

**BORRADOR DEL DOCUMENTO BASE PARA LA PRIMERA
REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE INMIGRACIÓN Y SALUD**

SEGUNDO PLAN DE INMIGRACIÓN DE ARAGÓN

Zaragoza, Marzo 2008

La realidad migratoria está planteando nuevos retos y necesidades al sistema sanitario con una necesaria adaptación de los servicios de salud a esta realidad.

El presente documento tiene como objetivo propiciar el debate para la elaboración de las actuaciones que en materia de inmigración se incorporen al segundo plan de inmigración de Aragón.

I.- ALGUNOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- En el abordaje de las necesidades de salud de esta población, la respuesta más apropiada debe ser la **normalización** de la atención desde la atención primaria.
- Es fundamental la aproximación a su realidad desde una doble perspectiva: tratar los problemas comunes inherentes al proceso migratorio y reconocer y respetar sus diferencias culturales como minorías étnicas.
- La actuación con estos colectivos requiere la **integración de las acciones** y la coordinación de todas las instancias

II.- MARCO SANITARIO Y LEGAL

La integración de las personas inmigrantes tiene en el acceso al sistema sanitario uno de los elementos fundamentales. La salud junto con la situación administrativa, el empleo, la vivienda y la educación son los cinco elementos clave que determinan la posibilidad de éxito en el proceso e itinerario migratorio.

El comité económico y social de la unión Europea¹ pone de manifiesto que la sanidad y los demás servicios sociales públicos deben ser accesibles para las personas inmigrantes en igualdad de condiciones que para el resto de la población. Ello implica eliminar toda situación discriminatoria y adaptar los servicios y las prestaciones para esta atención igualitaria.

El consejo de ministros de Justicia y Asuntos de Interior aprobó en Bruselas el 19 de noviembre de 2004 una serie de principios básicos comunes sobre Integración, uno de los cuales hace referencia a que el acceso de los inmigrantes a las instituciones y los bienes y servicios tanto públicos como privados, en las mismas condiciones que los ciudadanos nacionales y sin discriminaciones es un requisito esencial para una mejor integración.

En Aragón, el ejercicio del derecho de acceso al sistema sanitario viene regulado tanto por las leyes de ámbito nacional como de ámbito autonómico.

¹ Dictamen sobre la inmigración ,la integración y el papel de la sociedad civil organizada

A nivel nacional, la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 1, apartado 2 se expresa en los siguientes términos:

Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

La ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 3 que los titulares del derecho a la protección de la salud son *todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación así como los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.*

La ley Orgánica de Extranjería, en su artículo 12 establece el derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes en los siguientes supuestos:

- 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes cualquiera que sea la causa y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médicas.*
- 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
- 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.*

La Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, en su artículo 14 referido al Derecho a la salud, establece en el apartado 1. que *todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad, y los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, en los términos que establecen las leyes.* También el Estatuto de Autonomía de Aragón, define como uno de los principios rectores de la políticas públicas el *Fomento de la integración social de las personas inmigrantes y establece que Los poderes públicos de*

Aragón promoverán las políticas necesarias para la integración socioeconómica de las personas inmigrantes, la efectividad de sus derechos y deberes, su integración en el mundo educativo y la participación en la vida pública. (Artículo 29)

El artículo 75 de este mismo Estatuto, en su apartado 6.^a establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida referida a las Políticas de integración de inmigrantes, en especial, el establecimiento de las medidas necesarias para su adecuada integración social, laboral y económica, así como la participación y colaboración con el Estado, mediante los procedimientos que se establezcan, en las políticas de inmigración y, en particular, la participación preceptiva previa en la determinación, en su caso, del contingente de trabajadores extranjeros.

A su vez, la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo tercero, establece que son titulares de los derechos y deberes contemplados en la presente ley aquellas personas que tengan su residencia en los municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Las personas que no residan en ella gozarán de los mencionados derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación. En el apartado segundo se señala que todas las personas tendrán garantizada la atención en situación de urgencia y emergencia.

Desde 2005 se viene ejecutando entre la Dirección General de Integración de Inmigrantes y las Comunidades Autónomas el Fondo de Apoyo a la Acogida y la Integración de Inmigrantes. El marco de actuación de 2008 en el que se fundamenta establece como uno de los ejes de actuación el eje de salud e incluye actuaciones relacionadas con:

- Apoyo a programas de promoción de salud y asistencia a las necesidades específicas de la población inmigrante.
- Formación del personal sanitario en la atención a la población de distintos orígenes y culturas y en mediación intercultural.
- Transferencia de conocimientos y buenas prácticas.

