

mesa redonda

Mesa redonda 1. Atención al inmigrante

Moderador: Dr. José Manuel López Abuin

La inmigración en España. El Proyecto Nacional de Atención al Inmigrante de SEMERGEN

José Manuel López Abuin.

Médico de Familia, C.S. Padrón, La Coruña. Coordinador Proyecto del Inmigrante- SEMERGEN.

LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

El objetivo principal de esta mesa es el de concienciarnos de que el personal sociosanitario debe estar preparado y disponer de los conocimientos oportunos para el abordaje del inmigrante, por las especiales características que en él y en su entorno confluyen. Es un paciente que cada vez demandará más de nuestra atención: si hace años era muy raro en nuestro Estado esta demanda, estamos viendo que crece de forma continua y constante: es un colectivo emergente. Para ello, SEMERGEN ha desarrollado su Proyecto de Atención al Inmigrante, y cuyas actividades actuales describiré más adelante.

Nuestro sistema sanitario ha sido creado históricamente para servir las necesidades de una población homogénea culturalmente, y debe amoldarse para ofrecer asistencia a una sociedad con diversidad de creencias y culturas, pacientes con problemas de salud y sociales con matices diferentes a los que estamos habituados. No sólo es una cuestión de amoldar el sistema de salud, sino también de que nuestros planes de formación de pregrado y la formación continuada que proseguiremos a lo largo de nuestra vida profesional la contemplen: en nuestros planes de formación no están incluidos los diferentes conceptos culturales de enfermedad.

La inversión en atención de la salud varía según los países entre el 1,5% y el 13,7% del Producto Nacional Bruto, lo que significa que según su Producto Nacional Bruto y el porcentaje asignado, la inversión en atención de la salud, en dólares americanos por habitante varía entre 11 (África Subsahariana y Asia) y 3.724 (EE.UU.), es decir, que un solo estadounidense ha gastado anualmente en atención de la salud lo mismo que 300 africanos o asiáticos. Ello no significa que ofreciéndole una sanidad de "segunda categoría" realicemos una labor digna: el sistema sa-

nitario constituye en muchas ocasiones para el inmigrante nuestra tarjeta de visita, la impronta, y su primer contacto de necesidad vital. Si nuestra intención es integrar al inmigrante en nuestro medio, qué mejor que lograr una satisfacción por su parte en la primera necesidad que le surja en nuestro país.

El movimiento migratorio hacia España previsiblemente aumentará: se trata de un colectivo emergente con una previsión de demanda sanitaria igualmente emergente. La emigración es un fenómeno global y universal que afecta a una gran parte de la población mundial. Hoy, alrededor de 150 millones de personas viven temporalmente fuera de sus países de origen; entre ellos 97 millones son trabajadores migrantes, según estimaciones de la OIT (Organización Mundial del Trabajo). En España, existían a principios de este año 1.109.060 extranjeros "legales", según cifras oficiales, y posiblemente cerca de 400.000 "ilegales". Comparativamente a nuestro entorno, existe una población inmigrante similar a la italiana, la más parecida a la nuestra (2,9%, con una relación inmigrante ilegal/legal de 1:6, que en nuestro caso es de 1:4), pero aún lejos de la media europea (5%), y mucho menos que la alemana o belga (10%). Por Comunidades Autónomas (CCAA), las que presentan un colectivo mayor de inmigrantes son Cataluña y Madrid (42% del colectivo total, ambas a partes iguales), seguidas de Andalucía (14%) y Canarias (10%).

España necesita el fenómeno de la inmigración por dos causas fundamentales:

–Los procesos migratorios entre los países del tercer mundo y los países industrializados es un acontecimiento de gran trascendencia en la actualidad: es la fuerza laboral del siglo XXI. España no es ajena a esta necesidad: debido al fenómeno de la emigración se produce un movimiento de población desde el mundo subdesarrollado hacia el norte industrializado, y España es la puerta de entrada de la frontera sur del espacio Schengen europeo, tierra prometida para hispanoamericanos separados de sus hijos y familias, o para muchos africanos que llegan a arriesgar su propia vida por intentar tener una oportunidad para salir de la miseria de sus pueblos y acceder a un trabajo que abra posibilidades de desarrollo personal (4.000 muertes producidas en relación con las pateras).

–En segundo lugar se estima que Europa precisará la entrada durante los próximos 20 años de 1,5 millones de inmigrantes anuales para no perder su población. En nuestro país, la pirámide poblacional tiende al envejecimiento, re-

flejado en el hecho de que el indicador de fecundidad evolucionó en España desde el segundo lugar, en 1976, detrás de Irlanda, hasta el último lugar entre 1996 y 2000. Hasta producirse esta eclosión de inmigración, ostentábamos el índice de natalidad más bajo de Europa, con visas a aumentar esta diferencia. En estos dos últimos años, ha aumentado la tasa bruta de natalidad (número de nacimientos por 1.000 habitantes) de 9,91 en el 2000 a 10,03 en el 2001. Se calcula que hemos alcanzado el año 2001 el valor más alto de fecundidad desde el año 1995, con 1,24 hijos estimados de media por mujer en edad fértil. En este crecimiento tienen mucho que ver los inmigrantes y su concepto de "familia extensa". curiosamente, las CCAA con mayor crecimiento en natalidad son aquéllas con mayor colectivo porcentual de inmigración. Así, las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta protagonizaron la tasa de natalidad más elevada del conjunto nacional, con un crecimiento del 18,65 y del 13,26, respectivamente, seguidas de Murcia, Baleares, Andalucía y Canarias.

EL PROYECTO NACIONAL DE ATENCIÓN AL INMIGRANTE DE SEMERGEN

Por la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN se me honró en su día encargándome la coordinación de este Proyecto, y a ello gustosamente accedí. Sus fines son: informar, educar e investigar sobre una temática emergente en España, cuál es la existencia de un colectivo foráneo en muchas ocasiones con un concepto cultural de enfermedad diferente a la nuestra, en el que existen particularidades clínicas en nuestras enfermedades prevalentes, y un pequeño riesgo de aparición de enfermedades foráneas a las que no estamos habituados. Todo ello dentro de un sistema de salud creado para asistir a un colectivo humano homogéneamente cultural, y a unos médicos no formados en su licenciatura en la medicina transcultural. Todo un reto.

