sí. Es **medicina y medicina otra**. Eso ya como la gente piense. Los **hospitales, los médicos...** bueno, todo eso hay pero cuesta mucho ¿sabe?. **Cuesta dinero.** ¿Entiende? Pero hay todo mismo, pero necesitas dinero, y por eso todos estamos por todos sitios del extranjero y tenemos que emigrar, ¿sabes?, **estar sano cuesta mucho dinero...**” (EC1. Cuidadora rumana, 42 años).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención

“Lo que allá sí se practica es por ejemplo la medicina, la terapéutica, o sea con terapias por ejemplo de plantas medicinales y todo eso. Aquí, aquí casi no lo hay. [...] Sí, aquí es menos y ¿qué otras cosas? Sí, allá hay de todo. Lo que pasa es que la falta de recursos es que es lo malo. Claro por que allá todavía se piensa, no como aquí, allá todavía se tienen culturas, ¿no?, por ejemplo, los indios, nuestros indios, ellos se curan con sus poderes que ellos han adquirido” (EC8. Cuidadora Perú, 34 años).

Choques culturales entre los sistemas sanitarios y estructuras de atención

“Pues las prácticas son más que nada lo que es la **medicina alternativa o la medicina tradicional** que son un poco el uso de **hierbas, de ungüentos de animales**, el uso de otro tipo de conocimientos empíricos que a veces va coordinado y de la mano en el desarrollo de la medicina. Hay una obra muy importante en cuanto a este aspecto que es la **medicina tradicional y lo que es la [...] instructiva** que es la medicina que se estudia en la universidad, **la medicina tradicional** tiene **brujos, curanderos, hechiceros** que cada uno tiene sus aspectos para poder curar a los usuarios de determinados pueblos, se da mucho esto en el Perú, porque allí **la Seguridad Social no es como aquí en España gratuita**, sino de una forma muy... este... ¿cómo te puedo explicar?. De una forma **costosa**, o sea, que te cuesta, te cuesta una consulta, te cuesta una medicina” (EP1. Varón de Perú, 38 años).

Sistemas Médicos e Interculturalidad

Los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro (*Alarcón et al., 2003*).

Cultura biomédica occidental → Concepción mundial sobre la capacidad de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales → **IMPORTANTES DIFICULTADES**, al no considerar la cultura en la atención a la salud.

CONSECUENCIAS

Rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales

Conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos

Desarticulación de la estructura social de la comunidad

Estrategias de Salud Intercultural

ESTRATEGIA 1ª:

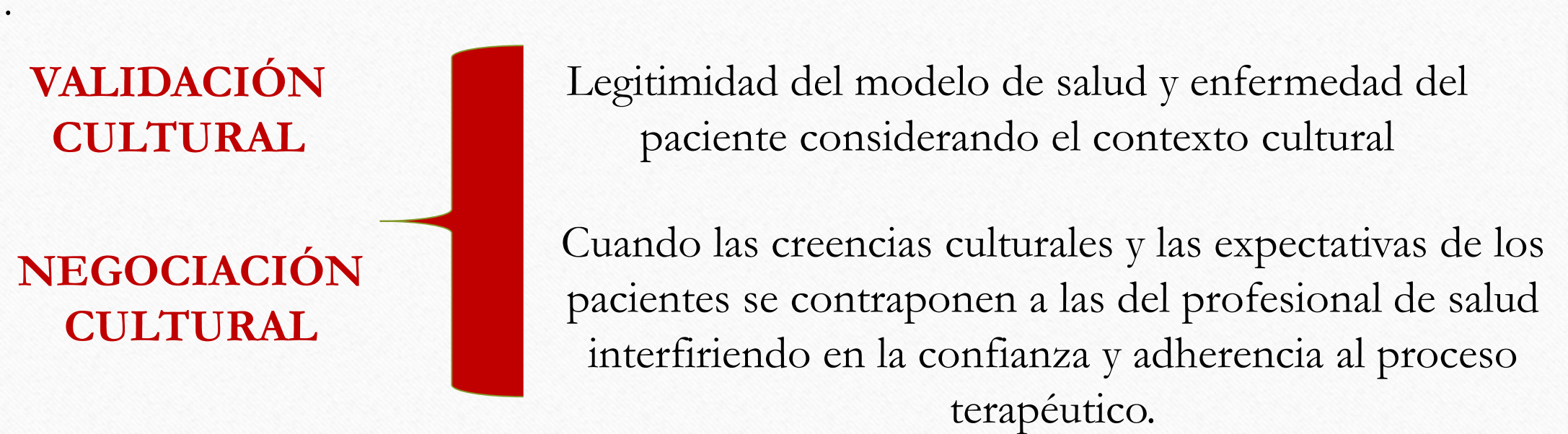
Mejorar la comunicación y el diálogo favorece una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico (*Alarcón et al., 2003*).



Estrategias de Salud Intercultural

ESTRATEGIA 2ª:

El desarrollo de **procesos de validación y negociación cultural** entre pacientes y profesionales (*Alarcón et al., 2003*).



Vivencia de la salud y la enfermedad en población inmigrante

Tres áreas en torno a la cual se articula el concepto de salud en las diferentes culturas (*Fuertes y Martín, 2006*):

- **Mantenimiento del cuerpo**
- **Representación imaginaria de la enfermedad**
- **Relación que establece el inmigrante entre el cuerpo y su representación imaginaria**

Mantenimiento del cuerpo

Alimentación

- Latinos: arroz y arepas
- Marroquíes: fresca frutas y verduras
- Guineanos: pescado

Higiene corporal y del sueño

- Latinoamericanos
- Marroquíes

Deporte y Salud Bucodental

- Latinoamericanos

Representación imaginaria de la enfermedad

Africanos

- Hematuria (virilidad)
- Extracciones sanguíneas (vinculo entre la sangre y prácticas de brujería y magia negra)

Latinoamericanos

- Concepto de enfermedad más ligado al cuerpo
- Importancia a exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología para el diagnóstico

Relación que establece el inmigrante entre el cuerpo y su representación imaginaria

- Es muy importante que el personal sanitario que atiende al inmigrante tenga en cuenta el **papel destacado de las medicinas alternativas tradicionales** que han tenido en su país de origen o ya asentado en España.
- Diferencia entre **“CURANDERISMO”** y **“REMEDIOS CASEROS”**
- Caso especial **LATINOAMERICANOS Y AFRICANOS**
- Conocer los “remedios caseros” que ha podido emplear el inmigrante brinda una oportunidad al sanitario para establecer vínculos con los pacientes y escucharlos.

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE



Determinantes de la salud en la población inmigrante

El **concepto de salud** es relativo y multidimensional.

Determinantes de la salud (OMS): “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (*Fuertes & Martín, 2006*)

POBREZA

Vínculo

BAJO NIVEL DE SALUD

DETERMINANTES DE LA SALUD

Falta de acceso a trabajo

Residencia irregular

Riesgo social elevado

Dificultad acceso
servicios sanitarios

Tabla 1. Determinantes de la salud de la población inmigrante.

Estilos de vida

Malas condiciones de vivienda y hacinamiento
No residencia fija
Hábitos tóxicos, conductas de adicción
Alimentación
Estrés

Situación laboral y económica

Desempleo, deudas en el país de origen o para el viaje
Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo
Falta de recursos económicos

Situación social y cultural

Cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor
Xenofobia, discriminación
Exclusión social
Separación familiar

Situación legal

Legislación vigente respecto al inmigrante que va cambiando en el país receptor, itinerario burocrático, situación irregular

Educación

Problemas con el idioma
Titulaciones no convalidadas en país receptor
Nivel de estudios bajo

Edad y genero

La mujer inmigrante en algunas culturas está supeditada al hombre y tiene más dificultad de integración en el país receptor

Cultura sanitaria

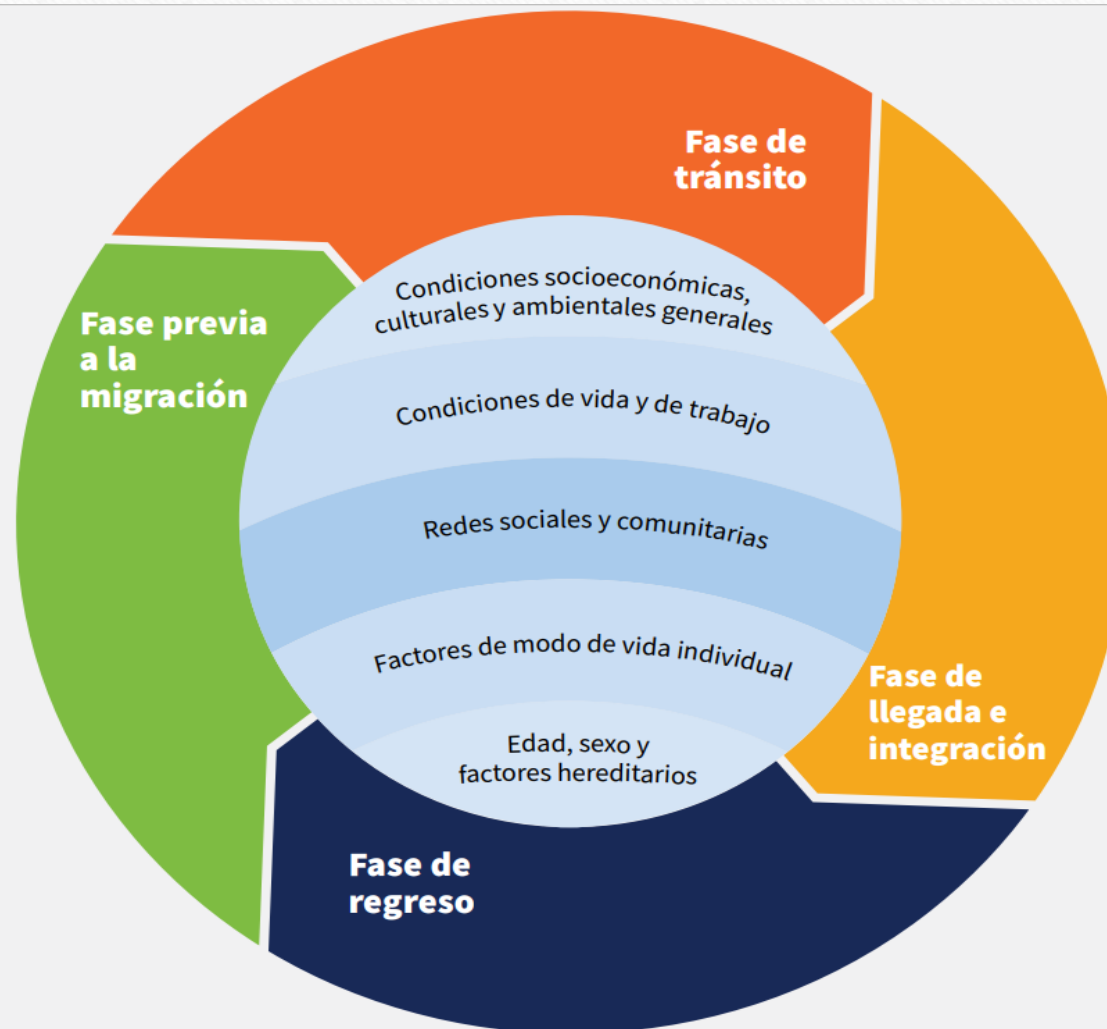
Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios
Diferente concepto salud/enfermedad
Prácticas de medicina tradicional

Medio ambiente

El clima diferente
Ambiente más ruidoso en países industrializados
Contaminación ambiental
Polución

Factores biológicos

Situación inmunitaria y cobertura vacunal a veces incompleta en el país de origen
Enfermedades de base genética



Fuente: OMS(2022). Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes .Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054486>:

Determinantes de la salud en la población inmigrante

Situación laboral



<https://www.publico.es/espana/vivir-papeles-derechos.html>



Determinantes de la salud en la población inmigrante

CONDICIONES DE LA VIVIENDA  **DEFICIENTES** (salubridad, agua, electricidad, hacinamiento (patología infecciosa), falta de espacio y privacidad.

CONDICIONES LABORALES  **PRECARIAS** (temporalidad, malas condiciones, desconocimiento maquinaria y medidas básicas de prevención de accidentes, trabajo principalmente en sector agropecuario, construcción, hostelería, empleadas del hogar...).



SITUACIÓN DE IRREGULARIDAD y DESCONOCIMIENTO DEL IDIOMA

COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD



Concepto de Competencia cultural

“El conjunto de conocimientos, actitudes, conductas, y en su caso políticas y programas, que confluyen en una persona, organismo o sistema, capacitándolo para trabajar con eficacia en contextos interculturales” (*Martínez et al., 2006*).

“Conjunto de habilidades que permite dar un trato centrado en el paciente considerando, su valores y creencias”(*Pedrero et al., 2018*)

“Proceso en el cual los profesionales sanitarios se esfuerzan continuamente por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad” (*Campinha-Bacote , 2010*)

Características de la Competencia cultural

Aceptación de las
diferentes formas
del ver el mundo

Capacidad de trato
con flexibilidad y
sensibilidad
cultural

Capacidad para
entender las ideas,
predisposiciones y
reacciones

Cuidado culturalmente competente

“El cuidado **culturalmente competente** (también llamado **‘culturalmente sensible’**) se refiere a la provisión de cuidados que toma en cuenta las diferentes maneras en que personas de distintos orígenes expresan sus enfermedades y como responden a la atención dada. Además de las **barreras de idioma y alfabetización**, las maneras de **comunicación**, los niveles de **desconfianza**, las diferentes expectativas del sistema de **servicios de salud**, los roles de **género** y las **tradiciones y creencias espirituales** son factores que en conjunto contribuyen a la manera en que una persona siente su enfermedad y responde a la atención dada” (OIM,2012).

Autoevaluación de la Competencia cultural

- (1) ¿Soy consciente de mis sesgos personales y prejuicios hacia grupos culturales diferentes del mío?
- (2) ¿Tengo las habilidades necesarias para realizar una evaluación cultural y diseñar un plan de acción culturalmente sensible?
- (3) ¿Tengo conocimientos significativos de los elementos más importantes de la cultura del usuario y de la diversidad humana en general?
- (4) ¿Cuántos encuentros cara a cara he tenido con usuarios de distinto background cultural?
- (5) ¿Cómo es de genuino mi deseo de querer ser culturalmente competente?