En 2007 se aprobó el Plan Estratégico de Ciudadanía e Inmigración. En él se recogen 3 objetivos, 11 programas y 33 medidas todos ellos en materia de salud.

III.- CONTEXTO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El análisis y la revisión sistemática de la bibliografía existente en España en relación con salud e inmigración lleva a señalar las siguientes cuestiones:

- En general se piensa que los inmigrantes, en el momento de la llegada, son personas jóvenes y sanas que suelen gozar de un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su país de origen. Es tras su llegada y debido a las

condiciones de su estancia cuando su nivel de salud empieza a cambiar y se suelen presentar las mismas enfermedades que en la población autóctona, pero con la diferencia, en el caso de los colectivos más vulnerables, de que el acceso al sistema sanitario y los determinantes sociales de salud son diferentes.²

- Los estudios disponibles en la actualidad coinciden en señalar que las principales necesidades en salud de las poblaciones inmigrantes se identifican esencialmente con las de la población autóctona. Sin embargo pueden tener necesidades específicas relacionadas con la salud laboral, la salud materno-infantil, déficits nutricionales y trastornos de adaptación.
- En cuanto a patologías emergentes, se debe insistir en que el incremento de la población inmigrante no representa, en si mismo, un factor de riesgo de difusión de alguna de estas enfermedades.
- La población inmigrante es un colectivo muy diverso en sus procedencias y culturas . La mayor parte de sus problemas de salud son adquiridos por hábitos y condiciones sociolaborales.
- Los principales condicionantes de salud de las personas inmigrantes que se encuentran en una situación social vulnerable son los problemas para acceder al trabajo normalizado, las dificultades de acceso a muchos servicios, entre los que se encuentra la red sanitaria pública, los problemas de comunicación asociados al idioma y las diferencias culturales, etc.
- Las dificultades de acceso al sistema sanitario publico, además de por los motivos legales pueden estar determinadas por las características del propio sistema o del colectivo de inmigrantes. Entre las primeras se incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras. Entre las razones por las que los inmigrantes tienen dificultades acceder al sistema destacan el idioma, las cuestiones culturales y religiosas, las cuestiones sociolaborales, dificultades económicas para la adquisición de fármacos, movilidad geográfica y la situación administrativa³.
- Entre las dificultades para conseguir la tarjeta sanitaria están:
 - Miedo de los inmigrantes a empadronarse
 - Trabas en algunos ayuntamientos para su empadronamiento
 - Ausencia de documento de identidad
 - Dificultades con el idioma
 - Complejidad de los requisitos y circuitos administrativos.
- Los factores que limitan el acceso propician que se dificulte una atención con regularidad y continuidad que va a determinar el uso de urgencias, no solo como puerta de entrada al sistema, sino como único recurso .Esta situación dificulta la integración en las prácticas normalizadas de prevención y promoción de la salud que se llevan a cabo desde

² Jansa y Villalbi, 1995

³ SEMFYC, 2001

Atención Primaria. Además dificulta la recogida adecuada de datos clínicos y por lo tanto, que se disponga de registro suficientes para la realización de estudios epidemiológicos necesarios para conocer la realidad de esta población⁴.

- Es importante recordar el hecho de que muchos inmigrantes no han tenido previamente ningún contacto con un sistema de salud estructurado y desconocen como funciona el sistema sanitario en Aragón. Para algunos colectivos el acceso al sistema sanitario supone un cambio radical en la concepción de su propia salud y el paso de un sistema de supervivencia a un sistema de prevención.

