



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Aptitudes percibidas por el médico de familia en la atención a pacientes inmigrantes



F.J. Alonso Moreno^{a,*}, R.M. Micó Pérez^b, A. Segura Fragoso^c, H. Ahmed de Prado^d, M. Guerrero Muñoz^e, I. Palomino Cobo^f, F. Leiva-Cepas^g y J.L. Llisterri Caro^h, en representación del Grupo de Atención al inmigrante de SEMERGEN[◇]

^a Medicina Familiar, CS Sillería, Toledo, España

^b Medicina Familiar, Centro de Salud Fontanars dels Alforins, EAP Ontinyent, Ontinyent, Valencia, España

^c Servicio de Investigación, Instituto de Ciencias de la Salud, Talavera de la Reina, España

^d R3 de Medicina Familiar y Comunitaria, C. Salud Dobra, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

^e R4 año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Santa Eulalia Sud. Hospital de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^f Medicina Familiar, Centro de Salud Mijas, Fuengirola, Málaga, España

^g Medicina Familiar, Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Grupo de Investigación Epidemiológica en Atención Primaria, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica Traslacional (IMIBIC), Córdoba, España

^h Medicina Familiar, Vallada, Valencia, España

Recibido el 12 de noviembre de 2019; aceptado el 29 de diciembre de 2019

Disponible en Internet el 14 de marzo de 2020

PALABRAS CLAVE

Aptitud;
Personas inmigrantes;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Conocer las aptitudes percibidas por los médicos de familia como competencia en la atención a las personas inmigrantes.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal con recogida de datos mediante encuesta de 21 preguntas cumplimentada electrónicamente por médicos de familia y validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN. Se estructuró con preguntas tipo test, cerradas, de opción múltiple de respuesta, incluyendo variables relacionadas con el médico y variables relacionadas con el paciente inmigrante. El grado de competencia profesional se valoró con una escala Likert, de 1 a 10.

Resultados: Respondieron la encuesta 610 médicos de familia, con una edad media de $47,5 \pm 12,3$ años; 64,1% mujeres. De ellos, 112 (18,4%) estaban en periodo de residencia. Tasa de respuesta 4,9%. El 72,6% no había realizado cursos de formación continuada en atención a personas inmigrantes en los últimos 5 años.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: falonsom@semergen.es (F.J. Alonso Moreno).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de Atención al inmigrante de SEMERGEN están relacionados en el [anexo 1](#).

Los médicos contestaron que percibieron dificultad en la consulta: en el 73% de los casos con el idioma, en el 38,7% con el tiempo asignado y en el 32,3% con el conocimiento de la cultura. El 96,9% de los pacientes asistió a consulta por enfermedad común. En el 14,4% la causa estaba relacionada con el proceso migratorio (enfermedad infecciosa adquirida en el país de origen) y en el 26,4% con las condiciones de salud en el país de acogida (falta de vivienda estable, hacinamiento y condiciones de trabajo). El grado de competencia percibido fue de $6,2 \pm 1,9$. **Conclusiones:** La competencia percibida por el médico de familia en la atención a personas inmigrantes es moderada. Las barreras más importantes para estos profesionales son el desconocimiento del idioma, la falta de tiempo asignado para la consulta y el desconocimiento de la cultura del paciente.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Skills;
Immigrants;
Primary care

Skills perceived by general practitioners for providing care to immigrant patients

Abstract

Objective: To identify the skills perceived by general practitioners for providing competent care to immigrants

Material and methods: Observational, descriptive and cross-sectional study with data collection using a 21-item questionnaire completed electronically by the general practitioners and validated by the National Validation Commission of SEMERGEN. It was structured with closed-ended, multiple-choice test questions, including variables related to the doctor and variables related to the immigrant patient. The level of professional competence was assessed using a 1 to 10 Likert scale.

Results: A total 610 family physicians with a mean age of 47.5 ± 12.3 years responded and 64.1% were women. Of these, 112 (18.4%) were residents. The response rate was 4.9%. A large majority (72.6%) had not taken part in continuing education courses on caring for immigrants in the last 5 years.