Dimensiones de la Competencia cultural (*Campinha-Bacote, 1998*)



Conciencia-sensibilidad cultural

“Proceso a través del cual el profesional llega a respetar, apreciar y ser sensible hacia los valores, creencias, estilos de vida, prácticas, estrategias para resolver problemas...”(*Martínez F.et al.,2006*).

Un profesional culturalmente competente es activo en el proceso de ser consciente de sus propios valores, sesgos, nociones preconcebidas, limitaciones personales, entre otros.

Las percepciones que tenemos de los miembros de los otros grupos, y del mundo en general, se conforman y se estructuran a través del proceso psicológico de la **CATEGORIZACIÓN SOCIAL**

Categorización Social

Se asocian rasgos y comportamientos a grupos determinados siguiendo una serie de leyes o normas tales como (*Martínez F.et al.,2006*):

:

- (1) Los individuos perciben más homogéneos a los miembros de su propio (endo) grupo y exageran las diferencias respecto de los miembros de los demás (exo) grupos.
- (2) Esta distinción entre **ENDO** y **EXO grupo** conlleva al mismo tiempo un cierto favoritismo hacia los miembros del endogrupo (**SESGO ENDOGRUPAL**).

FORMA DE PROCEDER INCOSNSCIENTE Y PROBLEMÁTICA

Estrategias para reducir estereotipos y prejuicios

Mejorar el conocimiento de las propias creencias, actitudes y/o valores

Entrenarse para cambiar las percepciones automáticas positivas para el endogrupo y negativas para el exogrupo

Percibir a las personas como individuos y no como miembros de un grupo

Cambiar la percepción de nosotros VS ellos por la de nosotros

Recategorizar a los miembros del exogrupo como miembros del endogrupo

Conocimiento cultural

Comprender la visión personal de los usuarios a quienes atiende, considerando sus creencias y valores. El profesional adquirirá conocimientos prácticos sobre aspectos culturales, experiencias de la vida diaria, esperanzas, miedos, aspiraciones, considerando además el contexto sociopolítico de los diferentes grupos (*Martínez F. et al., 2006*).

Actitud de búsqueda continua de información y de formulación de preguntas apropiadas y significativas

Niveles Conocimiento cultural



**¡¡Conocimientos más
relevantes que se deben
adquirir para alcanzar la
competencia cultural
profesional¡¡**



Cultura de los usuarios (historia, tradiciones, valores, sistema familiar...)

Impacto de las políticas de servicios públicos sobre los distintos grupos minoritarios

Impacto del racismo y la pobreza sobre la conducta, actitudes, valores y discapacidades

Recursos (centros, personas, redes de apoyo informal, etc.) disponibles

Patrones de conductas de búsqueda de ayuda de los grupos minoritarios

Cómo los valores de los profesionales entran en conflicto o se acomodan a los usuarios

Papel del lenguaje, forma de hablar y estilos de comunicación

Cómo las relaciones de poder impactan en las diferentes culturas

Habilidades culturales

“Prácticas profesionales culturalmente apropiadas a las características de los usuarios con los que se interactúa. Desarrollo de **comportamientos e intervenciones apropiadas y culturalmente sensibles**”(Martínez et al, 2006).

EJEMPLOS: apropiado uso del lenguaje, la forma de desarrollar la entrevista, los datos a obtener del usuario, la elaboración del diagnóstico o el diseño de un programa de intervención.

¡¡A medida que los profesionales sean más conscientes de sus propias ideas, valores, concepciones y estereotipos, tenderán a proyectar en menor medida sus propios valores culturales a los usuarios, por lo que se volverán más eficientes!!.

Habilidades culturales

¡¡IMPORTANTE!!

**“HABILIDAD DEL
PROFESIONAL
PARA...”**

-Establecer una **RELACIÓN POSITIVA DE COMUNICACIÓN** con el usuario y/o la familia creando un clima cálido, respetuoso, de confianza: pronunciar correctamente su nombre, mantener una distancia personal apropiada, cuidar las formulas de cortesía y el contacto visual.

-Utilizar **EL LENGUAJE** como vehículo de expresión de emociones y sentimientos, herramientas de evaluación culturalmente apropiadas (traducciones culturalmente adaptadas, por ejemplo).

-Identificar la **FORMA DE ENTENDER LA ENFERMEDAD** o problema), creencias sobre la causa de la misma, el tipo de tratamiento más adecuado, forma de afrontar el dolor, el papel de la familia en la resolución del problema, etc.

ADEMÁS DE TODO LO ANTERIOR es fundamental considerar:

“La comunicación intercultural eficaz y la habilidad de establecer relaciones funcionales con personas de diferentes culturas son piezas clave de la competencia cultural” (*Casas et al. & Obra Social la Caixa 2009*).

ACTITUD



“Voluntad de tener una comunicación intercultural eficaz”



HUMILDAD CULTURAL



Vemos el mundo desde nuestro punto de vista, y por ello debemos ser siempre muy cautos a la hora de asesorar a los demás, incluso a aquellos de nuestra misma cultura

Encuentro Cultural

“Proceso que estimula al profesional a comprometerse directamente en interacciones transculturales con usuarios de diversos background”
(*Campinha-Bacote, 2003*)

Para que estos encuentros sean significativos han de realizarse con el mayor número de sujetos y garantizar un conocimiento suficiente de los valores, creencias y prácticas específicas del grupo.

IMPORTANTE



“Hipótesis de contacto” (las características sociales, situacionales y personales en las que se produce el contacto determinan el resultado del mismo)

Intensifica el prejuicio fomentando la antipatía personal y colectiva hacia los otros

Reducir el prejuicio cuestionando la validez de las actitudes negativas, la ansiedad y los estereotipos

Encuentros Culturales

REDEFINIR LA IDEA QUE SE TIENE DE
ESE GRUPO

PREVIENE Y DESMONTA LOS FALSOS
ESTEREOTIPOS

GENERA UNA AMPLIA GAMA DE
RESPUESTAS VERBALES

ENVIAR Y RECIBIR MENSAJES VERBALES
APROPIADOS Y PRECISOS

La Competencia Cultural a nivel Institucional

La **competencia cultural** no sólo se refiere a los **profesionales** que realizan la atención al usuario sino que también ha de tenerse en cuenta la **dimensión organizacional** desde donde se prestan los servicios (escuela, centro de servicios sociales, centro de salud, etc) ”(*Martínez et al, 2006*).

A nivel institucional es necesario:

- (1) Valorar la diversidad (forma en que los usuarios definen salud, bienestar, educación...),
- (2) Capacidad de autoevaluarse culturalmente;
- (3) Consciencia de la dinámica inherente a la interacción entre las culturas;
- (4) Tener conocimientos culturales institucionalizados; y
- (5) Adaptación de la prestación de los servicios para que refleje una comprensión del pluralismo cultural.

Cuestiones relevantes en la evaluación cultural

Entorno físico, materiales y recursos

- 1. Los cuadros, carteles y otros elementos ornamentales del centro, reflejan las culturas y características étnicas de los usuarios (individuos y/o familias) del mismo.
- 2. Las revistas, folletos y otros materiales impresos que se disponen en las áreas de recepción y espera, son de interés y reflejan las diferentes culturas de los usuarios (individuos y/o familias).
- 3. Los videos, películas u otros medios usados para realizar actividades educativa, terapéutica, de intervención, etc., reflejan a las diferentes culturas de los usuarios (individuos y/o familias).
- 4. La información impresa que se difunde en el centro tiene en cuenta los diferentes niveles culturales de los usuarios (individuos y/o familias).
- 5. Cuando es necesario se dispone de un servicio de intérprete.
- 6. Se han elaborado materiales (protocolos, fichas de solicitud, folletos informativos, etc.) en los idiomas de los grupos minoritarios que con mayor frecuencia se atienden en el centro.
- 7. Se disponen de programas específicos para usuarios (individuos y/o familias) pertenecientes a grupos culturales minoritarios.
- 8. El centro tiene un horario ajustado a las necesidades de los usuarios (individuos y/o familias) pertenecientes a grupos culturales minoritarios.
- 9. Se han diseñado campañas de sensibilización/información específicas para usuarios (individuos y/o familias) pertenecientes a grupos culturales minoritarios.
- 10. Entre los profesionales del centro existen personas entrenadas para trabajar en contextos multiculturales.
- 11. Los profesionales del centro mantienen lazos cercanos con la comunidad.
- 12. Algunos profesionales del centro viven en la comunidad donde se prestan los servicios.
- 13. Los profesionales del centro conocen las características (cultura, problemas más frecuentes, salud, etc.) de los grupos minoritarios a los que atiende.
- 14. En el Centro existen programas de formación en diversidad cultural para sus profesionales.
- 15. Algunos profesionales del Centro pertenecen a los grupos minoritarios que atiende.
- 16. Etc.

Cuestiones relevantes en la evaluación cultural

Estilos de comunicación

1. En la interacción con usuarios que tienen limitación con el castellano, siempre tengo en cuenta que:
 - 1a. Las limitaciones en el manejo del castellano no son un indicador del nivel del funcionamiento intelectual del usuario.
 - 1b. La escasa habilidad para hablar el idioma de la cultura dominante no está relacionada con la habilidad de comunicación efectiva del usuario en su idioma de origen.
 - 1c. Puede ser o no ser culto en su lenguaje de origen o castellano.
- 2. Utilizo intérprete (propio del centro o voluntario especializado) durante la entrevista, tratamiento, intervención, etc. con los usuarios (individuos y/o familias) que necesitan o prefieren este nivel de asistencia.
- 3. Con los usuarios (individuos y/o familias) que hablan un idioma distinto del castellano, intento aprender y usar palabras claves en su lenguaje, de manera que mejore mi capacidad de comunicación con ellos durante la evaluación, tratamiento u otras intervenciones.
- 4. Intento usar expresiones coloquiales usadas por los usuarios (individuos y/o familias) que pueda ayudar en la evaluación, tratamiento u otras intervenciones
- 5. Cuando es posible, me aseguro de que todas las noticias y comunicados a los usuarios (individuos y/o familias) estén escritos en su lenguaje de origen.
- 6. Comprendo que pueda ser necesario usar alternativas para los comunicados por escrito, en algunos usuarios (individuos y/o familias, y que la comunicación oral puede ser el método de elección para recibir información.
- 7. Etc.

Cuestiones relevantes en la evaluación cultural

Valores y actitudes

- 1. Evito imponer valores que puedan entrar en conflicto o sean inconsistentes con aquellos grupos culturales o étnicos distinto del mío.
- 2. Aquellos libros, películas y otros materiales que no son sensibles a la diversidad cultural (y por tanto pueden ser negativos para ciertos grupos minoritarios) son desechados en los programas dirigidos a los usuarios (individuos y/o familias).
- 3. Intervengo de manera adecuada cuando observo en un compañero o usuario una conducta que implique prejuicios, una falta de sensibilidad cultural o un sesgo étnico.
- 4. Reconozco y acepto algunas personas pertenecientes a los diversos grupos minoritarios deseen lograr cierto grado de aculturación dentro de la cultura dominante.
- 5. Comprendo y acepto que el concepto de familias es definido de manera específica en cada cultura (miembros de la familia extensa, parientes, padrinos, etc.).
- 6. Comprendo y tengo en cuenta que los roles hombre-mujer varían significativamente entre diferentes culturas y grupos étnicos (quién toma las decisiones importantes en la familia, por ejemplo).
- 7. Comprendo que los factores relacionados con la edad y el ciclo vital deben ser considerados en la interacción con los usuarios (individuos y/o familias) (el lugar que ocupan los mayores en la toma de decisiones, los roles y expectativas de los niños dentro de la familia, etc.).
- 8. Aunque mis puntos de vista profesionales o morales pueden diferir, yo acepto que son los usuarios (individuos y/o familias) los que tienen la última palabra en relación a los servicios que reciben.
- 9. Reconozco que el significado y el valor que tiene el tratamiento o la educación para la salud varían mucho entre las diferentes culturas.
- 10. Acepto que la religión y otras creencias pueden influir en cómo los usuarios (individuos y/o familias) responden a la enfermedad, trastorno o muerte.
- 11. Comprendo que la percepción de salud, bienestar y servicios preventivos tienen diferentes significados según la cultura o el grupo étnico.

La Competencia Cultural a nivel Institucional



La Competencia Cultural a nivel Institucional

“Programas de intervención culturalmente sensibles”

Respeto hacia los valores de la cultura de la comunidad

Mejora nuestra habilidad para conectar con los miembros de la comunidad

Aumenta la relevancia de nuestras acciones y disminuye la posibilidad de sorpresas no deseadas

Aumenta la inclusión y la participación en el programa de los miembros de la comunidad

Aumenta la probabilidad de éxito e impacto de nuestra intervención

Incrementa la confianza y la cooperación en el ámbito cultural para intervenciones exitosas futuras

A modo de



**¡¡Descripción de un caso de
intervención culturalmente
adaptada¡¡**

Descripción del problema

".....En la zona de Zambia donde yo trabajaba, existía la creencia que si una madre volvía a quedar embarazada antes de que el último bebé estuviera caminando, entonces la leche materna se malograba y el primer bebé moría. Así, durante los primeros 15/18 meses de vida del bebé, se creaba en la madre un tabú cultural hacia el sexo y se aceleraba el destete. Los niños entonces se debilitaban, incluso hasta morían por la mala alimentación, y por la falta total de leche – de esta forma la creencia continuaba....."

Conflicto cultural y generacional planteado

Las mujeres mayores ("abuelas") animaban esta creencia, porque creían que era cierta, y porque querían fomentar las prácticas tradicionales en la generación más joven: un niño destetado muchas veces iba a vivir con la abuela (lo cual le alegraba a ella). Las mujeres más jóvenes deseaban otro punto de vista, uno que las "liberara" de esa creencia ya que causaba tensiones los matrimonios monógamos: infidelidad, o se práctica la poligamia para resolver el problema.

Aspectos positivos vs negativos

- Un período de 21 meses (o más) entre partos era bueno para la salud de la madre.
- El bebé recibía la atención total de la madre por lo menos por 21 meses.
- La lactancia por más de 18 meses era buena para el bebé.
- Temor de la madre a que su leche envenenara a su hijo
- Actitud fatalista a que el niño muriera y que sería la culpa de ella.
- Infidelidad y poligamia "justificada".

Estrategias de la intervención

- Fomentar los aspectos positivos sin apoyar todo lo que decían las “abuelas” que eran personas claves.
- Trabajar con los hombres, ya que los más jóvenes, acostumbrados a reconocer las verdades aprendidas a través de la educación, podrían jugar un papel importante en los cambios.