IV.- SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

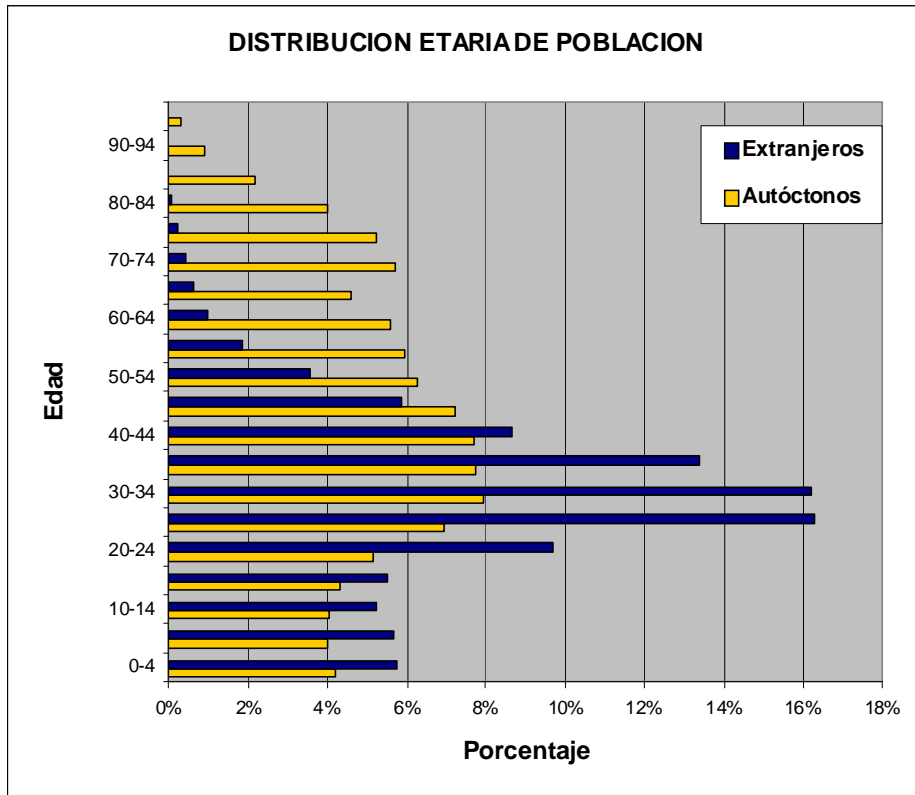
La llegada de personas inmigrantes a la Comunidad Autónoma de Aragón ha supuesto la incorporación al Sistema Sanitario de 145.885 tarjetas sanitarias cuya distribución territorial no es homogénea. Si bien están presentes en todo territorio, su asentamiento es diferente en cada uno de los sectores sanitarios, cuestión importante a la hora de la planificación de los recursos.

SECTOR	TOTAL	EXTRANJEROS	PORCENTAJE
Huesca	109.162	10.284	9,4
Barbastro	109.061	11.543	10,6
Zaragoza I	191.970	13.944	7,3
Zaragoza II	398.992	48.391	12,1
Zaragoza III	294.987	37.986	12,9
Calatayud	52.692	7.018	13,3
Teruel	81.232	7.958	9,8
Alcañiz	76.448	8.761	11,5
Aragon	1.314.544	145.885	11,1

En la tabla que se presenta, se aprecia que todos los sectores tienen un porcentaje superior al 7 % de población inmigrante. Así mismo, hay que tener en cuenta la distribución etaria de la población

⁴ Jansa y Villalbi 1995; Vazquez y Villegas, 2002

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ARAGÓN. ENERO 2007



Respecto al estado de salud de los niños inmigrantes se ha podido observar que a nivel hospitalario no presentan un perfil de patologías distinto al de la población autóctona. Los principales motivos de ingreso son patologías digestivas, del área de otorrinolaringología y respiratorias. Incluso en el apartado de enfermedades infecciosas se comprueba que ingresan en menos ocasiones que la población autóctona y que salvo en la tuberculosis tienen un perfil similar a ésta.

En el aspecto vacunal se ha publicado un estudio reciente de cobertura vacunal en menores de tres años en Cataluña (Borras *et al.*, 2007). Sobre 570 niños españoles y 60 inmigrantes estudiados se encontró que la cobertura vacunal primaria era del 96,5% y del 85% respectivamente. La vacunación adecuada con dosis de recuerdo descendía al 88,6% y al 78,3% respectivamente. La experiencia en el Centro de Vacunaciones de la Agencia de Salud Pública de Barcelona entre los años 2000 y 2002 sobre 10.788 personas, de las que 829 eran inmigrantes es que no encontraron diferencias relevantes en las coberturas de vacunación (Muñoz *et al.*, 2003).

También se ha publicado sobre la salud dental. En una muestra de 235 niños inmigrantes y 365 autóctonos de edades entre 6 y 10 años se encontró una mayor prevalencia de caries en los niños inmigrantes tanto en la dentición temporal (47% vs 32%) como en la definitiva (53% vs 35%) (Paredes Gallardo *et al.*, 2006).

