

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

INMIGRACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA

Judit Pertíñez Mena y Thaïs Clusa Gironella



Director: Prof. Mario Foz

N.º 34, Diciembre de 2008
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

N.º 34, Diciembre de 2008

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Dr. Marc Antoni Broggi i Trias

Cirujano. Miembro del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya

Prof. Edelmira Domènech Llaberia

Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Rusalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Pere Puigdomènech

Director del Laboratorio de Genética Molecular Vegetal CSIC-IRTA. Barcelona. Miembro del Grupo Europeo de Ética de las Ciencias y Nuevas Tecnologías (EGE)

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomia i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Mario Foz

*Catedrático de Medicina. Profesor Emérito
de la Universidad Autónoma de Barcelona.
Barcelona (España)*

Las migraciones, más o menos masivas, han sido siempre constantes en la historia de la humanidad y producidas, casi siempre, por la necesidad de mejorar las condiciones de vida y de alimentación. España, que había sido siempre un país con notables tasas de emigración y de migraciones internas desde zonas rurales a áreas más ricas e industrializadas, se ha convertido, especialmente a partir de los años 80 del pasado siglo coincidiendo con el crecimiento económico del país, en un potente foco de atracción de inmigración, de manera que ha pasado a ser el país de la Unión Europea que más inmigrantes recibe. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a finales del año 2006 había en España 3.021.808 extranjeros con autorización de residencia en vigor, lo que representaba el 6,87% de la población del país sin contar con el abundante número de inmigrantes "sin papeles".

Entre las Comunidades Autónomas españolas Cataluña es la que ha recibido más inmigrantes seguida por Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. En los años 80 se recibió una importante afluencia de africanos, que a menudo ocuparon precarios lugares de trabajo en el sector agrícola, y a partir de los años 90 creció la inmigración de países asiáticos (China, India y Pakistán) dedicada fundamentalmente a la hostelería y al comercio, y la de los países latinoamericanos (especialmente Ecuador, Perú y Colombia) dedicada sobre todo al servicio doméstico y al cuidado de la gente mayor.

La masiva inmigración que se ha producido en los últimos decenios en España y en Cataluña ha producido un complejo y difícil problema de integración. En este marco, uno de los retos más importantes es el de facilitar una atención sanitaria adecuada a todo este colectivo tan diferenciado desde el punto de vista sociocultural. La modificación de la Ley de Extranjería del año 2000 representó un avance y es progresista, justa e integradora en relación a la atención sanitaria, pero exige el previo empadronamiento en la localidad de residencia para acceder a la tarjeta sanitaria, y este requisito, por otra parte lógico, es un obstáculo para que el inmigrante solicite la tarjeta porque teme que su empadronamiento pueda resultar peligroso para su situación en tanto su residencia en el país no pueda legalizarse por completo.

Humanitas Humanidades Médicas se enorgullece de poder contar, como autoras del artículo de este mes dedicado a la atención sanitaria al inmigrante, con dos médicas de familia, Judit Pertíñez y Thaïs Clusa, con una sólida formación en este tema y con una experiencia diaria y directa a través de su trabajo en el EAP Raval Sud de Barcelona, del Institut

Català de la Salut. El Raval es el barrio de Barcelona con mayor porcentaje de población inmigrante, y por tanto de mayor complejidad para poder adecuar una atención sanitaria de calidad a las características de la población.

Las autoras dedican un apartado del artículo a destacar la importancia del *duelo migratorio* y hacen una excelente descripción del mismo. Se trata de un duelo parcial, recurrente y múltiple. Parcial porque el país de origen no desaparece como ocurre con la muerte de un ser querido, recurrente porque puede avivarse tras visitar el país de origen en unas vacaciones, y múltiple porque puede estar ligado a la familia y los amigos, a la lengua, a la cultura, a la tierra, al estatus social, al contacto con el grupo étnico y/o nacional y a los riesgos ligados a la migración. Conviene que el duelo migratorio sea reconocido como tal tanto por parte del inmigrante como del sanitario y se trate de modo adecuado, interpretando correctamente las somatizaciones y evitando las exploraciones innecesarias. Cuando al duelo migratorio se suma la frustración y la sensación de fracaso pueden aparecer cuadros ansiosodepresivos, somatizaciones y síntomas disociativos que constituyen el denominado *síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple* también conocido como *síndrome de Ulises* que tiene un difícil y complejo manejo clínico.

Otro importante contenido del artículo es el referido a los aspectos socioculturales, algunos de ellos con importante implicación sanitaria y que tienen una especial trascendencia en la relación entre el inmigrante y los profesionales de las ciencias de la salud. Uno de estos aspectos es el relativo al lenguaje y a la expresión que son tan diferenciados en las distintas culturas y que pueden interferir o dificultar la correcta comunicación que tan importante es en la relación médico-enfermo. Otro de estos aspectos socioculturales de gran relevancia es el relativo a los roles típicos de la estructura familiar, con una jerarquización fuerte en función de la edad y del sexo masculino y con una dedicación de la mujer al cuidado de la casa, de los hijos (con gran recelo a la planificación familiar) y de los familiares ancianos. Aunque alguno de estos valores puede resultar positivo, como el cuidado de los mayores en el ámbito familiar, ni que decir tiene que estos roles de jerarquización están en completo desacuerdo con los actualmente vigentes en la sociedad de acogida. Si la familia jerarquizada y extensa está separada durante largo tiempo, pueden surgir graves problemas intergeneracionales, ya que los individuos más jóvenes adoptan con más facilidad la cultura de la sociedad de acogida, y este hecho puede dar lugar a conflictos de rol

por la pérdida de sumisión y el cambio de hábitos, especialmente en los adolescentes y las mujeres.

Otro aspecto sociocultural de interés es el relativo a los hábitos dietéticos tan diferenciados a los de la sociedad de acogida. Aparte de la cultura gastronómica tradicional de cada país existen, además, prescripciones religiosas seguidas por buena parte de los creyentes, como ocurre con los musulmanes que comen carne *halal*, tienen prohibida la ingesta de cerdo y alcohol y han de cumplir el ayuno diurno durante el mes del *Ramadán*, la restricción de buey y cerdo por parte de los hindúes, y la obligación de comer *alimentos kosher* por parte de los judíos ortodoxos. Dejando aparte situaciones excepcionales, estos hábitos alimentarios diferenciados no representan peligro especial para la salud de los inmigrantes, mientras la ingesta se mantenga relativamente equilibrada y suficiente. Por otra parte, el acceso a los alimentos de los países de origen es adecuado a las necesidades pues, como señala Jesús Contreras en el excelente artículo "Alimentación y religión" que apareció en esta publicación electrónica en junio de 2007, el 30% de los productos que se comercializan en el mercado central de Barcelona se importan para cubrir específicamente las demandas de la inmigración y de los restaurantes exóticos de la capital catalana. Por otra parte, en relación al problema emergente en nuestra sociedad de la obesidad y sus comorbilidades es mejor que la población inmigrante se mantenga fiel a sus tradiciones, porque ya es bien conocido el efecto deletéreo del cambio de los hábitos de vida en las migraciones, como ocurre en el ejemplo paradigmático de los indios Pima al abandonar México y adoptar los hábitos de vida de la sociedad de acogida en Texas o Arizona. Los autores exponen, también con excelente criterio, los más importantes problemas de salud a los que debe estar especialmente atento el profesional al atender a la población inmigrante. En el apartado de las *enfermedades reactivas o de adaptación* debe señalarse la elevada prevalencia de trastornos psíquicos, en buena parte relacionados con el duelo migratorio, como ya se ha hecho constar. A veces el diagnóstico es difícil por problemas de comunicación y por presentarse el cuadro en forma de somatizaciones. Los *hábitos tóxicos*, a su vez, pueden ser un importante problema de salud, especialmente en los adolescentes. En el apartado de las *enfermedades infecciosas* hay que dedicar una especial atención a la tuberculosis, a las parasitosis intestinales, a las enfermedades de transmisión sexual (VIH) y a las hepatitis víricas. En cuanto a las enfermedades tropicales (estrongiloidiasis, filariasis, esquistoso-

miasis, paludismo y dengue) son raras entre los inmigrantes y ante su sospecha el paciente debe ser atendido en los centros especializados en Medicina Tropical.

