

El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente?

A.M. Ballesteros Pérez, J.A. Anaya Reche, M.A. Cámara López, J. López Caravaca, E. Pagan Dato y M. Ghelichkhani Latify-Alavijeh

Centro de Salud Cartagena-Casco. Cartagena. Murcia.

OBJETIVOS. Describir las características socioculturales, demográficas y sanitarias de la población inmigrante de una zona básica salud (ZBS).

MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal analítico. De los 1.626(N) habitantes de la ZBS, se obtuvo una población muestral (n) de 156 (IC 95%, e:7,5%) inmigrantes mayores de 14 años que acuden al centro de salud en el período del estudio, mediante muestreo aleatorio simple. Criterios exclusión: inmigrantes que acuden a urgencias y no pertenecen a la ZBS, gran dificultad idiomática. Variables: sociodemográficas, antecedentes personales, lugar-origen, tiempo de permanencia en España, religión, tipo de vivienda, hábitos tóxicos, lugar habitual de asistencia, estudios, situación laboral, motivo de la consulta. Análisis estadístico: descripción de variables, ji al cuadrado, t-Test, ANOVA, regresión lineal.

RESULTADOS. Edad media poblacional: 33,6 años (DE:10,09), con un 50,6% mujeres ($p = 0,002$). El 43,9% con pareja estable ($p > 0,05$), una media de hijos de 1,12 ($p = 0,043$). El 32,7% no entiende castellano, un 40,9% tiene estudios básicos ($p = 0,0001$), el 15,6% son analfabetos ($p = 0,002$). Tiempo medio de estancia en España: 4,1 años ($p = 0,0045$). Un 15% está en paro, existiendo diferentes lugares de trabajo según el lugar de origen ($p = 0,008$). Suele vivir en casa con 3-4 personas. El 76,3% acude a consulta por patología aguda ($p > 0,05$). De ellos, el 83,9% lo hace al centro de salud sin diferencias estadísticas ($p > 0,05$). Motivo más frecuente de asistencia ($p > 0,05$): patología respiratoria, seguida de digestivo y osteomuscular.

CONCLUSIONES. Existen interferencias en la entrevista por la barrera idiomática; el inmigrante que acude a consulta es norteafricano, joven, soltero y sin hijos a su cargo; hay un alto porcentaje de analfabetismo y acuden normalmente por patología aguda, especialmente respiratoria, seguida de digestiva y osteomuscular.

Palabras clave: inmigración, motivo consulta, Atención Primaria.

OBJECTIVES. Describe the sociocultural, demographic and health care characteristics of the immigrant population of a Basic Health Zone (BHZ).

METHODS. Descriptive, cross-sectional, analytic study. Of the 1626 (N) inhabitants of the BHZ, a sample population of 156 (95% CI, e: 7.5%) immigrants over 14 years who came to the health care site in the study period was obtained by simple random sampling. Exclusion criteria: immigrants who came to the Emergency Service and did not belong to the BHZ, great language difficulty. Variables: sociodemographic, personal background, site-origin, time of stay in Spain, religion, type of housing, toxic habits, usual care site, studies, work situation, reason-consultation. Statistical analysis: Description of variables, chi-square, t-test, ANOVA, linear regression.

RESULTS. Mean population age: 33.6 years (SD: 10.09) with 50.6% women ($p=0.002$). 43.9% with stable partner ($p>0.05$), mean children 1.12 ($p=0.043$). 32.7% did not understand Spanish, 40.9% had basic studies ($p=0.0001$), 15.6% were illiterate ($p=0.002$). Mean stay time in Spain: 4.1 years ($p=0.0045$). 15% were unemployed, there being different sites of work according to origin site ($p=0.008$). They generally lived in a home with 3-4 persons. 76.3% came to the consultation due to acute disease ($p>0.05$). Of them, 83.9% came to the Health Care Site without statistical differences ($p>0.05$). Most frequent reason for care ($p>0.05$): respiratory disease, followed by digestive and osteomuscular.

CONCLUSIONS. Interferences between interview due to language barrier reasons; the immigrant who comes to the consultation is North African, young, single and without children in their responsibility; high percentage of illiteracy and they normally come due to acute disease, especially respiratory, followed by digestive and osteomuscular disease.