Sobre resultados perinatales se ha publicado un estudio en Madrid el hospital 12 de octubre sobre 1352 partos (253 de los cuales fueron en madres inmigrantes)(Perez Cuadrado *et al.*, 2004). Los cuidados antenatales fueron adecuados en el 97% de las mujeres españolas y en 92% de las inmigrantes ($p=0,01$). Los resultados en los niños no mostraron diferencias significativa en ninguno de los parámetros habituales. También en otros estudios se vio que las puntuaciones APGAR eran incluso mejores en los niños africanos y orientales que en los españoles. Otro estudio se ha centrado en el despistaje precoz de hemoglobinopatías detectando dos recién nacidos inmigrantes con drepanocitosis entre 1620 cribados(Manu-Pereira Mdel *et al.*, 2006).

Respecto a las personas adultas también se comprueba que el perfil de patologías que suponen un ingreso hospitalario no difiere del de la población española.

Hay un estudio sobre las altas en diversos hospitales de la ciudad de Valencia(Salazar *et al.*, 2003) que presenta que sobre 520 varones menores de 65 años la primera causa de ingreso es de origen traumático (31%), seguida de las enfermedades del aparato digestivo (12%) y en tercer lugar las enfermedades infecciosas. En los dos primeros grandes grupos son similares a los aparecen en la explotación de datos de CMBD aragonesa aunque en Aragón la patología infecciosa ocupa el séptimo lugar como CDM (Categoría Diagnóstica Mayor) con sólo el 4% de los ingresos (que si sumarán los ingresos por infección VIH supondría sólo el 5% de los ingresos).

Por otro lado, el estudio realizado en el Hospital del Mar del Barcelona sobre 1156 inmigrantes de países de renta baja(Cots *et al.*, 2002) en que se analizan las altas según los GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico. No diferenciaron por sexo pero tras los motivos de ingreso de causa obstétrica y ginecológica aparecieron los GRD de neumonía y asma con una muy baja proporción (1,64% y 1,47% respectivamente). Como en el caso de los niños se observa que la patología infecciosa hospitalaria de los varones inmigrantes presenta una incidencia menor que la que le corresponde a su peso poblacional. Como podemos ver, teniendo en cuenta que la población adulta inmigrante supone el 9%, su contribución a los ingresos por enfermedades infecciosas no es muy alto (7%), en general por debajo del esperado, salvo en la tuberculosis que será tratado más adelante.

Con respecto a la patología detectada en Atención Primaria son varios los trabajos realizados en España y en Aragón que aportan información de interés (Sánchez Sánchez y Torres Serna, 2002; Buñuel *et al.*, 2004; Hernandez *et al.*, 2004; Ballesteros Pérez *et al.*, 2005). No diferencian entre hombres y mujeres pero en los tres se concluye que no hay diferencias entre los motivos de consulta de la población española y la inmigrante destacando la patología osteoarticular, digestiva, respiratoria y teco-ginecológica. Además en el año 2003 la red de médicos centinela de Aragón (70 médicos de Atención Primaria de los que trabajan en el Servicio Aragonés de la Salud) realizó un estudio específico sobre este tema y concluyó que los motivos de consulta de la población inmigrante no diferían de los

de los españoles siendo las consultas más frecuentes las referentes a los aparatos respiratorio, digestivo y locomotor (Febrel *et al.*, 2007).

En relación a las mujeres inmigrantes hemos visto como según los datos de altas hospitalarias de Aragón la patología más frecuente es la relacionada con el embarazo, parto y puerperio (68%) seguida de la ginecológica (8%). Asimismo se constata que hay muy pocos ingresos por patología infecciosa en las mujeres inmigrantes y suponiendo el 9% de las mujeres sólo contribuyen al 8% de los ingresos por patología infecciosa. Como en los niños y adultos hay una importante excepción que es la tuberculosis que es más frecuente que en las mujeres autóctonas.

Hay un aspecto preocupante que es el número de IVEs en mujeres inmigrantes que supone una cifra mucho mayor de la esperada y revela que la accesibilidad a los programas de salud reproductiva no está siendo lo efectiva que se desearía.