Participants reported difficulties in the clinic: 73% of the cases with the language, 38.7% with the allotted time, and 32.3% due to knowledge of the culture. Most (96.9%) of patients attended the clinic due to a common illness. The cause in 14.4% was related to the migratory process (infectious disease acquired in the country of origin), and in 26.4% with the health conditions in the host country (lack of stable housing, overcrowding, and conditions of work). The perceived level of competence was 6.2 ± 1.9 .

Conclusions: The competence perceived by general practitioners in providing care to immigrants is moderate. The most important barriers for these professionals are ignorance of the language, lack of time allocated for consultation, and ignorance of the patient's culture.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es una realidad demográfica que en España ha ido creciendo en las últimas décadas. Esto ha supuesto una novedad en las dinámicas sociales que ha precisado de ajustes sociodemográficos para la correcta adaptación tanto de las personas que vienen, como de aquellos del país al que llegan. Dentro de este contexto, la situación sanitaria de la que parten las personas que emigran es muy diferente, por ello es preciso el manejo y el conocimiento de las características tanto culturales como sociosanitarias de los países de origen. Formarse en competencia cultural es una obligación ética de los profesionales sanitarios para poder atender de manera adecuada a los distintos grupos étnicos, siendo de especial relevancia la formación del médico de Atención

Primaria (AP) puesto que es la puerta de entrada al sistema sanitario¹⁻³.

En relación con ello, la atención a personas de diferentes orígenes se acompaña a menudo de una serie de obstáculos, tanto desde el punto de vista del paciente como del personal sanitario, que pueden acarrear una precaria asistencia. El idioma, el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud o los propios prejuicios culturales son barreras que limitan la comunicación médico-paciente. Esto es debido a que el paciente, en su proceso de adaptación a una nueva cultura y situación vital, precisa que se flexibilicen las pautas comunicativas y de atención dentro de la consulta. El proceso de enfermar presenta unas características propias en cada lugar, esto es de especial relevancia para el adecuado

entendimiento global de la persona a la que se desea ayudar^{2,3}.

Es importante considerar que las enfermedades de estas personas varían dependiendo del tiempo de estancia en el país de acogida. En general, se trata de personas jóvenes y sanas, que deben realizar un proceso de adaptación a una nueva realidad. El médico de familia no siempre tiene una adecuada formación en medicina transcultural. A su llegada y durante los siguientes 5 años aproximadamente, son más frecuentes las relacionadas con su lugar de procedencia y las inherentes al proceso migratorio; pero una vez pasado el tiempo y tras el mayor o menor nivel de integración social los problemas de salud son cada vez más similares a los de la población general del país al que llegan^{1,4}.

Ante las diferentes maneras de entender la salud y la enfermedad es importante desarrollar habilidades para la atención al inmigrante y así proporcionar a los profesionales sanitarios conocimientos básicos para afrontar las diferencias culturales, idiomáticas y médicas a la hora de atender a esta población.

Por esta razón, y dado que la presente situación dista de ser la idónea, nos parece necesario obtener información actualizada para tener una visión de lo que sucede en la práctica clínica. El objetivo principal de este estudio es conocer la aptitud percibida por los médicos de familia como competencia en la atención a las personas inmigrantes.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal con recogida de datos a través de una encuesta, con un cuestionario de 21 preguntas cumplimentado electrónicamente por médicos de familia a través de la página web de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). La encuesta fue elaborada por el Grupo de Trabajo de Atención a Personas Inmigrantes de SEMERGEN y se publicó on line en la página web (<http://www.semergen.es/áreasocios>), estando disponible desde el 11 de febrero del 2019 hasta el 24 de abril del 2019. Cada médico, perteneciente al ámbito de la AP, solo podía cumplimentar la encuesta una vez. La encuesta fue validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN (anexo 2). Se estructuró con preguntas tipo test, cerradas, con opción múltiple de respuesta, atendiendo a la siguiente clasificación:

- Variables relacionadas con el médico de familia: edad, sexo, médico de familia o médico residente en formación, formación en atención a personas inmigrantes realizada en los últimos 5 años, lugar de trabajo, trabajo en servicio de Urgencias, años de ejercicio, trabajo en centro docente, tutor de residentes, formación vía MIR y grado de competencia profesional (escala Likert de 1 a 10).
- Variables relacionadas con el paciente: promedio de pacientes atendidos al día, número de pacientes inmigrantes atendidos el último día de consulta, porcentaje de distribución por sexo, solicitud de cita previa, barreras en la consulta (idioma, culturales), motivos de consulta.