Objetivos de la intervención

1. Apoyar a las pocas madres que quedan embarazadas antes de que camine el último hijo, animándolas a continuar el dar pecho por más tiempo.
2. Proveer un método alternativo posible de planificación familiar.
3. Fomentar la enseñanza sanitaria – sobre el uso de los alimentos locales disponibles adecuados para el destete y sobre el valor de la leche materna aun si una madre estuviera embarazada otra vez – de esta manera:
 - a nivel individual a la madre preocupada.
 - a todas las madres en las clínicas prenatales y en sus visitas.
 - en el ambiente del hogar, en forma y lenguaje aceptables para las mujeres mayores.
 - al esposo y a otros hombres de la comunidad.



Fuente: hotcoursesLatinoamérica. <https://www.hotcourseslatinoamerica.com/study-abroad-info/student-life/tips-para-escribir-una-buena-introduccion-y-conclusion/>

La **¡¡COMPETENCIA CULTURAL!!** es (Pedrero et al., 2018):

Estrategia clave para **reducir las inequidades de acceso y uso de servicios de salud en poblaciones culturalmente diversas**, ya que contribuye a cambiar los comportamientos tanto de los clínicos como de los usuarios del sistema de salud.

Mejora los encuentros entre trabajadores de salud y usuarios, incrementando la satisfacción usuaria, la adherencia al tratamiento, el logro de metas de salud individuales, la incorporación de actores clave en el proceso de decisión del usuario respecto de su propia salud y es además, una estrategia costo-efectiva.



Mejores niveles de salud poblacional global y de grupos culturalmente diversos, contribuyendo así a una mayor **EQUIDAD EN SALUD**

PATOLOGÍA MÁS PREVALENTE EN POBLACIÓN INMIGRANTE



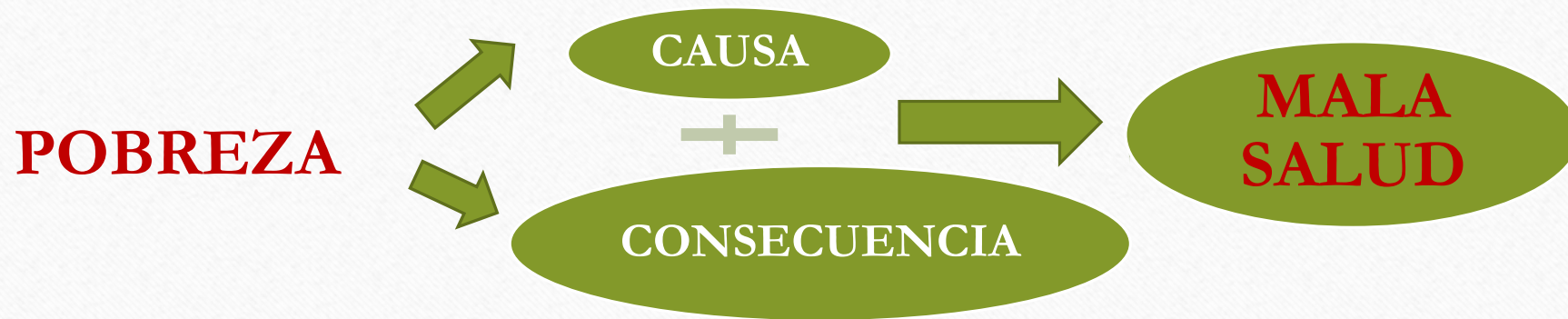
¡¡ASPECTOS A TENER EN CUENTA...!!



Fuente: Avances Tecnológicos importantes.Compass4d. <https://compass4d.eu/avances-tecnologicos-importantes/>

Perfil del inmigrante económico

El **perfil del inmigrante económico** es el de una **persona joven y sana** que tiende a presentar **problemas de salud similares a los de la población de acogida en la que vive y trabaja**. No obstante, este perfil es cambiante. Adicionalmente los inmigrantes presentan una situación de **vulnerabilidad social y sanitaria** que constituye el **principal determinante de su salud**, y que les convierte en población de alto riesgo para determinados **problemas de salud transmisibles, de salud laboral, mental y de salud sexual y reproductiva** (OMS, 2022).



La inmigración provoca en los inmigrantes una serie de **trastornos y alternaciones en la salud**. A la llegada al país receptor comienzan a actuar una serie de factores que aumentan la **vulnerabilidad psicosocial**: el **racismo**, la **xenofobia**, las **diferencias culturales** y el **desempleo**. Si además a esto le añadimos el **desconocimiento del idioma**, la **situación administrativa irregular** y la **dificultad de acceder a los servicios socio-sanitarios**, el **impacto negativo en la salud es mayor**.

Sólo las **enfermedades** relacionadas con la migración **con capacidad de transmisión directa de persona a persona por vía respiratoria o por contacto íntimo** pueden representar un **riesgo para la salud** de la población general de los países de acogida.

Principales problemas con los que se van a enfrentar durante el periodo inicial de residencia

Falta de acceso
a un trabajo
normalizado

Situación
irregular de
residencia

Falta de acceso
a la red de salud
pública

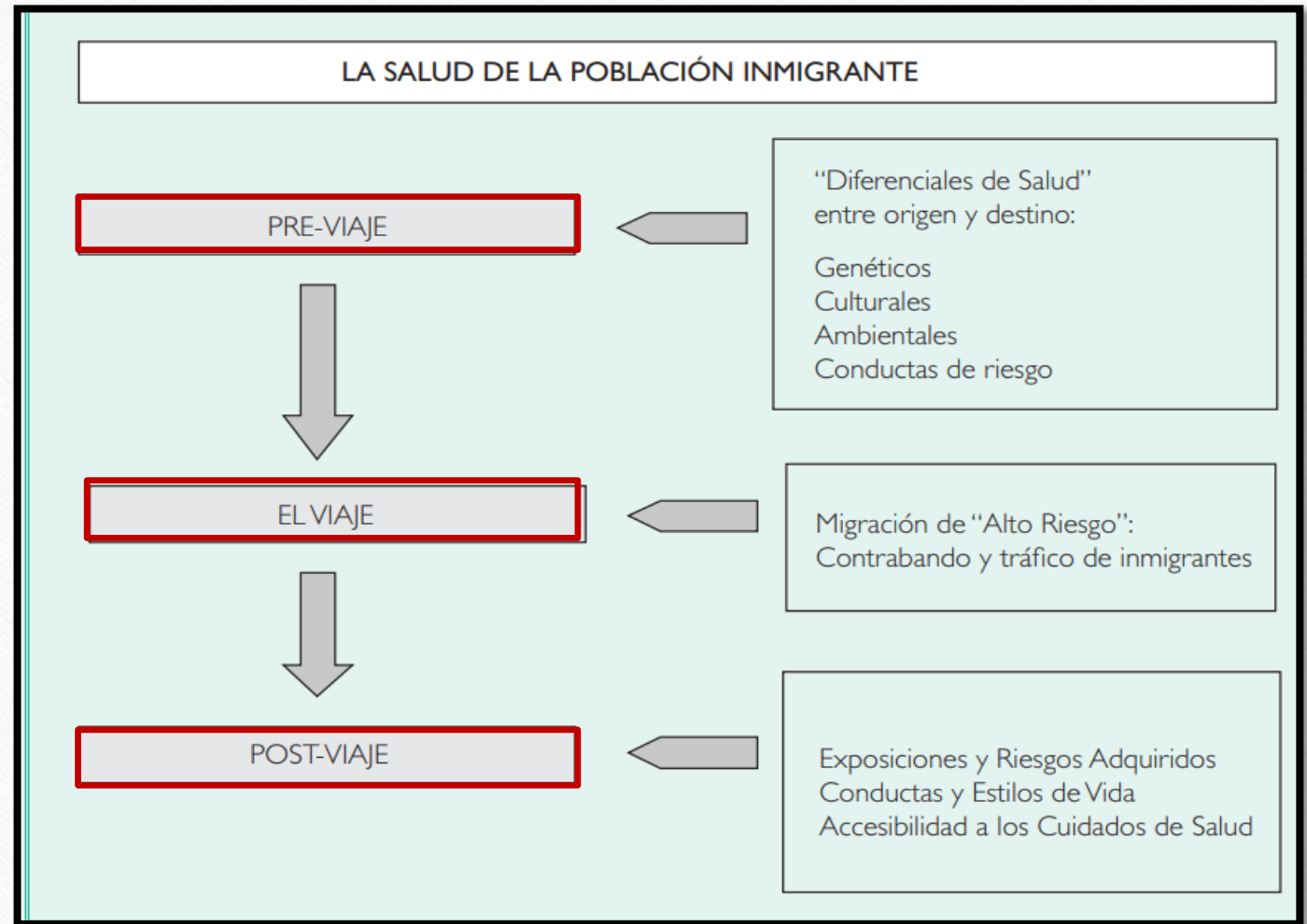
Vivir en
zonas de
riesgo social
elevado

Problemas de
comunicación
R/C idioma

La inmigración per se no representa un riesgo para la salud de la población general siempre que se garantice un **acceso efectivo de la población inmigrante a los cuidados y servicios de salud** (en condiciones de equidad e independientemente de su situación administrativa de residencia) y de ofrecerles, como sociedad, la **oportunidad de integrarse y alcanzar unas condiciones de vida dignas similares a las de la población autóctona.**

Etapas evolutivas en la salud del inmigrante

La **inmigración** representa un proceso de **riesgo acumulativo para la salud del inmigrante** que se desarrolla en varias etapas sucesivas, y que se inicia antes del viaje (**etapa pre-viaje**), continúa durante el mismo (**etapa del viaje o trayecto migratorio**) y se prolonga tras la llegada al país de acogida (**etapa post-viaje**).



- Límite 2-5 años
- Condicionada por la Historia de vida y prevalencia enfermedad
- Enfermedades tropicales/endémicas
- Enfermedades cosmopolitas

- Concluida la integración social
- Adopción de estilos de vida país de acogida
- Grado de acceso y utilización sistemas sanitarios

PRIMERA ETAPA

SEGUNDA ETAPA

TERCERA ETAPA

CUARTA ETAPA

- Límites temporales imprecisos
- Condicionada por las condiciones de vida en el país receptor, precariedad laboral y factores psicológicos(duelo migratorio)

- Ocurre con el regreso posterior y definitivo de la población emigrada a sus países de origen.

Antes de la partida

- Episodios previos a la partida, en particular acontecimientos traumáticos, como la guerra, las violaciones de los derechos humanos o la tortura la violencia sexual, sobre todo con relación a flujos de migración forzada;
- Proximidad lingüística, cultural y geográfica con relación al destino, incluidas las creencias y el comportamiento en materia de salud;
- Perfil epidemiológico y cómo es éste en relación con el perfil del destino;
- “Eficacia del Sistema de salud en la prestación de servicios sanitarios preventivos y curativos”.

Desplazamiento

- Condiciones y forma de viaje (peligrosas, falta de condiciones básicas de salud), en especial en los flujos de migración irregular;
- Duración del viaje;
- Episodios traumáticos, malos tratos (abuso sexual), violencia;
- Movimientos en solitario o en masa.

Aspectos transversales

- Edad, sexo;
- Situación socioeconómica;
- Factores genéticos.

Salud del migrante

Retorno

- Nivel de los servicios comunitarios en los países de origen (podrían haber sido destruidos), en especial tras situaciones de crisis; lazos que se hayan mantenido con la comunidad;
- Duración de la ausencia;
- Comportamiento y perfil sanitario adquirido en las comunidades de origen.

Comunidad de destino

- Políticas migratorias/políticas sanitarias;
- Inclusión o discriminación;
- Condición jurídica y acceso a servicios;
- Idioma y valores culturales;
- Separación de la familia;
- Duración de la estancia;
- Servicios adaptados a la cultura, el idioma y la epidemiología;
- Malos tratos (abusos sexuales) violencia, explotación, condiciones de trabajo y de vida.

Desplazamiento

- Condiciones y forma de viaje (peligrosas, falta de condiciones básicas de salud), en especial en los flujos de migración irregular;
 - Duración del viaje;
 - Episodios traumáticos, malos tratos (abuso sexual), violencia;
 - Movimientos en solitario o en masa.
- 

Riesgos para la salud relacionados con el desplazamiento

“Una niña de 16 años cruzó la frontera sudafricana procedente de Zimbabue con sus dos tías y con cuatro hombres. Cuando el grupo llegó a una granja a unos 30 kilómetros al sur de Musina, durmieron al aire libre. Al amanecer, sufrieron una emboscada a manos de un grupo de bandas violentas e infames conocidas como *guma-gumas*. La niña echó a correr, pero tropezó y cayó. Entonces uno de los *guma-gumas* la registró y le quitó el dinero. A continuación, la violó de forma violenta, lastimándole los genitales. La niña resultó infectada con una enfermedad de transmisión sexual. No puede sentarse erguida y casi no puede andar. Ha tenido una falta del período menstrual y podría estar embarazada a consecuencia de la violación. La niña decía que no podía acudir al hospital por miedo a ser deportada”.

(Hjalmarsson S. (2009). Enfermera y coordinadora de proyectos de MSF en Musina (Sudáfrica). Médicos sin Fronteras, “Sin refugio, acceso denegado: necesidades médicas y humanitarias de los zimbabwenses en Sudáfrica”).

Enfermedades infecciosas crónicas

Estas **enfermedades** o **infecciones** tanto **tropicales** como **cosmopolitas**, se caracterizan, en primer lugar, por poseer **períodos de latencia (subclínicos)** y/o **infectividad prolongados**, y en segundo término, por tener capacidad de **reactivación tardía**. Ejemplos de estas entidades serían la **tuberculosis**, la infección **VIH/SIDA**, algunas **filariasis** o las **complicaciones crónicas** no infecciosas de la **sífilis** (tabes dorsal), **lepra** (neuropatía), **hepatitis B** (hepatocarcinoma), **esquistosomiasis** (carcinoma de vejiga, fibrosis hepática o pulmonar) o la **enfermedad de Chagas** (cardiopatía o megasíndromes digestivos).

Enfermedades Relacionadas con la inmigración

Enfermedades Tropicales

- Distribución limitada a determinadas áreas geográficas, tropicales o subtropicales.
- Requieren la confluencia de circunstancias ecológicas específicas para su transmisión.
- Paludismo, esquistosomiasis, filariasis...

