

La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria

(Immigration and health. Intercultural elements in health care)

Uría Serrano, Juan L.

Eusko Ikaskuntza. Paseo de Uribitarte, 10 planta baja.

48009 Bilbao

Recep.: 03.03.2009

BIBLID [1989-2012 (2009), 10; 165-182]

Acep.: 09.11.2009

Las migraciones hacia el País Vasco han aumentado. Las oportunidades de desarrollo personales y socioeconómicas que la globalización ha creado, es la responsable de dicha situación. Conocer el estado de salud y las características de la atención sanitaria a la población inmigrante, es relevante para una adecuada integración social. La "competencia cultural" de los profesionales sanitarios, adquiere importancia en este escenario.

Palabras Clave: Inmigración. Salud. Enfermedades prevalentes. Interculturalidad. Servicios de salud.

Euskal Herrirako immigrazioak areagotu egin dira. Globalizazioak sortu dituen garapen personal eta sozioekonomikoetarako aukerak dira egoera hau ekarri dutenak. Immigranteen osasun egoera eta osasun arretaren ezaugarriak ezaugutzea garrantzitsua gertatzen da gizarteratze egoki bati begira. Osasunaren profesionalen "gaitasun kulturalak" garrantzia hartzen du egoera honetan.

Giltza-Hitzak: Immigrazioa. Osasuna. Gaitz prebalenteak. Kulturartekotasuna. Osasun zerbitzuak.

Les migrations vers le Pays Basque ont augmenté. Les opportunités de développement personnelles et socio-économiques créées par la globalisation sont responsables de cette situation. Il est important de connaître l'état de santé et les caractéristiques de l'attention sanitaire à la population immigrante pour obtenir une intégration sociale adéquate. La «compétence culturelle» des professionnels sanitaires est importante dans ces circonstances.

Mots Clé : Immigration. Santé. Maladies prédominantes. Interculturalité. Services de santé.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliografía en dos sentidos, por una parte de autores del mundo teórico conceptual de la sociología, la política y la antropología, y por otro de los profesionales sanitarios, revistas de las sociedades profesionales, sobre todo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), y de los documentos de los distintos sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas (CCAA). Asimismo se ha estudiado la documentación jurídica sobre Aseguramiento Sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Los datos cuantitativos se han trabajado a partir de los proporcionados por el Observatorio Vasco de Inmigración IKUSPEGI, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), y por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, así como de la reciente investigación epidemiológica en la que participó, junto con otras instituciones, la organización sanitaria "Médicos del Mundo" junto la escuela de enfermería del Campus de Leioa de la UPV/EHU.

Asimismo se ha realizado un estudio cualitativo a partir de diez entrevistas en profundidad, con otros tantos profesionales sanitarios, que desarrollan su actividad sanitaria en distintos centros de salud de la red de servicios de Osakidetza, con un número importante de inmigrantes asignados a sus cupos. Los centros de salud seleccionados han sido los de La Merced, Casco Viejo, Arangoiti, y Deusto, de la Comarca Bilbao de Osakidetza, además de técnicos y cuadros directivos de la comarca de Bilbao y responsables del Departamento de Sanidad.

En las entrevistas realizadas a los médicos y en las visitas realizadas a los distintos centros de salud, donde se ha desarrollado una metodología de Observación no participante, hemos trabajado sobre los siguientes aspectos:

1. Perfil epidemiológico de la demanda de Inmigrantes.
2. Opinión de las demandas de los pacientes inmigrantes en relación con las necesidades de salud objetivadas mediante la exploración, signos, síntomas y pruebas complementarias de diagnóstico.
3. Comunicación y empatía médico-paciente.
4. Organización de la frecuentación, frecuencia, causas, visitas, citas.
5. Seguimiento de los pacientes a través del el Sistema de Salud. Con los especialistas ambulatorios y hospitalarios. Con los Puntos de Atención Continuada (PAC) y las urgencias hospitalarias.
6. El hecho cultural y la competencia cultural.

7. Apoyo al profesional, percepción y realidad.
8. Apoyo Institucional (Osakidetza y Departamento de Sanidad).
9. Relación con otras Instituciones y Asociaciones (Diputación, Municipios, Organizaciones No Gubernamentales (ONG)...).
10. Relación con Asociaciones y servicios específicos de inmigrantes.

De igual forma se ha mantenido una reunión abierta, en forma de “Foro Comunitario”, con hombres y mujeres inmigrantes, de tres horas de duración, sobre las distintas percepciones vividas en su relación con los servicios de salud de Osakidetza, Dicho “Foro Comunitario” se ha realizado en el marco de la organización “Mujeres del Mundo” en su sede en Bilbao.

1. INMIGRACIÓN

El estudio de la inmigración puede ser abordado desde un punto de vista interdisciplinario, asumiendo, y no evitando, como suele ser habitual, su complejidad. Un análisis que contemple aspectos económicos, ó epidemiológicos, psicológicos, emocionales o vivenciales y antropológicos, puede esconder, si no se integran adecuadamente, no pocos desajustes y elementos que desintegren una única realidad.

Utilizando métodos cualitativos hemos intentado acercarnos a la percepción integral del fenómeno de la inmigración, de la salud de los y las inmigrantes, y de su percepción de la calidad de la atención que reciben en Osakidetza.