Fueron consideradas inmigrantes, siguiendo la definición de inmigrantes «económicos», las personas nacidas fuera de España, a excepción de las que lo hubieran hecho en los 15 países de la Unión Europea más ricos, Noruega, Suiza y de otros países de alto nivel de renta, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón⁵.

El diseño del estudio se presenta en la [figura 1](#).

Manejo de los datos

Cálculo del tamaño muestral. Los cálculos se basaron en la estimación de la media de competencia percibida por los profesionales. Considerando una media esperada de 6,5 puntos (sobre 10), con desviación estándar (DE) 1,9, nivel de confianza (IC) del 95% y precisión $\pm 0,15$ puntos, el tamaño muestral se fijó en 610 encuestas.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables del estudio. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y porcentajes para cada una de sus categorías y las cuantitativas con la media y DE. Se calcularon los correspondientes IC del 95%.

Para estudiar la significación estadística de las diferencias entre las medias de competencia entre los diferentes subgrupos se utilizó ANOVA. Para todos los contrastes de hipótesis se asumió un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

El análisis estadístico se realizó con el paquete de programas estadísticos IBM SPSS Statistics 22.0.

Resultados

Se recibieron 928 encuestas. Fueron excluidas 318 por datos erróneos o incompletos, resultando una muestra válida de 610 encuestas (tasa de respuesta de 610/12.507: 4,9%). Los encuestados tenían una edad media de $47,5 \pm 12,3$ años y el 64,1% eran mujeres. De ellos, 112 (18,4%) estaban en periodo de residencia. El promedio de años de ejercicio fue de $19,2 \pm 12,2$ años. El 72,6% no había realizado ningún curso de formación continuada en atención a personas inmigrantes en los últimos 5 años. El 54,6% de los médicos trabajaba en servicios de Urgencias o de Atención continuada. Un 62,1% trabajaban en centros docentes, el 25,2% eran tutores. El 64,6% había realizado formación especializada vía MIR. En la [tabla 1](#) se presentan las características de los médicos y de su formación en atención a personas inmigrantes. El promedio de pacientes inmigrantes atendidos al día fue de $6,3 \pm 7,1$ pacientes. El 73,8% de los pacientes inmigrantes que acudieron a consulta lo hicieron con cita previa.

En cuanto a las barreras, los médicos contestaron que percibieron dificultad en la consulta: en el 73% de los casos con el idioma, en el 38,7% con el tiempo asignado y en el 32,3% con el conocimiento de la cultura. El 23,9% de los pacientes no contaba con tarjeta sanitaria y un 42% presentaba ausencia documentos sanitarios (hoja de vacunaciones, informes médicos). En la [tabla 2](#) se incluyen las dificultades en la consulta percibidas por el médico.

El 96,9% de los pacientes asistió a consulta por enfermedad común. En el 14,4% de los casos, el médico reseñó que la