En contra de lo que se supone, el inmigrante no es un gran consumidor de los servicios de salud. Normalmente se trata de adultos jóvenes y sanos que no acuden a consultar si no se sienten enfermos. Tanto en España como en otros países europeos la población inmigrante utiliza menos que la autóctona la mayoría de los servicios sanitarios. En cambio, en los servicios de urgencia ya tan sobreutilizados, sí se observa una mayor frecuentación. Entre otras razones, esto es debido a que muchos inmigrantes no empadronados o que no han tramitado su tarjeta sanitaria no tienen otro recurso para acceder a la atención sanitaria.

Las autoras del artículo tienen la opinión, que comparto, de que la asistencia médica al inmigrante debe realizarse en los CAP y en centros especializados, aunque los centros de Atención Primaria deberían contar con equipos de profesionales formados en los problemas médicos y socioculturales del inmigrante que permitan un abordaje multidisciplinario que dé una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias de esta población.

El artículo finaliza con una excelente tabla de propuestas para mejorar la atención a pacientes inmigrantes. Entre las dirigidas a la *Administración* destaca la de facilitar el acceso al sistema sanitario y la de evitar la sobrecarga asistencial al profesional. Entre las destinadas a los *equipos sanitarios* se señala la importancia de la promoción de la atención y trabajo multidisciplinario para un abordaje integral de la persona, y la de la implementación de guías y protocolos de actuación. Las propuestas dirigidas al *profesional* incluyen el aprendizaje de aptitudes en medicina transcultural, la utilización de sistemas de traducción y soportes gráficos para disminuir la barrera del idioma y las actitudes de respeto, asertividad, comprensión y empatía y, finalmente, entre las propuestas dirigidas al *colectivo de inmigrantes* destacan la de la importancia de la figura del mediador cultural, la de la educación para el uso correcto de los recursos sanitarios, y la de las asociaciones de inmigrantes como red de apoyo social.

Deseo que este importante y excelente artículo sea leído con interés por todas aquellas personas interesadas en este complejo problema (personal de la Administración, profesionales de las ciencias de la salud, colectivo de inmigrantes), de modo que pueda contribuir a la consecución de una mejora en la atención sanitaria integral de la población inmigrante de nuestro país.



Judit Pretiñez Mena

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciada en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona.
 - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Postgrado en salud mental e intervenciones psicológicas en inmigrantes, refugiados y minorías. Universitat de Barcelona.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Médico de familia.
- Tutora acreditada de formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria
- Coordinadora de la línea de investigación sobre atención a la inmigración y minorías étnicas en el EAP Raval Sud de Barcelona.
- Docente en el Institut d'Estudis de la Salut y Miembro del Comité Pedagógico en el módulo específico "La salud y la enfermedad en la sociedad multicultural".
- Docente en el Màster en Immigració i Educació Intercultural. IL3. Universitat de Barcelona.
- Colaboradora y miembro del consejo asesor en el Pla Director d'Immigració i Cooperació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

PUBLICACIONES

- Pertiñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29 (1): 6-13.
- Morató Griera J, Pertiñez Mena J, Clusa Gironella T. Migración y atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003; vol 1, 141-156.
- Achotegui J, Bruguera R, Cabot A, García S, Gascón J, Jansà JM, Navarro M, Ollé C, Pertiñez J. Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la bona praxi*. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Octubre, 2003.
- Pertiñez Mena J, Franch Nadal J. *Diabetes tipo 2 e inmigración*. Barcelona: Scientific Communication Management, SL, 2006.
- Franch Nadal J, Pertiñez Mena J. Enfermedades crónicas y terminales. Programa de formación. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2008.



Thaïs Clusa Gironella

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciada en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona.
 - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Postgrado en salud mental e intervenciones psicológicas en inmigrantes, refugiados y minorías. Universitat de Barcelona.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Médico de familia.
 - Miembro del grupo de investigación sobre atención a la inmigración y minorías étnicas en el EAP Raval Sud de Barcelona.
- Docente del curso de mediación intercultural en el ámbito de la salud. Fundació La Caixa.
 - Miembro del Grupo de Reflexió Indústria-Sanitat (G.R.I.S.).

PUBLICACIONES

- Pertiñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29 (1): 6-13.
 - Morató Griera J, Pertiñez Mena J, Clusa Gironella T. Migración y atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (ed). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2003; vol 1, 141-156.
- García Pleyan S, Clusa Gironella T. Problemas de salud y enfermedades del país de acogida. Programa de formación. *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona: Fundació La Caixa, 2008.

INMIGRACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA



RESUMEN

En los últimos años España ha pasado a ser el país de la Unión Europea que más inmigrantes recibe, y ya en el año 2006 la población inmigrante representaba el 6,87 % del total. Por orden de frecuencia los extranjeros provienen de países latinoamericanos, africanos, europeos no comunitarios, asiáticos, de América del Norte y de Oceanía. Y las comunidades donde los inmigrantes se asientan más son Cataluña, Madrid y Valencia.

Dividimos las sociedades receptoras de inmigración en: *asimiladoras*, *separadoras* e *interculturales*, aunque la mayoría de las veces en las sociedades de acogida se mezclan varias de estas características.

Según la Ley de Extranjería del año 2000, el único requisito para que los inmigrantes puedan ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud es estar empadronados en el municipio donde residen. Además, también reconoce el derecho a la asistencia pública de urgencia para enfermedades graves o accidentes y para las embarazadas y los menores de 18 años.

En cuanto a las repercusiones psicológicas de la inmigración, sabemos que ésta comporta pérdidas y tensiones por todo aquello que se deja atrás, lo cual da lugar al duelo migratorio. Éste se diferencia de los otros duelos por sus características de parcialidad, recurrencia y por tratarse de un duelo múltiple. Si los mecanismos

de defensa para superar el duelo migratorio no funcionan y el inmigrante tiene síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y disociativos decimos que sufre el Síndrome de Ulises.

Cuando trabajamos con grupos migratorios, es esencial individualizar para evitar caer en la generalización y la excesiva culturización. Para ello es conveniente conocer, a grandes rasgos, algunas diferencias socioculturales que explicamos con más detalle en el artículo. También nos será útil valorar los factores estresantes que actuarán antes, durante y después del proceso migratorio.