Respecto a la patología atendida en Atención Primaria es aplicable lo ya comentado más arriba en el caso de los varones inmigrantes (Sánchez Sánchez y Torres Serna, 2002; Buñuel *et al.*, 2004; Hernandez *et al.*, 2004; Ballesteros Pérez *et al.*, 2005). En el estudio citado de médicos centinelas se constató con los principales motivos de consulta de las mujeres inmigrantes eran los referentes a los aparatos respiratorio, genitourinario y digestivo (Febrel *et al.*, 2007).

En relación con algunas enfermedades infecciosas de especial importancia (tuberculosis, SIDA y paludismo) se ha constatado, tanto de la información de CMBD como de las EDO individualizadas, que la tuberculosis es un problema importante y que progresivamente va aumentando.

Los resultados que se han hallado sobre tuberculosis son concordantes con todo lo publicado en el resto de España (Saravanja *et al.*, 1999; Caminero, 2001; Valles *et al.*, 2002; 2003; Ramos *et al.*, 2004; Vázquez Torres y Otero Puime, 2004; Arce Arnaez *et al.*, 2005; Gil *et al.*, 2006; Sanz-Barbero, 2006; Sanz-Peláez y Caminero-Luna, 2006; Iñigo *et al.*, 2007). Hay que destacar en este punto que los diversos trabajos remarcan que la tasa de abandonos de tratamientos en población inmigrante es mayor que en españoles. Este último aspecto es de gran importancia si se quiere controlar a medio plazo esta enfermedad a nivel de la comunidad y se quieren evitar la aparición de resistencias que dificultan enormemente su control.

El SIDA como puede observarse todavía no supone una cifra desproporcionada a su peso poblacional (en edades medias los inmigrante suponen el 20% de la población aragonesa) aunque no debemos olvidar que como sólo se notifican los casos de SIDA, no podemos tener una imagen clara de la situación de la infección VIH ya que pasan años desde la infección hasta el desarrollo de la enfermedad y por tanto hasta su notificación oficial. En todo caso destaca que la mayoría de los casos en inmigrantes se concentran en los procedentes de África subsahariana.

Respecto a lo publicado en España no encontramos tampoco grandes diferencias con los resultados de Aragón (García de Olalla *et al.*, 2000; Llacer *et al.*, 2001; Aguado *et al.*, 2004).

Finalmente respecto al paludismo podemos observar una incidencia estable de unos 30 casos al año que se dan casi exclusivamente en la población subsahariana (el 87%) de todas las edades con un importante peso en la población pediátrica donde esta patología es especialmente peligrosa. En el trabajo realizado por la red de médicos centinelas de Aragón se comprobó que el 20,5% de los inmigrantes habían visitado su país de origen el año anterior pero sólo el 19,6% habían acudido previamente a las Consultas del Viajero. Parece importante difundir más explícitamente en este colectivo la existencia de este servicio y la pertinencia de su utilización (Febrel *et al.*, 2007).

Respecto a la utilización hospitalaria se ha encontrado que en Aragón es menor de lo que le correspondería a su peso poblacional incluso cuando ajustamos por edad.

Una vez unificados todos estos datos se halló que la población inmigrante consume el 4,76% de los ingresos hospitalarios y el 2,88% de las estancias. Asimismo la estancia media bruta de los inmigrantes es un 41% menor que la de los españoles. Estos datos de utilización del sistema sanitario hospitalario son congruentes con los aportados en el estudio de Cots realizado en el Hospital del Mar de Barcelona. Concluyeron que el 33% de los ingresos en población inmigrante eran partos y que *"el coste medio de las altas de inmigrantes de países de renta baja valorado en consumo de estancias hospitalarias, ha sido un 30% menor que el del resto de las altas. Una vez ajustadas la edad, la casuística y la severidad, el consumo de estancias hospitalarias en la población inmigrante ha sido significativamente menor. La diferencia se ha cifrado en un 5% cuando sólo se ha ajustado por patología y en un 10% cuando han sido considerados todos los factores."* (Cots *et al.*, 2002) Asimismo son concordantes con la comunicación presentada por Gil sobre el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (Gil *et al.*, 2006).

En relación a la utilización de las urgencias hospitalarias podría resumirse esta situación diciendo que aunque la frecuentación en ellas de los inmigrantes es mayor que en la población autóctona, la "pertinencia" sería muy similar entre inmigrantes y españoles con lo cual no habría datos para hablar de un "sobreuso" de un colectivo frente al otro. No obstante, se observan diferencias significativas según el tipo de urgencia y la edad de los pacientes.