1.1. El escenario

Es necesario dibujar brevemente el escenario social y político en el que se da este estudio referido a los derechos y deberes sociales de los inmigrantes en el Estado Español:

1.1.1. Está ocurriendo una modificación del denominado Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura (CODC) que limita la accesibilidad a distintos puestos de trabajo de los inmigrantes. La condición del empleo es uno de los más importantes “Determinantes sociales” para la salud según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.1.2. Es un hecho la reducción de la contratación en origen de trabajadores inmigrantes. Se habían firmado ya Convenios con Colombia, Ecuador, Marruecos, República Dominicana, Mauritania y Ucrania para planificar adecuadamente la venida a las distintas empresas con los contratos de trabajo ya elaborados. La contrapartida en los países de origen son los controles en las fronteras de salidas de los lugares donde se realizan los contratos de trabajo

en origen. El fin de esta “regulación” del trabajo implicará el aumento de indocumentados.

1.1.3. Se ha elaborado y propuesto por parte del Gobierno español (Ministerio de Trabajo) un plan de retorno de inmigrantes ya instalados con derecho a subsidio de desempleo. Todas las tendencias apuntan a que, precisamente, los inmigrantes instalados y sus familias son los que no regresan.

1.1.4. Se ha elaborado recientemente un paquete de restricciones para el “reagrupamiento familiar”. Excluye padres y suegros, pensando, supuestamente, que son los que mas cargas sociales conllevan. Las consecuencias reales de esta situación es que lo que produce son verdaderos costes sociales y humanos, vulnerando el derecho a vivir en familia, perjudicando la necesaria cohesión social, en base a una lógica utilitaria-económica dudosa.

1.2. Las causas

Las causas de los movimientos migratorios son complejas, no emigra el que quiere sino el que puede, tal como afirman los estudiosos del fenómeno y los protagonistas inmigrantes. En el marco de la globalización económica, y de la posterior crisis en la que se encuentra instalado “el Sistema Económico Mundial” (I. Wallerstein), cuando hablamos de migraciones nos referimos a migraciones económicas fundamentalmente. Migraciones sociales y económicas, donde los itinerarios a las salidas del país de origen suelen tener itinerarios previos campo-ciudad o zonas rurales-zonas urbanas. Los conflictos bélicos, las condiciones de refugio, la represión política y las violaciones de los derechos humanos, también están contribuyendo a aumentar los movimientos migratorios Sur-Norte y Este-Oeste.

Sin embargo, podemos identificar algunos aspectos del impacto de las políticas de ajuste estructural en los determinantes de salud en los países en los que se producen con más fuerza los movimientos emigratorios:

1.2.1. La generalizada reducción del gasto público, de los presupuestos dedicados al gasto social de los gobiernos para liberar dinero en el pago del servicio de la deuda externa, para reducir el déficit presupuestario.

1.2.2. Las políticas de incremento de la “eficiencia” están, también, generalizando la privatización de empresas estatales, con recortes masivos de personal. Hoy, con la crisis, ya denominada “estructural” por algunos analistas, Las privatizaciones, dislocaciones y cierres de empresas, y recortes masivos de plantillas, golpean con mas fuerza a las economías mas frágiles.

1.2.3. Una de las medidas que se están tomando es la devaluación de la moneda nacional y la promoción de las exportaciones. Se intenta incrementar las exportaciones y aumentar las divisas necesarias para el pago de la deuda.

1.2.4. Para reducir la Inflación, otras de las medidas del ajuste estructural, en la situación actual de crisis profunda del capitalismo, se están elevando las tasas de interés y dificultando la accesibilidad para la obtención de créditos, sobre todo para los sectores más débiles económicamente.

1.2.5. Para incrementar la eficiencia en la producción de alimentos se eliminan los controles de precios, creando situaciones especulativas, inclusive en los productos para atender las necesidades básicas.

1.3. El marco jurídico en el ámbito del Estado Español

La ley de extranjería 4/2000 y 11/2000, de 22 diciembre publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) 174/2001 del 21/7/2001 es el marco jurídico fundamental en estos momentos, si bien, no regula todos los casos sujetos a derechos y deberes de los y las inmigrantes.

En el caso de la atención sanitaria, se creó jurisprudencia rápidamente en torno al derecho a la asistencia sanitaria por el Sistema Nacional de Salud en los siguientes supuestos.

- Emergencia sanitaria en menores de 18 años.
- Urgencias vitales.
- Atención completa al embarazo, parto y puerperio de la mujer.

En su momento este marco legal aunque estrecho, dejó la puerta abierta para el derecho a la atención sanitaria. Lógicamente, ello no fue suficiente.

1.4. Características de la población inmigrante en el País Vasco

¿Cuántos son? ¿Quiénes son? ¿De dónde vienen? ¿En qué trabajan? ¿Qué piensan? ¿Cómo viven?...

La mayoría son jóvenes y tienen, a su llegada al País Vasco, buena salud.

El 1/1/2008 empadronados en la CAPV constaban **117.000 personas**, el 5,4% de la Población Vasca. En el ámbito del Estado Español, en la misma fecha, estaban inscritos 5.220.577, el 11,3% de la población. En esa fecha, el 47% del total, son procedentes de países latinoamericanos.

Hay que tener en cuenta que los datos estadísticos no discriminan motivos o causas de los movimientos migratorios, por ejemplo, en esa misma fecha constan procedentes de Canadá y de EEUU, el 1% de la población total.

En Bizkaia, están inscritos 58.130, el 50% del total de inmigrantes en el País Vasco. La mayoría de origen latinoamericano, bolivianos, colombianos y ecuatorianos. Más mujeres que hombres.

En Araba, están inscritos 22.734, el 7,35 % de la población total, la mayoría de origen magrebí, de Marruecos y Argelia. Más hombres que mujeres.