Enfermedades Cosmopolitas

- Menos exigentes desde el punto de vista ecológico, distribución mundial.
- Transmisión vía aérea por contacto estrecho o vía fecal-oral.
- Tuberculosis, hepatitis víricas, ITS (VIH/SIDA), lepra, parasitosis intestinales...

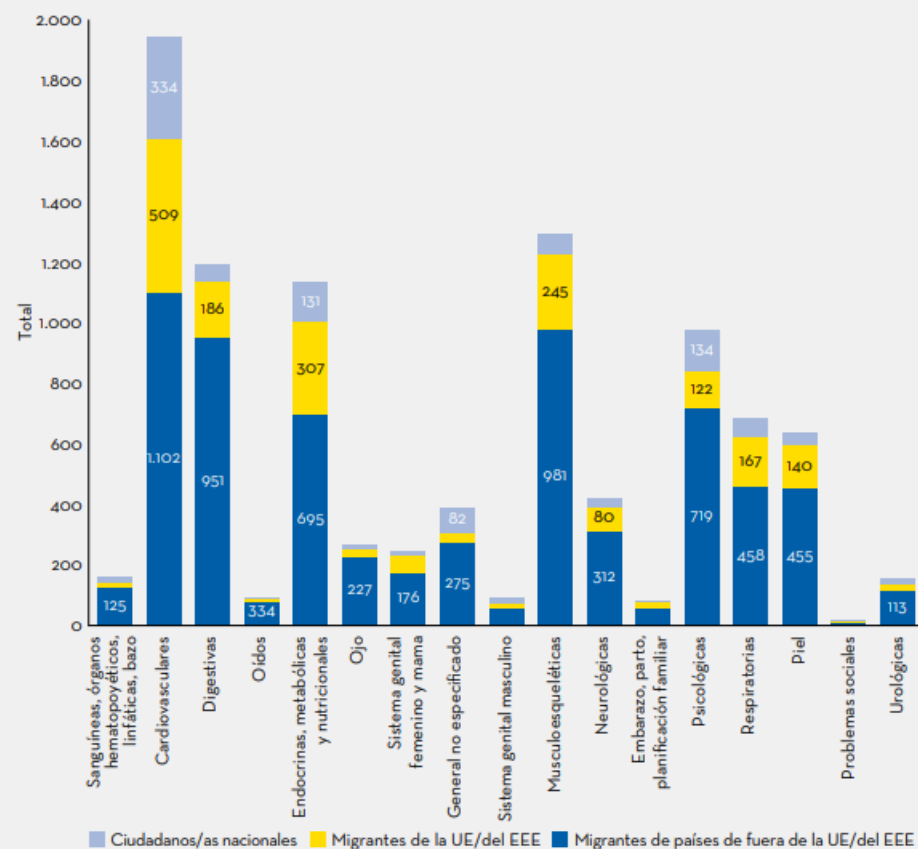
Enfermedades crónicas



En total, la mayor proporción de patologías crónicas fueron las **cardiovasculares** (el 19,9%; 1.945/9.774), seguidas de las **musculoesqueléticas** (el 13,2%; 1.293/9.774), **digestivas** (el 12,2%; 1.191/9.774), **endocrinas, metabólicas, nutricionales** (el 11,6%; 1.133/9.774) y las **psicológicas** (el 10%; 975/9.774)

Ilustración 20.

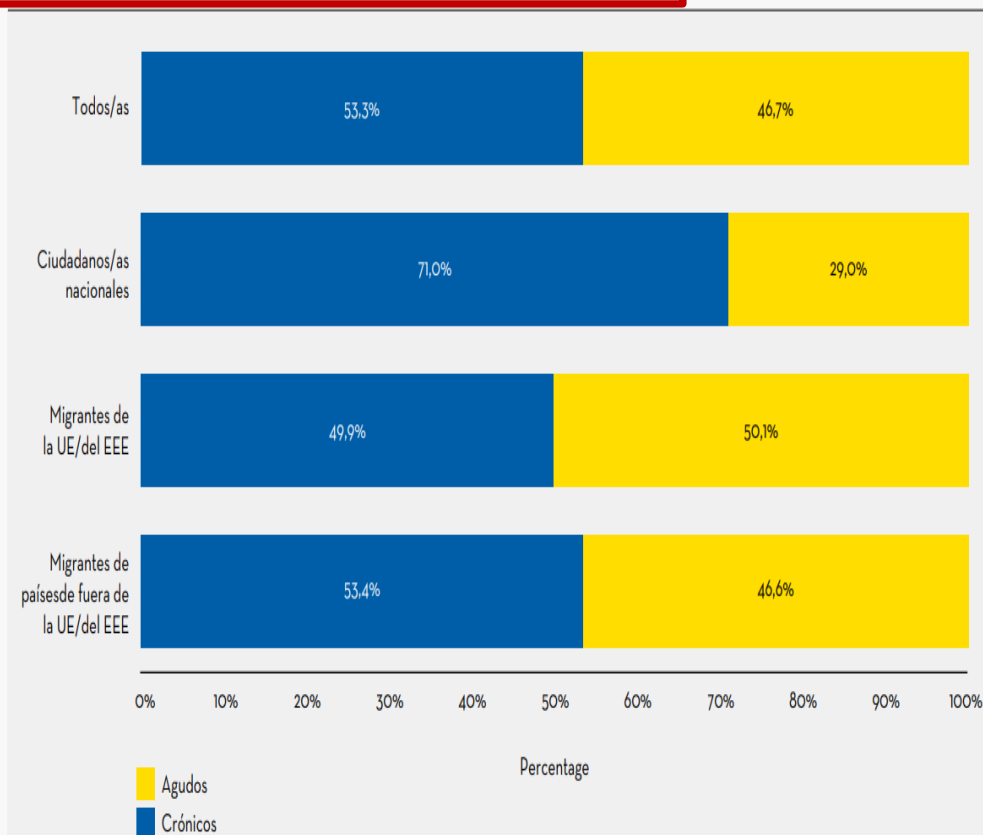
Consultas por patologías crónicas. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos del conjunto de datos sobre patología. La ilustración excluye los registros en los que faltaba la variable de la asociación de ICPC (el 6,8%; 2.300/33.878) y en los que faltaba la variable aguda o crónica (el 42,3%; 14.324/33.878).

Ilustración 21.

Problemas médicos agudos y crónicos. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos del conjunto de datos sobre patología.

La ilustración excluye los registros que no incluían la variable agudo o crónico (el 42,3%; 14.324/33.878).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (857).

ORIGINAL

Recibido: 7 de junio de 2019
Aceptado: 2 de octubre de 2019
Publicado: 2 de diciembre de 2019

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, INDICADORES DE RIESGO Y ATENCIÓN SANITARIA EN RELACIÓN A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE GRANADA

M^a Ángeles Pérez-Morente (1), Almudena Campos-Escudero (2), María Teresa Sánchez-Ocón (3) y César Hueso-Montoro (4)

(1) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Jaén. España.

(2) Hospital de Guadix. Granada. España.

(3) Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada. España.

(4) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: El objetivo de este estudio fue describir el perfil sociodemográfico, las características de la atención clínica recibida, los indicadores de riesgo y la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población inmigrante que acude a un centro especializado en ITS de la provincia de Granada, así como analizar la asociación entre la presencia o no de ITS con variables sociodemográficas e indicadores de riesgo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, elaborado en el Centro de Orientación y Enfermedades de Transmisión Sexual de Granada. Se revisaron las historias clínicas de 374 inmigrantes, extraídas de una muestra de 1.455 historias de sujetos con sospecha de padecer una ITS, correspondientes al periodo 2000-2014. Se realizó análisis univariante, bivalente mediante U de Mann-Whitney y test de chi cuadrado, además de regresión logística múltiple.

Resultados: La edad media de los sujetos fue de 28,28 años (Dt=7,54). El 69,3% eran mujeres y el 30,7% hombres, procedentes del Mercado Común del Sur (39%) y Unión Europea (35,6%), fundamentalmente. Un 36,1% eran profesionales o ex profesionales del sexo, un 34,5% tenía estudios superiores y un 79,9% eran solteros. Un 70% de los casos tuvo un diagnóstico positivo de ITS, siendo la más prevalente el Virus del Papiloma Humano. El número de parejas en el último año (OR=1,39; IC 95%=1,12-1,74; p=0,002) se asoció significativamente a la presencia de ITS.

Conclusiones: En la muestra, que es principalmente de mujeres, profesionales o ex profesionales del sexo, jóvenes, procedentes de Sudamérica y Europa, hay una prevalencia alta de ITS y un mayor riesgo a medida que aumenta el número de parejas en el último año.

Palabras clave: Enfermedades de transmisión sexual, Emigración e inmigración, Factores de riesgo, Dinámica poblacional.

Correspondencia:
César Hueso-Montoro
Facultad de Ciencias de la Salud

ABSTRACT

Socio-demographic characteristics, indicators of risk and health care in relation to sexual transmission infections in migrant population of Granada

Background: The objective of this paper was to describe the sociodemographic profile, the characteristics of clinical care received, the risk indicators and the prevalence of Sexually Transmitted Infections (STI) in an immigrant population attending a specialized center in Granada, as well as to analyse the association between the presence or absence of STI with the sociodemographic variables and risk indicators.

Methods: A cross-sectional observational and analytical study was conducted at the at the Center for Sexually Transmitted Diseases and Sexual Orientation in Granada, by reviewing the clinical records of 374 immigrants extracted from a sample of 1.455 records of subjects with a suspected of STI, corresponding to the period 2000-2014. Univariate analyses was conducted, bivariate analyses was conducted by using Mann-Whitney U and chi-square test, in addition to multiple logistic regression.

Results: The mean age of individuals was 28,28 years (Dt=7,54). 69,3% were women and 30,7% were men, mainly from the Southern Common Market (39%) and the European Union (35,6%). 36,1% were professionals or former sex professionals, 34,5% had higher education and 79,9% were single. 70% of the cases had a positive diagnosis of STI, Human Papilloma Virus was the most prevalent infection. The number of partners in the last year (OR = 1,39; IC 95% = 1,12 - 1,74; p = 0,002) was significantly associated with the presence of STI.

Conclusions: The sample, mainly women, sex workers or former sex workers, young people, from South America and Europe, has a high prevalence of infections and an increased risk as the number of partners increases in the last year.

Key words: Sexually transmitted diseases, Emigration and immigration, Risk factors, Population dynamics.

Cita sugerida: Pérez-Morente MA, Campos-Escudero A, Sánchez-Ocón MT, Hueso-Montoro C. Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. Rev Esp Salud Pública. 2019; Vol. 93; 2 de diciembre e1-13.

Original breve

Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona

María D. Esteban-Vasallo*, M. Felicitas Domínguez-Berjón, Jenaro Astray-Mochales, Ricard Gènova-Maleras, Aurelio Pérez-Sania, Luis Sánchez-Perruca, Marta Aguilera-Guzmán y Francisco J. González-Sanz

Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2009

Aceptado el 6 de mayo de 2009

On-line el 3 de agosto de 2009

Palabras clave:

Atención primaria
Historia clínica electrónica
Inmigrantes
Enfermedades crónicas
Prevalencia

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de problemas de salud crónicos en inmigrantes y compararla con la de la población autóctona, utilizando la historia clínica electrónica (HCE) de atención primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal con pacientes de 16 y más años incluidos en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid. Se estimaron prevalencias ajustadas por edad para cada sexo y nacionalidad (agrupada en regiones) a partir de los episodios de atención registrados en la HCE de AP con alguna anotación en 2005 o 2006.

Resultados: El 36,8% de la población inmigrante presentaba alguna enfermedad crónica (55,3% de autóctonos) tras ajustar por edad, con más frecuencia en mujeres y en población de origen africano y latinoamericano. Las enfermedades más prevalentes en los extranjeros fueron las alergias (tasa cruda: 10,2%), las lumbalgias (9,1%), problemas crónicos de piel (6,8%) y trastornos mentales (6,4%).

Conclusiones: La prevalencia de enfermedades crónicas es menor en la población extranjera y varía según el sexo y la procedencia.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of diagnosed chronic disorders in the immigrant and native population

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence rates of chronic disorders in immigrants and to compare them with those in the native population, based on electronic clinical records in primary care (ECRPC).

Methods: We performed a descriptive cross-sectional study in patients aged 16 and over included in the Madrid Regional Public Health System. Age-adjusted prevalence rates for each sex and region were estimated on the basis of medically examined cases registered in the ECRPC with any new data entry made in 2005 or 2006.

Results: After age-adjustment, a total of 36.8% immigrants had some chronic health problem (vs. 55.3% natives). These disorders were more frequent among women and among the population from Africa and Latin America. The highest overall prevalence rates in the foreign population were allergy (10.2% crude rate), low-back pain (9.1%), chronic skin problems (6.8%) and mental disorders (6.4%).

Conclusions: The prevalence rate of chronic disease is lower in the foreign population and differs according to sex and country of origin.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

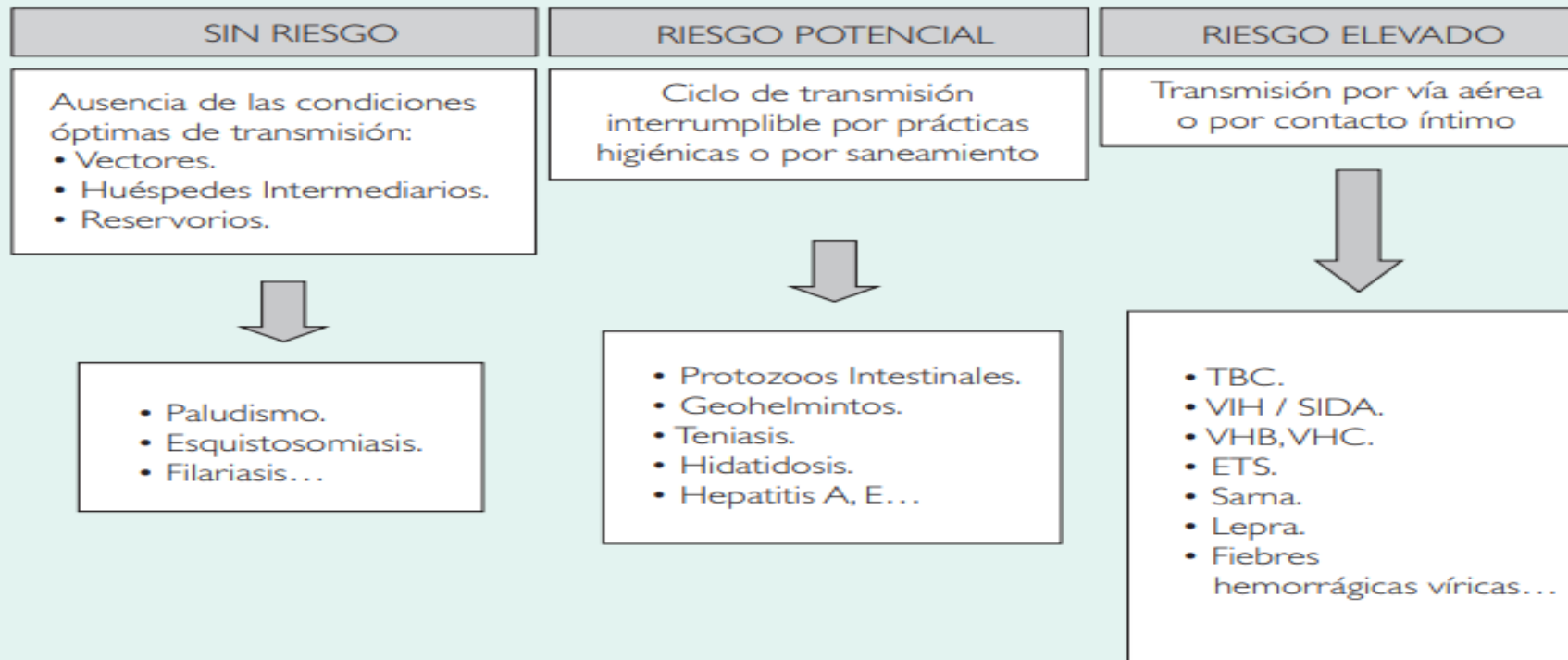


Importante!

