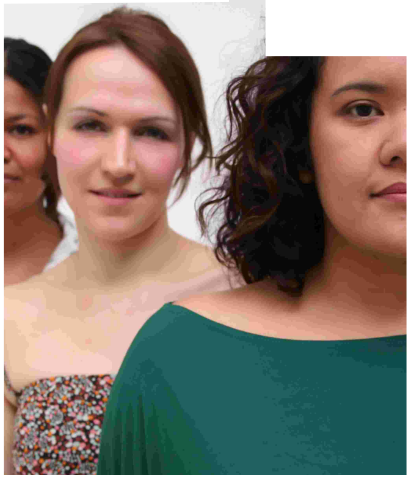
Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda



Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda

Título:

Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales:
inmigración y demanda

Edita:

Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS)

Colabora:

MSD
El lado humano de la medicina
www.msd.es

Deseño e realización: Conchita Viñas DESEÑO

Depósito legal:

I.S.B.N.: 978-84-453-4556-6

Coordinadora

Berta Rivera Castiñeira
Doctora en Economía en la Universidad Pompeu Fabra. Profesora titular de Economía Aplicada en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de A Coruña. Investigadora asociada del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

En la actualidad desempeña el cargo de Directora de la Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).

Autores

Bruno Casal Rodríguez
Investigador de la Unidad de Investigación en Economía de la salud y Teoría Económica. Universidad de A Coruña

Andrea Burón Pust
Médico residente. Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica del IMAS. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB.

Juan Francisco Cano Pérez
Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

David Cantarero Prieto
Vicedecano de Planes de Estudios y Docentes. Profesor titular del Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Cantabria.

María José Carrera Santaliestra
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'assistència Sanitària (IMAS).

Xavier Castells Oliveres
Jefe del Servicio de Evaluación y Epidemilogía Clínica. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Francesc Cots Reguant
Economista de la Salud. Jefe de Sección del Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Juan José Chillarón Jordán
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Paloma Fernández Cano
Gerente Ejecutiva de Relaciones Externas. Merck Sharp & Dohme de España.

M. Rosario Fernández García
Médico de familia Sermas Área 7. Master en Medicina Humanitaria y miembro de los GdT del inmigrante de la semFyC y somamFyC.

Josep Franch Nadal
Médico de familia del CS Raval Sur - CAP Drassanes (Barcelona). Profesor Asociado Departamento de Medicina de la Universitat de Barcelona. Coordinador de la RedGEDAPS.

José Pelayo Galindo Pelayo
Médico de familia. Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital Torrecárdenas. Almería. Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC

Albert Goday Arno
Jefe de Sección del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Manuel Martín García
Médico de familia. Consultorio do Seixo. Pontevedra. Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

José Luis Martincano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva. Coordinador Grupo Trabajo Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Marta Pascual Sáez
Profesora titular del Departamento de Economía. Facultad de Económicas. Universidad de Cantabria.

Manuel Sánchez Bayle
Médico del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

José Antonio Vázquez García
Coordinador de la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud y catedrático de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco.

José Vázquez Villegas
Médico de familia. Director de la Unidad de Gestión Clínica La Mojonera (Almería). Coordinador de los Grupos de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC.

Presentación

En los últimos años se observa un aumento progresivo del número de inmigrantes en nuestro país. Aunque existen variaciones, dependiendo de la fuente consultada, podemos estimar en alrededor de dos millones los inmigrantes en situación legal, lo que supone alrededor de un 3% de la población, además de los que todavía se encuentran en situación irregular. Las previsiones realizadas por estudios recientes apuntan que en el año 2015 el porcentaje de extranjeros sobre el total de la población española se elevará el 27%, lo que supone que casi uno de cada tres residentes en España será extranjero.