El Proyecto, y las personas que en él estamos implicadas, tuvo claro desde el principio que debía ser libre de ideología política y debe su existencia gracias a la colaboración de la Fundación SEMERGEN. No ha entrado en colaboraciones con entidades dependientes de partidos políticos para preservar su identidad, independencia y libre opinión, al menos hasta la fecha, salvo para actividades puntuales de investigación.

Las principales actividades previstas del Proyecto para este otoño serán, entre otras:

1. Distribución de la Guía de Atención al Inmigrante-/Enfermedades Foráneas-SEMERGEN.
2. Reparto del Póster para Atención al Paciente Foráneo-SEMERGEN.
3. Edición del Documento "Pautas de actuación ante patología prevalente en el paciente transcultural".
4. Organización de la Mesa de "Atención al Inmigrante" en este XXIV Congreso Nacional de SEMERGEN-Salamanca 2002.
5. Organización de la Mesa de "Problemas Médicos en el Migrante Rural" en el Congreso de Medicina Rural de Países Mediterráneos y Balcánicos-Bari (Italia) 2002-07-07.

6. Taller de Formación de Formadores en Habilidades Clínicas para la Atención al Paciente Foráneo.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Guía de Atención al Inmigrante/Enfermedades Foráneas

Se trata de la obra más extensa editada en lengua española sobre la problemática que puede planteársele al médico en la asistencia a este colectivo, y he tenido la suerte de que el doctor Juan Ramón García Cepeda haya querido participar en la coordinación de la obra conmigo.

Se distribuirán gratuitamente más de 6.000 ejemplares, destinados a los médicos de familia Socios de SEMERGEN.

Tiene 4 partes bien diferenciadas, la primera de carácter descriptivo, la segunda básicamente trata de medicina transcultural, la tercera sobre enfermedades del viajero y la cuarta sobre patología foránea.

En ella están recogidas casi 200 enfermedades foráneas que es muy difícil que se den en nuestro país (de la más prevalente, el paludismo, se registraron 446 casos el año pasado, y sólo aproximadamente la mitad de ellos correspondieron a inmigrantes).

Póster para Atención al Paciente Foráneo

La necesidad de una herramienta para salvar la barrera idiomática impulsó la idea de incluir dentro del Proyecto del Inmigrante-SEMERGEN la realización de un Póster para desplegar en la consulta médica y sobre él realizar las principales preguntas que se hacen en la consulta, los síntomas, las características, localización, etc.

En este Póster aparecen reflejados en la parte superior, sobre una figura humana, los 75 principales síntomas de enfermedades prevalentes, escritos señalando la zona de la figura correspondiente, y en la parte inferior las 40 palabras utilizadas normalmente para la anamnesis (el interrogatorio). Todo ello en 9 idiomas: español, inglés, francés, ruso, polaco, rumano, chino, indú y árabe. No se ha hecho hasta la fecha una obra de estas características ni en tantos idiomas.

Se está distribuyendo a todos los centros de salud españoles.

Edición del Documento "Pautas de actuación ante patología prevalente en el paciente transcultural"

Se trata de un documento al que se está dando difusión, empezando por su distribución en la revista SEMERGEN-Hoy a los socios. Sienta las pautas para que el médico de familia pueda orientar su asistencia dignamente en el manejo de patologías entre nosotros comunes, pero que en el enfermo foráneo de otra cultura adquiere unas connotaciones especiales.

Organización de la Mesa de "Atención al Inmigrante" en el XXIV Congreso Nacional de SEMERGEN-Salamanca 2002

En nombre del Proyecto del Inmigrante de SEMERGEN quiero agradecer de nuevo a los Comités Científico y Or-

ganizador del Congreso Nacional de Salamanca que la primera mesa del Congreso se destine a esta temática. Creamos que ello constituye un reconocimiento a la importancia del fenómeno de la inmigración dentro de la actividad profesional del médico de familia.

Organización de la Mesa de “Salud Rural: habilidades clínicas en la asistencia al Migrante Rural” en el Congreso de Medicina Rural de Países Mediterráneos y Balcánicos-Bari (Italia) 13-16 Noviembre 2002

Este Congreso se ha convertido para la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) en uno de los eventos científicos internacionales más significativos que se celebrarán este año, por cuanto significa de ruralidad (la esencia de nuestra Sociedad) y la órbita mediterránea, implicándose activamente en el desarrollo de las distintas actividades científicas previstas en este foro. Con su celebración se pretende alcanzar un doble objetivo: por una parte, revisar el estado de la salud rural en el área mediterránea y, por otro, facilitar el intercambio de proyectos en el medio rural. En el Comité Asesor Internacional, como el representante español en este Comité, y dada mi implicación en el Proyecto del Inmigrante-SEMERGEN, ha conseguido que una de las mesas estrellas del Congreso, la de Salud en el Medio Rural, se dedique precisamente a tratar el tema de la migración humana, esta vez en el Medio Rural.

Taller de Formación de Formadores en Habilidades Clínicas para la Atención al Paciente Foráneo

Es indudable que una necesidad sentida por parte del médico de familia es la de adquirir las habilidades clínicas necesarias para el manejo de estos pacientes y que ocasionalmente se puede hacer difícil ofrecerle una asistencia de calidad.

El taller de formación de formadores se realizará con la finalidad de disponer en el Proyecto de un grupo selecto de profesorado médico apto para realizar talleres y capaz de impartir a los médicos una serie de habilidades a la hora de manejar a estos pacientes.

PRESENTACIÓN

Recibido el encargo por el comité científico del Congreso de organizar esta mesa, no hemos considerado oportuno incidir sobremanera en aspectos epidemiológicos o sociales, sino que la finalidad de la misma será mostrar la práctica médica en ocasiones especial que precisa este colectivo, y los conocimientos básicos que debe tener el médico de familia para ofrecerles un servicio aceptable.

De los demás miembros de la mesa objeto de este escrito, mencionar que:

El doctor José Luis Martíncano Gómez, miembro destacado del Grupo de Salud Pública SEMERGEN y colaborador del Proyecto, describirá “La Medicina Transcultural”, un tema apasionante no recogido en nuestros planes de formación, desconocido para la mayoría de nosotros y que a todas luces nos demostrará por su disertación como imperiosamente necesario de ser reflejado en los mismos.