Las patologías que puede sufrir la población inmigrante más vulnerable y sobre las cuales debemos conocer algunas peculiaridades son: las enfermedades reactivas o de adaptación, los problemas de salud sexual y reproductiva, las enfermedades importadas y las enfermedades de base genética.

La dificultad de acceso a los servicios sanitarios, la falta de sensibilización sobre el proceso migratorio como factor de riesgo y las barreras comunicativas entre el profesional sanitario y el paciente pueden llevar a una atención inadecuada. Por este motivo, en el artículo se proponen una serie de actuaciones desde un enfoque multidisciplinar que ayudarán a mejorar la atención al paciente inmigrante.

IMMIGRATION AND HEALTH CARE



SUMMARY

In recent years, Spain has been found to be the country within the European Union that receives the largest amount of immigrants and already in the year 2006 the immigrant population represented the 6.87% of the whole population. In order of frequency, the foreigners come from Asian, African, Non-EU countries, Latin-American countries, North America and Oceania. And the communities in which the immigrants settle down the most are Catalonia, Madrid and Valencia.

We divide the immigrant-receiving societies in the following ranges: *Assimilative*, *Separative and Intercultural*, although most of times the receiving societies mix up different features of theirs.

According to the Spanish Immigration Law of 2000, the only requirement for the immigrants to be assisted within the scope of the National Health Service is to be registered in the municipality in which they reside. Besides, it also recognizes the right to public emergency assistance in cases of serious illnesses or accidents and for the pregnant and under-age people.

As for the psychological repercussions of the immigration, we know that this implies losses and strains for all that is left behind, which gives rise to the migratory grief. This differentiates itself from other griefs through its characteristics of bias, recurrence and because

it is a multiple grief. If the defense mechanisms to overcome the migratory grief do not work and the immigrant has anxious, depressive, somatic and dissociative symptoms we determine that he/she suffers from what is been called the Ulysses Syndrome.

When we work with migratory groups it is essential to individualize to avoid falling in the generalization and the excessive education. To this purpose, it is necessary to know, in outline, some sociocultural differences that are exposed with more detail in the article. Also, it will be useful for us to value the stressful factors that will act before, during and after the migratory process.

The pathologies that can be suffered by the most vulnerable immigrant population and on which we should know some peculiarities are: the reactive and adaptation illnesses, the problems of reproductive and sexual health and, the imported and genetic illnesses.

The difficulty of accessing to healthcare services, the lack of awareness on the migratory process as a risk factor and the communicative barriers between healthcare professionals and patients can lead to an unsuitable assistance. For this reason, a series of actions focused from a multidisciplinary level that will help to improve the assistance to immigrant patients are exposed in this article.



INMIGRACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA

JUDIT PERTÍÑEZ MENA Y THAÏS CLUSA GIRONELLA

*EAP Raval Sud. Institut Català de la Salut.
Avinguda Drassanes 17-21, Barcelona.*

INTRODUCCIÓN

Breve historia de las migraciones en España

La importancia que adquiere la inmigración en nuestra sociedad tanto en términos demográficos como en términos sociales y culturales es ya una obviedad.

En realidad, la situación de la Península Ibérica como lugar de paso entre distintos continentes hace que su historia haya estado marcada por la mezcla de culturas y sociedades, hecho que ha dado como resultado un mosaico en el que se representan gran variedad de éstas.

Después de las expulsiones de judíos y moriscos en la Edad Media y hasta la actualidad, España ha sido un país de emigración más que de inmigración.

La primera gran ola de emigración se produjo en el siglo XIX, cuando clases sociales bajas, sobre todo de Cataluña, Galicia y Euskadi, establecieron negocios en Latinoamérica. Durante la Guerra Civil Española un millón y medio de ciudadanos se exiliaron hacia Centroamérica, Suramérica, Francia y Gran Bretaña y tras la Segunda Guerra Mundial muchos españoles se instalaron en Europa y ayudaron a la reconstrucción de Alemania y Francia como mano de obra.

Durante la dictadura de Franco se produjeron migraciones dentro del país que fueron de las zonas rurales a las urbanas siguiendo el proceso de industrialización de regiones como Cataluña, el País Vasco, Asturias y la ciudad de Madrid.

Fue sobre todo a partir del ingreso en la Unión Europea y de la mejoría económica cuando empezó la entrada de inmigrantes extranjeros al país. En la década de 1970, las crisis políticas de países de Suramérica hicieron que personas procedentes sobre todo de Argentina, Chile y Uruguay, la mayoría de ellas provenientes de zonas urbanas y con nivel cultural alto, se exiliaran a España. En la década de 1980, en cambio, la inmigración empezó a tener una causa más económica y se produjo una afluencia de africanos procedentes de países en vías de desarrollo que ocuparon lugares de trabajo, a menudo muy precarios, en el sector agrícola. A partir de 1990 creció la inmigración asiática, mayoritariamente de China, India y Pakistán, que se asentó en los sectores de la hostelería y el comercio. El servicio doméstico así como el del cuidado de gente mayor han sido ocupados principalmente por latinoamericanos, sobre todo de Ecuador, Perú y Colombia.

La crisis de la Europa del Este y la obertura a la Unión Europea favorecieron la llegada de inmigrantes de Rumanía y otros países de la zona y, a causa de la globalización de la economía, también aumentó el número de ciudadanos de la Unión Europea que participaron en el sector empresarial¹.

Epidemiología

Desde hace unos años España es el país de la Unión Europea que más inmigrantes recibe². Según los datos del Ministerio de Trabajo y



Asuntos Sociales³ a 31 de diciembre del 2006 había en nuestro país 3.021.808 de extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, lo que representa un 6,87% de la población, de los cuales 282.876 llegaron en el último año.

El 35,25% del total de los extranjeros procede de países iberoamericanos, el 23,48% de africanos, el 12,17% de europeos no comunitarios, el 6,55% de asiáticos, el 0,6% de América del Norte y el 0,06% de Oceanía.

Por comunidades autónomas, vemos que los extranjeros predominan en Cataluña, con un 21,32% de población inmigrante, seguida por Madrid, con un 19,07%, la Comunidad Valenciana, con un 13,58%, y Andalucía, con un 12,02%. De todas formas, se calcula que todavía hay un gran número de inmigrantes en situación no regularizada que podrían hacer aumentar las estadísticas.

La mayor parte de los inmigrantes son jóvenes (el tramo de edad más frecuente es el de 30 a 34 años, seguido del de 25 a 29).

SOCIEDAD DE ACOGIDA

Tipos de sociedades receptoras de inmigración¹

Dividimos las sociedades receptoras según sus actitudes frente a los distintos grupos migratorios: las *asimiladoras* son aquellas que consideran su cultura autóctona como única y tienden a hacer que el inmigrante renuncie a sus tradiciones y se adapte a las nuevas. Las *separadoras* no permiten la mezcla entre culturas y ellas se mantienen separadas totalmente. Se tiende a pensar que estos dos modelos dificultan el proceso migratorio, mientras que el de las sociedades *interculturales* lo facilita. Este tercer modelo intenta llegar a un intercambio entre la sociedad receptora y la inmigrante, mejorando su relación y consiguiendo que en un futuro surja una nueva comunidad fruto del intercambio cultural y del diálogo.