Key words: immigration, reason for consultation, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX, se inició un fenómeno nuevo en nuestro país, la inmigración de personas procedentes de países en desarrollo. Este fenómeno ha supuesto nuevas preguntas: ¿inmigrantes portadores de nuevas enfermedades?, ¿nuevos problemas de salud asociados a pobreza

Correspondencia: Ana M. Ballesteros Pérez.
C/ Gómez Cortina n.º 13, 3ªA.
30005 Murcia.
Correo electrónico: anamballesteros@hotmail.com

Recibido el 25-7-04; aceptado para su publicación el 21-2-05.

y marginación?, ¿dificultades para el acceso a servicios sanitarios¹⁻³.

En el año 2001 el crecimiento migratorio en España fue el 24% del total europeo, pero las cifras totales de inmigrantes residentes se alejan aún de otros países de la Unión Europea². La inmigración supuso en el año 2002 el 25% de las nuevas afiliaciones a la seguridad social. Los inmigrantes legales suponen el 2,8% de la población española³.

Existen varias leyes que regulan y aseguran la atención al inmigrante: Ley 14/1986, Ley 4/1996, Ley 4/2000. Aun así, las quejas de este colectivo se centran en: desconfianza en los servicios públicos, lentitud en la obtención de cita y atención, falta de recursos para el pago de medicamentos, problemas idiomáticos, necesidad de intérprete, peor trato que las organizaciones no gubernamentales⁴.

La atención médica actual está creada para una población culturalmente homogénea, nos encontramos en una situación de "medicina transcultural". La atención médica al paciente inmigrante debe ser cuidadosa y respetuosa, basada en una relación de escucha, explicación, reconocimiento, recomendación y negociado³.

Ante esta situación nos propusimos estudiar a esta nueva población con el objetivo de: primero, describir las características socioculturales y demográficas de la población inmigrante que acude a consulta en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Cartagena-Casco; segundo, conocer el nivel de salud, modo y causas de solicitar asistencia sanitaria en nuestra ZBS y tercero analizar si existen diferencias en estos aspectos entre los diferentes inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal realizado entre la población inmigrante de nuestra ZBS. El Centro de Salud (CS) de Cartagena-Casco es un centro docente y se encuentra ubicado como único equipo de Atención Primaria (EAP) en esta ZBS, dentro del área de Cartagena, en la Comunidad Autónoma de Murcia. Situado en el centro de la ciudad, con una población mayor y un alto porcentaje de inmigrantes de diferentes nacionalidades, al ser una zona con nivel socio-cultural medio/bajo.

La población diana del estudio son la totalidad de inmigrantes de 14 años o más, a 30 de junio de 2001 (N = 1626). La población muestral resultante para el estudio es de (n) 156, obtenida mediante un IC = 95% (alpha: 0,05) y una precisión del 7,5%, entre los inmigrantes que solicitaron consulta a demanda o programada de los cupos médicos del CS en el período 1/7/2001 a 31/3/2002.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes inmigrantes que acuden al servicio de urgencias del CS y que no pertenecen a la ZBS.

Las variables a analizar fueron: variables socio-demográficas, antecedentes personales, número de hijos, conocimiento del castellano, lugar de origen (norte de África, Centroamérica/Sudamérica, centro/sur de África, resto de países), tiempo de permanencia en España, religión, tipo de vivienda, hábitos tóxicos, lugar habitual de asistencia sanitaria, nivel de estudios, situación laboral, primer mo-

tivo de consulta en el CS. Los datos se obtuvieron mediante entrevista clínica, ya sea en la consulta médica a demanda o programada, previo pilotaje, y se recogieron en una hoja diseñada al efecto.

Para el pilotaje se aplicó la encuesta a una muestra de 20 inmigrantes, con un nivel medio de español, realizándose en cada ocasión con dos encuestadores de los que integraban el estudio. Aunque sólo uno era el entrevistador, las anotaciones se realizaban por separado para, con posterioridad, aplicar un índice de concordancia. Se retiraron de la encuesta 3 ítems que no tenían una concordancia del 100% y/o no eran comprensibles para el paciente.

El análisis estadístico se realizó mediante descripción de variables, ji al cuadrado, t-Test, ANOVA y regresión lineal, según fueran las variables a analizar cualitativas o cuantitativas.