A la vista de esta realidad es importante que nuestros sistemas sanitarios sean capaces de dar respuestas a las necesidades sanitarias de esta población y ofrecer un abordaje integral de sus prioridades en materia de salud. En este sentido, se hace necesario por parte de las autoridades sanitarias el estudio de las necesidades de los distintos grupos étnicos con el fin de facilitar la igualdad de acceso y planificar su atención; la formación de los profesionales de los servicios sanitarios para que sean más conscientes de las necesidades de los pacientes inmigrantes; y, en definitiva garantizar que los servicios sanitarios puedan dar una respuesta común que conlleve una asistencia de calidad y repercuta en un mejor nivel de salud entre la población inmigrante.

Esta monografía pretende contribuir a la mejora del conocimiento de la realidad de la población inmigrante, a través de diferentes perspectivas que están presentes y que repercuten en sus necesidades de asistencia sanitaria. Con este objetivo, su contenido se estructura de la siguiente forma. El primer bloque, realiza una aproximación a las carácterísticas sociosanitarias de la población inmigrante a través de tres capítulos que tratan de relacionar el perfil demográfico de la población con sus principales patologías y con su utilización de los servicios sanitarios. El segundo bloque, analiza, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, las relaciones y actitudes entre éstos y la población inmigrante a través de las experiencias en la práctica clínica. El último bloque, se centra en el estudio de la relación entre inmigración y diabetes dada la creciente evidencia de una mayor prevalencia de la diabetes en la población inmigrante que en la autóctona.

Índice

Bloque **1**:
Características sociosanitarias de la población inmigrante **9**

Capítulo **1:** Análisis de la estructura demográfica de la población inmigrante como factor relevante en la determinación de la demanda de salud 11
Bruno Casal Rodríguez

Capítulo **2:** Salud y utilización en la población inmigrante: una revisión del caso español 29
David Cantarero Prieto, Marta Pascual Sáez

Capítulo **3:** Enfermedades más prevalentes en la población inmigrante 57
José Vázquez Villegas

Bloque **2**:
El profesional sanitario y la atención sanitaria al paciente inmigrante **69**

Capítulo **4:** Atención inicial al paciente inmigrante 71
José Vázquez Villegas, M. Rosario Fernández García, José Pelayo Galindo Pelayo

Capítulo **5:** Actitudes de los profesionales sanitarios en la atención a los inmigrantes 83
Manuel Martín García, Manuel Sánchez Bayle

Capítulo **6:** Atención al inmigrante. Práctica clínica culturalmente competente 95
José Luis Martincano Gómez

Capítulo **7:** Mediación en salud 119
M. Rosario Fernández García, José Vázquez Villegas

Bloque **3**:
Inmigración y diabetes **137**

Capítulo **8:** Inmigración y diabetes 139
Joseph Franch Nadal

Capítulo **9:** Tasa de incidencia de descompensaciones agudas como forma de inicio de diabetes en población inmigrante en Barcelona 167
Francesc Cots Reguant, Juan Francisco Cano Pérez, Albert Goday Arno, Juan José Chillarón Jordán, Andrea Burón Pust, María José Carrera Santaliestra y Xavier Castells Oliveres

Capítulo **10:** Inmigración y diabetes, dos fenómenos globales, crecientes e interrelacionados. Conclusiones del Encuentro celebrado en la Escuela de Verano de Salud Pública. Mahón, septiembre de 2006 179
Paloma Fernández Cano y José Antonio Vázquez García

Bloque **1**

Características sociosanitarias de la población inmigrante

Capítulo **1**

Análisis de la estructura demográfica de la población inmigrante como factor relevante en la determinación de la demanda de salud

Bruno Casal Rodriguez
Investigador de la Unidad de Investigación en Economía de la salud y Teoría Económica.
Universidad de A Coruña

1. Introducción

La incertidumbre que envuelven las cifras de extranjeros, la heterogeneidad de este colectivo, la existencia de evidentes disparidades geográficas en su concentración, su carácter estacional y, su más que previsible impacto sobre la oferta de recursos sanitarios, derivan en la necesidad de abordar de forma integral las demandas y prioridades de salud de esta población, garantizando una asistencia sanitaria de calidad, que redunde en una mejora en su nivel de salud.