En realidad, esta división nunca es tan clara y podríamos encontrar componentes o tendencias

frente a la inmigración diferentes en una misma sociedad, o incluso observar cómo estas actitudes van cambiando a medida que pasa el tiempo.

Aspectos legales. Políticas de inmigración

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de población, entre las que se cuentan los inmigrantes, los refugiados y las personas desplazadas⁴.

En España, a partir de la modificación de la Ley de Extranjería del año 2000⁵, se estableció que todos los extranjeros que se encuentren en el país inscritos en el padrón municipal tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, independientemente de su situación legal en el país. También reconoce el derecho a la asistencia pública de urgencia ante enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuación de dicha atención hasta la situación de alta médica. Por último, reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a las embarazadas durante el embarazo, el parto y el posparto y a los menores de 18 años.

Pero, en la práctica, se observa que en cada autonomía varía el acceso de los inmigrantes a la red sanitaria. Los principales problemas que refieren para la obtención de la tarjeta sanitaria son los siguientes⁶:

1. Miedo a empadronarse por el posible acceso de la policía a este registro.
2. Falta de unificación de criterios en relación con el empadronamiento.
3. Problemas de tramitación de la documentación a consecuencia del idioma.
4. Gran retraso en las entregas de las tarjetas sanitarias una vez formulada su solicitud.
5. No asistencia en la Seguridad Social si no se tiene tramitada la solicitud de la tarjeta sanitaria.

Todo esto lleva a que muchos inmigrantes, sobre todo al inicio de la estancia en nuestro



país, desistan de obtener el acceso ordinario al sistema sanitario y se limiten a acudir a servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de Atención Primaria, para la resolución puntual de sus problemas de salud, con lo cual no existe una continuidad en la prestación de cuidados.

Al mismo tiempo existe una especie de “efecto llamada” que hace que se produzca una sobrecarga asistencial, no reconocida la mayoría de veces por la Administración, en los centros de salud y ayuntamientos donde los requisitos para la asistencia sanitaria y el empadronamiento son más fáciles y accesibles.

Marco legal en España

La población extranjera residente en España se calcula según el número de personas de fuera del país que legalmente residen en ella al estar en posesión de un permiso de residencia que puede ser de dos tipos⁶):

Régimen Comunitario: Contempla a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo (Noruega, Islandia, Liechtenstein), así como a sus familiares o casados con ciudadanos europeos.

Régimen General: Contempla a los extranjeros ajenos a los anteriores países mencionados.

Es importante tener en cuenta esta tipología, porque el tipo de permiso de residencia condiciona el acceso al permiso de trabajo, y así los ciudadanos del Régimen Comunitario tienen derechos que se corresponden con los de los españoles, pero los del Régimen General no. Y esto condicionará a su vez su situación social, económica, etc...

EL DUELO MIGRATORIO

Definición y características⁷

La migración es una situación de cambio en la que se espera obtener una serie de ganancias y

beneficios, aunque también comporta pérdidas y tensiones por todo aquello que se deja atrás, a las que denominamos *duelo migratorio*.

Es un duelo *parcial*, ya que el objeto del duelo, el país de origen, no desaparece como cuando muere un ser querido, sino que permanece donde estaba y esto hace que la posibilidad de retorno o de contactar con él sea posible.

Es *recurrente*, porque el inmigrante puede volver a su país de vacaciones o contactar con sus seres queridos de allí o con sus recuerdos. Por esto es un duelo de larga duración, que se puede reactivar cuando el inmigrante tiene dificultades o fracasos personales.

Además es un duelo *múltiple* que en realidad comportaría 7 duelos por:

1. La familia y los amigos.
2. La lengua.
3. La cultura.
4. La tierra.
5. El estatus social.
6. El contacto con el grupo étnico y/o nacional.
7. Los riesgos ligados a la migración.

Si analizamos esta larga lista de duelos, podemos decir que casi todo lo que envuelve al individuo cambia y pocas circunstancias de la vida dan lugar a tantos cambios como la migración.

Esto nos hace entender que muchas personas en esta situación se encuentren confusas, desorganizadas, y que a menudo necesiten apoyo.

Como consecuencia de tener que afrontar tantos cambios, el inmigrante se puede sentir desbordado y tiende a adoptar ciertas actitudes regresivas (más infantiles) que a veces comportan posturas de excesiva dependencia o queja. Ante esta situación, es importante entender que la regresión se expresa con frecuencia en los lugares donde la persona es mejor acogida, como es el caso de los servicios sanitarios y asistenciales¹.

La elaboración del duelo migratorio pasa por una serie de fases. En la primera predomina la negación (que se da más en hombres), después hay una fase de protesta y finalmente una de aceptación de la nueva realidad.

El duelo migratorio es *transgeneracional*, ya que no afecta sólo a los que emigran, sino tam-



bién a sus hijos. Si las siguientes generaciones de inmigrantes no acceden a ser ciudadanos con las mismas oportunidades en la sociedad de acogida, tienden a convertirse en minorías no integradas.

Resumiendo, a efectos de intervención tenemos que entender que la elaboración psicológica del duelo migratorio es un proceso que requiere tiempo, que se reactiva por otros duelos, que pasa por diferentes etapas y que se acompaña de actitudes regresivas y de ambivalencia.

Cuando el duelo migratorio no se elabora de forma adecuada y la persona sufre una situación de estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia, la frustración y la sensación de fracaso, puede aparecer el *síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*, también conocido como *síndrome de Ulises*. Este síndrome da lugar a un conjunto de síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y disociales en el inmigrante⁸⁻¹⁰.

ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Podemos llamar grupos migratorios a aquellas personas procedentes o no de un mismo origen que constituyen un grupo homogéneo en cuanto a su cultura, religión, hábitos, creencias y estructura social, aunque resulta complicado hablar de homogeneidad cuando nos referimos a las personas. Es esencial individualizar y tratar de situar a la persona en su entorno familiar y social, para evitar caer en la generalización y la excesiva culturización, es decir, atribuir todo el comportamiento de este individuo a su cultura diferenciada de la autóctona^{11,12}. Se puede hablar, a grandes rasgos, de algunas diferencias socioculturales^{1, 13, 14} en distintas áreas y para distintos conceptos, tal como exponemos a continuación.

El lenguaje y la expresión

En nuestra cultura el lenguaje verbal es claro y explícito, pero en otras culturas la comprensión

se basa más en el lenguaje no verbal y puede no existir vocabulario para expresar ciertas situaciones o emociones. El sufrimiento, por ejemplo, se expresa con más dramatismo en culturas mediterráneas, más estoicamente en culturas nómadas y orientales, y de forma más indirecta, por ejemplo con somatizaciones físicas, en culturas africanas o árabes.

Asimismo será distinto el saludo, la forma de dirigirse y de comportarse ante una persona, sobre todo si ésta es considerada de rango superior. Así, en culturas asiáticas se considera poco respetuosa una mirada directa y una risa desinhibida, y se tiende al asentimiento constante como cortesía, cosa que, en ocasiones, puede causar confusión.