¡¡**Muchas de las enfermedades relacionadas con la inmigración** ya existen en los países de acogida, aunque su frecuencia sea baja o inferior a la de los países de origen de los inmigrantes.

Esta diferenciación es importante, sobre todo, porque **NO DEBE SER SINÓNIMO de «RIESGO PARA LA SALUD»** de los países de acogida. De hecho, prácticamente todas las **enfermedades tropicales** implican un **riesgo mínimo o despreciable** para las sociedades de acogida, dado que en ellos no existen los elementos o circunstancias ecológicas necesarias para su transmisión efectiva. Por el contrario, la mayoría de las **enfermedades** relacionadas con la inmigración **cosmopolita** pueden suponer un **riesgo «potencial» o «actual» de transmisión** para la población general de los países de acogida!!.

**ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA INMIGRACIÓN:
RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS POBLACIONES DE ACOGIDA**



Clasificación de las diferentes patologías

MANUAL DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Rafael García Galán
Coordinador

CON LA COLABORACIÓN DE
Escuela Andaluza de Salud Pública
Luis Andrés López Fernández
Elena González Rojo

Clasificación de las enfermedades relacionadas con la inmigración

1. Enfermedades prevalentes en los países de origen:
 - a) Enfermedades de base genética.
 - b) Enfermedades cosmopolitas.
 - c) Enfermedades tropicales o endémicas.
2. Enfermedades reactivas o de adaptación.
3. Enfermedades adquiridas en el país de acogida:
 - a) Orgánicas.
 - b) Laborales.

Clasificación de las diferentes patologías

- ✓ Prevalentes en su país de origen
- ✓ De base genética
- ✓ Reactivas o de adaptación
- ✓ Adquiridas



Enfermedades Importadas



Enfermedades Importadas

Las enfermedades importadas son las **adquiridas en un país dónde son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro donde no existen o son muy infrecuentes** (*Aparicio et al., 2003*).

Esta patología importada, **NO ES EXCLUSIVA de la población inmigrante**, sino que también nos puede llegar a través de otros colectivos, como los viajeros o cooperantes.

También hay que considerar la posibilidad de adquirir estas enfermedades sin haber estado en una zona endémica, a través del contagio directo con personas, animales importados, jeringuillas, transfusiones, trasplantes de órganos, transmisión fecal-oral, alimentos importados y otros mecanismos de contagio.

Las enfermedades importadas tales como malaria, esquistosomiasis, enfermedad de Chagas... son las menos frecuentes y tienen lugar especialmente en hijos y en inmigrantes de larga estancia en nuestro país, que han perdido parte de su inmunidad natural y retornan de forma transitoria a sus países de origen sin profilaxis.

El riesgo de transmitir una enfermedad importada a la sociedad de acogida **es mínimo** ya que no se dan las circunstancias para su transmisión.

En los inmigrantes el riesgo de padecer enfermedades importadas disminuye con el tiempo de estancia en el país de destino, **salvo algunas enfermedades** que pueden manifestarse muchos años después (**lepra, TBC, sífilis, VIH, chagas, toxoplasmosis, hepatitis virales...**).

Es **IMPORTANTE!!** conocer el **estado de la patología importada en los trabajadores inmigrantes**, sobre todo en aquellos que desarrollen tareas de riesgo biológico, trabajos agrícolas, ganaderos, con exposición a zoonosis u otros riesgos biológicos laborales, que se podrían confundir en ocasiones con patología importada, en algunas ocasiones son zoonosis endémicas en sus países de procedencia.

Además se convierten en **pacientes de riesgo sanitario**, presentan factores de susceptibilidad especial como **riesgo psicosocial**, en ocasiones **escasas condiciones higiénico-sanitarias**, hacinamiento, precocidad sexual y riesgo de **ETS** (enfermedades de transmisión sexual), **deficiencias en el acceso a la atención sanitaria**, difícil tratamiento y errático seguimiento de los procesos, **desconocimiento de las enfermedades y las medidas de protección frente a las mismas**, etc.

Malaria

Se debe sospechar ante todo **inmigrante que lleve poco tiempo en nuestro país, o que acabe de regresar** de un viaje **de su país sin** haber hecho **quimioprofilaxis, y** que presente **fiebre persistente sin foco**.

Especialmente grave en niños de 1-5 años (síndrome nefrótico) y también es grave en **mujeres embarazadas** por el riesgo para el feto.

Las personas procedentes de países endémicos pueden **estar infectadas y no manifestar ninguna sintomatología** a causa de la **exposición constante** y **presentar la enfermedad una vez transcurridos tres meses de su llegada**, o bien pueden sufrir crisis palúdicas leves o tener el parásito en sangre y estar asintomáticos.

Tuberculosis

Relacionada no tanto a la inmigración, sino a la mayor prevalencia de tuberculosis en el país de origen y al hacinamiento y pobreza en que vive el inmigrante en el país receptor y que favorece la transmisión de la enfermedad. Conlleva dificultades adicionales por requerir un **tratamiento largo** y considerarse **“vergonzante”**.

Algunos **síntomas clásicos**, como la **hemoptisis o la sudoración nocturna** pueden ser **difíciles que se refieran por barreras culturales o idiomáticas**, a lo que se añade la **dificultad de hacer quimioprofilaxis** a todos los contactos del inmigrante.

Generalmente el **tratamiento** es con **4 fármacos** dadas las altas tasas de resistencia a la isoniacida en esta población, y posibilidad de **hepatotoxicidad**.

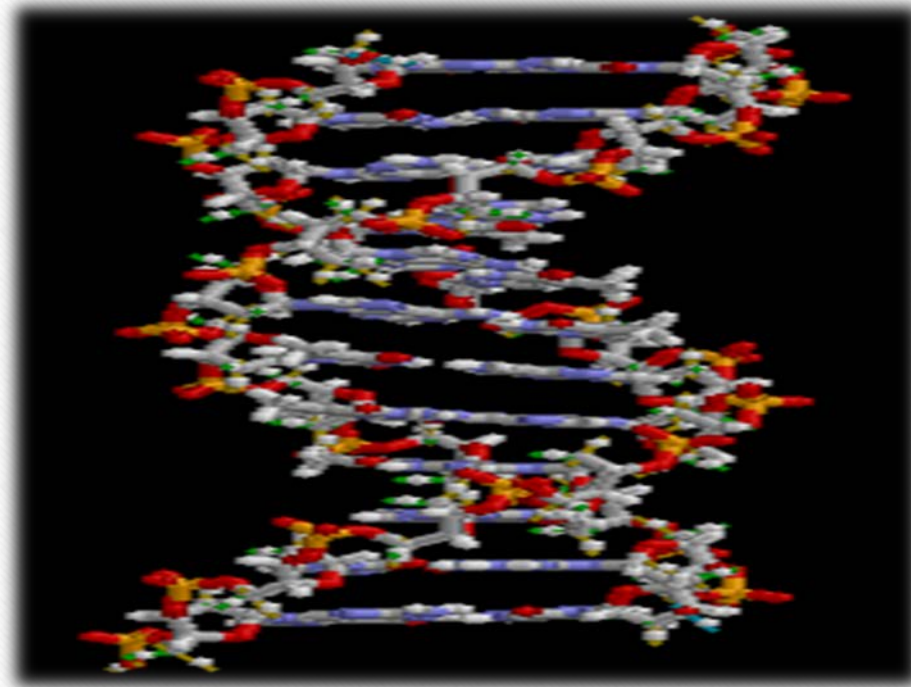
Contagio en el país de origen con
progresión de la TBC en el país de
acogida

Factores condicionantes
TBC

Factores asociados en población autóctona:
VIH, UDVP, indigencia, sexo masculino,
edad < 35 años y haber estado preso

No demostrada
transmisión de población
inmigrante a autóctona

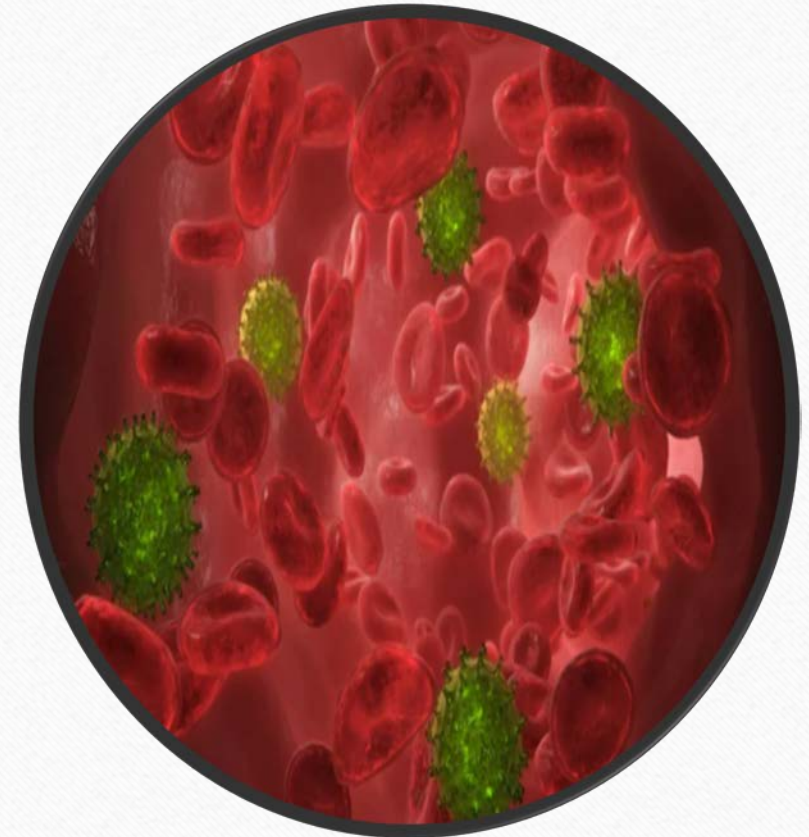
Patología de Base genética



Fuente; colaboradores Wikipedia(2024).ADN.. https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%81cido_desoxirribonucleico#/media/Archivo:DNA_animation.gif

Las **patologías de base genética** representan un **número pequeño** dentro del global de patologías del inmigrante atendidas en atención primaria.

Destaca la **mayor prevalencia** en relación a la población autóctona de algunas **anemias hemolíticas como el déficit de G6PDH** o algunas **hemoglobinopatías**.



Patologías reactivas, o de adaptación y adquiridas

Las patologías reactivas o de adaptación y las adquiridas en nuestro medio son por último y como vemos en la base de la pirámide de la figura anterior, **las patologías del inmigrante que más frecuentemente encontramos** en atención primaria.

Las patologías reactivas o de adaptación se expresan fundamentalmente con **somatizaciones y síntomas vagos** que indican una problemática relacional, de desarraigo, de falta de integración, de problemas de convivencia o de falta de recursos, es decir son **enfermedades psicosomáticas resultado de un sufrimiento psicológico** muchas veces no reconocido.

Los problemas por los que consulta el paciente inmigrante en el centro de salud son los mismos que las de la población autóctona: problemas de infecciones respiratorias agudas, osteomusculares, cefalea, de salud sexual y reproductiva, digestivos, accidentes y otros como problemas de piel y **síntomas y signos mal definidos** tal como impotencia, trastornos del sueño, mialgias repetidas, dolores abdominales o torácicos inespecíficos, cefaleas...



FACTORES DE RIESGO

ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN

- **Malestar psicológico ligado a la condición de emigrado**
- **Falta de trabajo y recursos económicos**
- **Subocupación en actividades de riesgo no tuteladas**
- **Condiciones de vivienda inadecuadas:**
 - Sin residencia fija**
 - Cohabitación forzada**
 - Hacinamiento**
- **Ausencia de apoyo familiar**
- **Clima diferente**
- **Hábitos perniciosos:**
 - Alcohol**
 - Tabaco...**

**Enfermedades
reactivas o de
adaptación**

Patologías frecuentes en los inmigrantes según su región geográfica de origen^a.

Iberoamérica	Norte de África	África subsahariana	Europa Oriental	Asia
Universales: Tuberculosis. Hepatitis víricas. Fiebre tifoidea. ETS/VIH.	Universales: Tuberculosis. ETS. Hepatitis víricas Diarreas bacterianas y parasitarias	Universales: Tuberculosis. ETS/VIH. Hepatitis víricas. Fiebre tifoidea.	Universales: Tuberculosis. Hepatitis víricas. Alcoholismo. VIH y UDVP	Universales: Tuberculosis. ETS/VIH. Hepatitis víricas. Fiebre tifoidea.
Tropicales: Parasitosis intestinales. Cisticercosis. Enfermedad de Chagas. Leishmaniasis cutánea. Arbovirosis (dengue, fiebre amarilla) Anemia drepanocítica (población negra del Caribe)		Tropicales: Malaria. Parasitosis intestinales. Esquistosomiasis. Filariasis.		Tropicales: Malaria. Parasitosis intestinales. Esquistosomiasis. Filariasis. Leishmaniasis. Fiebres hemorrágicas.
Salud mental: Duelo migratorio, ansiedad, depresión, somatizaciones		Otras patologías: Anemia drepanocítica. Déficit G6PDH. Hipertensión arterial.		
		Salud mental: Duelo migratorio, ansiedad, depresión, somatizaciones		

^aAbreviaturas: UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral; G6PDH: glucosa 6-fosfato deshidrogenada.