RESULTADOS

La población muestral pudo ser completada al 100% en el período del estudio. La edad media de dicha población muestral es de 33,6 años (DE: 10,09; IC 95%: 32-35,7 años), con un 50,6% de mujeres (DE: 0,5; IC 95%: 46,6%-58,4%), con diferencias significativas según el país de origen (p = 0,002). El número de inmigrantes mujeres es más alto entre las centroamericanas-sudamericanas (fig. 1). Un 40,6% no tiene pareja estable (DE: 0,72; IC 95%: 29,6%-51,7%) y un 43,9% la tiene en España (25,5% en su país), sin diferencias significativas (p = 0,49). La media de hijos a su cargo es de 1,12 (DE: 1,57; IC 95%), siendo mayor entre los inmigrantes centroamericanos (p = 0,043) y en aquellos con un nivel de estudios mayor (p = 0,007).

Un 32,7% (DE: 1,54; IC 95%: 8,59%-56,8%) de la población estudiada no entiende o entiende muy mal el español y el 45,5% lo escribe. El 40,9% (DE: 0,95; IC 95%: 26%-55,8%) tiene estudios básicos, siendo los inmigrantes centroamericanos y sudamericanos los que tienen un mayor nivel de estudios (medios y superiores) (p = 0,000). Un 15,6% es analfabeto completo, con un mayor porcentaje entre los norteafricanos (p = 0,0001). Sin embargo el porcentaje de mujeres que habla, escribe y lee español es mayor que en el hombre (p = 0,002) (fig. 2). El tiempo medio de estancia en España es de 4,1 años (DE: 4,9; IC 95%: 3,33-5,4 años), con diferencias significativas a favor de los norteafricanos que llevan una media de estancia de casi 5 años (57,9 meses) (p = 0,0045) (DE: 6,8; IC 95%: 48,9-66,9 meses). El 53,2% es de religión musulmana (DE: 0,75; IC 95%: 48,9%-66,9%).

Del total de la población a estudio un 15% estaba en ese momento en paro (DE: 1,67; IC: 10,9%-20%). El resto trabaja en diferentes lugares como se refleja en la tabla 1, con diferencias significativas. El norteafricano trabaja más en el campo (42,5%) y los centroamericanos en la construcción (20%). La mujer centroamericana lo hace más en el sector servicios (p = 0,008) y la norteafricana suele estar en paro. No hay diferencias si se analiza el estado civil (p = 0,22).

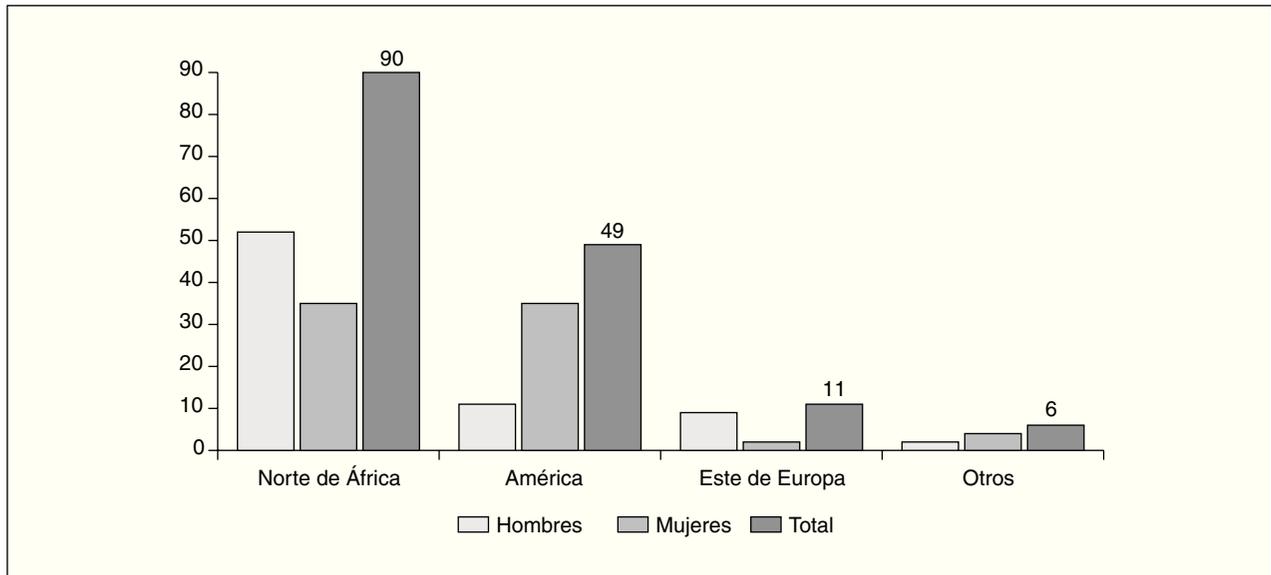


Figura 1. Distribución por nacionalidad y género.