En estudios que relacionan cultura y personalidad se afirma que las culturas que se asocian a estructuras de personalidad colectivista (como en la China o Guatemala) utilizan un tipo de lenguaje más metafórico y expresan sus experiencias a través de imágenes. Estas sociedades tienen más tendencia a las somatizaciones, mientras que las culturas más individualistas (como la europea o la estadounidense) presentan un elevado contenido cognitivo de sus emociones, utilizan un lenguaje abstracto y expresan la realidad en palabras concretas. Son culturas que valoran más la introspección.

La familia, los roles sociales y las cuestiones de género

En muchas culturas se conservan ciertos roles típicos de una estructura familiar tradicional, de manera que cada individuo desempeña una función y tiene un poder específico dentro de su familia y desde este rol se adquiere cierta proyección social.

Una familia compuesta tradicional se encuentra jerarquizada en función de la edad y el sexo. El cabeza de familia suele ser el hombre de más edad. Éste tomará las decisiones importantes y en muchas ocasiones será el que mantendrá las relaciones sociales con el exterior y tendrá un trabajo fuera del hogar. Su honor y



prestigio será obtenido a través de estos roles y con el correcto funcionamiento de los roles del resto de la familia. Por este motivo, el hombre será el que tendrá más estudios. La mujer, en cambio, se ocupará del mundo doméstico y en algunas zonas rurales desarrollará las tareas agrícolas. La mujer casada adquirirá mayor posición social cuantos más hijos tenga. La fertilidad es muy valorada porque los hijos, sobre todo los varones, proporcionan una mayor seguridad física, económica y social, aumentando la mano de obra y protegiendo a sus padres mientras envejecen. Todo esto hace a la mujer más dependiente e insegura y, en consecuencia, podrá ser más vulnerable en cuanto intente adaptarse a una sociedad distinta a la de origen y pierda estos sus roles dentro de la familia.

En cuanto a los matrimonios, en muchas ocasiones serán acordados con criterios de ganancias materiales, por lo que es frecuente la endogamia para evitar que las riquezas de la familia se dispersen. La alta mortalidad materno-infantil que existe en sus países de origen condiciona un gran número de matrimonios en edad temprana y consecuentemente de embarazos y nacimientos, originándose una cierta desconfianza hacia la planificación familiar y el control de la natalidad, al ver limitadas sus expectativas de futuro que tienen depositadas en sus hijos. Se acepta, en cambio, la dependencia cada vez mayor de los ancianos, de manera que la familia asume la responsabilidad de su cuidado.

El conflicto intergeneracional

Las familias que han emigrado padecen una serie de conflictos intergeneracionales debido a que los hijos de los inmigrantes a menudo sufren la falta de referentes por la pérdida de la estructura familiar jerarquizada y extensa, ya que pueden estar separados durante largos periodos de tiempo o indefinidamente de sus progenitores, hermanos, abuelos, tíos, etc. Esto conlleva una deficiencia en los modelos de identificación psicológica, y por este motivo se da

tanta importancia a la reivindicación de la reagrupación familiar. Además, los más jóvenes adoptan con más facilidad la cultura de la sociedad de acogida, y esto también puede crear nuevos conflictos de rol por la pérdida de la sumisión y el cambio de hábitos, especialmente en los adolescentes y en las mujeres.

Los hijos de los inmigrantes tendrán en sus padres o cuidadores el principal modelo al que acudir cuando tengan que afrontar su propio duelo migratorio. El grado de elaboración del duelo migratorio que efectúen éstos y la actitud que adopten hacia el país de acogida serán puntos de referencia para ellos.

Estos aspectos ayudan a comprender por qué los hijos de los inmigrantes son más vulnerables en el proceso migratorio. Los adultos poseen un modelo de referencia psicocultural más estructurado, pero las siguientes generaciones, que a menudo ya han nacido en el nuevo país, carecen de puntos de referencia claros. Viven una emigración de una tierra a menudo idealizada, que conocen poco, donde se sienten extraños, y luchan por adaptarse a un país donde han nacido pero que a menudo les rechaza por su origen, creándoles una todavía mayor confusión. A veces las familias de inmigrantes tienden a cerrarse en ellas mismas como respuesta al rechazo que perciben por parte de la sociedad de acogida, generando problemas de excesiva dependencia entre sus miembros.

Los hábitos dietéticos

Las distintas creencias y prácticas religiosas ocasionan comportamientos y hábitos distintos a los de nuestra cultura, como ocurre en el caso de los hábitos dietéticos. Al margen de la cultura gastronómica tradicional de cada país, los hábitos dietéticos varían según las creencias religiosas y, aunque en cada sociedad la diversidad es la regla, se pueden observar y describir distintos hábitos en función de la cultura de origen.

Los musulmanes, por ejemplo, comen carne *halal*, es decir, sacrificada según un rito, y tienen prohibida la ingesta de cerdo y alcohol. Asi-



mismo, durante un mes al año, el noveno mes lunar del calendario mahometano, celebran el *Ramadán* que consiste en realizar un ayuno durante las horas de luz solar. Por otra parte, los judíos ortodoxos comen *alimentos kosher* y los hindúes siguen una dieta vegetariana o, al menos, con restricción de carne de buey y cerdo. En culturas del este de la India los alimentos son clasificados como *calientes* (estimulantes y afrodisíacos), que deben ser moderados, y *fríos*, que son más seguros.

Sin embargo, no hace falta ser un practicante estricto de la religión para seguir algunas de estas tradiciones, ya que de la misma forma que en Europa no todas las personas que celebran la Navidad son católicas practicantes, tampoco todos los nacidos en países de religión musulmana que hacen el *Ramadán* o no comen cerdo son musulmanes practicantes.

En países donde han escaseado los alimentos ser obeso indica prosperidad y cierta categoría social, por lo que algunos individuos pueden manifestar preocupación por su delgadez y gran satisfacción por la obesidad.

En muchas ocasiones, algunas poblaciones inmigrantes, al vivir fuera de su país, se encuentran con déficits o excesos nutricionales, debido a una mala adaptación de sus costumbres alimentarias a las del país de acogida y al tipo de vida que llevan en él. Esto puede hacer difícil su adherencia a dietas y otros tratamientos prescritos. Se ha hablado de un proceso de occidentalización que consiste en la adopción de algunos hábitos de nuestra cultura, aunque no sean saludables, en un intento de búsqueda del reconocimiento social y del camino a la adaptación, como pueden ser el consumo de tabaco, de alcohol y de alimentos con bajo valor nutritivo.

La salud y la enfermedad

Cada cultura puede tener sus propios modelos para explicar el funcionamiento corporal y los conceptos de salud y enfermedad¹. Su interpretación, además, variará en función del nivel social y educativo de cada individuo. Distintos

comportamientos, trastornos, enfermedades o exploraciones son estigmatizados de distintas maneras en cada contexto determinado.

En muchas culturas tradicionales prevalecen modelos holísticos según los cuales la salud se basa en el equilibrio entre el bienestar con uno mismo visto como un microcosmos en interrelación con la naturaleza y sus elementos (macrocosmos).