Seguidamente, el doctor Juan Ramón García Cepeda, coordinador del Grupo de Salud Pública SEMERGEN y colaborador también del Proyecto, comentará las “Habilidades Clínicas en la Atención al Inmigrante”, incidiendo de manera especial no en posibles enfermedades foráneas importadas, imposibles de recoger en una mesa de estas características, sino más bien en pequeñas habilidades en el día a día de la asistencia y patologías comunes que en estos pacientes reúnen una serie de connotaciones especiales.

Por último, el doctor José Vázquez Villegas, coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante de la Samfyc, hablará de “La experiencia andaluza en el abordaje de la inmigración”, es decir, recogerá la experiencia de los médicos de familia de la Comunidad Autónoma Andaluza en la Atención a estos pacientes, incidiendo de manera especial en el colectivo procedente del continente africano.

Los ponentes y el moderador esperan de este modo ofrecer una mesa que sobre todo reúna aspectos formativos, y desean que en ella estén presentes no sólo los médicos que en su consulta atienden a diario a estos colectivos, sino que a ella acudan además precisamente los médicos no habituados a su asistencia, garantizándoles que será una mesa entretenida y práctica, y que de ella sacarán beneficio para su ejercicio profesional, pues como decimos los colaboradores del Proyecto, se trata de una “necesidad emergente”.

Habilidades clínicas en la atención al inmigrante

Juan Ramón García Cepeda

Médico de Familia, P.A.C. Boiro, La Coruña. Coordinador Grupo de Salud Pública - SEMERGEN

INTRODUCCIÓN

Debido a las características socioeconómicas culturales de nuestro país y favorecida por su situación geopolítica, hemos visto, especialmente durante los últimos años, como cada vez tenemos un mayor número de inmigrantes entre nosotros, lo cual genera una serie de necesidades para adaptarnos a este hecho y tratar de minimizar los problemas que ello pudiera generar.

Los aspectos generales que habría que considerar son:

- Aspectos legales.
- Aspectos sociales.
- Aspectos culturales y psicológicos del inmigrante.
- Aspectos sanitarios.

Dentro de los aspectos sanitarios hay que considerar:

- Sanidad Exterior: Vigilancia y Control.

-Sistema Nacional de Salud: Aspectos legales y económicos.

- Salud Pública: Epidemiología.
- Asistencia sanitaria: Recursos materiales y humanos.
- Formación específica de los profesionales sanitarios.

SANIDAD EXTERIOR

La Sanidad Exterior es una competencia exclusiva del Estado (art. 149.1.16º de la C.E). “Son actividades de Sanidad Exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.” (LGS art. 38).

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las repercusiones de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud son fundamentalmente legales y económicas.

Aspectos legales: cobertura, catálogo de servicios, aspectos culturales y religiosos contrarios a nuestras costumbres tanto en adultos pero muy especialmente en menores de edad.

Aspectos económicos: elaboración de los presupuestos correspondientes, con imputación del gasto generado y asignación de recursos en función del mismo.

SALUD PÚBLICA

Es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a la promoción y restauración de la salud de los habitantes de una comunidad.

Salud Pública: funciones

1. Promoción de la salud (fomento y protección): a) acciones sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental e higiene de los alimentos y b) Acciones sobre el individuo: medicina preventiva y educación sanitaria.

2. Restauración de la salud (asistencia y rehabilitación): a) asistencia sanitaria: primaria (centros de salud) y secundaria (hospitales) y rehabilitación y reinserción social.

3. Funciones generales o de servicio

Servicios de Salud Pública

Las funciones fundamentales de los Servicios de Salud Pública se centran fundamentalmente en la epidemiología, que es el estudio de la frecuencia y distribución de los estados de salud y enfermedad en la población, y de los factores que los determinan (OMS).

Servicios de Salud Pública: funciones

Estas funciones se llevan a cabo mediante: vigilancia epidemiológica, investigación causal, evaluación de las intervenciones, elaboración del calendario vacunal.

Vigilancia epidemiológica

1. Estudio del grado de salud en la comunidad.
2. Evaluación de los servicios de salud.

3. Evaluación de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
4. Indicadores epidemiológicos.
5. Variables epidemiológicas.
6. Identificar nuevos fenómenos y/o síndromes y priorización de los problemas de salud.

Vigilancia epidemiológica

Modelos

–Sistema universal: todo el personal sanitario está obligado a notificar determinadas patologías.

–Médicos centinela: se establece un determinado número de médicos que serán los encargados de elaborar los registros que recojan la mortalidad y morbilidad que ve en su consulta o centro.

–Sitios centinela: se establecen los lugares o zonas donde se elaborarán los registros recogiendo la mortalidad y morbilidad de esa zona.

Componentes

–Subsistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO).

–Subsistema de Notificación de Laboratorios Microbiológicos (SNOLAM).

–Subsistema de Seroepidemiología.

Investigación causal

De los fenómenos biológicos, sociales, etc., que afectan a la salud de la comunidad: determinación del problema, etiología, magnitud, distribución, evaluación, planificación de las medidas a tomar, ejecución de las medidas adoptadas.

Evaluación de las intervenciones

Se realiza a través del estudio y posterior análisis del impacto de la intervención epidemiológica, cuyos principales objetivos son el control, reducción o erradicación de un determinado proceso.

La evaluación ha de ser de la estructura, del proceso y del resultado.

ASPECTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE

1. Integrarlos en la Atención Primaria de Salud.
2. Intentar conocer aspectos culturales, religiosos, etc., que puedan interferir en la asistencia sanitaria.
3. Dotación, en función de la carga asistencial.
4. Conocer las peculiaridades o diferencias que tienen determinadas patologías.
5. Reconocer las patologías más importantes (por la repercusión en el resto de la población) y las más frecuentes (por la repercusión en la salud individual).

Enfermedades de declaración individual

–De carácter internacional urgente: cólera, peste y fiebre amarilla.

–De especial seguimiento por la OMS: paludismo, poliomielitis y tifus exantemático.

–De especial vigilancia nacional: infección meningocócica, sarampión y rabia (animal y/o humana).

–De carácter general: toxoinfección alimentaria, triquinosis, brucelosis y difteria.