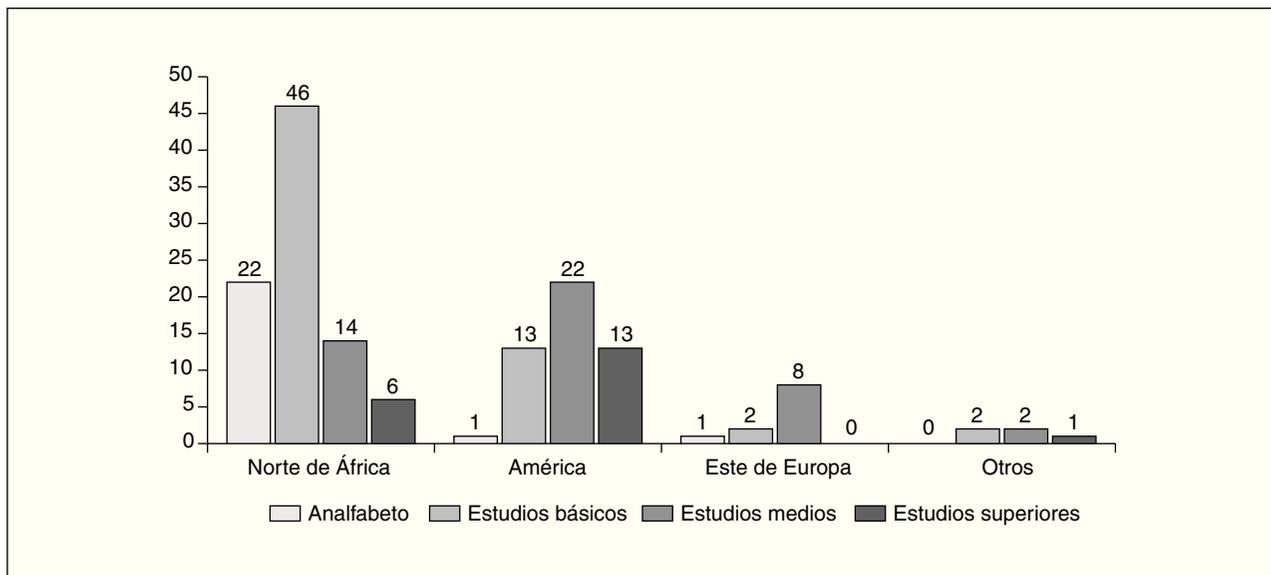


Figura 2. Nivel de estudios según país de origen.

El inmigrante que asiste a la consulta suele vivir en una casa con otros 3-4 compañeros (X: 3,7; DE: 1,95; IC 95%: 3,4-4) y normalmente con dos personas más en la misma habitación. El 79,5% (DE: 0,41; IC 95%: 78) de dichos inmigrantes no bebe alcohol ($p = 0,02$) ni fuma el 78,8% (DE: 0,42; IC 95%: 78,6-79) ($p = 0,00006$) de ellos. Consumen drogas el 2,6% (DE: 0,24; IC 95%: 2,5-2,7) ($p = 0,04$) de los inmigrantes.

La población del estudio acude en un 76,3% a los servicios sanitarios por razones de patología aguda ($p = 0,001$) (fig. 3), no existiendo diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$). De ellos, el 83,9% (DE: 0,52; IC 95%: 75,7%-92%) dice acudir normalmente al CS cuando precisa asistencia sanitaria ($p > 0,05$). Un 11% lo hace normalmente al servicio de urgencias o al hospital más cerca-

no, aunque más frecuentemente el inmigrante norteafricano ($p = 0,009$).

Son pacientes sin antecedentes personales de gran importancia. El 0,6% de los pacientes que acude son diabéticos (insulinodependientes o no). Un 16% indica tener problemas osteomusculares ya conocidos previamente y un 19,9% digestivos. No constan antecedentes personales de tipo respiratorio. El 3,1% refiere patología cardiovascular, preferentemente insuficiencia venosa en los miembros inferiores.