Cada país tiene desarrollado su sistema de salud público y/o privado con los roles y responsabilidades definidas para cada uno de los actores: los profesionales y los pacientes. En la mayoría, se practican en mayor o menor proporción la medicina tradicional y la moderna según la accesibilidad que tiene la población a cada una, el nivel socioeconómico, y los problemas de salud que se presenten. Además, cada sistema de medicina tradicional dispone de sus terapias alternativas. Así, en la India se hace uso de los productos naturales con propiedades curativas y con el fin de restablecer el equilibrio con el medio (medicina ayurvédica), al igual que en China, donde además se dispone de otras técnicas como la acupuntura. En las culturas africanas predominan los médicos cirujanos, quiroprácticos y curanderos, y el uso de vitaminas y amuletos para evitar o sanar enfermedades es muy común. En algunas regiones con creencias preislámicas y tendencias arcaicas aún se practican intervenciones mutilantes, como la circuncisión femenina. Otras intervenciones como la circuncisión masculina se practican en la cultura judía y musulmana.

Con frecuencia, los pacientes irán a consultar a ambos sistemas médicos y asimilarán la información recibida según se ajuste a sus creencias tradicionales, buscando terapias apropiadas de acuerdo con sus conceptos de causalidad. A esto se une que en muchos países la cobertura sanitaria de la población es muy baja, y los individuos acuden a los centros de salud, sobre todo en el caso de la medicina occidental, sólo cuando se encuentran enfermos, esperando una solución o curación inmediata, sin el retraso diagnóstico que puede conllevar la realización de exploraciones complementarias debido a que



éstas pueden no estar a su alcance. Y, en los casos en que no se les ofrece solución, o simplemente no son accesibles a ésta, aceptan su condición de enfermos y el desenlace de su enfermedad.

Partiendo de esto, ya en nuestro sistema sanitario, puede existir cierta falta de confianza en nuestros profesionales, ya que a menudo necesitan solicitar exploraciones complementarias, antes de llegar a un diagnóstico, que retrasan la solución a la demanda^{15,16}. Además, se hace mucho más hincapié en la prevención, lo que no está de acuerdo con los principios de causalidad que hemos comentado, ya que los individuos que no se sienten enfermos no experimentarán ninguna necesidad de acudir a un centro sanitario, de realizarse ninguna exploración, ni mucho menos recibir ningún tratamiento ni prescripción médica. Un buen ejemplo de ello es el caso de los que padecen diabetes mellitus, los cuales puede que no se sientan enfermos y, por ello, no se adhieran a ningún tratamiento ni seguimiento médicos hasta que no se presenten complicaciones secundarias a la enfermedad.

La vida y la muerte

En muchas religiones, el destino y la muerte están depositados en manos de un ser superior; existe, pues, un cierto fatalismo y pasividad ante los acontecimientos vitales, de manera que es mayor la aceptación del sufrimiento y de la muerte. La muerte está rodeada de distintos ritos funerarios según las culturas, que marcarán el lugar y la forma en que hay que morir, el tratamiento del cadáver y otros rituales alrededor de éste.

LA VULNERABILIDAD DEL INMIGRANTE

El inmigrante con riesgo de enfermar

A la hora de atender a la población extranjera resulta imprescindible hacernos unas preguntas

iniciales: ¿a quién llamaremos inmigrante?; ¿quiénes serán los más vulnerables? Contestándolas trataremos de discriminar qué población es la que nos preocupa, la que tiene mayor riesgo de enfermar, a la que atenderemos teniendo en cuenta algunas peculiaridades sobre las que hablaremos más adelante⁹.

Cualquier inmigrante, sea cual sea su procedencia, acostumbra ser un individuo joven, sano y fuerte en su lugar de origen, con gran iniciativa y capacidad para adaptarse a los cambios. Por estos motivos es él quien emigra y no otros individuos de su comunidad. Cualquier migración, por corta y planificada que sea, conlleva una serie de ganancias y pérdidas; por tanto, requerirá la elaboración del duelo por estas pérdidas para llegar a la correcta adaptación al nuevo medio. Éste se irá elaborando con más o menos éxito en razón de distintas variables y factores estresantes que actuarán antes, durante y después del proceso migratorio^{1,17}. El resultado será la adaptación, acomodación, integración o, en el peor de los casos, la inadaptación.

Entre las *variables* que influirán negativamente *antes y durante la migración* encontramos: la personalidad y la fragilidad social del individuo, de manera que son más vulnerables los más dependientes como las mujeres, niños y ancianos; las experiencias vividas en el país de origen, como la extrema carencia, la falta de libertades y la descohesión familiar; el bajo nivel cultural; la desmotivación y las ansiedades que se generan con el cambio. A estas variables se añadirán las que actuarán *después de la migración*, como son la actitud del medio respecto al inmigrante: políticas de Estado, presiones para la culturización, oportunidades económicas y sociales; las experiencias vitales en él y el cumplimiento de expectativas; y, por supuesto, también las intergeneracionales, que serán las que afectarán a la descendencia de las personas inmigrantes.

Teniendo en cuenta todos estos elementos estresantes, podemos considerar que serán mayoritariamente los inmigrantes que provienen de países empobrecidos, con mayores des-



igualdades socioeconómicas, los más vulnerables a nivel bio-psico-social, y los que tendrán que superar un duelo más complicado. Por ello, serán los que tendrán más difícil la adaptación, con el consiguiente riesgo para su salud y bienestar. Esto nos permite definir que cuando estamos hablando de inmigrantes nos referimos a éstos, los más vulnerables, y no tanto a los que provienen de países desarrollados y gozan de más facilidades a todos los niveles.

Las afecciones que puede sufrir la población inmigrante más vulnerable, y sobre las que tenemos que conocer algunas peculiaridades, se engloban en las siguientes categorías^{9, 18}:

- Enfermedades reactivas o de adaptación.
- Problemas de salud sexual y reproductiva.
- Enfermedades importadas.
- Enfermedades de base genética.

Enfermedades reactivas o de adaptación

En primer lugar, por su alta prevalencia, encontramos los *trastornos mentales*. Son frecuentes los trastornos adaptativos en forma de síndromes depresivos y ansiosos¹⁹⁻²¹. El principal problema que suponen para los profesionales sanitarios es la dificultad en su diagnóstico, debido a las barreras idiomáticas y culturales, ya que la sintomatología subjetiva típica de estos cuadros puede expresarse de manera muy diversa en función de las creencias culturales sobre la salud, la enfermedad y los estados emocionales. Así, es frecuente que se exprese en forma de somatizaciones (epigastralgia, cefalea, disfunciones sexuales, dolores musculoesqueléticos) y que esto retrase el diagnóstico de los problemas mentales subyacentes^{22, 23}.

Los *hábitos tóxicos* como el consumo de alcohol, el tabaquismo y el abuso de drogas y la modificación de los estilos de vida pueden ser un problema creciente en el contexto de la inmigración, sobre todo en adolescentes.