En el año 2006, aproximadamente el 9% de las personas inscritas en el padrón de los distintos municipios españoles es de origen extranjero y, al margen de su situación de regularidad, tendrán derecho a la asistencia sanitaria en los mismos términos que la población nacional. Si a este hecho le añadimos las previsiones realizadas por estudios recientes –en el año 2010, al menos el 15% de la población en España será extranjera–, a la hora de diseñar e implementar nuevas adaptaciones en nuestros servicios sanitarios será necesario considerar las especificidades que, en términos de salud, presentan los nuevos españoles.

El capítulo se estructura de la siguiente forma. Partiendo de un análisis de la evolución más reciente en el número de extranjeros que llegan a nuestro país, se describen las características demográficas más relevantes de este colectivo: distribución espacial y origen de las entradas, sexo, edad y fertilidad de la mujer inmigrante. Posteriormente, se realiza una breve aproximación a las proyecciones de población extranjera en España. En el último epígrafe se describen las diferentes fases del proceso migratorio y la trayectoria de salud que presenta esta población a lo largo del mismo. El capítulo finaliza con una introducción a los factores que se muestran relevantes en la utilización y frecuentación de los recursos destinados a la mejora de la salud.

2. Evolución y características sociodemográficas de la población Inmigrante

2.1. Evolución del fenómeno demográfico

Según resultados de la explotación estadística del padrón municipal, representados en la tabla 1, datos provisionales de 1 de enero de 2006 cifran el número de extranjeros inscritos en el padrón municipal en 4.144.166, produciéndose un aumento del 11,09% respecto de los 3.730.610 extranjeros inscritos en el año anterior. Al mismo tiempo, el peso de éstos sobre el conjunto de la población aumenta entre los dos años en aproximadamente 0,81 puntos, pasando a representar en el año 2006, aproximadamente el 9,27% de toda la población empadronada.

Tabla 1

Relaciones poblacionales

Evolución del número de extranjeros empadronados

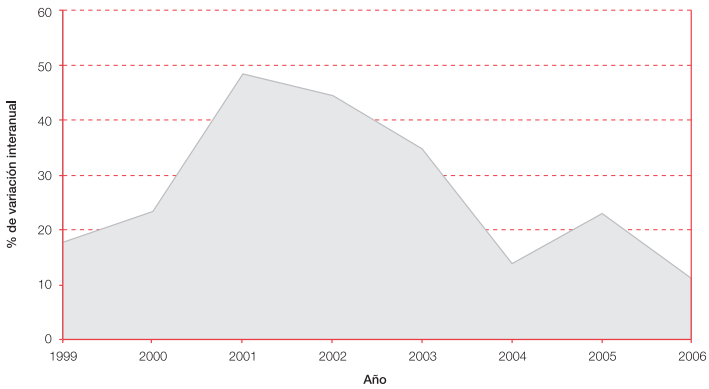
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pob. total	**39.852.651**	**40.202.160**	**40.499.791**	**41.116.842**	**41.837.894**	**42.717.064**	**43.197.684**	**44.108.530**	**44.708.964**
Extranjeros	637.085	748.954	923.879	1.370.657	1.977.944	2.664.168	3.034.326	3.730.610	4.144.166
% Extranjeros	1,6	1,86	2,28	3,33	4,73	6,24	7,02	8,46	9,27
Diferencias	—-	111.869	174.925	446.778	607.289	686.222	370.158	696.284	413.556
% Variación Interanual	—-	17,56	23,36	48,36	44,31	34,69	13,89	22,95	11,09

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (varios años)

En términos absolutos, el número de extranjeros empadronados crece todos los años. De la serie analizada, en el año 2003 se produce el mayor número de registros de extranjeros en el padrón municipal (686.224 inscritos). Entre los años 1998 y 2006 se produjeron 3.507.081 nuevas inscripciones de extranjeros en el padrón, lo que supone que en ocho años casi se ha multiplicado por seis el número de extranjeros inscritos en este registro. El análisis temporal de la variación relativa en el número de extranjeros muestra un fuerte incremento en el año 2001, consecuencia del proceso de regularización de extranjeros efectuado en ese año (gráfico 1). Los procesos de regularización de los años 2000 y 2005 también derivan en aumentos significativos en el porcentaje de variación interanual de inscritos, pero no de la magnitud del observado en el 2001.