ACCESO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE A LOS SERVICIOS SANITARIOS



Fuente: CEF-Salud Laboral. <https://www.laboral-social.com/asistencia-sanitaria-universal-resumen-contenido-rdl-7-2018-panizo-robles.html>

Contexto legislativo en la asistencia en el acceso al Sistema Sanitario

A finales de la década de los 90 y principios del 2000, a la vez que la población inmigrante aumentaba en España, el sistema sanitario español mantenía un **acceso universal a los recursos de atención primaria y especializada** (“Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”)

Tras la **reforma** que en 2012 llevó a cabo el Gobierno. El **decreto ley 16/2012, de 20 de abril**, transformó el sistema sanitario universal al de un **sistema de asegurados: población trabajadora, pensionista, desempleada, cónyuges de asegurados o residentes con permisos vigentes.**

“Fuera del sistema sanitario”: **población inmigrante sin permiso de residencia.**

Contexto legislativo en la asistencia en el acceso al Sistema Sanitario

Excepciones al 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.

Asistencia al embarazo, parto y postparto



Asistencia a urgencias por enfermedad grave o accidente



Asistencia a menores(en igualdad de condiciones que cualquier español)



Contexto legislativo en la asistencia en el acceso al Sistema Sanitario

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud  **Regreso parcial** a un sistema sanitario de acceso universal eliminando la condición de estatus de asegurado y mejorando los derechos de la población inmigrante:

“Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española”

Imprecisiones en su redacción y la complejidad administrativa sigue dificultado el acceso de las personas migrantes y solicitantes de asilo a los servicios sanitarios en España, afectando especialmente a colectivos vulnerables (VIH).

Personas extranjeras que llevan **menos de 90 días en España**

El Real Decreto-ley 7/2018 determina que las personas en situación de **estancia temporal** - definida como la **permanencia** en territorio español por un periodo de tiempo **no superior a 90 días** – necesitaran la **emisión de un informe favorable de servicios sociales para poder acceder de forma gratuita a la atención sanitaria**, condición orientada a evitar el “turismo sanitario”. Sin embargo, existen diferentes barreras en el proceso de obtención de este informe en algunas CCAA. Hay CCAA que utilizan mecanismos para que las personas que aún no llevan 90 días en territorio español, puedan acreditar que no son turistas y acceder a la atención y tratamiento, aunque hay **PROBLEMAS**: largos tiempos de espera para obtener una cita con servicios sociales (ONG reclaman “otros documentos”).

Personas extranjeras que llevan **más de 90 días en España**

Para considerar que una persona extranjera que entra en España sin necesidad de visado o con visado de turista está en **situación administrativa incierta**, debe transcurrir un **periodo de tiempo** que, por lo general, es de **90 días** (salvo que el visado determine un tiempo distinto). Cuando este período de 90 días ha transcurrido y la persona no ha obtenido un nuevo permiso ni se ha registrado, es cuando pasa a encontrarse en **situación administrativa incierta** y tiene derecho a la asistencia sanitaria si se cumplen **3 requisitos**:

- NO** tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía
- NO** poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen
- NO** existir un tercero obligado al pago.

Barreras para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredita el derecho a la asistencia

Tiempo de espera para realizar el trámite

- En la mayoría de las CCAA el trámite se realiza en el Centro de Salud que corresponda

Dificultades en el empadronamiento

- Trámite difícil para aquellos sin contrato de alquiler a su nombre o para los “sinhogar”

Dificultades para acreditar que no se puede exportar el derecho de cobertura sanitaria desde sus países de origen

Colectivos de especial vulnerabilidad

Históricamente, la universalidad del Sistema Nacional de Salud ha protegido especialmente a algunos colectivos de personas extranjeras como las mujeres embarazadas, los menores de edad y las personas que han sufrido un accidente y requieran atención urgente.

La **Ley 16/2003** otorgaba el **derecho a la atención sanitaria con independencia de su situación administrativa** y sin mencionar tampoco la **necesidad de empadronamiento**, facilitando plenamente el acceso en situaciones de vulnerabilidad.

El **Real Decreto-ley 7/2018** **No hace una mención específica a estos colectivos**, hecho que está ocasionando casos especialmente graves de exclusión.

Informe sobre la exclusión sanitaria

...a un año del RDL 7/2018 sobre "el acceso
universal al Sistema Nacional de Salud"



-**Personas excluidas por la “norma de los tres meses”**: menores, embarazadas y solicitantes de asilo, denegación de asistencia social, de asistencia a pesar de enfermedad grave o de salud pública, de IVE.

-**Personas excluidas sin permiso de residencia, con estancia superior a 90 días**: bajas irregulares en la SS, y dan de alta como TIR (figura administrativa ilegal que no incluye la prestación farmacéutica).

-**Personas excluidas con permiso de residencia**: extranjeros ascendientes de ciudadanos nacionales y de la Unión Europea.

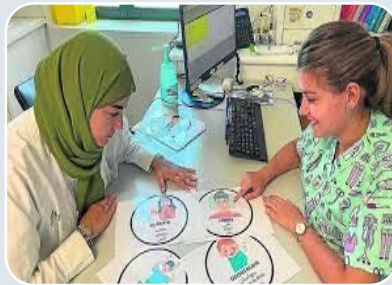
Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

“La *inmigración* es percibida por muchos profesionales de la salud como un *problema* y no como un *fenómeno social que requiere un proceso de adaptación mutua*”

Dificultades de acceso a los servicios sanitarios



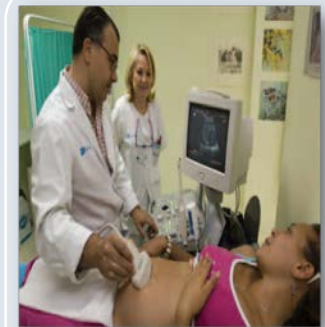
**BARRERAS
ADMINISTRATIVAS**



**BARRERAS
COMUNICATIVAS**



**BARRERAS
CULTURALES y
PSICOSOCIALES**



**RECHAZO
PASIVO
DEL
SISTEMA**

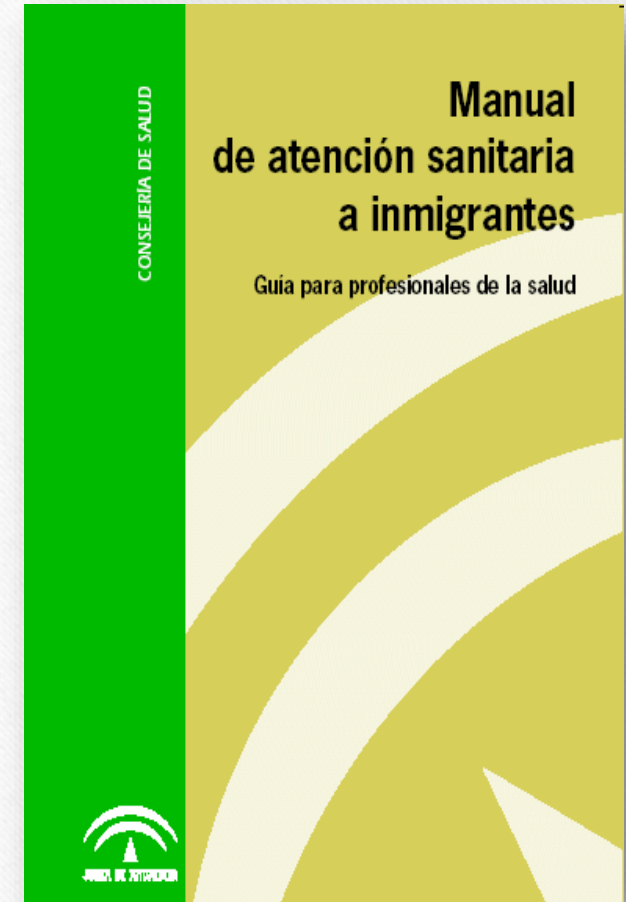
Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

a) Barreras normativas y administrativas:

- *No Empadronamiento*
- Trabas de los ayuntamientos para empadronar a los inmigrantes de chabolas ,infraviviendas, asentamientos no controlados ni urbanizados.
- Miedo del inmigrante en situación irregular a ser reconocido si demanda asistencia sanitaria.

b) Barreras lingüísticas y de comunicación:

- Necesidades y problemas por parte de los extranjeros y comprensión por parte de los profesionales.



Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

c) Barreras culturales y religiosas:

- Diferencias en la forma de entender la salud y la enfermedad en sus culturas de origen y la desconfianza que puedan tener sobre nuestro respeto de sus creencias.
- No puede haber integración sin una adaptación mutua.

d) El rechazo pasivo del sistema o no asunción de responsabilidad de los profesionales

- No asunción de la responsabilidad
- Xenofobia o racismo institucional
- Actitudes hiperprotectoras, compasivas y caritativas
- Falta de formación en la atención a la diversidad cultural y a enfermedades no comunes.



Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

c) Barreras psicosociales:

- Reparto desigual de la salud/enfermedad** por las condiciones socioeconómicas de los individuos.
- Importancia de variables individuales** (forma de vida, comportamiento, dieta y pautas culturales), **frente a factores ambientales o estructurales** (distribución de la renta, pobreza, desempleo, vivienda, contaminación, malas condiciones laborales).
- El personal sanitario no debe obviar el contexto social y personal de los pacientes**, deben ser capaces de valorar la situación y **no estigmatizarla**.
- Una influencia negativa sobre la salud puede ser, por ejemplo, la incertidumbre por la obtención de los permisos de residencia o los trabajos que realizan que pueden ser más precarios que los de la población autóctona.

Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

OTROS PROBLEMAS

- Desconocimiento del sistema de salud
- Servicios de salud organizados para una sociedad homogénea culturalmente
- La población inmigrante se desplaza con frecuencia
- Coste de los medicamentos
- Modelo predominante: biomédico

Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios

“ETIQUETAS”

- “Inmigrante **promiscuo**”
- “Inmigrante **contaminador**”
- “Inmigrante **privilegiado**”
- “Inmigrante **pobre**”



Fuente: capenmadrid.org.(2019). https://www.capenmadrid.org/noticia.asp?id_not=214



Original

Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante



Pilar Bas-Sarmiento^a, Martina Fernández-Gutiérrez^{a,*}, M.^a Jesús Albar-Marín^b y Manuel García-Ramírez^c

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de diciembre de 2014

Aceptado el 24 de marzo de 2015

On-line el 12 de mayo de 2015

Palabras clave:

Inmigración

Accesibilidad a los servicios de salud

Investigación cualitativa

Alfabetización en salud

Promoción de la salud

Diversidad cultural

Participación del paciente

Disparidad en atención de salud

RESUMEN

Objetivo: Identificar y describir las necesidades y los problemas percibidos por la población inmigrante en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Método: Estudio cualitativo descriptivo de orientación fenomenológica mediante grupos focales. El ámbito de estudio fue la comarca del Campo de Gibraltar, puerta de entrada a Europa para la inmigración procedente de África. La saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra (51 inmigrantes de 11 nacionalidades). Se llevó a cabo un análisis narrativo del contenido con el software informático QSR NVivo9.

Resultados: Los discursos muestran cuatro categorías de análisis: respuesta ante un problema de salud, acceso al sistema, conocimiento de recursos sociosanitarios y necesidades de alfabetización en salud. Las respuestas desplegadas ante los problemas de salud y la forma de acceder al sistema sanitario son distintas en función de algunas características sociodemográficas (nacionalidad/cultura de origen, tiempo de estancia y estatus económico). En general utilizan principalmente la asistencia sanitaria a demanda cuando presentan problemas de salud, y quedan relegados los servicios de promoción y prevención de la salud. Las necesidades de alfabetización en salud detectadas se relacionan sobre todo con el dominio del idioma y el funcionamiento del sistema sanitario.

Conclusiones: Es necesario fomentar intervenciones destinadas a potenciar la alfabetización en salud de la población inmigrante, que atiendan a la diversidad, tengan en cuenta el tiempo de estancia y partan de una metodología de acción-participación.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population

ABSTRACT

Original

La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España

Enrique Regidor^{a,*}, Belén Sanz^b, Cruz Pascual^a, Lourdes Lostao^c, Elisabeth Sánchez^d y José Manuel Díaz Olalla^e

^a Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Departamento de Sociología, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España

^d Epicentre, París

^e Instituto de Salud Pública, Madrid-Salud, Ayuntamiento de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de noviembre de 2008

Aceptado el 9 de enero de 2009

On-line el 20 de mayo de 2009

Palabras clave:

Inmigrantes

Uso de servicios sanitarios

RESUMEN

Objetivo: Comparar la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y por la población autóctona.

Métodos: Se ha utilizado la información proporcionada por cuatro encuestas de salud realizadas alrededor del año 2005: de Cataluña en 2006, de la ciudad de Madrid en 2005, de Canarias en 2004 y de la Comunidad Valenciana en 2005. Los servicios sanitarios investigados han sido médico general, médico especialista, servicio de urgencias, hospitalización y dos servicios preventivos: citología vaginal y mamografía.

Resultados: En líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios. La consulta al médico general y la hospitalización constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una menor diferencia en su frecuentación entre ambas poblaciones, mientras que el médico especialista y los servicios preventivos constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una mayor diferencia. En la consulta al médico general y la hospitalización es donde los hallazgos son más heterogéneos, ya que algunos grupos de inmigrantes presentan una frecuencia relativamente alta en algunos ámbitos geográficos y una frecuencia relativamente baja en otros.