Dentro del protocolo de atención al inmigrante, se tiene que realizar Mantoux y una radiografía (RX) de tórax. En el estudio sólo se solicitó el Mantoux al 66%; de ellos, un 34% no se lo hicieron o no volvió para su lectura. En el grupo restante, un 10,9% era positivo (+ 10 mm). Si se

Tabla 1. Distribución según tipo de trabajo

	Paro	Construcción	Agricultura	Servicios	Domésticos	Otras	
Norte de África	15	5	37	9	3	18	87 (56%)
Centro y Sudamérica	7	3	5	10	15	9	49 (32%)
Centro y Sudáfrica	1	1	6	—	—	3	11 (7,2%)
Otros	—	—	1	2	—	3	6 (3,9%)
Total	23	9	49	21	18	33	153 (100%)

Ji al cuadrado. Coeficiente de Pearson: 55,98; $p = 0,00003$.

analiza la RX de tórax, a un 27,6% no se le cursó solicitud. Del resto de la población, un 44,2% no volvió para la lectura de la RX. En ningún caso de los analizados hubo patología aguda.

En el resto de variables analizadas no existen diferencias significativas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio no parecen tener sesgos de información, ya que se realizó un pilotaje previo y se eliminaron de la encuesta aquellos ítems cuyo índice de concordancia no fuera del 100%. Tampoco, creemos, existe sesgo de selección, en cuanto que hablamos de la población inmigrante que asiste al CS, y por tanto población legal, ya que no podemos conocer los datos de la "población inmigrante" en general. Probablemente sí existan diferencias entre ambas poblaciones^{5,6}.

Aunque cada vez es mayor el número de estudios sobre población inmigrante, no existen los datos suficientes para conocer bien su estado de salud, entre otras cosas porque es una población en constante cambio^{5,7,8}.

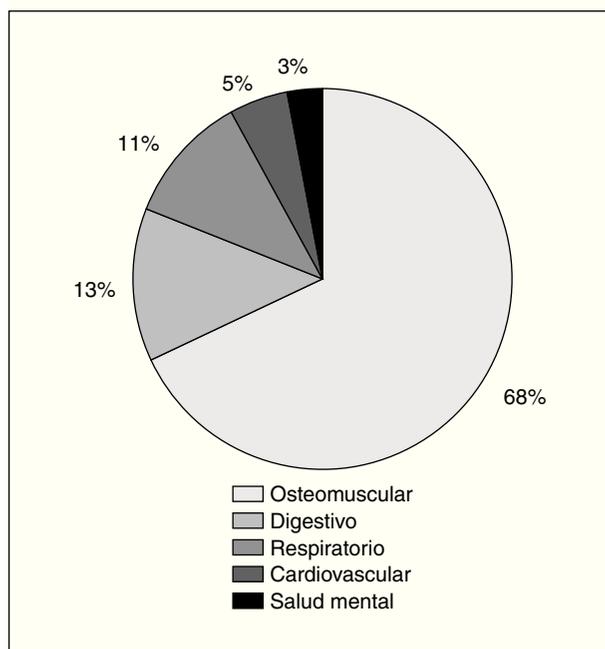


Figura 3. Distribución por motivos de consulta. $p > 0,5$; ji al cuadrado (procedencia, sexo, nivel cultural, lugar de trabajo).

La edad media de la población del estudio es similar a otros, comprobando cualitativamente que empieza a aumentar, ya que tras la primera oleada de inmigrantes que han conseguido trabajo, los familiares vienen buscando las mismas posibilidades y la reunificación familiar. Confirmando lo ya conocido, el mayor porcentaje de población proviene del norte de África, aunque cada vez es mayor el número de inmigrantes procedentes de Centroamérica y Sudamérica, observándose una tendencia a nivelarse. En contra de otros estudios, casi la mitad de nuestra población son mujeres. Pensamos que la razón puede ser el ya mencionado intento de reagrupación familiar y el constante traslado de población inmigrante entre poblaciones buscando trabajo. Inicialmente el inmigrante que llegaba a España era varón y joven, actualmente empieza a predominar el núcleo familiar con 1 o 2 hijos o con pareja estable (autóctona o de su cultura), a diferencia de otros estudios revisados.

El nivel de conocimientos del idioma español es bajo, aunque mayor que en otras revisiones, probablemente por el aumento significativo de inmigrantes de habla hispana que tiene un nivel de estudios mucho mayor que el resto de los inmigrantes que viven en nuestro país. No obstante, sigue siendo excesivo el porcentaje de analfabetismo, lo que complica más la relación médico-paciente y el intercambio cultural y social^{3,9-11}.