Gráfico 1

Porcentaje de variación interanual población de extranjeros

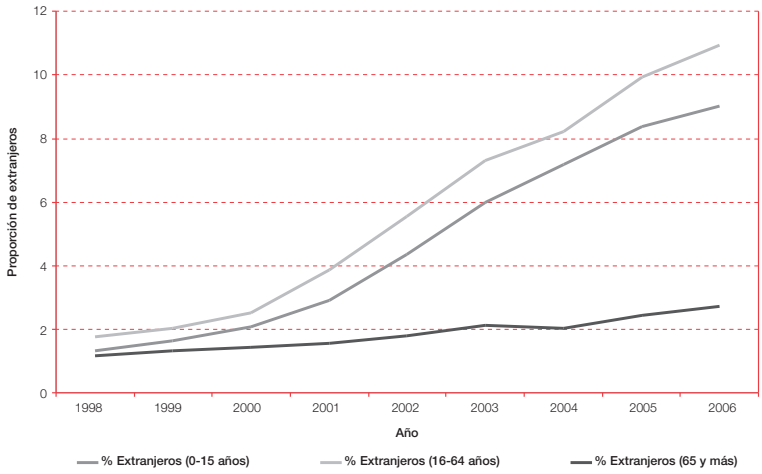


Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (varios años)

En el gráfico 2 se presenta la evolución temporal del peso que supone el colectivo extranjero según grupo de edad, sobre el total de la población empadronada. En el periodo de análisis la representación extranjera no deja de crecer, si bien parece que la intensidad difiere según el grupo que se considere, experimentando el mayor crecimiento el grupo de extranjeros en edad de trabajar (16-64 años), seguidos del grupo de 0 a15 años (segunda generación).

Gráfico 2

Evolución temporal del porcentaje de extranjeros según grupo de edad

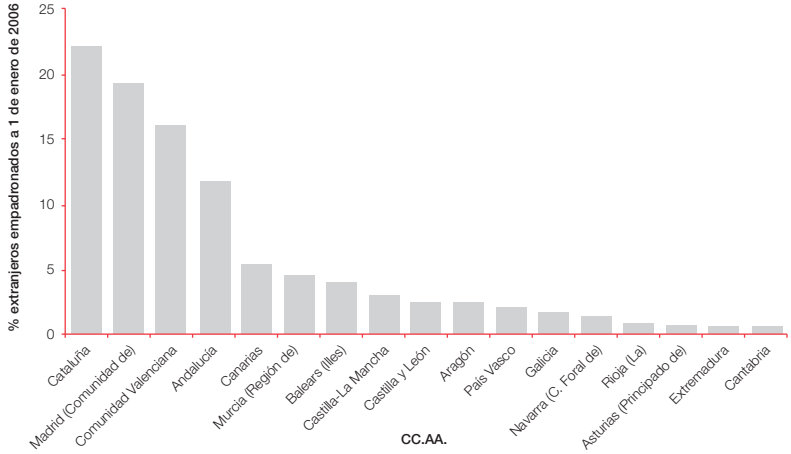


Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (varios años)

A nivel autonómico los principales focos de concentración y recepción de extranjeros son Cataluña y Madrid, siguiéndoles en importancia la Comunidad Valenciana, Andalucía, los dos archipiélagos y Murcia. En este sentido, aproximadamente el 52,4% de la población extranjera se concentra en las Comunidades mediterráneas e insulares, principalmente en Cataluña y en la Comunidad Valenciana. En el año 2006, la Comunidad que mayor número de extranjeros absorbe respecto al total de empadronados es Cataluña, con un 22,05% sobre el total, seguida de Madrid, con un 19,32%, y la Comunidad Valenciana y Andalucía con porcentajes del 16,12 y 11,80% respectivamente (gráfico 3).