Estos datos difieren de los presentados en el estudio del Hospital del Mar ya comentado (Cots *et al.*, 2002). Con una población de referencia de un 21% de inmigrantes, estos supusieron el 17,3% de las urgencias hospitalarias y el 9,1% de los ingresos (indicador de peor pertinencia).

La frecuentación en Atención Primaria también parece claramente menor en inmigrantes que en autóctonos ajustando por edad y valorando la atención prestada por médicos de familia, pediatras y enfermeras.

En este punto hay dos trabajos que, sobre muestreos, han estimado la frecuentación de la población inmigrante en Atención

Primaria. Sánchez en Burgos(Sánchez Sánchez y Torres Serna, 2002) obtuvo una frecuentación media para medicina de familia de 5,68 visitas/paciente y año en autóctonos mientras que esta cifra fue de 2,78 para inmigrantes. Hernández Sánchez (Hernandez *et al.*, 2004) en Madrid obtuvo una frecuentación en inmigrantes de 3,09 visitas/paciente y año cuando la estimada para la población general era de 5,73. Estos resultados son acordes con los presentados en nuestro estudio.

Los datos cuantitativos obtenidos respecto a frecuentación tanto en Atención Primaria como en especializada son corroborados por la opinión expresada por los profesionales sanitarios en la fase cualitativa del estudio.

Finalmente al respecto del consumo farmacéutico los datos son suficientemente expresivos. Sobre una revisión de todas las recetas facturadas al Servicio Aragonés de la Salud durante el año 2006 los inmigrantes consumen claramente menos fármacos que los autóctonos incluso ajustando por edades y esto tanto en número de envases como en gasto. Las diferencias son claras y consistentes. Probablemente su menor frecuentación y su mejor estado de salud están detrás de esta realidad pero serán necesarios estudios posteriores que ayuden a clarificar esta diferencia tan clara en un aspecto clave de la atención sanitaria.

En resumen son jóvenes y sanos, con menos enfermedades que los españoles. No obstante hay algunos problemas de salud que requieren especial atención como la tuberculosis o todo lo relacionado con la salud reproductiva.

Estos datos son concordantes con la revisión exhaustiva de la literatura que sobre las necesidades en salud y utilización de servicios sanitarios públicos en el año 2004 la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica de Cataluña (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2004).

Recordar finalmente sobre el estado de salud de los inmigrantes que los estudios a nivel internacional avalan la tesis de una menor mortalidad de la población inmigrante con respecto a las de acogida (Razum *et al.*, 1998; Singh y Siahpush, 2001; Khlát y Darmon, 2003; Ali *et al.*, 2004; DesMeules *et al.*, 2004; Hyman, 2004; Singh y Miller, 2004; Singh y Hiatt, 2006) debido a múltiples factores que han llevado a hablar del "efecto del migrante sano"(Razum *et al.*, 2000) y del "viaje en el tiempo"(Razum y Twardella, 2002; Razum y Zeeb, 2004; Razum, 2006).

Los resultados obtenidos están claramente de acuerdo con dos editoriales recientemente publicadas sobre el tema de Inmigración y Salud por dos expertos de reconocido prestigio en el Estado español. Por un lado el Dr. José Vázquez-Villegas, coordinador del grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria(Vázquez Villegas, 2006) y por otro el de Josep M. Jansà de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y Presidente de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional(Jansa, 2007).

"...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.”(Vázquez Villegas, 2006)
“En cuanto a la distribución de cargas de trabajo, la mayor frecuentación de pacientes se concentra en los servicios de atención primaria y pediatría, así como en los de ginecología y obstetricia en el ámbito hospitalario... Las principales necesidades de salud de las poblaciones inmigrantes se identifican esencialmente con las de la población autóctona. En cuanto a las enfermedades emergentes y reemergentes... cabe insistir en que el incremento de la población inmigrante no representa, en sí mismo, un factor de riesgo de difusión de alguna de estas enfermedades.”(Jansa, 2007)

Como dijo Colasanti en Roma en 1990 en el II Congreso Internacional de Medicina y Migración: *“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni de virus extraños, es una medicina de hombres y mujeres que se diferencian de nosotros en la forma de expresar el sufrimiento y los problemas, en su manera de concebir la vida, las enfermedades, el dolor y la muerte. Han dejado en su país una cultura sanitaria sin haberla abandonado e incorporan otra sin haberla comprendido; es la medicina de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sabio una tecnología mitificada que les salve, pero que no llegan a hacer comprender sus problemas interiores a sus médicos y cuidadores.”*