En Gipuzkoa, 35.786, el 5,1% de la población en el Territorio, la mayoría europeos, portugueses y rumanos.

En los últimos diez años, la población autóctona en Euskadi disminuyó en 45.000 habitantes. Sin embargo, la población de la CAPV aumentó en 57.000 habitantes. En el mismo periodo llegaron 101.500 inmigrantes.

Los países de origen mas frecuentes, en estos momentos son latinoamericanos, de Colombia, Bolivia, Ecuador, Brasil y Paraguay, comunitarios, de la Unión Europea (UE), Portugal y Rumania. Desde el 1/1/2007 Rumania y Bulgaria se incorporaron a la UE, así, el 11% de inmigrantes del 2006 extracomunitarios se pasó al 2,9% en el 2008. De África, de Argelia y Marruecos, y a más distancia, Senegal, y de Asia, de China... y de Filipinas, aunque menor cuantía, también tienen cierta relevancia social en algunos sectores.

1.5. Inmigración y su regulación en la Seguridad Social

Se estima en un 72% del total de inmigrantes, los regulados y afiliados a la Seguridad Social. Un 84% del total tiene menos de 45 años.

En el País Vasco están afiliados y cotizan al INSS 54.061 inmigrantes, o sea el 2,6% de los 2.151.878 inmigrantes que cotizan en el Estado Español (El 23% del total, en Cataluña; el 22%, en Madrid; el 11%, en Valencia y el 10%, en Andalucía). Del total de los afiliados, 39.000 lo hacen en el Régimen General, 7.000 en el Régimen de Autónomos, 6.300, en el Régimen de Empleadas de Hogar, 1.700 en el Régimen Agrario y 410 en el Régimen del Mar.

Sucesivos estudios han confirmado recientemente que la llegada de cuatro millones de inmigrantes ha sido decisiva para el crecimiento económico en el Estado Español. El 60% de los nuevos empleos se cubre gracias a los inmigrantes, según un informe de la oficina económica del gobierno español de noviembre del 2006, gracias al trabajo de los inmigrantes la renta media de los españoles aumentó en 623 euros en un lustro. Los inmigrantes suponían al finales del 2006 el 8,8% de la población española, aunque absorbían solo el 5,4% del total del gasto público, 18.618 millones de euros (Sanidad, educación,...). Su aportación a las arcas públicas es sin embargo, superior y supone el 6,6% del total, con una cifra de 23.402 millones de euros. Los inmigrantes son, pues, contribuyentes netos a las arcas públicas en una cantidad que se elevaba entonces a 4.784 millones de euros, una cifra que representa la mitad del superávit público. El último dato conocido es esclarecedor: los inmigrantes aportan el 7,4% del total de las cotizaciones sociales y solo perciben el 0,5% del gasto en pensiones.

2. LA SALUD

2.1. Salud, diferencias y semejanzas

Ningún médico de los entrevistados percibe, ni en la causa de las consultas o visitas a domicilio, ni en la referencia de síntomas o signos, ni en los diagnósticos de enfermedades realizados, una diferencia sustancial entre la población inmigrante y el resto de los pacientes.

Sin embargo, las consultas de pediatría son distintas, por un lado se aprecia mas frecuentación por natalidad más alta, más patología, no tanto por la epidemiología de sus países de origen, sino por las condiciones de vida, alimentación, vivienda... en el País Vasco. Más patología con sintomatología más “florida” y más severa. Con una percepción de los signos y de los síntomas, por parte de los padres y madres, en caso de su presencia, más graves, todo ello con componentes culturales mas explícitos.

El perfil del paciente inmigrante, es distinto también entre sí, multicultural y socialmente diferenciado. No es semejante la condición de jóvenes senegaleses arrantzales, que hombres magrebíes que viven solos, o que parejas múltiples o estables de bolivianos, que argentinos o que madres rumanas. El hecho de ser inmigrante confiere una singularidad pero no genera situaciones homogéneas **en todos los aspectos**. El nivel de estudios, el origen geográfico y cultural, las condiciones de trabajo, la edad, la condición de mujer, la vivienda, el grupo social o la estructura familiar y las condiciones de vida, son determinantes sociales que influyen las condiciones de salud de los colectivos inmigrantes de forma importante, sin menoscabo de la condición mas general de ser inmigrante...

2.2. Algunos problemas en la consulta

Los problemas encontrados fueron la irregularidad en el acceso a la consulta, la falta de cultura previa en la utilización de la cita previa y la poca utilización de ésta, la concepción “distinta” y relativa del tiempo, la movilidad laboral y vital y su relación con un importante número de desplazados e itinerantes. Esto, junto a los denominados “irregulares” o “sin papeles”, que en ocasiones, pueden alcanzar hasta un tercio del total de un cupo de un médico de familia o un pediatra, en zonas de densidad media y alta, de población inmigrante.

Estos son los problemas centrales que nos refieren los médicos de familia y pediatras entrevistados en relación a la organización y dinámica de la consulta en el centro de salud.

Las personas vienen a las consultas porque están realmente enfermas. Esta apreciación si bien es una verdad de “Perogrullo”, no es fácil que todos los médicos coincidan en la apreciación, como ha sido el caso. La relación entre necesidades de salud y demandas se acorta en el comportamiento de la población inmigrante. Posiblemente, según perciben los entrevistados, las condicio-

nes de trabajo determinen este comportamiento. No es sencillo “Ir a la consulta médica” para una interna, empleada de hogar o para un trabajador a destajo. Por ello ni la frecuentación se aprecia como importante ni las demandas responden patrones de consumo “utilitarista”. La gente va al médico porque está enferma, en ocasiones muy enferma en el momento de contactar los servicios sanitarios.