Conclusiones: Los resultados reproducen los observados en otras investigaciones realizadas en países del entorno social y económico de España, y al igual que sucede con la evidencia disponible, no se pueden sugerir explicaciones. Las investigaciones futuras deberían probar a utilizar otros tipos de estudios y a contrastar explicaciones no sugeridas hasta ahora por la comunidad científica.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health services utilization by the immigrant population in Spain

ABSTRACT



ORIGINAL

Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales

Joan Llosada Gistau^{a,*}, Imma Vallverdú Duch^a, Mònica Miró Orpinell^b, Carolina Pijem Serra^a y Àlex Guarga Rojas^b

^a Consorci Sanitari de Barcelona, Barcelona, España

^b Regió Sanitària de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 8 de abril de 2010; aceptado el 7 de noviembre de 2010
Disponible en Internet el 30 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Servicios sanitarios;
Desigualdades;
Investigación
cualitativa

Resumen

Objetivo: Conocer, desde el punto de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los distintos colectivos de inmigrantes.

Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo y fenomenológico realizado en Barcelona entre septiembre y diciembre de 2007.

Emplazamiento: El estudio se situó en las 6 áreas básicas de salud de Barcelona que tienen un mayor porcentaje de población inmigrante y en 3 hospitales públicos.

Participantes y/o contexto: 73 profesionales de atención primaria y hospitalaria. Se realizó un muestreo teórico de informantes que definieron 4 perfiles profesionales: cargos directivos o coordinadores, médicos, personal de enfermería y mediadores culturales.

Método: Se realizaron 7 grupos de discusión y 12 entrevistas semiestructuradas a los profesionales. Las entrevistas y grupos se analizaron mediante el análisis narrativo del contenido.

Resultados: Según los profesionales, los pacientes inmigrantes no encuentran barreras que les dificulten el acceso a los servicios sanitarios. Es unánime la percepción de que el servicio de urgencias es su principal puerta de acceso y que la mayoría de pacientes inmigrantes hacen una menor continuidad asistencial. Por último, los profesionales detectan diferencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios según el origen y según el grado de integración social del colectivo en destino.

Conclusiones: Los profesionales atribuyen el mayor uso de urgencias, el acceso tardío a los servicios sanitarios y la poca continuidad asistencial a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y a aspectos relacionados con la inclusión social. Son necesarias estrategias de inclusión social para disminuir las desigualdades.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: llosada.gistau@gmail.com (J. Llosada Gistau).

Original

La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía

Ainhoa Ruiz-Azarola^{a,b,*}, María Escudero Carretero^{a,b,c}, Luis Andrés López-Fernández^{a,b}, Eugenia Gil García^d, Joan Carles March Cerdà^{a,b,c} y Daniel López Jaramillo^e

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

^d Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^e Consultoría Independiente en Investigación Social, Barcelona, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2018

Aceptado el 18 de septiembre de 2018

On-line el 13 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Accesibilidad a los servicios de salud

Emigración e inmigración

Investigación cualitativa

Recesión económica

Participación de pacientes

RESUMEN

Objetivo: Conocer la valoración de personas migrantes sobre su acceso al sistema sanitario tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 y sobre el efecto que han podido producir los recortes económicos en dicho acceso.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico con entrevistas semiestructuradas, realizado en Andalucía, en dos fases (2009-2010 y 2012-2013), con 36 participantes. Se segmentó la muestra por tiempo de estancia, nacionalidad y ámbito de residencia. Las nacionalidades de las personas migrantes son Bolivia, Marruecos y Rumanía.

Resultados: Como elementos facilitadores del acceso en ambas fases se identifican la situación administrativa regular, la posesión de tarjeta sanitaria individual, el conocimiento del idioma, las redes sociales y la información. Los resultados muestran diferencias en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes antes y después de la aplicación del RDL 16/2012, en el marco de las políticas de austeridad. En la segunda fase se agravan algunas barreras de acceso, como los tiempos de espera y la incompatibilidad de horarios, y empeoran las condiciones socioeconómicas y administrativas de las personas participantes. **Conclusiones:** El diseño de políticas económicas y de regulación de la atención sanitaria debería tener en cuenta las barreras y los facilitadores de acceso como ejes fundamentales de la protección de la salud de las personas migrantes y, por ende, de la población general.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The perspective of migrants on access to health care in the context of austerity policies in Andalucía (Spain)

ABSTRACT

Objective: To conduct an assessment of migrant people regarding their access to the health system following entry into force of Royal Decree-Law 16/2012 along with the impact of economic cuts on such access.

Method: Qualitative phenomenological study with semi-structured interviews, conducted in Andalucía (Spain), in two phases (2009-2010 and 2012-2013), with 36 participants. The sample was segmented by length of stay, nationality and area of residence. The nationalities of origin are Bolivia, Morocco and Romania.

Results: Elements facilitating access in both periods: regular administrative situation, possession of Individual Health Card, knowledge of the language, social networks and information. The results show differences in access to health care for migrants before and after the enforcement of the RDL 16/2012, within austerity policies. In the second period, access barriers such as waiting times or incompatibility of schedules are aggravated and the socio-economic and administrative conditions of participants worsen. **Conclusions:** The design of policies, economic and regulatory health care, should take into account barriers and facilitators of access as fundamental main points of health protection for migrants and, therefore, for the general population.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Belén Sanz-Barbero¹
Enrique Regidor^{II}
Silvia Galindo^I

Artigos Originais

Influencia del lugar de origen en la utilización de pruebas de cribado de cáncer ginecológico en España

Impact of geographic origin on gynecological cancer screening in Spain

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la asociación entre el área geográfica de procedencia en el uso de las citologías y la mamografía.

MÉTODOS: Los datos analizados proceden Encuesta Nacional de Salud de España-2006 dirigida a población mayor de 16 años. La Encuesta incluye 13.422 mujeres. Las variables dependientes fueron realización de una mamografía y de una citología vaginal, ambos en los últimos 12 meses. La medida de asociación fue el *odds ratio* con intervalo de confianza al 95% calculado por regresión logística.

RESULTADOS: Tomando como referencia la población española, la probabilidad de realizarse una mamografía entre las mujeres procedentes de África fue 0,36 (IC95% 0,21;0,62) veces menor; Europa del Este 0,40 (IC95% 0,22;0,74) veces menor; Europa Occidental, EEUU y Canadá, 0,60 (IC95% 0,43; 0,84) veces menor y América Central / Sur 0,64 (IC95% 0,52;0,81) veces menor. En relación a la prevención de cáncer de cervix, probabilidad de realizarse una citología entre las mujeres Europa del Este fue 0,38 (IC95% 0,28;0,50) veces menor que la población española, África 0,47 (IC95% 0,33;0,67) veces menor y Europa Occidental, EEUU y Canadá 0,61 (IC95% 0,46;0,81) veces menor. Dichas asociaciones fueron independientes de la edad, indicadores socioeconómicos, estado de salud y cobertura sanitaria.

CONCLUSIONES: Las mujeres inmigrantes hacen menor uso de los programas de cribado que las mujeres autóctonas. Este dato podría reflejar dificultades de acceso a los programas preventivos.

DESCRIPTORES: Frotis Vaginal. Mamografía. Equidad en el Acceso. Emigrantes e Inmigrantes. Factores Socioeconómicos. Desigualdades en la Salud. Programas de cribado.

^I Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III (España). Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid, España

^{II} Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España

Correspondencia | Correspondence:
Belén Sanz Barbero
Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III
C/ Monforte de Lemos nº5
28029 Madrid, España
E-mail: bsanz@isciii.es

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN PERSONAS INMIGRANTES RESIDENTES EN ESPAÑA (*)

Vanesa Rodríguez-Salés (1), Gaby Ortiz-Barreda (2,3) y Silvia de Sanjosé (1,4).

- (1) Unidad de Infecciones y Cáncer (UNIC). Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer. Institut Català d'Oncologia - IDIBELL.
(2) Grupo de Investigación en Salud Pública. Universidad de Alicante. España.
(3) Departamento de Promoción de la Salud y Desarrollo (HEMIL-Senteret). Universidad de Bergen. Noruega.
(4) CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona. España.

(*) El proyecto ha recibido financiación parcial mediante becas públicas del Instituto de Salud Carlos III (referencias: CIBERESP), de la Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGAUR) de la Generalitat de Catalunya (referencias: 2005SGR00695 y 2009SGR126), del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL) (referencia: Predoctoral2013). Ninguna de las fuentes ha tenido ningún papel en la recogida de datos, el análisis, la interpretación de los resultados ni en la elaboración de este artículo.

Conflictos de interés: Silvia de Sanjosé: soporte ocasional para asistencia a convenciones científicas de Glaxo SmithKline. Sanofi Pasteur MSD.Merck y Qiagen. El resto de autores no manifiesta conflictos de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La prevención secundaria del cáncer de mama, cuello uterino y colon se realiza mediante cribado. España en la última década ha presentado una importante oleada de migración, es conocido que los inmigrantes presentan más desigualdades de acceso a los servicios de salud respecto a la población autóctona. El objetivo es identificar lagunas en la investigación sobre la prevención del cáncer en los inmigrantes residentes en España.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica. La fuente de información fueron las bases de datos Medline/ Pubmed y MEDES-MEDicina en español y el período de búsqueda entre 1998 y 2012. Se utilizaron tres filtros temáticos: relacionados con cáncer, inmigración y geografía. Los criterios de inclusión fueron estudios de prevención del cáncer y la salud de la población inmigrante procedente de Latinoamérica, África, Asia y originario de Europa del Este y desarrollados en España. Se elaboró un protocolo *ad hoc* de recogida de información.

Resultados: Se incluyeron 5 estudios de los 237 revisados. Los estudios incluidos fueron escritos en inglés. Cuatro de los cinco estudios utilizaron como variable de inmigración el país de origen. Un 80% de los estudios realizaron encuestas transversales. Los principales resultados fueron que la población inmigrante realizaba menos detección precoz de cáncer de mama y de cuello uterino. Por otro lado las trabajadoras sexuales presentaron porcentajes de positividad para tipos de alto riesgo oncológicos del virus del papiloma humano.

Conclusiones: Existe escasa bibliografía referente a la prevención del cáncer mediante programas de cribado en la población inmigrante. Es importante evaluar los circuitos de cribado y sus registros para mejorarlos y así poder ejecutar programas para identificar mejor los grupos poblacionales más vulnerables.

Palabras clave: Cáncer. Cribado. Cuello uterino. Mama. Colon. Próstata. Inmigración.Revisión. España.

Correspondencia
Silvia de Sanjosé, M.D., Ph.D.
Unidad de Infecciones y Cáncer
Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer
IDIBELL - Institut Català d'Oncologia
Av. Gran Via de l'Hospitalet 199-203
08908 L'Hospitalet de Llobregat
España
s.sanjose@iconcologia.net

ABSTRACT

Scoping Review on Cancer Prevention in Immigrants Living in Spain

Background: Secondary prevention of breast cancer, cervix and colon is performed by screening. Spain in the last decade has presented a major wave of migration; it is known that immigrants have more inequalities in access to health services compared to the native population. The objective is to review the published studies and identify gaps in research on cancer prevention among immigrants living in Spain.

Methods: We have conducted a scoping review. The sources of information were the databases Medline (Pubmed) and MEDES - medicine in Spanish (1998-2012). We used three thematic filters: concerning to Cancer, immigration and geographic. Inclusion criteria were studies of cancer prevention and health of immigrants from Latin America, Africa, Asia and Eastern Europe and developed in Spain. We developed an ad hoc data collection protocol.

Results: We included five studies of 237 reviewed. The included studies are written in English and published in journals with impact factor. Most studies have used country of origin as the immigration variable 80 % of the studies conducted cross-sectional surveys. Immigrant population had a lower participation of early detection of breast and cervical cancer. Women reported to be sex workers were more likely to be human papillomavirus positive for high risk types.

Conclusion: There is little information on cancer prevention through screening programs in the immigrant population. It is important to evaluate and improve the screening circuits and registries to implement programs to better identify the most vulnerable population groups.

Keyword: Cancer. Screening. Breast cancer. Cervical cancer. Colorectal cancer,. Prostatic cancer. Migration. Spain.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ESPAÑA

Alba Llop-Gironés (1,2), Ingrid Vargas Lorenzo (1,2), Irene García-Subirats (1,2), María-Beatriz Aller (1,2) y María Luisa Vázquez Navarrete (1,2).

(1) Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya. España.

(2) Subprograma de Inmigración y Salud del CIBERESP.

RESUMEN

Fundamentos: Una importante proporción de población en España es inmigrante y la evidencia internacional señala su acceso inadecuado a los servicios de salud. El objetivo es conocer el acceso a la atención de la población inmigrante en España.

Métodos: Revisión bibliográfica de los artículos originales (1998-2012) sobre acceso y utilización de los servicios de la población inmigrante en España registrados en Medline y MEDES. Se identificaron 319 artículos de los que se seleccionaron 20. Se utilizó el modelo de Aday y Andersen para el análisis.

Resultados: Entre los artículos seleccionados, 13 estudios cuantitativos analizaron diferencias en la utilización de los servicios entre inmigrantes y autóctonos y 7 determinantes del acceso en inmigrantes. En líneas generales estos muestran menor utilización de la atención especializada, mayor de las urgencias y no se observaron diferencias entre grupos en atención primaria. Los 5 estudios cuantitativos sobre determinantes se centraron en las características de la población (sexo, edad, nivel de estudios y posesión de seguro privado) sin observarse un patrón claro. Los 2 estudios cualitativos analizaron factores relacionados con los servicios de salud y encontraron barreras en el acceso, como la provisión de información o los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria.

Conclusiones: El acceso a la atención en inmigrantes ha sido limitadamente abordado, con aproximaciones diferentes y los factores relacionados con la oferta, escasamente analizados. No se observa un patrón de utilización, las diferencias dependen de la clasificación de los inmigrantes según origen y nivel asistencial. No obstante, en inmigrantes se observa menor utilización de la atención especializada y mayor de las urgencias, así como determinantes del acceso distintos a la necesidad.

Palabras clave: Servicios de salud. Accesibilidad a los servicios de salud. Utilización. Prestación de atención de salud. Migración internacional. España.

Correspondencia

Mª Luisa Vázquez Navarrete
Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
Consorci de Salut i Social de Catalunya
Avda Tibidabo 21,
08022 Barcelona

ABSTRACT

Immigrants' Access to Health Care in Spain: a Review

Background: An important proportion of the population in Spain is immigrant and the international literature indicates their inadequate access to health services. The objective is to contribute to improving the knowledge on access to health care of the immigrant population in Spain.

Methods: Review of original papers published (1998-2012) on access to health services of the immigrant population in Spain published in Medline and MEDES. Out of 319 studies, 20 were selected, applying predefined criteria. The results were analyzed using the Aday and Andersen framework.