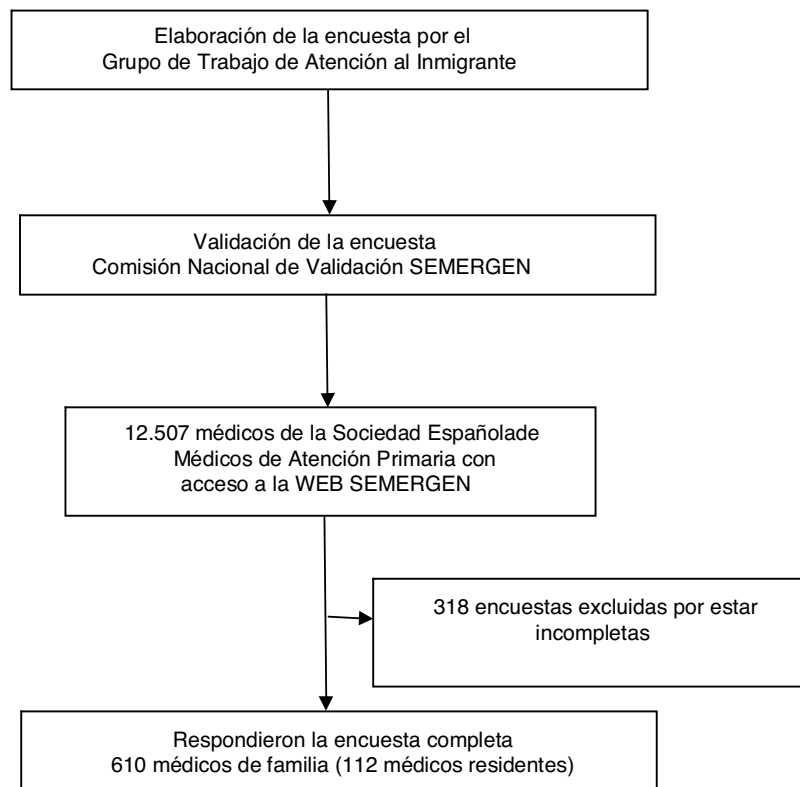


Figura 1 Esquema seguido para realizar el estudio.

causa de consulta estaba relacionada con el proceso migratorio (enfermedad infecciosa adquirida en el país de origen) y en el 26,4% con las condiciones de salud en el país de acogida (falta de vivienda estable, hacinamiento y condiciones de trabajo). Los motivos de consulta más frecuentes de las personas inmigrantes se presentan en la [tabla 3](#).

El grado de competencia percibido (escala de Likert) fue de $6,2 \pm 1,9$. Los médicos que habían realizado más cursos en atención a personas inmigrantes, o que atendían a más pacientes inmigrantes al día, y los tutores de médicos residentes percibían un mayor grado de competencia en la atención a estas personas. El análisis de estos resultados se presenta en la [tabla 4](#).

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue conocer la competencia percibida por el médico de familia cuando atiende en consulta o servicios de Urgencias a personas inmigrantes. Según una escala de Likert de 1 a 10, los médicos puntuaron en promedio su competencia percibida con un 6,17.

La edad media de los médicos que respondieron la encuesta ($47,5 \pm 12,3$ años), la distribución por sexo, la experiencia profesional y el porcentaje de médicos residentes en periodo de formación pueden ser un reflejo de la realidad de los médicos de familia que trabajan en nuestro país. El promedio de pacientes inmigrantes atendidos al día ($6,3 \pm 7,1$ pacientes) da idea de la importancia que representa este colectivo en las consultas de AP.

Uno de los resultados importantes del estudio fue conocer la formación en atención a personas inmigrantes. El 72,6% de

los médicos manifestó que no había realizado ningún curso de formación en esta materia en los últimos 5 años. En un estudio realizado por médicos de AP de Noruega⁶, se pone de manifiesto que, dado el creciente número de inmigrantes y de refugiados en las consultas de AP, se necesita de forma urgente complementar la enseñanza con un método clínico centrado en el paciente mejorando la competencia cultural. Los autores también destacan el potencial de los grupos educativos de médicos generales para desarrollar estrategias en consultas interculturales. Otro artículo realizado en Canadá⁷ indica que las experiencias positivas y negativas percibidas por las familias inmigrantes con diferentes proveedores de salud influyeron en el nivel de confianza entre sus miembros. Se aboga por el desarrollo de competencias culturales sistémicas dentro de una red de servicios para mejorar las colaboraciones y el acceso a los servicios de salud en AP para las familias inmigrantes.

Con relación a las barreras percibidas, los médicos encuestados refieren como principal obstáculo el idioma (73,0%), seguido de la falta de tiempo (38,7%) y del desconocimiento de la cultura (32,3%).

Con relación a las dificultades percibidas por profesionales en la atención a personas inmigrantes, Esteva et al.⁸ destacan las de acceso y las idiomático-culturales, y señalan que para paliarlas son necesarias la sensibilidad de los profesionales y la acción de la administración. El artículo de Velasco et al, que tiene como objetivo conocer la percepción y la satisfacción de las personas inmigrantes con relación a los servicios sociosanitarios, realizado en Barcelona⁹, señala que el 89% de la población encuestada dijo «haber sido tratada con respeto» al acudir a los servicios de salud, siendo