2.3. Las enfermedades prevalentes

Los problemas de salud demandados son semejantes a los ya conocidos de la población autóctona, problemas osteomusculares, hipertensión arterial, cardiopatías, problemas del aparato digestivo, diabetes, depresión, gripe, cáncer... Tal vez, los problemas de salud relacionados con el duelo, por la separación de seres queridos, de la propia historia personal y vital, de las referencias más importantes, los problemas ginecológicos, y los problemas inespecíficos, de tipo psicossomático, son los más demandados, entre la población adulta.

En la población infantil, las infecciones respiratorias agudas, y fundamentalmente el asma severo, las diarreas y las afecciones de piel (Impétigos, pitiriasis alba, hongos...) son los problemas principales.

Los problemas relacionados con la salud laboral, la siniestralidad y las cargas en nuevos trabajos, si bien no nos han sido referidos por los médicos entrevistados, sí lo han hecho los inmigrantes, en las reuniones celebradas.

2.4. Atención Primaria versus Atención Especializada

En la relación que se establece entre las consultas de la red de servicios que conforman la atención primaria y la población inmigrante, se detectan, de forma importante, las características de la atención primaria que le configuran como elemento estratégico en el conjunto del sistema de salud. Nos referimos a características como la “longitudinalidad”, la “atención permanente y continuada”, “la integración de los procesos diagnósticos y terapéuticos”, en relación con las condiciones de vida de las personas, el seguimiento de los tratamientos, la posibilidad práctica de medidas preventivas y de promoción y educación para la salud,... estas características confieren a la Atención Primaria más potencia, más capacidad de intervención clínica y comunitaria en relación a la Atención Especializada, tal como la conocemos en ambulatorios y hospitales.

Para el abordaje de los problemas de comunicación, tanto bajo el punto de vista clínico como global, encontramos los mismos problemas, mayor capacidad en la atención primaria de salud para integrar el hecho cultural de relatos y percepciones de los pacientes, que en otros ámbitos de la atención. Esto repercute en el conocimiento de la dimensión social de los problemas de salud, y en la valoración adecuada de los determinantes sociales de la salud.

2.5. La utilización de las medicinas “Folk”

Un importante número de pacientes utilizan en los procesos curativos medicinas tradicionales o “folk”, como plantas medicinales u otras. En ocasiones, como complemento de otros tratamientos propuestos por los médicos de Osakidetza o como únicos tratamientos. Estos tratamientos son procesos empíricos de conocimiento muy arraigados en algunos grupos de inmigrantes. También es frecuente confiar en curanderos o videntes, o personas mayores del grupo social con conocimientos populares en el abordaje de la enfermedad. Estos conocimientos incluyen procesos y conceptos religiosos y culturales muy asentados en los sistemas de relación grupal.

2.6. La formación continuada del profesional

Ningún profesional ha referido cursos, seminarios, charlas o conferencias u otras actividades de formación y reciclaje, por parte de Osakidetza o del Departamento de Sanidad, en temas relativos a la salud de los inmigrantes. Tampoco refieren información por parte de otras instituciones como la Diputación o los Ayuntamientos. Las Asociaciones de Inmigrantes o las ONG relacionadas con ellos, tampoco han informado en relación con las dinámicas poblacionales, sociales o epidemiológicas, de la población inmigrante en las zonas de salud. Sin embargo los facultativos entrevistados sí refieren el abordaje del tema en las Jornadas anuales de la Comarca hace ya varios años.

La comarca Bilbao de Osakidetza dispone en su página Web de dos protocolos de atención a la salud de los inmigrantes, uno dirigido a la población infantil y otro para adultos. Además la Dirección de la Comarca refiere que el pasado año se firmó un acuerdo de cooperación con la ONG CEAR, (Comisión Española para Atención del Refugiado), en Bilbao, donde se debatió el asunto de los traductores y/o mediadores culturales para los centros que lo necesiten o demanden. Asimismo se acordó establecer un programa de charlas itinerantes, para informar a los centros de salud, de los entornos culturales de procedencia de la población en la Zona de salud. Así, CEAR visitó en el año 2007 cinco centros de salud, los de La Merced, Casco Viejo, El Karmelo- Santutxu, San Adrián (Miribilla) y Deusto-Arangoiti.

2.7. Las enfermedades cosmopolitas y las importadas

Los movimientos de población han aumentado de forma importante en los últimos años:

- En el Estado Español viven 5,2 millones de personas inmigrantes, el 11,3% de la población total.
- Durante el año 2006, más de 1 millón de ciudadanos europeos viajaron a países tropicales o subtropicales, por turismo o por negocios.

- En los últimos cinco años, familias españolas han adoptado más de 23.000 niños y niñas, la mayoría procedentes de Países en vías de desarrollo.
- Todos los movimientos en nuestro alrededor se han hecho mas habituales: misioneros, militares en misiones internacionales, cooperantes expatriados de ONGD o de Instituciones, actividades de negocio, trabajadores y profesionales estacionales, refugiados...

Estos movimientos establecen lo que se ha venido en llamar la “interdependencia global de la salud” que acuñó Jonathan Man, Profesor de salud internacional en la Escuela de Salud Pública de Harvard (USA). Esto es, viajan las personas, viajan también los vectores responsables de las enfermedades.