Gráfico 3

Porcentaje de extranjeros por CC.AA. a fecha 1 de enero de 2006



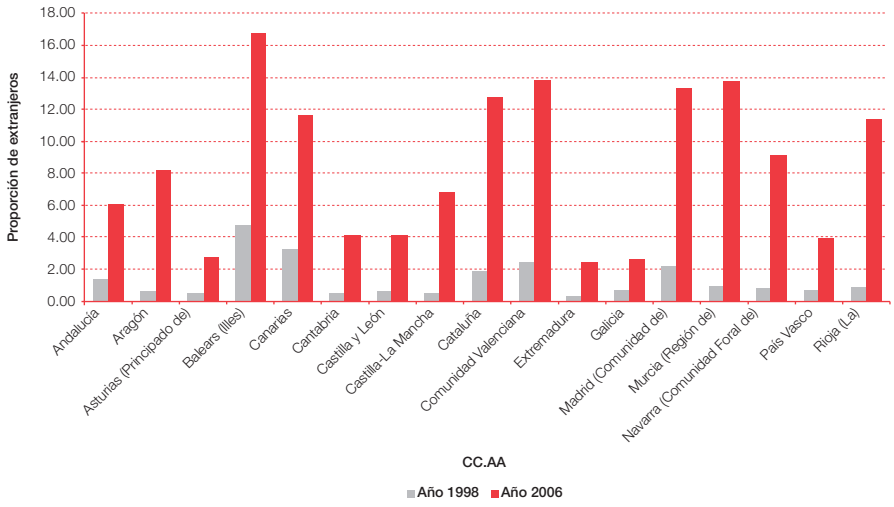
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2005)

Aunque en términos absolutos existan Comunidades en las que la población extranjera tenga más importancia, a la hora de estudiar el estado de salud de la población inmigrante y el acceso y utilización que hacen de los servicios de salud, es interesante conocer también la importancia relativa de esta población respecto al total de empadronados y población cubierta por los sistemas de salud autonómicos.

En el gráfico 4 se ha obtenido un indicador de densidad, que relaciona el número absoluto de extranjeros empadronados en cada una de las Comunidades Autónomas con el volumen de población total empadronada, siendo el valor promedio para el conjunto del Estado en los años 1998 y 2006 de 1,6% y 9,36%, respectivamente.

Gráfico 4

Proporción de extranjeros respecto de la población total empadronada en cada comunidad autónoma



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (1998,2005)

Centrando el análisis el año 2006, Baleares presenta, sobre el total de empadronados en la comunidad, un porcentaje de extranjeros de casi el 17%. Le siguen, con porcentajes considerablemente superiores al del Estado, la Comunidad Valenciana (13,9%) y la Región de Murcia (13,8%). Las Comunidades con menor protagonismo del colectivo extranjero son, con porcentajes en torno al 2,5%, Extremadura y Galicia.

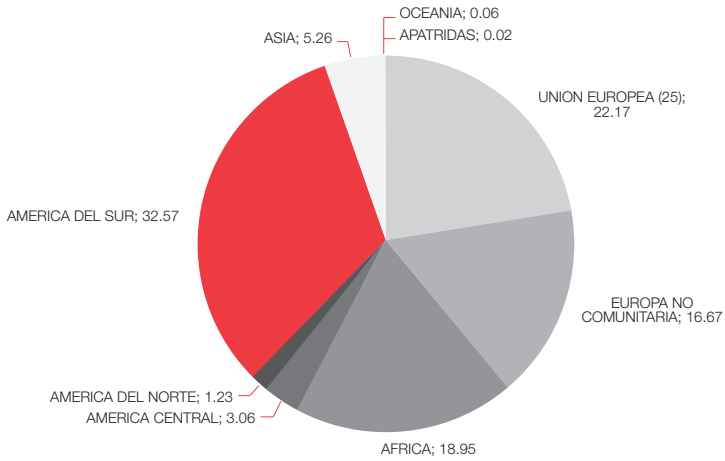
Bajo este enfoque, las pautas de concentración observadas cuando se hacía referencia al número absoluto de extranjeros en cada Comunidad se ven en cierta medida alteradas. Como hemos visto, Cataluña y Madrid presentan las mayores concentraciones de extranjeros en términos absolutos en el año 2006, sin embargo, ponderando por el total de población empadronada, quedan relegadas a la cuarta y quinta posición, respectivamente.