Patología más frecuente en el inmigrante

–Enfermedades infecciosas y enfermedades de transmisión sexual.

–Enfermedades parasitarias.

–Enfermedades carenciales.

Derecho de asistencia

El único requisito para tener el derecho a recibir la misma asistencia pública sanitaria que los españoles es estar empadronado. Si no lo están tienen derecho:

–Todos: a la asistencia pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

–Los menores de 18 años: la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

–Las extranjeras embarazadas: la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

FORMACIÓN ESPECÍFICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Es difícil, por no decir imposible, realizar en este breve momento una exposición de la formación específica necesaria para el profesional sanitario. SEMERGEN tiene en marcha un taller de formación de formadores y en breve el colectivo médico se beneficiará del mismo. Del documento "Pautas de Actuación ante Patología Prevalente en el Paciente Transcultural", realizado por el Coordinador del Proyecto de Atención al Inmigrante-SEMERGEN entresacamos una serie de orientaciones para necesidades formativas de este profesional en lo que se refiere a connotaciones que especificasen patología para nosotros común, y que expongo a continuación (en lo referente a Patología Foránea, podrán encontrar las diferentes enfermedades en el Manual de Atención al Inmigrante/Enfermedades Foráneas de SEMERGEN):

Entrevista Clínica

–Es aconsejable que el médico sea del mismo sexo que el paciente.

–De existir barrera idiomática, es útil el traductor o intermediario cultural, o bien utilizar herramientas a tal fin (Póster de Atención al Paciente Foráneo-SEMERGEN, Autocuestionario-SEMERGEN)

–Habilidades comunicacionales: la *empatía* y la *cordialidad* son fundamentales. El *compromiso de apoyo* y la *disponibilidad* deben fijarse desde el inicio.

–Contextualizar su interpretación de la enfermedad dentro de su credo mágico-espiritual y esfera lógico-racional.

Pruebas complementarias

Las pruebas que deben realizarse de entrada en una evaluación exhaustiva son, además de las usuales, las de: fun-

ción hepática, anticuerpos antipalúdicos, serología de la hepatitis, serología de la esquistosomiasis, un análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), serología para rickettsias y parásitos en heces.

Motivos de consulta y morbilidad prevalentes

–Los problemas más frecuentes son las enfermedades infecciosas, accidentes laborales y trastornos psiquiátricos.

–La posibilidad de una enfermedad foránea importada es muy pequeña. La más prevalente (paludismo) supuso 446 casos en el año 2001. La mayor parte de enfermedades importadas lo son por los viajeros nacionales en su estancia en el extranjero.

Maniobras exploratorias

–Exploraciones rectales en orientales: confidenciales y con *counselling* previo.

–Mujer hindú, budista o incluso musulmana: reticencia a desnudarse y exploración vaginal, sobre todo si están sin acompañante.

Medicación

–Inyecciones: bien aceptadas (costumbre en origen), salvo musulmanas en menstruación.

–Enemas, supositorios: no del agrado de orientales.

–Antidepresivos, antibióticos y antituberculosos: asiáticos y africanos muestran mejor respuesta y mayores efectos secundarios que nosotros.

–Alcohol: jarabes, tónicos, antisépticos no deben ser prescritos a musulmanes si lo contienen.

–Insulina: problemática en caso de insulinas no humanas (cerdo).

–Hipertensión (raza negra): mayor respuesta a diuréticos y menor a inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).

Transfusiones, donaciones de órganos, autopsias

Pueden no ser aceptadas entre algunos colectivos, especialmente musulmanes.

Planificación familiar

Valorar el consejo de anticoncepción dentro de su ámbito cultural (herencia cultural de "familia extensa").

El niño

–Mayor prevalencia de abortos, bajo peso y prematuridad.

–Comprobar el estado del calendario vacunal puede ser difícil.

–En razas de pequeña estatura no son útiles las tablas de desarrollo pondoestatural.

–Adenopatías cervicales e inguinales: frecuentes en niños asiáticos o afroamericanos.

–Hernias e hidroceles congénitos son más frecuentes en afroamericanos.

–Pitiriasis alba y vitíligo: más frecuentes entre asiáticos.

– “Surma”: hindúes y árabes a veces aplican estos polvos en los párpados. Contienen plomo (saturnismo).

– Valorar genitales (la circuncisión es frecuente e inocua, la ablación de clítoris escasa e infundibulización rara).

– Educación sexual: puede no ser aceptada por orientales fuera del círculo familiar.

– Adular a un niño por su aspecto físico o estado de salud en ocasiones (tradición árabe) no está bien visto.

– Dieta infantil:

– Ciertas culturas prohíben darles huevos, leche o pescado.

– La lactancia materna en ciertas culturas suele prolongarse por períodos superiores a 6 meses (hasta dos años).

– Los asiáticos suelen cambiar las fórmulas de leche infantil por normal a los 6 meses de edad.

– Dieta rica en “chapati”: puede conllevar a un raquitismo o hipocalcemia neonatal.

– La intolerancia a la lactosa es más frecuente en niños asiáticos.

Mujer

Factores a tener en cuenta: aversión a exploración (médico mismo sexo o presencia de familiar), sometimiento al hombre, menstruación sinónimo de impureza, métodos anticonceptivos y planificación familiar (preferencias culturales, concepto de “familia extensa”), mayor depresión, doble prematuridad y bajo peso en partos, rechazo histerectomía.

Cáncer

Menores prevalencias generales de cáncer de pulmón y colon.

Mayores en los siguientes:

– Orientales: mama (aunque en asentadas la prevalencia se iguala), estómago, nasofaríngeo, mejilla (*betel*).

– Africanos subsaharianos: hepatocelular, Burkitt, Kaposi.

Cardiovascular

Menor prevalencia de cardiopatía isquémica, hiperlipidemias, arterioesclerosis, varices.

Mayor prevalencia de miocardiopatías infecciosas (africanos).

Hipertensión

Raza negra: más sal-sensible, más grave (crisis hipertensiva), menor respuesta a IECA y mayor a diuréticos.

– Dietas ricas en sal en Centroamérica y China.

VIH, tuberculosis

No hay mayor prevalencia en sida, pero sí en tuberculosis (con formas más avanzadas, más graves y mayores localizaciones extrapulmonares).