Así, entre las enfermedades cosmopolitas están la tuberculosis, la infección por VIH, la sífilis, las hepatitis B y C, la fiebre tifoidea, las infecciones por transmisión sexual (ITS), las micosis superficiales, la Leptospirosis, y las diarreas bacterianas y virales.

Las infecciones importadas se observan en las personas que viajan y en los inmigrantes, cuando vuelven de nuevo a sus lugares de origen y regresan, otra vez al lugar de destino donde emigró. En esas situaciones podemos observar con una mayor incidencia las infecciones por parásitos (Malaria, Chagas, Esquistosomiasis, Neuro cisticercosis, Geohelmitiasis intestinales, Leishmaniosis, Filariasis, Parasitosis con afectación cutánea u Oncocercosis, Amebiasis,...), las infecciones fúngicas, las infecciones por bacterias y micobacterianas (Lepra, Rickettsiosis, Treponema, Tracoma...), las infecciones por virus (Dengue, Chikungunya, Encefalitis del Nilo, Encefalitis japonesa, Hantavirus, Otros Arbovirus, Gripe Aviar...), otras zoonosis (Fiebre de Lassa, SARS, Ébola, Marburg, Rabia...).

Las Unidades de Vigilancia epidemiológica, tanto en el ámbito internacional (CDC Atlanta), como europeo, Español, así como en el propio País Vasco, registran, informan y diseñan estrategias de control de epidemias o de detección de casos. De modo que de forma inmediata llega a los centros de salud y a los hospitales del sistema de salud las medidas a tomar o las orientaciones de detección de los problemas de salud. Precisamente, asegurar la agilidad y las vías de comunicación entre las Unidades de Epidemiología y el sistema de provisión de servicios de salud, es el aspecto fundamental del buen abordaje de estas y otras enfermedades en la Comunidad.

3. EL SISTEMA DE SALUD

Los procesos de atención a la población inmigrante exigen coordinación, seguimiento e integración de la enfermedad del paciente aislado, en el conjunto del sistema de salud. Los problemas habituales son los relacionados con la organización de la consulta, y los de coordinación con los servicios de urgencias hospitalarios, fundamentalmente, en el caso de los desplazados, donde son fre-

cuentas las duplicidades y los problemas de seguimiento de las patologías y de las personas que, bien por razones laborales o bien por razones familiares o legales, se mueven continuamente. Es un problema difícil de resolver.

Este es un asunto complejo y difícil, y que presenta en Osakidetza las deficiencias lógicas de todo sistema de salud en cambio. No es un tema exclusivo de la atención a la población inmigrante, es un tema que se observa reiteradamente en los procesos normalizados de atención a la población autóctona.

3.1. Algunos comentarios sobre tiempos y cupos médicos

Los tiempos promedios observados en la atención en las consultas de Atención Primaria, en los Centros de salud de la Comarca Bilbao, son de 9,9 minutos por paciente en adultos y 10,6 minutos por niña o niño (desde 0 a 14 años). Sin embargo, los tiempos que requiere la población inmigrante son mayores, al menos hasta que el conocimiento entre el médico y el paciente se consolida y se da un escenario de “normalización” de las relaciones a todos los niveles, incluyendo el ámbito cultural.

En la observación, en varios momentos del estudio, de los movimientos de pacientes en un cupo concreto de pediatría, de unas 1.100 TISes (Tarjetas Individual Sanitaria, actualmente llamada ONA), y una composición aproximada de 202, de 0 a 2 años, 337, de 3 a 6 años, y 541 de 7 a 13 años, detectamos que se puede transformar, en al menos en un tercio mas de la población esperada, pasando, como es el caso que nos ocupa, de 5 niños y niñas de menos de 1 mes a 40. Este es un tema que “no está en las estadísticas” de demanda, ya que la demora de los registros en las bases de dato en los programa informáticos (OSA-BIDE) aún son importantes, si añadimos a la no existencia del paciente “regulado” en la base de datos demográfica de la TIS en el soporte informático oficiales denominado “Osabide”, los itinerantes o desplazados “regulados” y los “Sin papeles”, los cupos asignados a los pediatras con población inmigrante pueden aumentar en un tercio o mas, precisamente en la población que mas cuidados necesita, la población infantil de 0 a 5 años.

Es pues, la demora en los registros de la TIS, los desplazados y los “sin papeles” los que realmente aumentan el cupo, los tiempos y la organización de las consultas en pediatría. Resolverlo y sobre todo preverlo allí donde hay más cargas es una responsabilidad de la administración en la puesta en marcha de Protocolos, programas y planes de salud. La dirección de Osakidetza ha tomado la decisión de poner como tope para el cupo de pediatría en todo el territorio del País Vasco 800 TISes por pediatra en el año 2009.

3.2. La accesibilidad y la comunicación en consulta

La accesibilidad, la comunicación, y como elemento fundamental, el tiempo en la relación médico-paciente, son las claves de la integración y la plena parti-

cipación en el proceso preventivo-asistencial. El elemento fundamental para entender la calidad en el sistema de salud es el tiempo dedicado a cada paciente. La organización del tiempo y el hecho clínico y el hecho cultural como parte, ambos, de un mismo proceso de atención, son otros asuntos de organización importantes, pero la disponibilidad del tiempo necesario es lo fundamental.

En el tiempo de observación utilizado en las consultas de los centros estudiados se observó que los procesos de comunicación se dificultan especialmente con población China y Magrebí recién llegada, o con una estancia en el País vasco aun escasa. Los teléfonos con traductores automáticos instalados en los centros, al menos en dos de los centros visitados, exigen aun más tiempo en los procesos de atención. Los mediadores culturales, la familia que lleva más tiempo de residencia, amigos, miembros de asociaciones de inmigrantes, o de ONG, palián los efectos de los problemas de comunicación.