2.2. Grupos de Nacionalidades y Distribución Espacial

En el gráfico 5 representamos la composición del colectivo de extranjeros empadronados en España en el 2006 según su origen. Del total de extranjeros empadronados, los más numerosos son los procedentes de América del Sur, representando un 32,6% del total. Por su parte, los europeos representan un 38,8% del total. Dentro de este grupo, 918.886 son ciudadanos comunitarios, significando estos el 57,08% de europeos inscritos en el padrón. Con un menor peso sobre el total, encontramos a los nacionales del continente africano (18,95%) y asiático (5,26%).

Gráfico 5

Extranjeros empadronados según grupo de nacionalidad (Año 2006)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2005)

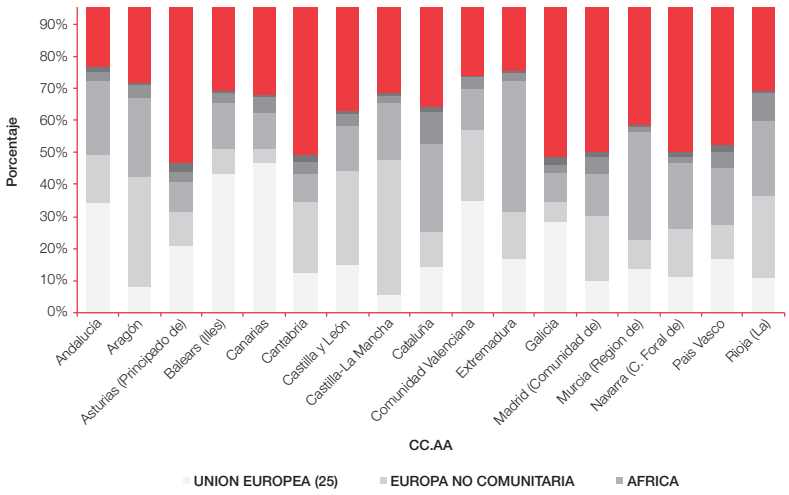
Analizando la distribución a nivel autonómico de los diferentes grupos de nacionalidades, obtenemos una distribución no siempre homogénea, pudiendo diferenciar, en función de la preponderancia de cada uno de ellos, diferentes modelos migratorios de orden autonómico.

La existencia de diferencias en las pautas de concentración no responde al azar ni a ningún mecanismo automático de asignación. El proceso migratorio es un hecho social, modelado también por las expectativas y las decisiones de los actores implicados en él. Así, por ejemplo, la gran concentración de inmigrantes latinoamericanos, africanos y de la Europa no comunitaria en Madrid y Cataluña, se explica por la potencial demanda de trabajo de estas Comunidades, mientras que los extranjeros procedentes de la Unión Europea se establecen con frecuencia en zonas caracterizadas por un importante volumen de servicios turísticos.

El gráfico 6 nos da una idea de la composición, en función de los diferentes grupos de nacionalidades, del conjunto de extranjeros empadronados a 1 de enero de 2006 en cada Comunidad Autónoma.