Tabla 1 Características principales de los médicos participantes

Variables	Recuento	% del N.º de la columna
Sexo		
Femenino	391	64,1
Masculino	219	35,9
Edad categorizada (años)		
< 40	186	30,5
40 a 59	294	48,2
≥ 60	130	21,3
Cursos on line		
Ninguno	443	72,6
Solo uno	103	16,9
Dos o más	64	10,5
Cursos presenciales		
Ninguno	462	75,7
Solo uno	95	15,6
Dos o más	53	8,7
Años ejercicio categorizados		
< 5	121	19,9
5 a 20	198	32,5
> 20	290	47,6
Médico residente		
Sí	112	18,4
No	498	81,6
Centro de salud o consultorio		
Urbano	412	67,5
Rural	198	32,5
Trabaja en servicio de Urgencias		
Sí	333	54,6
No	277	45,4
Trabaja en centro docente		
Sí	379	62,1
No	231	37,9
Formación vía MIR		
Sí	394	64,6
No	216	35,4
Tutor de residentes		
Sí	154	25,2
No	456	74,8

MIR: médico interno residente.

considerado este el aspecto más importante. Sin embargo, el 59,4% refirió una percepción de «discriminación hacia los inmigrantes» y el 68,4% manifestó que las diferencias culturales afectan «total o parcialmente» a la calidad de la atención recibida. Para el 66,7% de las personas inmigrantes, la atención sanitaria recibida en Barcelona es mejor que la recibida en su país de origen, principalmente por su calidad científico-técnica y por el acceso universal.

Cuando estudiamos el motivo de consulta, según la opinión de los médicos, el 96,9% de los pacientes asistió a consulta por enfermedad común. Solo en el 14,4% de los casos el médico reseñó que la causa de consulta estaba relacionada con el proceso migratorio (enfermedad

Tabla 2 Dificultad percibida por el médico de familia en la atención a personas inmigrantes

Variables	Recuento	% del N.º en columna
¿Las personas inmigrantes que acudieron a consulta lo hicieron con cita previa?		
Sí	450	73,8
No	160	26,2
Dificultad con el idioma		
No ^a	165	27,0
Sí	445	73,0
Dificultad con el tiempo asignado a la consulta		
No ^a	374	61,3
Sí	236	38,7
Dificultad con el conocimiento de la cultura		
No ^a	413	67,7
Sí	197	32,3
Problema administrativo o de acceso al sistema de salud (falta de tarjeta sanitaria)		
No ^a	464	76,1
Sí	146	23,9
Falta de documentos sanitarios (hoja de vacunaciones, informes médicos)		
No ^a	354	58,0
Sí	256	42,0

^a No seleccionado.

Tabla 3 Motivos de consulta en personas inmigrantes

Variables	Recuento	% del N.º en columna
Enfermedad común		
Sí	591	96,9
No	19	3,1
Seguimiento del embarazo		
Sí	123	20,2
No	487	79,8
Planificación familiar		
Sí	146	23,9
No	464	76,1
Accidente de trabajo o enfermedad profesional		
Sí	157	25,7
No	453	74,3
Enfermedad relacionada con el proceso migratorio (enfermedad infecciosa adquirida en su país de origen)		
Sí	88	14,4
No	522	85,6
Enfermedad relacionada con las condiciones de salud en el país de acogida (falta de vivienda estable, hacimiento, condiciones de trabajo)		
Sí	161	26,4
No	449	73,6

Tabla 4 Grado de competencia percibida en la consulta y su relación con variables del médico