3.3. El proceso regulador de la Universalización en la atención a la salud

Actualmente, en el Departamento de Sanidad está en pleno proceso de actualización la puesta en práctica de la universalización de la atención, o lo que es lo mismo, el derecho a la salud para todos los ciudadanos que residan en el País Vasco, sin distinción de origen geográfico, nivel de renta, edad, creencias, genero, color de la piel... Prácticamente, el llamado Decreto de universalización, del año 1988, Decreto en el que el País Vasco fue pionero en todo el Estado Español, apenas se ha desarrollado, tampoco en la atención a la población inmigrante, en sus derechos y deberes con el Sistema sanitario, con relación a Osakidetza.

Ya está en marcha la actualización del denominado “Manual de Procesos de Aseguramiento Sanitario”, proceso que es importante para desburocratizar la accesibilidad a los servicios sanitarios y conocer con más claridad y concreción, el conjunto de prestaciones del sistema sanitario público vasco. Este proceso esta pendiente aún de publicación, sin embargo, en lo que atañe al Departamento de Sanidad, en el II Plan vasco de atención al Inmigrante, se contemplan sus líneas maestras.

Es necesario actualizar los criterios de universalización de la atención, y, asimismo, mejorar la interrelación con los centros de salud y con las ONG de inmigrantes, fortaleciendo su participación en todo el proceso de atención y regulación de derechos y deberes en el sistema sanitario.

Evitar contradicciones en las prestaciones de servicios se convierte en el primer paso del proceso de actualización, Por ejemplo, un trabajador obtiene la TIS vía afiliación a la Seguridad Social por trabajador contratado con papeles. Cuando se acabe dicho contrato laboral, asunto muy frecuente en condiciones de precariedad laboral, ¿tiene derecho a la universalización? Sucede lo mismo en el caso de los estudiantes de pre y postgrado internacionales, o con miembros de ONG que regresan después de un tiempo largo de estancia en otro país como cooperante, o en el caso de niños y niñas de países en vías de desarrollo que vie-

nen al País Vasco para intervenciones quirúrgicas ¿Cómo se organizan los procedimientos de diagnóstico y tratamiento para familiares de inmigrantes con estancias temporales en nuestro país? ¿Y misioneros con más de 65 años? ¿Qué derechos tienen en el sistema público de salud? Otro problema singular que sucede cada año en los centros de salud y en los hospitales son los varios cientos de niños y niñas saharauí, ucranianos, bielorrusos... que pasan sus vacaciones en el seno de familias vascas. ¿Existe algún Convenio donde garantizar el derecho a la atención sanitaria?...

3.4. La opinión de los inmigrantes

La opinión de los inmigrantes a los que preguntamos y escuchamos en primer lugar, en distintas ocasiones, está condicionada fundamentalmente por el tiempo de estancia en el País Vasco, y en segundo lugar por las condiciones de trabajo, y también, por la experiencia previa de utilización de los servicios sanitarios en su lugar de origen.

Algunas opiniones son equiparables a otros usuarios del sistema de salud que viven o residen desde hace mucho tiempo en el país. Por ejemplo aquellas que tienen que ver con las demoras: “estuve en Urgencias con mi mujer siete horas”, o “el médico no deja de mirar al ordenador”, o “primero habla conmigo y luego apunta”, “lo importante es como sea el médico y el tiempo que te dedique”. Sin embargo hay otras percepciones directamente unidas a la condición de inmigrante: “los servicios de salud me parecieron al principio bastantes accesibles”, o “me duele pero no sé qué es”, como expresión de búsqueda de soluciones en el sistema sanitario.

El trabajo salió en todos los debates, “Cuando estuve interna no me fue posible ir al médico”. “Si vas al médico en horas de trabajo te quitan de la paga”.

La percepción global de las demandas y su posible satisfacción en el sistema también se expresó de distintas maneras: “es difícil ir al sistema de salud si estás sola”, o “me pareció como ciencia ficción que me atiendan tantos profesionales...”, y también: “todavía no me lo puedo ni creer”, o “está bien abrir los centros de salud de 8:00h a 20:00h, si no, no podríamos ir”.

La concepción de la salud y de la enfermedad de cada cual, y de las consultas y su función, también influye en sus apreciaciones:

cuando hay tiempo con el médico en la consulta salen los verdaderos problemas: la soledad, la separación de los hijos, las condiciones de trabajo, los familiares del otro lado del “Charco”, si lo conseguiré o no... [...] vamos al médico cuando estamos enfermos, o... así nos lo parece.

Algunas concepciones son vivencias importantes: “La salud es un equilibrio de la vida social y psíquica que una tiene”, o “Es un equilibrio vital”. Otras, sin embargo son más “holísticas”: “influyen en la salud las capacidades de integración en la vida y el lograr las expectativas que te habías marcado o imaginado”.

4. LA INTERCULTURALIDAD

La representación imaginaria de la enfermedad es un hecho cultural. El fenómeno salud-enfermedad y su relación dialéctica si bien es un fenómeno universal su percepción es singular, es de cada persona.

4.1. Algunas percepciones de la enfermedad

La explicación de la enfermedad en relación con la norma religiosa, habitualmente musulmana para la población de origen magrebí, o el papel del cuerpo para los latinos, y la relación entre la sangre y los ritos para los africanos subsaharianos, son ejemplos de hechos culturales profundamente arraigados en algunos grupos sociales de la población inmigrante.

