

Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?

Nuestro país, a consecuencia del desarrollo económico logrado en los últimos años, se ha convertido en una sociedad receptora de inmigrantes. Somos, dentro de la Unión Europea, el país que ha recibido en el último año mayor número de inmigrantes. Con fecha 30 de septiembre de 2005 había en España 2.597.014 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor –aproximadamente un 9% de la población– y, de ellos, el 70,91% procedía de países extracomunitarios. Pero ¿qué tienen en común todas estas personas?:

- Proceden de países de baja renta.
- Son en su mayoría jóvenes, con un estado de salud que, a su llegada, suele ser bueno, aunque algunos colectivos podrían tener más probabilidades de estar infectados o de haber tenido alguna infección antes de llegar a España, por provenir de zonas donde ciertas enfermedades infecciosas son más prevalentes.
- La salud no será una de sus prioridades, excepto cuando les impida trabajar.
- Tienen peores indicadores socioeconómicos y viven en peores condiciones (ingresos inferiores, más paro, discriminación racial y social, condiciones de la vivienda, precariedad laboral, etc.); además, su salud se va a deteriorar en relación con la de la población autóctona.
- Tienen dificultades de acceso al sistema sanitario por su desconocimiento, problemas lingüísticos, culturales, situación irregular de residencia, restricciones administrativas o inadecuación del sistema a sus condicionantes sociales (horarios laborales y ausencia redes de apoyo).

Uno de los principales objetivos de toda política sanitaria ha de ser garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigradas y autóctonas. Para abordarlas se debe intervenir sobre aspectos tanto sanitarios (promoción de la salud, prevención de riesgos, cribado e intervenciones clínicas en grupos vulnerables) como sociales (son los que más repercusión van a tener en la salud de los inmigrantes): regeneración económica, formación y promoción laboral.

Si se tiene en cuenta que, para la mayoría de los inmigrantes, los servicios de urgencias suelen ser el primer contacto con el sistema sanitario y que los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven (atención ginecoobstétrica de las mujeres y problemas agudos en su mayoría abordables desde aten-

ción primaria [AP]), se puede afirmar que es en la eliminación de las barreras para el acceso donde, desde el ámbito de la AP, se debe actuar para conseguir que sea la verdadera puerta de entrada al sistema sanitario y, al mismo tiempo, sirva como forma de integración de este colectivo en la sociedad.

La relación profesional-paciente inmigrante, sobre todo en el ámbito de la AP, debe focalizarse más en el paciente que en su enfermedad, teniendo en cuenta sus condiciones de vida. Esto hace que sea más dificultosa, tanto por factores dependientes de los inmigrantes como de los propios profesionales sanitarios:

- Por parte de los inmigrantes: el idioma, la manera de expresarse (lenguaje no verbal), el concepto de enfermedad y salud, la religión, las diferentes expectativas ante una consulta médica, y el elevado número de consultas por somatizaciones y signos o síntomas mal definidos como resultado de trastornos adaptativos debidos al fenómeno migratorio.
- Por parte de los profesionales: la presencia de estereotipos o incluso situaciones de xenofobia, la escasa formación en medicina transcultural o la sospecha de enfermedades no comunes en nuestro medio (tropicales o importadas).

Todos estos aspectos hacen que las consultas requieran más tiempo y que todas las actuaciones (diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cumplimiento terapéuticos) generen más incertidumbre entre los profesionales. Además, las actividades preventivas, eje de las actuaciones en AP y tanto más eficaces en cuanto que estamos hablando de colectivos en situación de riesgo, son más difíciles de llevar a cabo por el escaso interés de esta población y por el desconocimiento de los profesionales sobre cómo acceder o dar mensajes adecuados adaptados a la realidad cultural de estas personas. En este punto, el uso de mediadores multiculturales y/o agentes comunitarios de salud puede mejorar el acceso y la efectividad de los servicios sanitarios, aunque todavía está por determinar cuál ha de ser su perfil adecuado y en qué condiciones han de desarrollar su labor.

Dentro del colectivo, en sí heterogéneo, de las personas inmigradas hay dos grupos especialmente vulnerables: la mujer y los mal llamados inmigrantes «de segunda generación» o jóvenes nacidos en nuestro país de padres inmigrantes. Las mujeres inmigrantes presentan una situación

de desigualdad añadida al sexo que les produce más problemas de salud mental y limita su integración en nuestra sociedad. Los jóvenes nacidos de padres inmigrantes, que muchas veces residen en zonas de exclusión social y con escasas perspectivas de promoción, tanto personal como profesional, proceden de una sociedad que ya no los ve como suyos y se van a encontrar con otra sociedad que no los considera como iguales, situación que puede generarles sentimientos de frustración y rechazo.

Para resolver estas dificultades no es necesario crear estructuras específicas de atención sanitaria sino, como se ha hecho y se hace cada día en todos los centros de salud de nuestro país, adaptar las estructuras y el modelo existente a las nuevas necesidades y centrar la relación en la atención sanitaria más en el paciente que en su enfermedad, atendiendo fundamentalmente a sus condiciones de vida. Si se quiere mejorar la calidad de la atención prestada, es necesario adoptar medidas de ámbito estatal aunque, si no van acompañadas de actuaciones que mejoren las condiciones laborales y de vivienda, tendrán una repercusión escasa en la salud de las personas inmigradas:

- Eliminación de todas las barreras que puedan dificultar el acceso al sistema sanitario, tanto administrativas como de organización de los equipos de AP (horarios, actividades domiciliarias, actuación con la comunidad, etc.), desde un enfoque general para todos los inmigrantes como población vulnerable e independientemente de su origen cultural.

- Reforzar los equipos de AP en aquellas zonas donde la población inmigrante sea especialmente significativa, sin que deba haber una aportación de recursos basada de manera única y exclusiva en el número de personas asignadas.

- Definir y desarrollar la utilización de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud como un recur-

so disponible para los profesionales sanitarios y que puede mejorar la accesibilidad, tanto de los inmigrantes al sistema sanitario como de los profesionales a sus problemas reales.

- Es necesario involucrar a la población inmigrante en los temas de planificación sanitaria que les competan para conocer sus prioridades.

- Creación de sistemas de registros e instrumentos –estandarizados, validados para cada grupo étnico y no estigmatizantes– adecuados para la población inmigrante y que nos permitan conocer sus necesidades reales de salud.

- Formación de los profesionales sanitarios en inmigración y salud, priorizando aspectos de medicina transcultural (hábitos dietéticos, itinerarios de sanación, concepto de salud-enfermedad, restricciones religiosas, efectividad de algunos medicamentos en diferentes etnias, etc.), tanto en el pregrado como en el posgrado y como formación continuada.

- Favorecer la creación y el mantenimiento de redes de apoyo social a inmigrantes.

- Desarrollar protocolos o guías de práctica clínica (o utilizar de los ya disponibles) en la atención inicial a las personas inmigradas, teniendo en cuenta sus lugares de origen.

- Adaptar los programas de salud disponibles –en especial los preventivos y sobre todo los de salud materno-infantil, vacunaciones y planificación familiar– a las peculiaridades culturales propias de cada comunidad.

- Y, principalmente, intervenir de manera específica en el colectivo de mujeres inmigrantes y en los jóvenes nacidos en España de padres inmigrantes como grupos con una especial vulnerabilidad a los trastornos adaptativos y de comunicación.

J. Vázquez-Villegas

Coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante semFYC-Samfyc.
Coordinador de Atención al Inmigrante. Distrito Poniente de Almería.
Almería. España.