Results: Among the publications, 13 quantitative studies analysed differences in health care use between the immigrant and the native population, and 7 studied determinants of access of immigrants. Studies showed less use of specialized care by immigrants, higher use of emergency care and no differences in the use of primary care between groups. Five quantitative articles on determinants of access focused on factors related to the immigrant population (sex, age, educational level and holding private health insurance), but without observing clear patterns. The two qualitative studies analyzed factors related to health services, describing access to healthcare barriers such as the limited provision of information or the requirements for personal health card.

Conclusion: Access to health care in immigrants has been scarcely studied, using different approaches and the barely analysed factors related to the services. No clear patterns were observed, as differences depend on the classification of migrants according to country of origin and the level of care. However, studies showed less use of specialized care by immigrants, higher use of emergency care and the existence of determinants of access different to their needs.

Keyword: Health Services. Health services accessibility. Utilization. Delivery of health care. Emigration and immigration. Spain.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

FRECUENTACIÓN DE LAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA POR POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Rocío Carmona (1), Raimundo Alcázar-Alcázar (1), Antonio Sarriá-Santamera (1, 2, 3) y Enrique Regidor (4, 5).

(1) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.

(2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

(3) Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Madrid.

(4) Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid.

(5) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.

No existen conflictos de interés

RESUMEN

Fundamentos: España pasó a ser en 2006 el país europeo con mayor saldo migratorio. Un aspecto poco estudiado es el acceso y utilización de los servicios sanitarios de esta población. El objetivo de este estudio fue describir la evidencia científica sobre si existen diferencias en la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre la población inmigrante con respecto a la autóctona.

Métodos: Revisión sistemática. Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura científica nacional e internacional de estudios que comparaban la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre inmigrantes y autóctonos desde 1994 hasta 2013. Se utilizó para ello la base de datos MEDLINE además de una búsqueda manual, sin límite de lengua ni tipo de estudio. Se evaluó la calidad metodológica de los 29 trabajos finalmente incluidos. Se recopiló características de los sujetos, del contexto, metodológicas y extrínsecas para comparar los estudios incluidos.

Resultados: Se seleccionaron 29 estudios relativos a consulta de medicina general (9 realizados en España) y 15 sobre consulta a especialistas (7 de España) los cuales utilizan principalmente las encuestas de salud como fuente de información. Analizaron tanto la frecuencia como el contacto con el médico general y/o especialista según la nacionalidad o el país de nacimiento (entre otros), ajustando en su mayoría por variables de necesidad y/o socioeconómica.

Conclusiones: En líneas generales, en España la población inmigrante hace el mismo uso de los servicios de medicina general que la autóctona y un menor o igual uso de los servicios de medicina especializada. Los resultados de los estudios realizados en otros países van en la misma línea.

Palabras clave: Revisión sistemática. Emigrantes e inmigrantes. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

Correspondencia

Rocío Carmona

ABSTRACT -

Use of Health Services for Immigrants and Native Populations: a Systematic Review

Background: Spain was among the top immigration destinations globally between 1990 and 2005, becoming in 2006 in the European country with the highest net migration. As a result of the migration process and the living conditions in the host countries, immigrants' health may be affected. Limited research has investigated access and use of health services for this population. The aim of this study was to describe the scientific evidence on the use of general and specialist medical services for the immigrant population compared to the native.

Methods: Systematic review. It has carried out a search of the national and international scientific literature of comparative studies on the use of general and specialist medical services among immigrant and native since 1994-2013. It was used the MEDLINE database as well as a manual search, no language limit or type of study. The methodological quality of the 29 studies included was evaluated. Subject, context, methodological and extrinsic characteristics were collected for comparison of the included studies.

Results: We selected 29 studies on the general practitioners' (9 from Spain) and 15 of specialist physician (7 from Spain), they mainly used health surveys as a source of information. Analyze both the attendance and contact with the general practitioner / specialist by nationality or country of birth (among others), mostly by adjusting variables of need and / or socioeconomic.

Conclusion: Overall, the immigrant population in Spain have a similar use of general medical services than the native population, and less or similar use of the specialist physician services. These results are in line with studies in other countries.

Health care utilisation and immigration in Spain

José-Ignacio Antón · Rafael Muñoz de Bustillo

Received: 18 March 2009 / Accepted: 20 October 2009 / Published online: 7 November 2009
© Springer-Verlag 2009

Abstract The aim of this work was to analyse the use of health care services by immigrants in Spain. Using a nationally representative health survey from 2006–2007 and negative binomial and hurdle models, it was found that there is no statistically significant difference in the patterns of visits to general practitioners and hospital stays between migrants and natives in Spain. However, immigrants have a lower access to specialists and visit emergency rooms with a higher frequency than nationals.

immigration figured as the most important problem faced by the country (59% of answers), well above unemployment (42%) and housing (21%). Around 40% of Spaniards thought that immigrants enjoyed too much protection by the State, and around 20% of respondents even thought that immigrants should not be given health care under the same conditions as nationals [2].

This paper aims to shed light upon the intensity of health care utilisation among immigrants in Spain. This is the first work using a recent and nationally representative survey

Brecha de uso de la atención sanitaria entre la población autóctona e inmigrante en España

Healthcare Use Disparity Between the Immigrant and Native Population in Spain

Jorge Suárez Muñoz
Universidad de Granada

E-mail: jorgesuarez@ugr.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6215-2064>



Autor

El objetivo de este trabajo es analizar el grado en que las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios de España están limitadas de forma diferencial para la población inmigrante, según su origen, respecto a los autóctonos. Para ello, se han utilizado microdatos del Instituto Nacional de Estadística provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2017, analizando las visitas a médicos de familia, especialistas y dentistas, en los últimos 12 meses, para grupos poblacionales de distinto origen migratorio y controlando por otras características socio-demográficas y de estado de salud. Mediante modelos de regresión logística, la investigación muestra que, aún tras controlar estas variables, la población inmigrante de países no pertenecientes a la UE-28 en España sigue sufriendo una brecha de acceso a algunos de estos servicios sanitarios con respecto al resto de la sociedad española, especialmente determinado por el estatus legal según la nacionalidad que ostenten.



Resumen

Estado de salud autopercebido

Original

Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco



Elena Rodríguez Álvarez^{a,*}, Yolanda González-Rábago^b, Amaia Bacigalupe^b, Unai Martín^b y Nerea Lanborena Elordui^a

^a Departamento de Enfermería 1, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España
^b Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 20 de noviembre de 2013
Aceptado el 24 de enero de 2014
On-line el 7 de marzo de 2014

Palabras clave:
Inmigración
Desigualdades sociales en salud
Discriminación

Keywords:
Immigration
Social inequalities in health
Discrimination

RESUMEN

Objetivo: Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante residente en la comunidad autónoma del País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades.

Métodos: Estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco. Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (n=4734) y de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco 2009 (n=765). Se analizaron las desigualdades en la mala salud percibida entre personas autóctonas y cuatro grupos de inmigrantes (China, Latinoamérica, Magreb y Senegal). Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento, y poder ajustarla por diferentes variables, se calcularon *odds ratio* (OR) mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, con independencia de la edad. El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el menor apoyo social y la discriminación percibida en la población inmigrante explicaron estas diferencias, en hombres y mujeres. En los hombres de China (OR: 0,18; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,04-0,91) y Magreb (OR: 0,26; IC95%: 0,08-0,91), y en las mujeres latinoamericanas (OR: 0,36; IC95%: 0,14-0,92), fue mejor que la de la población autóctona tras ajustar por todas las variables.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de seguir monitorizando las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España, así como de apoyar aquellas políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de la población inmigrante.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain)

ABSTRACT

Objective: To analyze health inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain) and the role of several mediating determinants in explaining these differences.

Methods: A cross-sectional study was performed in the population aged 18 to 64 years in the Basque Country. We used data from the Basque Health Survey 2007 (n=4,734) and the Basque Health Survey for Immigrants 2009 (n=765). We calculated differences in health inequalities in poor perceived health between the native population and immigrant populations from distinct regions (China, Latin America, the Maghreb and Senegal). To measure the association between poor perceived health and place of origin, and to adjust this association by several mediating variables, odds ratios (OR) were calculated through logistic regression models.

Results: Immigrants had poorer perceived health than natives in the Basque Country, regardless of age. These differences could be explained by the lower educational level, worse employment status, lower social support, and perceived discrimination among immigrants, both in men and women. After adjustment was performed for all the variables, health status was better among men from China (OR: 0.18; 95% confidence interval [IC95%]: 0.04-0.91) and Maghreb (OR: 0.26; 95% CI: 0.08-0.91) and among Latin American women (OR: 0.36; 95% CI: 0.14-0.92) than in the native population.

Conclusions: These results show the need to continue to monitor social and health inequalities between the native and immigrant populations, as well as to support the policies that improve the socioeconomic conditions of immigrants.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante residente en la comunidad autónoma del País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades.

Métodos: Estudio descriptivo transversal referido a la población de 18 a 64 años de edad residente en el País Vasco. Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007 (n=4734) y de la Encuesta de Salud de la Población Inmigrante del País Vasco 2009 (n=765). Se analizaron las desigualdades en la mala salud percibida entre personas autóctonas y cuatro grupos de inmigrantes (China, Latinoamérica, Magreb y Senegal). Para medir la asociación entre la mala salud y el lugar de nacimiento, y poder ajustarla por diferentes variables, se calcularon *odds ratio* (OR) mediante modelos de regresión logística.

Resultados: La población inmigrante en el País Vasco mostró un peor estado de salud percibido que la autóctona, con independencia de la edad. El menor nivel de estudios, la peor situación laboral, el menor apoyo social y la discriminación percibida en la población inmigrante explicaron estas diferencias, en hombres y mujeres. En los hombres de China (OR: 0,18; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,04-0,91) y Magreb (OR: 0,26; IC95%: 0,08-0,91), y en las mujeres latinoamericanas (OR: 0,36; IC95%: 0,14-0,92), fue mejor que la de la población autóctona tras ajustar por todas las variables.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de seguir monitorizando las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España, así como de apoyar aquellas políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de la población inmigrante.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A. M., Vidal, A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
- Amnistía Internacional (2018). Mentiras y medias verdades sobre las personas migrantes. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/mentiras-y-medias-verdades-sobre-las-personas-migrantes>
- Antón, J. I. y Muñoz de Bustillo, R. (2010). Health care utilisation and immigration in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 487-498. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0204-z>.
- Aparicio et al. & Carlos III, M. (2003). Atención sanitaria al paciente inmigrante y con enfermedades importadas. *Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.
- Campinha-Bacote, J. (2003). Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Carmona, R., Alcázar-Alcázar, R., Sarria-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, 135-155.

BIBLIOGRAFÍA

- Carpenter-Song, E., Chu, E., Drake, R. E., Ritsema, M., Smith, B., & Alverson, H. (2010). Ethno-cultural variations in the experience and meaning of mental illness and treatment: Implications for access and utilization. *Transcultural Psychiatry*, 47(2), 224-251
- Consejería de Salud (2007). Manual de Atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla. Disponible en <https://repositoriosalud.es/entities/publication/f3072a54-13ce-467c-8a2b-8aaae964a1b8>
- Cuesta, C. R. (2022). Estudio sobre enfermedades infecciosas en trabajadores inmigrantes; detección de factores de riesgo biológico. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 5(2), 50-57
- Esteban-Vasallo, M. D., Domínguez-Berjón, M. F., Astray-Mochales, J., Gènova-Maleras, R., Pérez-Sania, A., Sánchez-Perruca, L., ... & González-Sanz, F. J. (2009). Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 548-552.
- Fuentes, C., & Martín, M.A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 9-25). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- García Navarro, E. B. (2015). Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales.
- García-Navarro, E. B., & Gualda, E. (2014). Cuidado transcultural y estrategias familiares ante la dependencia: el fenómeno de los cuidadores extranjeros. *Aquichan*, 14(4), 509-522.
- Granés, L., Polo, R., López, L., & del Amo, J. (2022). Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. *División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad*.
- Gualda, E., Checa Olmos, J. C., De-Miguel-Luken, V., & Soriano Miras, R. M. (2023). Opiniones y actitudes sobre la inmigración en Andalucía, 2021. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces Consejería de la Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa Junta de Andalucía.
- Hueso Montoro, C., & Pérez Morente, M. Á. (2019). Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. *Rev Esp Salud Pública*, 93: 2 de diciembre e1-13.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Marín Sánchez, J. (2010). Situación de salud y aspectos estructurales de la atención sanitaria a inmigrantes en Andalucía. *Metas enferm*, 50-55.
- Martínez, M. F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 331-350.
- Médicos del Mundo (2017). Personas excluidas: El fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/el-fracaso-de-la-cobertura-sanitaria-en-europa?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAopuvBhBCEiwAm8jaMdRelxoiWMMULcVuQ4WsIVFmrBCVL-enUQ3SLzhDkj_3rDxdgQU1eRoCWfQQAvD_BwE
- Muñoz, J. S. (2022). Brecha de uso de la atención sanitaria entre la población autóctona e inmigrante en España. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (56), 1-23.

BIBLIOGRAFÍA

- Páez Alcarria, A. (2015). Inmigración y salud: consecuencias del proceso migratorio.
- Pedrero, V., Bernales, M., & Pérez, C. (2018). Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 353-359.
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E. y Díaz Olalla, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(Supl. 1), 4-11
- Rodríguez Álvarez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena Elordui, N. (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta sanitaria*, 28, 274-280.
- 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.
- 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.

BIBLIOGRAFÍA

-OIM (2013). Migración internacional, Salud y derechos humanos. Disponible en:

<https://publications.iom.int/es/books/migracion-internacional-salud-y-derechos-humanos-0>

-OIM (2015). Cuidados para la Salud y la Trata de Personas: Guías para Proveedores de Salud. Disponible en

<https://publications.iom.int/es/books/cuidados-para-la-salud-y-la-trata-de-personas-gui-para-proveedores-de-salud>

-OMS (2022). Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes. Disponible en

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054486>

Público (2022). Vivir sin papeles y sin derechos. Disponible en <https://www.publico.es/espana/vivir-papeles-derechos.html>

-Yo Sí. Sanidad Universal. (2019). Informe sobre la exclusión sanitaria... a un año del RDL 7/2018 sobre “el acceso universal al Sistema Nacional de Salud”. *Report on Medical Exclusion after a year from the RDL*, 7, 2018. Disponible en:

<https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018>

-Agustín DRS. Vivir sin papeles y sin derechos. Público [online]. 9 may 2022. Disponible en:

<https://www.publico.es/espana/vivir-papeles-derechos.html>