En este sentido, es fundamental incorporar a la atención sanitaria, tal como se expresa en los resultados cualitativos, el componente cultural como un elemento que ser factor decisivo tanto en el uso del sistema como después en los resultados de diagnóstico, tratamiento o actividades preventivas. En este sentido, será necesario un esfuerzo doble, de los inmigrantes, por una parte, para asumir e incorporar nuevas pautas a lo ya conocido y a sus usos o modos de conducirse con la salud y de los sanitarios, por otra, para tener en cuenta la influencia de la cultura de origen en el resultado final de la atención sanitaria.

V.- CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ARAGON.

Con objeto de la elaboración del segundo plan de inmigración para Aragón se realiza en el segundo semestre de 2007 un análisis cuantitativo y cualitativo de la utilización del sistemas sanitario por las personas inmigrantes.

Del diagnostico de situación realizado se concluyó lo siguiente:

- La incorporación de inmigrantes como usuarios del sistema de salud, está poniendo de manifiesto tanto las fortalezas del sistema (universalidad, equidad, calidad de los profesionales y de la tecnología, capacidad de resolución de problemas graves y capacidad de integrar a los inmigrantes) como sus debilidades (listas de espera, burocracia, problemas de información y comunicación, respeto a la intimidad del paciente) que afectan tanto a las personas inmigrantes como autóctonas. Esto supone una oportunidad de mejora inestimable para el sistema de salud de Aragón.
- Se ha confirmado que la utilización que hacen del sistema sanitario las personas inmigrantes (tanto en atención primaria, como en especializada y en gasto farmacéutico) es menor que la que hace la población autóctona, incluso cuando se ajusta por edad y sexo. Solo hay dos servicios hospitalarios cuya utilización es más frecuente en personas inmigrantes: el servicio de urgencias y el de obstetricia, si bien el uso que se hace en ambos caso parece presentar una correcta adecuación. Por ello, se considera conveniente una redistribución de los recursos sanitarios que permita potenciar estas dos áreas.
- El perfil de los inmigrantes que llegan a nuestra comunidad autónoma se corresponde con personas jóvenes y sanas. La media de edad es inferior a la de la población autóctona y los motivos d consulta similares también según el grupo de edad de que se trate. Los únicos problemas de salud en los que se presentan una mayor incidencia son la tuberculosis y las interrupciones voluntarias de embarazo, lo que habrá que tener en cuenta para el diseño de programas y la distribución adecuada de recursos.
- Es necesario mejorar los canales de información tanto sobre los elementos generales de funcionamiento del sistema sanitario (forma de acceso, niveles de asistencia, servicios que se ofrecen, tipo y funciones de los distintos profesionales) como de los procesos e itinerarios que deben seguirse ante determinados problemas de salud proporcionando la información escrita clara y precisa en español y en los idiomas más frecuentes de los inmigrante. Esta necesidad se observa

de forma más acentuada en el caso de los inmigrantes pero también es una carencia para las personas autóctonas.