Las concepciones mítico-mágicas en la explicación de las enfermedades y sus causas son fenómenos universales, “Dios lo ha querido”, o “Algo habrá hecho contra la voluntad divina”... etc. y responden, como es conocido, a una fase del proceso del conocimiento empírico y su evolución al conocimiento científico. Sin embargo, los procesos de aprendizaje conservan, sin anular, los procesos previos de adquisición de conocimientos, por ello conviven las ciencias y los procesos teórico-conceptuales que nos ayudan a explicar los fenómenos sociales con vivencias profundas de ellos, ligadas al imaginario individual y colectivo, sea del ámbito de las creencias religiosas o de otro tipo de creencias unidas a la tierra o a la sangre o a otros fenómenos sociales y/o culturales.

4.2. El papel cultural del médico. La entrevista clínica

El profesional sanitario debe educarse en lo que se denomina “competencia cultural”. La comunicación con el paciente inmigrante es un verdadero reto donde la competencia cultural y la entrevista clínica, y su técnica, son los elementos fundamentales.

El objetivo es brindar una atención médica culturalmente apropiada, con eficiencia clínica, culturalmente competente, respetuosa, flexible, sensible y amable.

Realmente, en las entrevistas realizadas se ha hecho varias veces referencia a que los elementos culturales debemos tenerlos en cuenta en toda la entrevista clínica. Además de la cordialidad, que vehiculizamos sobre todo a través de la comunicación no verbal, debemos preguntar sobre la realidad social y vital del paciente.

En una buena entrevista clínica hay que tener en cuenta la escucha activa a los problemas del paciente, calidez y cordialidad, la empatía, el respeto, la asertividad y la baja reactividad.

La comunicación no verbal y la exploración son los pilares en caso de que el paciente no hable el idioma de comunicación habitual en nuestro medio.

4.3. La Atención Primaria y comunitaria a la salud

El marco de trabajo adecuado en salud es la dimensión comunitaria en su abordaje y comprensión. De hecho para mejorar su eficacia es necesario el trabajo interdisciplinario entre el médico de familia, el pediatra, el profesional de enfermería, la trabajadora social, el personal auxiliar con los distintos organismos de inmigrantes y ciudadanos del barrio, pueblo o zona de salud. Un nuevo marco de participación ciudadana es urgente que contemple la participación directa de la población inmigrante en la organización de los procesos de atención a la salud y a la enfermedad.

4.4. Algunas tareas nuevas

La participación de la población inmigrante y sus organizaciones en los centros sanitarios es una tarea prioritaria, sin embargo, también necesitamos en los futuros estudios de salud sobre la población inmigrante mejorar los registros sanitarios, incorporando las variables adecuadas en la elaboración de la Historia Clínica, o como ya se hace en algunos documentos como el de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en los que se reseña país de origen y fecha de llegada, en los informes de altas hospitalaria que se registran por ley en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en los programas materno infantiles, en los Protocolos de procesos de enfermedades específicas, así como en las encuestas de salud. Modificando estos Registros podríamos detectar desigualdades en salud y desigualdades en los procesos de atención que ya se han convertido en una prioridad en nuestro medio, por ello adaptar las fuentes de información, las base de datos epidemiológicos y de frecuentación a los servicios, es fundamental.

5. LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

La referencia continua a las condiciones de vivienda y de trabajo han convertido a estas no solo en condicionantes del estado de salud, como era conocido, sino en la percepción clara por parte de los profesionales sanitarios de que las malas condiciones de salud están determinadas en la población inmigrante más por la pobreza, el desarraigo y la exclusión social, en su caso, que por la propia condición de inmigrante.

La salud tiene un valor esencial estrechamente relacionado con la posibilidad y la accesibilidad a un medio de trabajo. La falta de acceso a un trabajo normalizado es el elemento central.

La situación irregular de residencia, o vivir en zonas de riesgo social elevado, el hacinamiento de la vivienda, junto con problemas, en ocasiones, estructurales de falta de accesibilidad a servicios sociales y sanitarios son otros determinantes verbalizados en las entrevistas.

Los problemas de comunicación y las diferencias etnoculturales, también fueron debatidos e identificados como condicionantes de la accesibilidad a los servicios de salud.

6. EL ESCENARIO QUE VIENE

La desaceleración económica que está viniendo, con las consecuencias sociales en la inversión social, en el aumento del paro interno y en el frenazo a la inmigración, son ya un hecho prácticamente en toda Europa, y al parecer, especialmente en nuestro medio.

La perspectiva de la recesión implicará menores ingresos públicos y dificultades reales para el mantenimiento del Estado de Bienestar y su entorno de defensa de derechos individuales y colectivos, tanto de carácter político como social.

El aumento del racismo y la xenofobia en sectores de la población autóctona, son actitudes aun minoritarias pero ya detectadas por los médicos entrevistados en los centros de salud.

La Europa que hizo la revolución industrial y creció económicamente a partir de las experiencias coloniales de gran parte de sus países, expoliando, literalmente, los países de África, América y Asia, la Europa que llenó América de sus emigrantes, ahora se cierra.

7. CONCLUSIONES

1. Los países en vías de desarrollo que adoptan las políticas de ajuste estructural, descapitalizando los sistemas públicos de atención a la salud, encareciendo los costos de las necesidades básicas y privatizando los servicios sociales son, mayoritariamente, los que originan migraciones de las mayorías desfavorecidas por dichas políticas.