	Grado de competencia percibido en la consulta			IC del 95%	Valor p
	N.º válido	Media	Desviación estándar		
Sexo					
Femenino	391	6,12	1,90	5,93-6,3	0,302
Masculino	219	6,28	1,84	6,04-6,52	
Edad categorizada (años)					
< 40	186	6,04	2,05	5,75-6,34	0,461
40 a 59	294	6,20	1,79	6-6,4	
≥ 60	130	6,30	1,82	5,99-6,61	
Cursos on line					
Ninguno	443	5,96	1,88	5,78-6,13	< 0,001
Solo uno	103	6,59	1,80	6,24-6,94	
Dos o más	64	7,00	1,67	6,59-7,41	
Cursos on line categorizados					
Ninguno	443	5,96	1,88	5,78-6,13	< 0,001
Uno o más	167	6,75	1,76	6,48-7,02	
Cursos presenciales					
Ninguno	462	6,01	1,91	5,84-6,19	< 0,001
Solo uno	95	6,54	1,69	6,2-6,88	
Dos o más	53	6,92	1,67	6,47-7,38	
Cursos presenciales categorizados					
Ninguno	462	6,01	1,91	5,84-6,19	< 0,001
Uno o más	148	6,68	1,69	6,4-6,95	
Médico residente					
Sí	112	6,13	1,94	5,77-6,48	0,761
No	498	6,18	1,86	6,02-6,35	
Médico en ejercicio					
Sí	595	6,16	1,88	6,01-6,31	0,242
No	15	6,73	1,83	5,81-7,66	
Años de ejercicio					
< 5	121	6,08	1,99	5,73-6,44	0,812
5 a 20	198	6,18	1,92	5,91-6,44	
> 20	290	6,21	1,80	6,01-6,42	
Pacientes inmigrantes atendidos					
Ninguno	62	5,35	2,41	4,76-5,95	< 0,001
1 a 5	325	6,14	1,75	5,95-6,33	
>5	223	6,44	1,83	6,2-6,68	
Años de residencia (solo para médicos residentes)					
R1	23	6,48	1,86	5,72-7,24	0,448
R2	17	6,06	2,36	4,94-7,18	
R3	37	5,84	1,83	5,25-6,43	
R4	35	6,51	1,99	5,85-7,17	
Solo para médicos residentes, tipo de especialidad					
Medicina de Familia	133	6,13	1,86	5,81-6,44	0,554
Otra especialidad	6	5,67	1,97	4,09-7,24	
Atiende a pacientes menores de 14 años en su consulta					
Sí	231	6,16	2,10	5,89-6,44	0,685
No	372	6,19	1,73	6,01-6,37	
Consulta de Pediatría exclusivamente	7	5,57	1,51	4,45-6,69	
Centro de Salud o consultorio					
Urbano	412	6,20	1,91	6,01-6,38	0,632
Rural	198	6,12	1,81	5,87-6,37	

Tabla 4 (continuación)

	Grado de competencia percibido en la consulta				
	N.º válido	Media	Desviación estándar	IC del 95%	Valor p
<i>Trabaja en servicio de Urgencias o Atención continuada</i>					
Sí	333	6,14	1,89	5,94-6,35	0,669
No	277	6,21	1,86	5,99-6,43	
<i>¿Qué tipo de urgencias atiende?</i>					
Urgencias de Atención Primaria	192	6,19	1,81	5,93-6,44	0,86
Urgencias hospital	29	6,07	1,83	5,4-6,74	
UVI móvil	8	5,63	2,45	3,93-7,32	
Urgencias de Atención Primaria y hospital	104	6,13	2,03	5,74-6,51	
<i>Trabajo en un centro docente</i>					
Sí	379	6,25	1,83	6,06-6,43	0,211
No	231	6,05	1,94	5,8-6,3	
<i>Formación vía MIR</i>					
Sí	394	6,22	1,87	6,03-6,4	0,456
No	216	6,10	1,88	5,85-6,35	
<i>Tutor de residentes</i>					
Sí	154	6,49	1,72	6,22-6,76	0,014
No	456	6,07	1,92	5,89-6,24	

IC: intervalo de confianza; MIR: médico interno residente; N.º: número de respuestas; p: significación; UVI: Unidad de Vigilancia Intensiva.

infecciosa adquirida en el país de origen). Es importante reseñar que en el 26,4% de las encuestas se refería que la consulta médica tenía relación con las condiciones de salud en el país de acogida (falta de vivienda estable, hacinamiento y condiciones de trabajo). En una investigación realizada en Navarra¹⁰ los autores concluyen que los inmigrantes son menos utilizadores de servicios sanitarios y frecuentadores que los autóctonos. Sin embargo, este hecho no es percibido así por los profesionales de AP. Con los inmigrantes se realizan menos actividades preventivas y padecen más problemas laborales y psicosomáticos. Gotsens et al.¹¹ señalaron que entre los inmigrantes que llegaron a España entre 2006 y 2012 se daba un peor estado de salud. Entre las causas figuraba el impacto de la crisis económica. Se concluye que el empleo, la protección social y la reuniversalización de la atención médica podrían evitar este peor estado de salud de los inmigrantes. En este sentido, Rodríguez Álvarez et al.¹², en una investigación realizada en el País Vasco, destacan la necesidad de seguir monitorizando las desigualdades sociales y en salud entre la población autóctona e inmigrante en España, así como apoyar aquellas políticas sociales que mejoren las condiciones de vida de la población inmigrante.