También cabe mencionar la importancia de algunas *enfermedades infecciosas* por su elevada y relevante incidencia^{24, 25}. Distintos estudios

epidemiológicos²⁶⁻²⁹ demuestran la progresiva disminución de la incidencia de tuberculosis activa en la población autóctona en nuestro medio, gracias a la progresiva mejoría de las condiciones socioeconómicas y a la introducción del tratamiento antirretroviral en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Pero, como ha ocurrido en otros países europeos desde hace una década, esta incidencia tiene tendencia a mantenerse e incluso a aumentar por la afectación a la población inmigrante. Esta población se ve afectada debido a la mayor prevalencia de la infección en el lugar de origen y por su reactivación, favorecida por las malas condiciones higiénico-alimentarias en que se encuentra después de la migración, sin despreciar el número de casos por contagio directo reciente. Se ha definido un periodo de mayor riesgo durante los 2-5 años posteriores al cambio de país. Igualmente, se ha evidenciado que esta mayor incidencia de tuberculosis en la población inmigrante no ha modificado la de la población autóctona. En población de riesgo, sería recomendable la realización de la prueba de la tuberculina para detectar la infección latente y ofrecer tratamiento profiláctico, y la realización de una radiografía de tórax en caso de contactos, antecedentes o clínica mínimamente sugestiva de tuberculosis activa, como tos de 2-3 semanas de evolución, síndrome constitucional, etc. para ofrecer tratamiento e iniciar el estudio de los contactos lo más pronto posible^{1, 9}.

Otras infecciones prevalentes son las *parasitosis intestinales*, las *enfermedades de transmisión sexual*, y las *hepatitis víricas*. Está recomendado su cribado en población de riesgo recién llegada mediante la determinación de parásitos en heces y la realización de serologías en analítica de sangre; también debe ofrecerse consejo a los viajeros cuando van a su lugar de origen, y la vacunación o profilaxis en los casos pertinentes.

En el ámbito de la *pediatría* se han hallado ciertos déficits nutricionales y vitamínicos como la ferropenia, por carencia de algunos componentes básicos en la dieta, o hipocalcemias y



raquitismos, por el mal uso de los sustitutos de la leche materna y el escaso aprovechamiento de los rayos solares. También hay que tener en cuenta la escasa cobertura vacunal existente en algunos países, para la que la mejor solución es la revacunación.

Problemas de salud sexual y reproductiva

La *salud sexual y reproductiva* tiene un papel importante en el campo de la salud pública. Son problemas frecuentes en algunos colectivos los partos prematuros, el bajo peso al nacer, las complicaciones en el parto y las demandas de interrupción del embarazo. Éstos se deben en parte a un mayor número de embarazos no deseados o mal controlados y al escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos³⁰.

Enfermedades de base genética

En la población inmigrante se pueden hallar con frecuencia, y de forma casual, síndromes anémicos, hemoglobinopatías y talasemias, debido a la alta frecuencia de consanguinidad en los matrimonios en muchos países. En estos casos será importante realizar un buen consejo genético.

Enfermedades importadas

Más raramente se diagnostican enfermedades tropicales como estrongiloidiasis, filariasis, esquistosomiasis, paludismo y dengue, que requieren su derivación a centros especializados en Medicina Tropical. La sospecha de estas enfermedades será eminentemente clínica, a partir de síndromes diarreicos, síndromes febriles, o de los hallazgos en analíticas de control de eosinofilia, anemia, hematuria, etc., aunque, en algunos casos y según el lugar de procedencia, se deberá realizar el cribado en individuos asintomáticos.

LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

Dificultades de acceso al sistema sanitario

Los inmigrantes experimentan una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud y a la información sanitaria^{31, 32}. Con el fin de explicarlas, se han definido como restricciones internas y externas. Las *restricciones internas* son las barreras que el individuo se pone a sí mismo. Entre ellas se denomina como *autorrestricción primaria* a una serie de factores internos como la autopercepción de salud y la falta de información sobre los recursos de que se dispone, que no le hacen sentir al individuo la necesidad de acudir al servicio de salud. Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, en el recién llegado los problemas de supervivencia inmediata son prioritarios frente a la salud y posteriormente también serán prioritarios los problemas laborales. Las *restricciones externas* incluyen las dificultades administrativas, socioeconómicas, culturales y comunicativas que se presentan para acceder a los equipos sanitarios. Éstas favorecen una *autorrestricción secundaria*, ya que el individuo con una experiencia previa negativa respecto a algún servicio sanitario se mostrará más reticente a la hora de volver a acudir.

Atención sanitaria inadecuada

Cuando el individuo carece de una red de apoyo social y de un soporte psíquico adecuado a sus necesidades, intentará recurrir en muchos casos a su médico de familia, a su pediatra o a servicios de urgencias para expresar su malestar psicológico. Estas quejas psíquicas, debido a las diferentes creencias sobre salud y enfermedad, las diferencias culturales y a la dificultad de comunicación, muchas veces se expresarán en forma de somatizaciones³³. La dificultad de acceso a los servicios sanitarios, la falta de sensibilización sobre el proceso migratorio como factor de riesgo y las barreras comunicativas



entre el profesional sanitario y el paciente pueden llevar a una atención inadecuada de estas demandas. Esto extenderá y cronificará la sintomatología somatoforme, por parte del paciente para llamar la atención, y por parte del profesional sanitario para justificar actuaciones que esconden su sensación de impotencia. De esta manera, el duelo mal elaborado y somatizado del inmigrante puede llegar a lo que se llama la *medicalización cronificada*^{34, 35}. Los sanitarios, en la búsqueda de un diagnóstico orgánico que la mayoría de las veces no existe, recurrirán a exploraciones complementarias innecesarias y a derivaciones injustificadas a niveles especializados, lo que puede dar lugar a situaciones de frustración profesional. Y los usuarios, al no hallar una respuesta efectiva a su demanda, caerán en la hiperfrecuentación de los centros sanitarios, con el consiguiente riesgo de iatrogenia. Estos hechos acabarán irremediablemente en la insatisfacción del usuario y del profesional, y en un aumento de los costes y sufrimientos por ambas partes.

Aunque en ocasiones las necesidades de esta población han sido atendidas de forma más especializada en algunas zonas en donde han surgido unidades específicas de atención al inmigrante, éstas se han generado por la alta demanda y a partir de la voluntad de los profesionales de ajustar sus servicios a las características de esta población pero, a menudo, sin planificación previa. Sin embargo, la población inmigrante debe ser abordada de forma integral desde la Atención Primaria, y los centros especializados han de utilizarse para tratar enfermedades importadas poco frecuentes en nuestro medio y no como recursos para paliar los déficits existentes en los centros de Atención Primaria. De la misma manera, hasta la entrada en vigor de la Ley 4/2000, había redes paralelas de atención a inmigrantes promovidas por organizaciones no gubernamentales o por algunas administraciones públicas como los ayuntamientos, a título de beneficencia, ya que hasta entonces esta población sólo tenía acceso a los servicios de urgencias y de pediatría. Actualmente, con la accesibilidad universal de la

población y la atención sanitaria unificada, estas redes prácticamente han desaparecido.

Utilización de los servicios sanitarios

A pesar de lo que se creía hasta hace poco, y coincidiendo con algunas experiencias en países europeos, en un estudio reciente sobre las diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española, realizado a partir de encuestas de salud en distintas comunidades autónomas^{30, 36}, se ha demostrado que, en líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la población española la mayoría de los servicios sanitarios. Se describe una menor frecuentación en la consulta del médico de atención primaria, menos hospitalizaciones y, sobre todo, una menor frecuentación en la consulta del médico especialista y una menor utilización de los servicios preventivos como pueden ser las citologías y las mamografías en mujeres. También se describe un menor uso del dentista y de servicios de medicina privada. En cambio, en los servicios de urgencias sí que se observa una mayor frecuentación, sobre todo de algunos colectivos como la población procedente de América Central y del Sur, y en general las mujeres o los trabajadores menos cualificados.