2. En el País Vasco ha crecido en los últimos cinco años la población inmigrante, llegando a unos 150.000 habitantes, incluyendo una estimación de población inmigrante "Sin papeles" del 30 ó 40% de la población regulada, que a primeros del 2008 se contabilizaba en 117.000 habitantes, el 5,2% de la población total de la CAPV.

3. La mayoría son jóvenes, un 84% tiene menos de 45 años, tiene buena salud. De los regulados, el 72% están cotizando, afiliados al INSS, y, en general, aportan más a las "cuentas publicas" que lo que reciben en prestaciones sociales.

4. La población inmigrante, aunque no presenta necesidades específicas en salud, incluye colectivos itinerantes que requieren especial atención respecto, al

menos, a la tuberculosis, la salud materno infantil y la prevención y promoción de salud. Los problemas relacionados con la salud mental y la siniestralidad laboral son, igualmente, áreas específicas prioritarias de atención.

5. De la opinión de los entrevistados en relación con el funcionamiento de los servicios de salud, de Osakidetza, se infiere la elevada frecuentación de los servicios de ginecología y obstetricia y pediatría por parte de la población inmigrante, atribuible, en parte a una mayor natalidad.

6. El tiempo por paciente es el elemento central de organización de las consultas en los centros de salud. Las características de la Atención Primaria son más eficaces que la organización de la atención especializada en un seguimiento adecuado de las patologías por la Longitudinalidad, como característica esencial de la atención en AP y un enfoque bio-psico-social en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas...

7. La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios está relacionada con los problemas de accesibilidad en la Atención Primaria y con las condiciones de trabajo de los y las inmigrantes y su inadecuada regulación.

8. La "competencia cultural", de los médicos de familia, pediatras y profesionales de enfermería en la Atención Primaria, en el marco de la entrevista clínica, es fundamental para una comunicación adecuada. Los mediadores culturales y las asociaciones de inmigrantes, y su plena participación en los centros sanitarios, garantizarán una integración social mayor, respetando las diferencias.

9. Se han detectado en las entrevistas, y en los procesos de observación, problemas de información y comunicación entre los equipos directivos y los profesionales de los centros de salud y entre los distintos responsables del Aseguramiento Sanitario y la práctica del derecho a la atención en las consultas.

10. La recesión económica en la que actualmente nos encontramos, puede alterar el proceso de llegada de inmigrantes y no favorecer la regulación de los que van llegando. Asimismo es posible que las políticas sociales se congelen y que la xenofobia y el racismo aumenten. Los planes de integración de los inmigrantes actualmente en marcha en el Gobierno Vasco deben, por ello, recibir un impulso añadido. El Gobierno del País Vasco, ya ha puesto en marcha el **II Plan vasco de Inmigración 2007-2009**. ¿Y el del próximo periodo?

BIBLIOGRAFÍA

AMAL AMANE, A. *Inmigración y participación comunitaria en salud*. Jornadas de Participación Comunitaria en salud. Zaragoza, Noviembre 2008. Organiza Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública (FADSP). Artículo publicado en la Revista "Salud 2000", número 120, de febrero del 2009.

ACHOTEGUI J. *La depresión de los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Barcelona. Ediciones Mayo, 2002.

- BAÑÓN HERNANDEZ, Antonio M.; FORNIELES ALCARAZ, J. *Manual de atención a inmigrantes*. Edición tercera prensa, Donostia / San Sebastián: Gakoa Liburuak, 2008.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD, Gobierno Vasco. *Manual de aseguramiento*. Subdirección de Aseguramiento y Contratación, 2008.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD, Gobierno Vasco. *Boletines epidemiológicos mensuales. Estudio especial de la Tuberculosis y el Paludismo*. Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Subdirección de Salud Pública. Bizkaia, 2008.
- ESTEBAN, M^a Luz (coord.). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y Prácticas*. 1^o edición. Bilbao: Edita Osalde, 2007.
- FUERTES C.; Cols. *El inmigrante en la consulta de atención primaria*. Artículo publicado en la revista *Anales de Navarra*.
- GOBIERNO VASCO. *Plan vasco de inmigración I y II*. 2008. Vitoria-Gasteiz.
- IKUSPEGI, Observatorio vasco de Inmigración. www.ikuspegi.org. UPV/EHU y Gobierno Vasco
- INSS. *Afiliación media de extranjeros a la Seguridad Social. Informe septiembre 2008*. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España.
- JANSA, Joseph M.; cols. *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Artículo publicado en la revista *Gaceta Sanitaria* V 18 supl. 1. Barcelona, Mayo 2008.
- LOBATO ASTORGA, Pilar; cols. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla: Edita Fundación Progreso y salud. 2^a edición, 2004.
- MEÑACA, Arantza. *¿Dónde están las diferencias? Inmigrantes en una consulta de pediatría*. Folleto editado en la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.
- ROCA, Carmen; cols. *Examen de salud inicial al inmigrante adulto*. Publicado en la revista "Actualización en Medicina de Familia" (AMF), número 7 de julio-agosto 2008.
- RODRÍGUEZ, Elena; DAMBORENEA, Nerea. *Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la CAPV*. Bilbao: Edita UPV/EHU y "Médicos del Mundo", Septiembre, 2006.
- ROJO MARCOS, G. "Enfermedades infecciosas importadas en España". En *Medicina Clínica*. Barcelona, 2008.
- SANCHEZ BAYLE, M.; cols. (FADSP). *Globalización y salud*. Madrid: Ediciones GPS, 2009.
- WHO/OMS. *Internacional travel and health*. Informe 2008. En: www.who.int.