Otros resultados importantes de nuestro estudio son aquellos relacionados con la organización de la consulta y la presencia de documentos sanitarios y tarjeta sanitaria. Es importante reseñar que el 73,8% de los pacientes inmigrantes que acudieron a consulta lo hicieron con cita previa. Una dificultad importante fue que el 23,9% de los pacientes no contaba con tarjeta sanitaria y un 42% presentaba ausencia documentos sanitarios (hoja de vacunaciones, informes médicos), con la consiguiente dificultad para registrar los datos de la anamnesis en la historia clínica, prescripción de tratamientos y seguimiento de los pacientes. En la Comuni-

dad de Madrid, Aerny Perreten et al.⁵, al analizar la salud de los inmigrantes frente a población autóctona, concluyen que los inmigrantes son más jóvenes, desarrollan preferentemente trabajos manuales precarios que no se corresponden con su nivel educativo y disponen de menos ingresos y menos espacio en sus viviendas. Tanto hombres como mujeres fuman y beben menos, pero las mujeres presentan mayores prevalencias de sobrepeso (un 10% más) y sedentarismo. La adherencia al cribado citológico y de la presión arterial es hasta un 16% menor. Los hombres y las mujeres con menor tiempo de residencia acuden menos a las consultas de AP y a Urgencias, al contrario que los que llevan más tiempo en España. Las mujeres con 5 o más años de estancia tienen una salud autopercebida y salud mental algo peores. Los inmigrantes presentan enfermedades crónicas similares a las de la población autóctona, pero con menores prevalencias.

Carrasco-Garrido et al.¹³ señalan que los inmigrantes establecidos en el país de acogida tienen mejores parámetros en relación con los estilos de vida, pero tienen una mala percepción de su salud. A pesar de que la población inmigrante muestra más altos porcentajes de asistencia de Urgencias y hospitalización que la población inmigrante en su país de origen, con respecto a la utilización de los servicios de salud, su uso de recursos sanitarios como medicamentos, las vacunas contra la gripe o las visitas al dentista son más bajas. En otra investigación sobre frecuentación de servicios¹⁴, los autores concluyen que los inmigrantes que contactan con AP lo hacen con mayor frecuencia en las consultas de medicina de familia y de ginecología, y además se realizan más pruebas complementarias. Sin embargo, la frecuentación del colectivo inmigrante a las consultas de enfermería parece ser inferior.

Algunos autores¹⁵ señalan que las necesidades de alfabetización en salud detectadas en personas inmigrantes se

relacionan sobre todo con el dominio del idioma y el funcionamiento del sistema sanitario. Esto puede complicar el trabajo de los médicos, ya que al desconocimiento que pueden tener los médicos de la cultura de estas personas se une la falta de conocimiento del sistema sanitario y de la propia lengua por parte de estas personas inmigrantes.

Un artículo realizado por Paraíso Torras et al. para conocer la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres inmigrantes¹⁶ concluye que es importante informar a las mujeres inmigrantes sobre anticoncepción, teniendo en cuenta sus preferencias, para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir las altas tasas de interrupción voluntaria del embarazo. Otros autores¹⁷ señalan que las creencias en salud reproductiva de mujeres inmigrantes están influidas por los preceptos de sus sociedades de origen. Estos estudios están en la línea de lo comentado anteriormente ya que, en algunas ocasiones, las actividades de promoción de la salud se utilizan todavía en menor medida de lo que sería aconsejable.

Sánchez García et al., en su trabajo realizado en población inmigrante de la provincia de Toledo¹⁸, señalan que la población estudiada es joven, consulta principalmente por problemas de vías respiratorias y mialgias, seguimiento del embarazo y accidentes, y presenta una baja cobertura vacunal. Las características sociales, como situación laboral, renta y desconocimiento del idioma, son desfavorables. Estos resultados están en la misma línea que los que se ha obtenido en nuestro estudio.