Aparato digestivo

Menor incidencia de estreñimiento, diverticulosis, hemorroides.

Mayor incidencia de cuadros pépticos y, según origen, de hepatitis.

Psicopatología

– Derivaciones a psiquiatra y reconocimiento de alteraciones sexuales: vergonzosas en alguna cultura.

– Mayor prevalencia, tanto de problemas menores como mayores: influenciadas por aculturación, incomunicación social y anomia, y con tipología transcultural.

Accidentes

Mayor riesgo laboral. Pesticidas y accidentes térmicos en zona rural. Explotación de ilegales.

Metabolopatías, hemoglobinopatías

1. Diabetes: prevalencia: tipo I máxima en Escandinavia y mínima en Japón. Tipo II mayor en raza negra; precauciones: cumplimentación de medicación en ayunos como Ramadán (redistribución de dosis), dietas (vegetarianos, *karela, cassava*), utilizar insulinas humanas (no-cerdo).

2. Obesidad: menor prevalencia en inmigrantes pero más frecuentemente mórbida en negros asentados, es signo de ostentación en otras culturas (tratamiento no aceptado).

3. Enfermedad de Tay-Sachs y de Nieman-Pick: frecuentes en niños judíos.

4. Talasemia: betatalasemia en países mediterráneos, al-fatalasemia en asiáticos. Juzgar su existencia en caso de anemia ferropénica.

5. Hemoglobina C: casi exclusiva del oeste africano.

6. Hemoglobina D: en el Punjab.

7. Hemoglobina E: en China.

8. Déficit de glucosa 6 FD: mayor entre africanos, con menor favismo que europeos.

9. Intolerancia lactosa: más frecuente en asiáticos.

Alimentación

– Alimentos prohibidos: los musulmanes y los judíos no comen cerdo, o han de prepararse las carnes de acuerdo a ciertos ritos, a los hindúes les está prohibido comer buey, vaca o ternera, los vegetarianos no comen carne ni pescado de ningún tipo (los vegans ni siquiera comen lácteos o huevos).

– En ocasiones, las comidas las utilizan como coadyuvante a la medicación (alimentos “calientes/frios”). Esto puede ser motivo de acudir a curanderos.

– Alcohol: no es consumido en musulmanes, pero no es descartable sobre todo en capas marginales.

– Tabaco: prohibido fumarlo en algunas culturas, pero permisible otras vías (masticarlo en Sijhs).

– Síndrome del restaurante chino: por la ingestión de comida china que contiene glutamato monosódico (particularmente por ingesta de *vetsin*, un tipo de salsa). Síntoma cardinal: cefalea.

– Consumo continuado de *Chapati*, entre asiáticos: disminución de la absorción intestinal de calcio (hipocalcemia neonatal, raquitismo, osteoporosis).

– Consumo de *karela* (hindúes vegetarianos): marcado efecto hipoglucemiante.

– Masticar hoja de *betel/vettilla/viti* (orientales): cálculos renales, úlceras bucales (malignización).

- Ingesta de pescado crudo entre japoneses (anisakiasis).
- Ayunos: Ramadán, Yom Kippur, a tener en cuenta en diabéticos (embarazadas y enfermos suelen estar exentos) y cumplimentación terapéutica.
- Diarreas e infestaciones en viajes de inmigrantes a sus países de origen (pérdida de inmunidad adquirida).

La medicina transcultural

José L. Martincano Gómez

Médico de Familia, Centro de Salud Goián (Tomiño), Pontevedra.
Grupo de Salud Pública - SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

Nuestros planes de formación no contemplan la competencia para las patologías foráneas ni la educada sensibilidad cultural.

Dado el crecimiento migratorio que nos sobreviene tenemos que adquirir, fomentar o reforzar habilidades especiales que se basen en el conocimiento de la cultura diferente y sus consecuentes distintos modos de enfermar o, al contrario, ejercer la incomunicación y ofrecer un nivel de atención no adecuado a las necesidades de estos nuevos pacientes. Niveles óptimos en derecho y calidad exigibles por la Ley y la Profesión.

Marco legislativo

Pese a que culturalmente pueda el inmigrante concebir su estado de salud de una forma diferente a la nuestra, y por consiguiente crea que puede elegir las medidas preventivas, asistenciales o rehabilitadoras cuándo, cómo y según él deseé, existen una serie de derechos y deberes a los que tanto los pacientes como el personal sanitario están obligados.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, sienta las bases de las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros en nuestro país en sus artículos 3 (apartado 2), 12 (apartados 1 a 4) y 14, (apartado 3) y desarrolladas en el Reglamento del Real Decreto 864/2001 de 20 de julio. Este Reglamento, precisa en el Art. 12, la asistencia sanitaria con la universalidad del derecho a la salud en el territorio español.

El Artículo 14 de la Ley Orgánica 4/2000, en su apartado 3 dispone para los extranjeros el Derecho a la asistencia sanitaria:

“Los extranjeros cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones de salud”.

El Artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, en su apartado 1 dispone para los extranjeros el Derecho a la asistencia sanitaria:

“Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

El paciente inmigrante no regularizado puede acceder al sistema sanitario a través del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos suficientes.

Como antecedentes, ajustado a derecho citaremos: El Código de Ética y Deontología Médica, La Declaración de Alma Ata (1978), Ley General de Sanidad (1986), el Real decreto 1088/89 sobre el derecho a la asistencia sanitaria, El Tratado de Schengen (1994) sobre la libre circulación de los ciudadanos de los países firmantes, el tratado de la Unión Europea y de Ámsterdam, el Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la Biología y la Medicina (1999) y la Resolución de 4 de Julio de 1997 sobre el padrón Municipal.

Para los viajeros existen acuerdos de cooperación en materia de atención sanitaria con la Comunidad Europea, Andorra, Marruecos y países del continente americano (Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Perú y Paraguay). La información en los Centros de Salud y el impreso E111 facilitan esta posibilidad de atención. Las Comunidades Autónomas, tienen convenios especiales de reciprocidad en estos casos (por ejemplo la Comunidad Gallega con Argentina, Venezuela y Brasil).

El emigrante retornado obtiene la protección social y sanitaria regulando su situación ante las oficinas del Instituto Nacional de Empleo (INEM) (Ley 1/94 de 20 Junio. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, disp. adic. 1^a).