- Las personas inmigrantes traen un bagaje cultural en aspectos relacionados con la salud en el que no se incluyen los aspectos relacionados con la prevención y la promoción de la salud, por lo que será necesario incorporar la visión intercultural a los programas y materiales informativos y educativos existentes (especialmente los relacionados con la salud materno-infantil, inmunizaciones, salud reproductiva y alimentación) y a los nuevos que se pongan en marcha teniendo en cuenta las peculiaridades culturales de estos nuevos usuarios.
- El estudio cualitativo revela que tanto profesionales como inmigrantes refieren que las diferencias culturales y el idioma son factores que implican más dedicación de tiempo en la consulta (especialmente en Urgencias y atención Primaria) por lo que parece razonable ponderar las cargas de trabajo en relación a la proporción de personas inmigrantes que se atienden en orden a la dotación de recursos.
- Es preciso establecer líneas de formación continuada que aumenten la competencia cultural de los profesionales que trabajan en el Sistema de Salud (sanitarios y no sanitarios) con el fin de mejorar la comprensión de los aspectos relacionados con la salud y la atención sanitaria específicos de las culturas de origen y los aspectos psicológicos propios de la fase del duelo que sufren las personas inmigrantes.
- El idioma continúa manifestándose como una dificultad en relación con los profesionales sanitarios y los inmigrantes, cuando están recién llegados, por ello debe seguir potenciándose el aprendizaje de la lengua española pro parte de los inmigrantes pero también es preciso facilitar a los profesionales herramientas o recursos que puedan dar respuesta a necesidades puntuales de traducción (apoyo informático, telefónico, material escrito....).
- Los estudios disponibles sobre el fenómeno de la inmigración y el sistema sanitario son en su mayoría puntuales, parciales o focalizados en temas concretos. Es preciso establecer líneas de investigación que aborden la atención de forma global analizando estado de salud, determinantes de salud, utilización de servicios, promoción de la salud, programas preventivos y competencia cultural.
- Es importante recordar que existe un colectivo de personas inmigrantes (de difícil cuantificación) que no han podido acceder a la obtención de TIS por carecer de documentos de identificación o por trabas para el empadronamiento, por lo que se ve necesario, adoptar medidas, similares a las adoptadas en otras comunidades autónomas que permitan a estas personas la obtención de tarjeta sanitaria.
- Las personas inmigrantes cuando llegan a nuestro país están mayoritariamente sanas, más sanas que las personas autóctonas, pero con el tiempo van a adquirir las patologías crónicas propias de nuestro medio y el ser un colectivo económicamente desfavorecido, va a influir en su forma de

enfermar. El desarrollo de políticas intersectoriales que permitan mejorar los determinantes socioeconómicos de salud de las personas inmigrantes es, probablemente, la mejor manera de mantener y mejorar su estado de salud.

- Existe una serie de colectivos de riesgo especial que no acceden por falta de documentación o por desconocimiento como es el caso de las personas que ejercen la prostitución, la mayoría pertenecientes a colectivos de inmigrantes

VI.- PROPUESTA DE OBJETIVOS EN SALUD. SEGUNDO PLAN INMIGRACIÓN

1. Garantizar la equidad con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigradas y autóctonas, para lo cual es necesario y por lo tanto la adecuación del sistema sanitario a los nuevos usuarios⁵.

1.1. Derecho a la atención sanitaria a todas las personas inmigrantes favoreciendo el acceso a los servicios de salud de las personas inmigrantes y en particular a los colectivos en riesgo.

1.2. Información sobre derechos y deberes, obtención de tarjeta sanitaria, procesos y procedimientos de uso del sistema

2. Propiciar la competencia intercultural del propio sistema y en particular de sus trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios.

2.1. Traducción

2.2. Formación en interculturalidad

2.3. difusión de buenas prácticas

2.4. Comisión inmigración y salud

3. Adecuación de la capacidad y actuaciones del sistema a las nuevas demandas.

3.1. Inclusión/revisión en protocolos de la realidad de la inmigración y su diversidad

3.2. Inclusión de las variables relacionadas con la inmigración en los sistemas de información

3.3. Incluir en los planes de salud las necesidades de los usuarios

4. Promoción de salud y prevención de enfermedades emergentes en población inmigrante.

4.1. Atención a la salud reproductiva y a la salud infantojuvenil. Promover la participación de las mujeres inmigrantes en los programas de atención al parto y puerperio y atención al niño sano

4.2. Propiciar programas de salud sexual y reproductiva en orden a reducir el elevado número de abortos en mujeres

⁵ Plan estratégico de ciudadanía e integración

inmigrantes.

4.3. Promover los programas de prevención y atención a las dependencias y adecuarlos a población inmigrante. Alcoholismo.

4.4. Favorecer el cumplimiento de los calendarios vacunales e incrementar la cobertura en población inmigrante

5. Conocer e identificar las necesidades sanitarias de la población inmigrante

5.1. Estudios específicos

5.2. Integrar la particularidad de la población extranjera en las encuestas de salud

5.3. Determinantes de la salud de personas inmigrantes

6. Participación en los órganos de participación del salud de la población inmigrante

VII.- SECTORES DE ACTUACIÓN

- 1) Mujer
- 2) Población infantil
- 3) Atención primaria
- 4) Atención especializada. Hospital. Urgencias
- 5) Dependencias
- 6) Investigación y conocimiento
- 7) Colectivos de riesgo: mujeres inmigrantes, menores no acompañados, reclusos
- 8) Profesionales: Formación. Universidad. Atención al paciente

CUESTIONES A VALORAR

- Mediación intercultural. Acompañamiento
- Religión. Valores creencias