Una de las limitaciones de este estudio es la participación en la encuesta (4,9%), porcentaje que suele ser habitual en este tipo de diseños. No podemos obviar un posible sesgo de selección propiciado por una mayor tasa de respuesta en los profesionales más formados o sensibles con la inmigración y su problemática.

Por otra parte, los médicos que más han participado pueden ser los que más inmigrantes atienden. Esto puede originar una sobrestimación de la competencia profesional. No obstante, creemos que el número de participantes (610) le da fortaleza al estudio.

Finalmente, al tratarse de un estudio transversal, solo nos permite elaborar hipótesis, si bien los resultados están en consonancia con la mayoría de estudios publicados, tanto en frecuentación como en motivos de consulta. Nuestro trabajo aporta la opinión del médico sobre su competencia, un dato subjetivo, que puede ser reflejo de la preparación y las dificultades en la atención a este tipo de pacientes.

Conclusiones

Como conclusiones más importantes de este estudio, podemos destacar que la competencia percibida por el médico de familia, en la atención a personas inmigrantes, es moderada y que las barreras más importantes para estos profesionales son el desconocimiento del idioma, la falta de tiempo asignado para la consulta y el desconocimiento de la cultura del paciente.

Financiación

Para la realización de este artículo no se ha contado con ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo no presentan conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los médicos de familia que contestaron la encuesta, gracias a su interés ha sido posible realizar este artículo.

Anexo 1. Grupo de Atención al Inmigrante de SEMERGEN

Amor Melguizo Bejar, José Luis Cañada Merino, Juan Ramón García Cepeda, Teodoro Macías Delgado, Fernando Leiva-Cepas, José Luis Martincano Gómez, Francisco Javier Alonso Moreno, Ana Isabel Rabadán Velasco, Eugenia García Virosta, M. José Suero Jiménez, Juliana Cabrera Gómez, Ángela Rodríguez de Cossío, Halima Ahmed de Prado, M. José Lougredo Calderón, Marta Guerrero Muñoz, Laura Latorre García, María Mestre de Juan, Isabel Palomino Cobos, Ángela Sam Pedro Elvira y M. Belén Zachow Fernández.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2019.12.009](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.009).

Bibliografía

1. Artero Sivera A. Manual de atención sanitaria a extranjeros y minorías étnicas (Fisterra 2008) [consultado 15 Sept 2019]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inmigranteGUIAS.asp>.
2. Abril Martí M, Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En: García Castaño FJ, Kressova N, editores. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. p. 1521–34.
3. Morera Montes J, Alonso Barbarro A, Huerga Aramburu E. Manual de atención al inmigrante. Madrid: ERGON; 2009.
4. Falces Arizmendi A, Vázquez Villegas J, Cañas García-Otero E. Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. En: García Galán R, editor. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007. p. 145–56.
5. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010;24:136–44.
6. Hjörleifsson S, Hammer E, Díaz E. General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway—practice-based shared reflections among participants in focus groups. *Fam Pract.* 2018;35:216–21.
7. Isaacs S, Valaitis R, Newbold KB, Black M, Sargeant J. Competence trust among providers as fundamental to a culturally competent primary healthcare system for immigrant families. *Prim Health Care Res Dev.* 2013;14:80–9.
8. Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2006;37:154–9.

9. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten Primaria*. 2016;48:149–58.
10. Fuertes MC, Elizalde L, Andrés MR de, Castellano PG, Urmeneta S, Uribe JM, et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:179–90.
11. Gotsens M, Malmusi D, Villarroel N, Vives-Cases C, Garcia-Subirats I, Hernando C, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015;25:923–9.
12. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gac Sanit*. 2014;28:274–80.
13. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of health-care resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009;9:201.
14. Soler-González J, Serna-Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008;40:225–33.
15. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit*. 2015;29:244–51.
16. Paraíso Torras B, Maldonado del Valle MD, López Muñoz A, Cañete Palomo ML. Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos socioculturales en la elección del método anticonceptivo. *Semergen*. 2013;39:440–4.
17. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: A qualitative study. *Reprod Health*. 2015;12:79, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0071-2> [consultado 15 Sept 2019].
18. Sánchez García R, Soto García M, Pérez Villaverde N, Alonso Moreno FJ, Castro Mesa de C, García Bajo MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. *Semergen*. 2005;31:408–12.