En otros casos, actualizar y regular su situación de prestación médica-farmacéutica en España, ofreciendo los recursos administrativos disponibles en nuestro centro es otra obligación de nuestra atención y es independiente de la situación administrativa del inmigrante, regularizada o no.

Impacto en la sociedad

La inmigración tiene teóricamente beneficios conocidos para el país receptor como son el refresco en la base de la pirámide poblacional, aprovisionamiento de mano de obra con la consecuente ganancia económica, mantenimiento de la población activa y protección de las pensiones, un enriquecimiento social por el contacto de la diversidad cultural en una inmigración multiorigen (lengua, religión y costumbres). Pero a la vez significa para la sociedad receptora un esfuerzo de adaptación y desarrollo de la tolerancia en la convivencia, problemas en el mercado de la vivienda y el laboral y adaptación de los sistemas de enseñanza.

No son raras las situaciones por la ciudadanía de xenofobia, racismo y explotación con la inmigración que los conduce a niveles de soledad, hacinación, pobreza, marginación y delincuencia.

Las numerosas trabas administrativas, el desconocimiento de la lengua y de las costumbres y cultura locales ponen el resto para conseguir el descontento y acabar con las expectativas de los inmigrantes.

Impacto en la Atención Primaria de Salud

Si bien el que emigra es una persona sana, cabe la remota posibilidad de importación de enfermedades raras a

nuestro medio, con el consiguiente peligro para la salud pública, o por lo menos para el paciente, por ausencia de medidas profilácticas en la mayor de las veces y el desconocimiento de nuestros médicos de las patologías en origen y aquí raras.

El verdadero impacto viene dado por tratarse de un crecimiento poblacional no esperado y de distribución anárquica, con necesidades no homogéneas sin soluciones globales, ausencia de nueva dotación o por lo menos de la reorganización de nuestros recursos sanitarios, generándole sobre la ya sobrecargada y burocratizada carga asistencial para el médico de Atención Primaria (AP) el mayor cúmulo de incompetencias.

La evolución de la inmigración acarrearía una búsqueda de medios sanitarios de mayor tecnología ausentes en origen.

MEDICINA TRANSCULTURAL. ETNOSENSIBILIDAD

Tendemos a ignorar las partes de las culturas que difieren de la propia en el extendido fenómeno de la ceguera transcultural.

La imposición de un modelo médico occidental (el médico como grupo profesional y social que asume la responsabilidad de la atención de las personas que presentan un pérdida de función) necesita una mediatisación ante diferente cultura y diferentes experiencias de la enfermedad. Desde la ortodoxia se ignoran las tradiciones de salud de otras culturas. La tendencia es asumir que nuestra aportación es la válida: los demás son un como un vaso vacío.

Todos los aspectos de la demanda y asistencia de salud se ven afectados por las creencias culturales de los agentes. Influye el lenguaje, cuando palabras iguales tienen distinta aceptación, el concepto de tiempo que puede suponer de una relatividad abismal, la persona responsable de la toma de decisiones puede ser distinta a la del paciente, el modelo de enfermedad y las razones de la misma supone un concepto diferente (dolencia, pérdida, castigo, ganancia, parte normal de la vida), así como la percepción y las expectativas de lo que es un tratamiento y la eficacia de una intervención.

Las costumbres y usos del país de origen pueden ser motivo de suspicacias y de mal entendimiento por nuestra parte. Como la de asignar costumbres y creencias a un inmigrante por su país de origen cuando realmente pertenece a una minoría dentro de su país representando una cultura diferente.

El modelo de Borkan y Neher propone un plan para comprender las posibles fases del proceso psicológico de adaptación en la comunicación médico-paciente inmigrante y a las cuales se accede no de forma lineal y que se corresponden con el fenómeno social de la asimilación (no se admite como diferente), la segregación (relegación a causa de las diferencias), la integración (adaptación por parte del foráneo), la multiculturalidad (se comparte las diferencias) y la interculturalidad (relación de igualdad).

1. *Temor*: impide cualquier intento de atención médica.
2. *Negación*: necesita reforzar el conocimiento de las diferencias culturales por parte del médico.
3. *Superioridad*: se identifican las diferencias pero se valoran desde las creencias propias.
4. *Minimización*: las diferencias culturales se interpretan como poco importantes en comparación con las semejanzas básicas de los seres humanos.
5. *Relativismo*: se aceptan las diferencias étnicas y culturales dejando de ser consideradas como una amenaza.
6. *Empatía*: el médico adopta el marco de referencia del paciente para vivir la experiencia como lo haría él.
7. *Integración*: grado más elevado de aceptación por el médico. Le permite involucrarse en más de una cultura.

La sistemática *LEARN*, una herramienta, propuesta por Berlin y Fowkes facilita la solución de las diferencias entre el profesional y el paciente.

Listen (escuchar): permite demostrar empatía y comprensión. Sitúa al médico en el marco cultural del paciente.

Explain (explicar): el médico presenta una explicación basada en la tradición de la medicina occidental.

Acknowledge (reconocer): se resuelve el conflicto explicativo entre los dos modelos.

Recommend (recomendar): se propone un plan de actuación compartido.

Negotiate (negociar): incorporación de los planes del paciente y del médico.

Con frecuencia los inmigrantes adoptan la cultura y tradiciones de su nuevo país. Esta adopción se facilita por circunstancias como el mayor grado de estudios, alejamiento generacional del estatus de inmigrante, una baja integración en una red social étnica, experiencia con equipos asistenciales que incorporen la educación sanitaria del paciente y la asistencia personal, la experiencia previa con determinadas enfermedades en la familia inmediata, la inmigración a edad temprana, el origen urbano y la migración limitada a un entrar y salir del país de origen. Este grado de adaptación es más difícil de determinar para el médico y ante una crisis, el inmigrante puede aflorar las creencias originales.

Actuación médica ante el inmigrante

Cuando atendemos a un inmigrante no basta con la anotación en la historia clínica de la condición, origen o raza del inmigrante.

Factores personales, como edad, sexo, profesión u ocupación, hábitos de vida, estado social, viajes anteriores y los antecedentes médicos personales y familiares, determinan los riesgos a los que el paciente está expuesto y condiciona su forma de enfermar. El retraso diagnóstico y la falta de profilaxis previa son los otros factores.