La población inmigrante en paro es mucho menor que en otros estudios. La razón puede estar en que la Región de Murcia es preferentemente agrícola y precisa una gran cantidad de mano de obra para trabajar en invernaderos y en el campo, especialmente los norteafricanos.

En contra de lo que pensábamos al iniciar el estudio, la población inmigrante de nuestro entorno no vive hacinada, y en un alto porcentaje constituyen el núcleo familiar. Análisis a parte sería el tipo de vivienda y su acondicionamiento, ya que nuestra ZBS es una zona céntrica, pero deprimida y con bastantes casas abandonadas.

Si nos fijamos en el nivel de salud, se confirma lo de otros estudios: el inmigrante es una persona sana y sin excesivo riesgo para la salud pública de nuestro país ("no emigra quien quiere, sino quien puede"). Suelen requerir asistencia sanitaria, en primer lugar, en el CS. Esta tendencia no se daba al principio, pensamos que debido a un desconocimiento de la asistencia del primer nivel, más cercana al paciente y probablemente igual de resolutiva y rápida. La consulta primera suele ser por patología aguda y, más concretamente, por enfermedades respiratorias, oste-

omuscular o gástrica. No suele acudir por patología crónica, quizás porque su nivel de salud es superior a la media. Cabe destacar, sin embargo, el bajo número de enfermedades psiquiátricas, en contra de los últimos estudios analizados. Tanto el choque cultural como la barrera idiomática, creemos, es la causa de la falta de diagnóstico de estas patologías¹²⁻¹⁴.

De igual manera, observamos que el porcentaje de pacientes con cuadro de tuberculosis es muy bajo con respecto a la gran mayoría de los estudios revisados. Pensamos que la razón no es que exista una baja prevalencia, sino que el paciente al que se le realiza un Mantoux o una placa y no ha venido a consulta inicialmente por dicha causa, no vuelve. El inmigrante se preocupa de solucionar su enfermedad o problema agudo y no parece estar acostumbrado al cuidado de su salud y a la prevención de la enfermedad.

Todo esto nos lleva a hacer varias reflexiones y a plantearnos asignaturas pendientes con la Administración, como aumentar el nivel de formación en mejorar la relación médico-paciente, en un mejor conocimiento en patologías poco frecuentes en nuestra cultura y endémicas en las de ellos o en reforzar y mejorar la formación e información sobre aspectos sociales, culturales y antropológicos que nos ayudarán a entender mejor el contexto de su enfermedad o ¿por qué no? el conocimiento del idioma o acceder a un intérprete en cada CS.

Por todo ello concluimos que:

1. La entrevista clínica no es buena cuando el paciente es un inmigrante, por la gran barrera idiomática y de cultura/actitudes.
2. El perfil del inmigrante que acude a la consulta es el de una persona de origen norteafricano, joven, soltera y sin hijos a su cargo.
3. Un porcentaje alto de los inmigrantes es analfabeto, especialmente los norteafricanos.

4. Un gran número de estos pacientes está sin trabajo, destacando áreas de empleo diferente según el país de origen.

5. Preferentemente acuden por patología aguda al CS, siendo las más frecuentes las de etiología osteomuscular, seguida de digestivas y respiratorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansá JM, Villabí JR. La salud de los inmigrantes y atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:320-7.
2. Jansá JM, Borrel C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:468-70.
3. López Abuín JM. El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante. *FMC*. 2002;9:492-7.
4. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: legislación. *FMC*. 2002; 9:505-8.
5. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
6. Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001;27:25-8.
7. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria*. 2000;25:634-8.
8. Roca C, Balanzó X, Fernández JL, Pujol E, Corachán M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin*. 1999;112:215-7.
9. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? (ed). *Aten Primaria*. 2001;28:89-90.
10. Bada JL, Bada RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC*. 1996;3:277-8.
11. Romani O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC*. 2002;9:498-504.
12. Madueño AB, Godoy F, Rodríguez M, Robles A, Vargas DA, Parrilla F. Urgencias e inmigración: necesidades de adaptación. *Actualización. Medicina General*. 2003;56:467-74.
13. Serra L, Sanzana JF. La inmigración en Canarias: un cambio en los problemas de salud. *Med Clin*. 2000;115:398-9.
14. World Health Organization. Removing obstacles to healthy development. Ginebra: OMS;1999.