Una posible explicación que se da a estos hallazgos es la posible diferencia en la situación socioeconómica entre la población inmigrante y la autóctona.

Abordaje multidisciplinar desde la Atención Primaria. Protocolos de actuación

El objetivo principal en la Atención Primaria será el de preservar la salud del inmigrante, ayudándole en la elaboración del duelo migratorio y evitando la cronificación medicalizada. Para una atención de calidad se precisará un correcto abordaje multidisciplinar a través de un equipo profesional sensibilizado e informado, y deberán tenerse en cuenta las distintas situacio-

TABLA 1. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES

A la administración	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer las condiciones laborales y una vivienda digna • Desarrollar políticas en contra de la exclusión social • Facilitar el acceso al sistema sanitario • Evitar la sobrecarga asistencial del profesional • Adecuación de recursos a las nuevas necesidades creadas • Coordinación interinstitucional
A los equipos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y trabajo multidisciplinario para un abordaje integral de la persona • Implementación de guías y protocolos de actuación • Intensificar nuestro esfuerzo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad • Determinar el perfil de la población y sus necesidades concretas • Programas de salud, incidiendo en salud materno-infantil, salud bucodental, búsqueda activa de enfermedades infecciosas, prevención y abordaje del alcoholismo y de las drogodependencias • Documentos informativos en varios idiomas para educación sanitaria dirigida a los diferentes colectivos • Fomentar la figura de los mediadores culturales como referentes para los profesionales del equipo
Al profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de aptitudes en medicina transcultural • Utilización de sistemas de traducción y soportes gráficos para disminuir la barrera del idioma • Actitudes de respeto, asertividad, comprensión y empatía
Al colectivo de inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la figura del mediador cultural • Educación para el uso correcto de los recursos sanitarios • Asociaciones de inmigrantes como red de apoyo social • Utilización de un documento que recoja un resumen de antecedentes

nes de riesgo individualizando cada uno de los casos³⁷⁻³⁹.

Existen distintos protocolos de actuación recomendados en la atención a inmigrantes recién llegados (2-3 años) que presenten factores de riesgo de enfermar¹.

Propuestas de actuación

La mejora de la atención al paciente inmigrante se debe conseguir siempre mediante la prevención y la readaptación de los sistemas receptores. Esta adaptación se trabajará en equipo y con un abordaje multidisciplinar, ya que el esfuerzo debe hacerse desde la Administración, los equipos de salud, los profesionales y los propios inmigrantes, tal como se muestra en la tabla 1¹⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morató Grieria J, Pertíñez Mena J, Clusa Gironella T. Migración y atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (eds). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Quinta edición. Barcelona: Elsevier, 2003; 141-156.
2. Vázquez J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria* 2006; 37: 249-50.
3. Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2006. Madrid, 3 de Enero de 2007. NIPO: 201-07-010.
4. Ley Orgánica 8/2000 de 22-12-2000, reforma de la ley orgánica 4/2000 BOE 22-12-2000.nº 307.
5. Larios MJ, Nadal M. L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2006. Volum I, Anàlisi jurídica i sociodemogràfica.
6. Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de atención al inmigrante*. Barcelona: SMMFC, 2003.
7. Atxotegui J. Los duelos de la migración : una aproximación psicopatológica y psicosocial. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona, 2000; 83-100.
8. Atxotegui J. *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
9. Atxotegui J, Bruguera R, Cabot A, García S, Gascón J, Jansà JM, Navarro M, Ollé C, Pertíñez J. Els immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxi. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona, Octubre, 2003.
10. López Izquierdo R, Hugo Martín del Barco O, Álvarez Manzanares P. Entrevista al paciente inmigrante. *AMF*. Junio 2007; 3: 259-266.



11. Vulpiani P, Comelles JM, Van Dongen. Health for all, all in health. European Experiences on Health Care for Migrants. European Commission. Perugia: Cidis Alisei, 2000.
12. Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatría Integral* 2001; 6(1): 42-50.
13. Delgado M. *Diversitat i integració*. Barcelona: Ed. Empúries, 1998.
14. Todd E. *El destino de los inmigrantes*. Barcelona: Ed. Tusquets, 1996.
15. Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria* 2002; 29: 466-8.
16. Kamphausen W. Inmigrantes en Europa: Condición sanitaria, riesgos para la salud y fomento de la salud. Conferencia Europea: Inmigrantes y promoción de la Salud: Estrategias e instrumentos. Asociación Salud y Familia. Barcelona, febrero 2001.
17. Tizón J L, Atxotegui J, Pellegrero N, San José J, Sáinz F, Salamero M. La migración como factor de riesgo para la salud. *Gac Sanit* 1986; 28: 149-155.
18. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. Disponible en www.semfyec.es.
19. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* Enero 2002; 29 (1): 6-13.
20. García Campayo J, Sanz-Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187-191.
21. Tizón JL. Migraciones y salud mental. *Gac Sanit* 1989; 3(14): 527-529.
22. Atxotegui J, Castelló M. Emigración y salud mental: Planteamientos básicos y estudio de los casos atendidos en 1995 en el servicio de atención psicopatológica y psicosocial a inmigrantes y refugiados de Barcelona. III Encuentro Internacional sobre la Tolerancia. Valencia, noviembre 1995.
23. Castillo R, Waitzkin H, Ramírez Y, Escobar JI. Somatization in Primary Care, with a focus on immigrants and refugees. *Arch Fam Med* 1995; 4: 637-646.
24. López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). *FMC* 1996; 3: 221-229.
25. López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). *FMC* 1996; 3: 278-280.
26. Vallès X, Sánchez F, Pañella H et al. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 376-378.
27. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria de l'any 2001.
28. Rius C, Caylà JA, García de Olalla P et al. Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública. La tuberculosi en Barcelona. Informe 2000.
29. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB), Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la SEPAR, Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la SEIMC. Documento de Consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 710-715.
30. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona, junio 2008.
31. Sundquist J. Migration, equality and access to healthcare services. *J Epidemiol Comm Health* 2001; 55: 691-2.
32. Zapata-Barrero R. Políticas de acomodación de los inmigrantes: Cómo mejorar las condiciones de salud, el acceso y la utilización de los servicios sanitarios. Conferencia Europea: Inmigrantes y promoción de la Salud: Estrategias e instrumentos. Asociación Salud y Familia. Barcelona, febrero 2001.
33. Farooq S, Gahir M S, Okyere E, Sheikh A J, Oye-bode F. Somatization: a transcultural study. *J Psychosom Res* 1995; 39: 883-888.
34. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados?. *Aten Primaria* 2001; 28(2): 89-90.
35. Atxotegui J. Planteamientos básicos sobre la inmigración desde una perspectiva psicopatológica y psicosocial. Simposio: Los servicios sociales en una sociedad multicultural. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
36. Regidor E. Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española. Madrid: Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid, 2008.
37. Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria, aspectos organizativos, formativos y de planificación. *Jano* 2002; 8: 54-60.
38. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFyC nº17.
39. Myerscough PR, Ford M. Aspectos de la comunicación transcultural. Hablando con pacientes. Claves para una buena comunicación. *Siete Días Médicos* 2001; 177-186.