Con la procedencia de un país desarrollado o en vías de desarrollo, el paciente con una enfermedad de base suele traer su historial médico o en todo caso se puede solicitar en origen y que describa sus dolencias, los fármacos que necesita y las posibles complicaciones más importantes que puede padecer.

Nuestra actuación estará presidida por la precaución, la reflexión y el sentido común. Con el inmigrante la atención médica debe ser especialmente cuidadosa y respetuosa. El primer contacto de necesidad del inmigrante en nuestro país, o al menos de necesidad vital, puede ser con el sistema sanitario. Entonces será nuestra tarjeta de visita, la impronta.

No convirtamos nuestra actuación en otro riesgo para el inmigrante.

La experiencia andaluza en inmigración

José Vázquez Villegas

Médico de Familia C. S. Vicar. Consultorio La Mojnera. Almería.
Coordinador Grupo Atención al Inmigrante y Enfermedades Importadas SamFYC.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones junto con la mortalidad y la fecundidad son los fenómenos básicos del crecimiento de toda población. Éstas se definen con respecto a un espacio sociodemográfico de referencia, que en el caso de las migraciones internacionales se refiere a cada Estado concreto, apareciendo la nacionalidad como hecho diferenciado.

Tabla 1: Tasa de residentes extranjeros por 1.000 habitantes por Comunidades Autónomas.

Comunidad Autónoma de residencia	Población de derecho Rev. Padronal a 1/1/1999	Residentes extranjeros a 31-12-2000	Residentes extranjeros por 1.000 habitantes
Melilla	56.929	3.424	60,15
Baleares	821.820	45.772	55,70
Canarias	1.672.689	77.594	46,39
Cataluña	6.207.533	214.996	34,63
Madrid	5.145.325	162.985	31,68
Ceuta	73.704	2.150	29,17
La Rioja	265.178	5.915	22,31
Com. Valenciana	4.066.474	86.994	21,39
Navarra	538.009	11.002	20,45
Murcia	1.131.128	22.823	20,18
Andalucía	7.305.117	132.428	18,13
Aragón	1.186.849	17.590	14,82
Cantabria	528.478	5.388	10,20
Extremadura	1.073.574	10.508	9,79
Castilla-León	2.488.062	24.338	9,78
Castilla-La Mancha	1.726.199	15.835	9,17
País Vasco	2.100.441	18.822	8,96
Galicia	2.730.337	24.141	8,84
Asturias	1.084.314	9.519	8,78
Total	40.202.160	892.224	22,19

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración propia

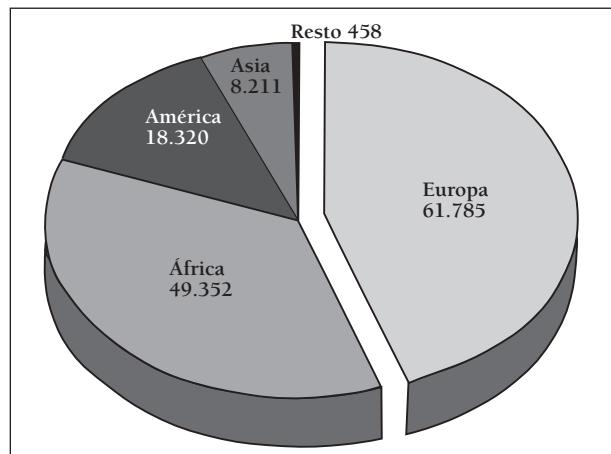


Figura 1. Permisos de residencia en Andalucía al 1/1/2001. Instituto de Estadística de Andalucía.

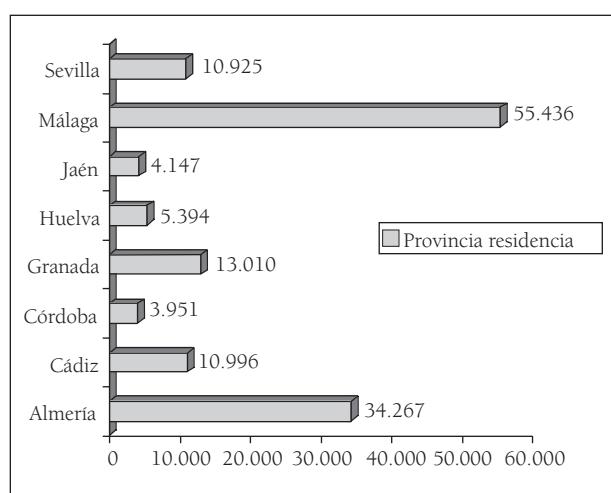


Figura 2. Provincias de residencia al 1/1/2001. Instituto de Estadística de Andalucía.

MARCO LEGAL

Según la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, se considera extranjeros a los que carezcan de la nacionalidad española. Los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea y aquéllos a quienes les sea de aplicación el régimen comunitario se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación la Ley anterior en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables.

Para entrar en España los extranjeros deben estar provistos de algún documento que acredite su identidad. Asimismo, deben demostrar medios de vida suficientes para el tiempo de estancia.

Aquellos extranjeros que pretendan ejercer cualquier actividad lucrativa laboral o profesional, deben obtener un permiso de trabajo. Se trata de una autorización administrativa de duración anual. Transcurridos 5 años desde la

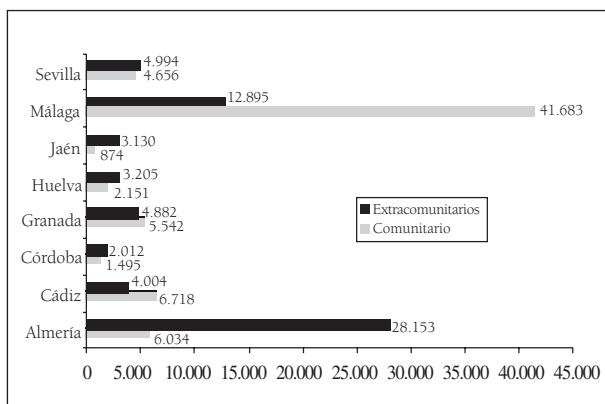


Figura 3. Permisos de residencia a extranjeros en vigor. Ministerio del Interior. Dirección General de Policía 31-12-2000.

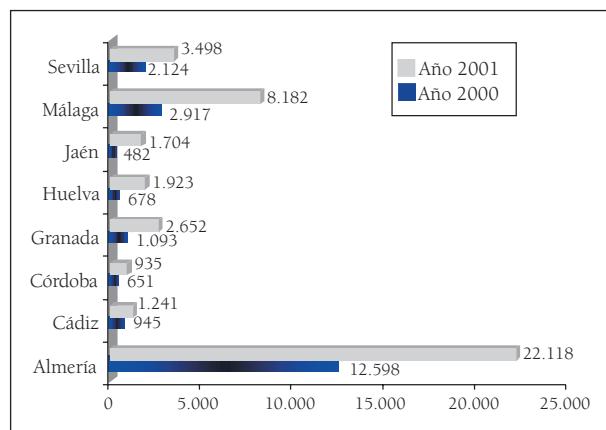


Figura 5. Derivaciones por provincias al sistema sanitario.

concesión del primer permiso y las prórrogas correspondientes, el permiso adquiere carácter de permanente.

LUGARES DE PROCEDENCIA. PERFILES POR NACIONALIDAD

La llegada de extranjeros a Andalucía ha experimentado un fuerte aumento de intensidad a partir de 1997. Por nacionalidades, el crecimiento ha sido generalizado independientemente de la procedencia. El mayor aumento en términos absolutos corresponde a los europeos, y en términos relativos han sido los africanos los que más han crecido. Se puede afirmar que el flujo inmigratorio de extranjeros en Andalucía está compuesto en algo más del 50% por europeos. Una cuarta parte (25,4%) del total acumulado durante la década procede de África. El flujo inmigratorio procedente de América representa un 16% del total. Del resto, un 6% corresponde a inmigrantes asiáticos. En un análisis más específico por nacionalidades y centrado en el período de 1996-1999 se observa el predominio de marroquíes y británicos.

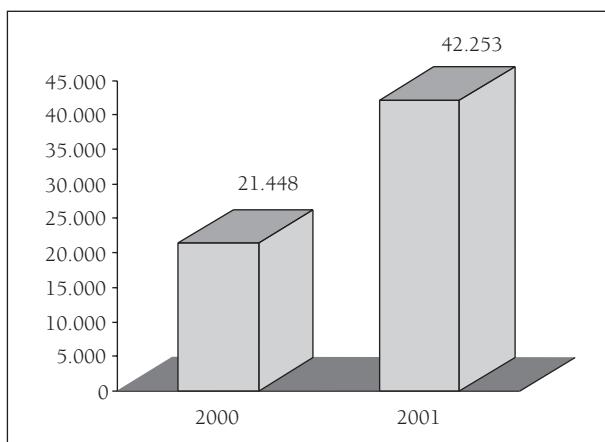


Figura 4. Inmigrantes derivados al sistema sanitario por las entidades participantes.

SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

A grandes rasgos, el marco jurídico dentro del cual se encuadra la actuación de la Junta de Andalucía es la Constitución Española, la legislación estatal de desarrollo y ejecución de la misma, así como lo dispuesto en los tratados y convenios de origen comunitario e internacional. Igualmente, el Estatuto de Autonomía para Andalucía atribuye, en su artículo 20, competencias en materia de sanidad interior y de seguridad social, así como la organización y administración, a tales fines y dentro de su ámbito territorial, de todos los servicios relacionados con las indicadas materias y la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y seguridad social.

Con referencia a la atención sanitaria a inmigrantes, el marco legal sería:

1. Ley de Salud de Andalucía 2/1998 de 15 de junio: establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Andalucía.

2. II Plan de Salud 1999-2002: expone las desigualdades en salud que existen en distintos colectivos, uno de ellos el de los inmigrantes.

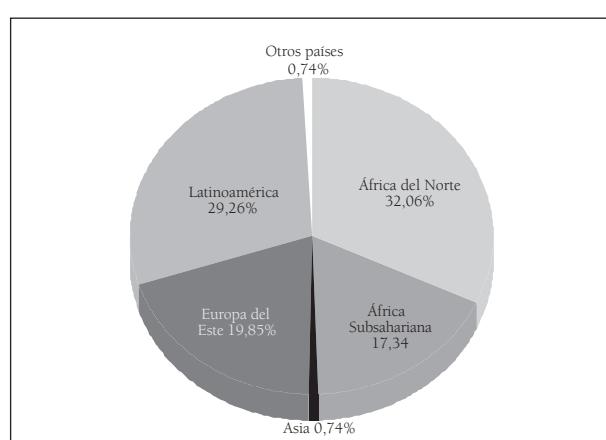


Figura 6. Derivaciones según procedencia. Año 2001.

3. Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2001-2004: considera a los inmigrantes como un colectivo con necesidades especiales potenciando su captación para atender los problemas de salud que presentan.

4. Convenio de colaboración entre sindicatos, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Consejería de Salud y Fundación Progreso y Salud marzo 1999.

Se promueve la captación de inmigrantes y la determinación de sus necesidades de salud, mejorando la accesibilidad del colectivo inmigrante a la atención sanitaria.

Con este marco legal, en Andalucía, se garantiza la asistencia sanitaria a todos los inmigrantes independientemente de su situación administrativa. Para formalizar la asistencia se ha creado el Documento de derivación a los Servicios Sanitarios Públicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el cual sirve de cauce para que las ONG y Sindicatos participantes en el Convenio de colaboración puedan solicitar a los servicios sanitarios públicos la

asistencia sanitaria y la asignación de médico y centro. Los Distritos Sanitarios de Andalucía formalizan esta asistencia mediante la emisión de un documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria renovable anualmente y mientras persista la situación administrativa del inmigrante.

Igualmente, atendiendo a los problemas de continuidad en la atención sanitaria dada la gran movilidad del colectivo inmigrante, fundamentalmente al principio de su estancia en nuestro país, se ha creado la Carpeta de Salud, un documento que contiene, en 5 idiomas (inglés, francés, árabe, ruso y español), instrucciones sobre cómo acceder al sistema sanitario, una hoja de problemas de salud y una historia clínica portátil que sirve como medio de comunicación entre todos los profesionales que hayan prestado atención sanitaria a estas personas.

El resultado de todas estas medidas es el que se muestra en las figuras 4, 5 y 6.