Gráfico 6

Composición autonómica según grupos de nacionalidades. Año 2004



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2006)

Siendo el grupo de nacionalidades latinoamericano el más numeroso en el año 2006, los datos disponibles por comunidades muestran que éstos se concentran principalmente en las comunidades que acogen, en términos absolutos, un mayor número de extranjeros, en concreto en Madrid (26,8%), Cataluña (22,08%), y la Comunidad Valenciana (11,75%). En Madrid, aproximadamente la mitad de extranjeros empadronados son latinoamericanos y a estos les siguen en importancia las nacionalidades procedentes de la Europa no comunitaria (20,3%). En Cataluña el grupo de latinoamericanos representa aproximadamente el 35,7%, y comparte protagonismo con el grupo de nacionalidades africano (27,22%). Sin embargo, en la Comunidad Valenciana el origen latinoamericano ocupa el segundo lugar, por detrás del contingente de ciudadanos comunitarios (35% del total de extranjeros empadronados en la Comunidad).

Las nacionalidades de la UE(25) se distribuyen principalmente entre la Comunidad Valenciana y Andalucía (con porcentajes del 25,5% y 18,% respectivamente). No obstante, el mayor peso relativo de este grupo se muestra en Canarias (47%) y Baleares (43%).

2.3. Distribución por Sexo y Grupos de Edad

En este epígrafe se realiza una aproximación a la estructura demográfica del colectivo inmigrante en cuanto a sexo y grupos de edad se refiere. En la composición de esta estructura influyen múltiples factores, relacionados tanto con las sociedades de origen como con las de destino, entre otros: situación familiar del inmigrante, condicionantes culturales de la sociedad de origen, política de contingentes del gobierno y condicionantes del mercado laboral de la sociedad de destino.

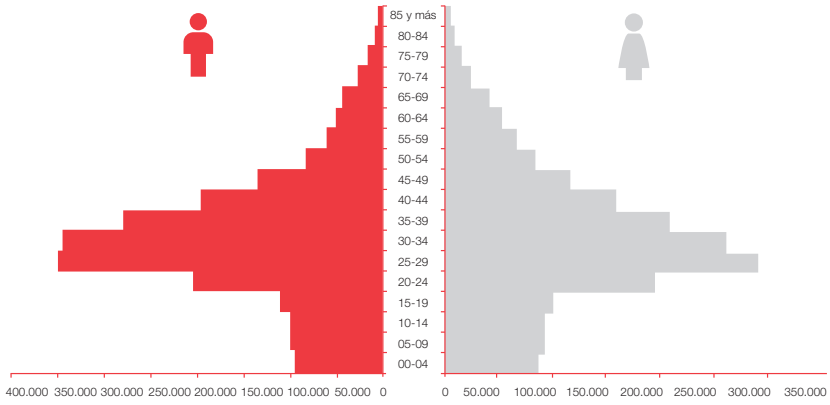
En términos absolutos, la composición por sexos de los extranjeros empadronados en el 2006 es de 1.928.697 mujeres frente a 2.215.469 hombres, y estos representan, respectivamente, el 5% y el 4,3% del total de población femenina y masculina empadronada en España.

Atendiendo a los índices de masculinidad, en el año 2006 el índice de masculinidad para el conjunto de extranjeros empadronados es de un 114,87%, por lo que podemos afirmar que existe una tendencia hacía la masculinización del flujo de inmigrantes. Comparando con el índice de masculinidad de la población española empadronada en el 2006 (96,16%), podemos extraer la conclusión de que, aunque se percibe un relativo equilibrio de sexos en ambas poblaciones, en el caso de la población española se observa una ligera tendencia hacía el sexo femenino.

En el gráfico 7 representamos la composición por edades y sexo del conjunto de extranjeros. A simple vista se puede apreciar una estructuración por edades similar en los dos sexos, si bien, entre los 25 y los 45 años de edad se evidencia cierto desequilibrio hacia el sexo masculino. Del total de tramos de edad representados, los índices de masculinidad correspondientes a los intervalos de 30-34 años y de 35-39 años, son los más elevados del conjunto, situándose en porcentajes superiores al 131%.

Gráfico 7

Número de extranjeros empadronados por edad y sexo (Año 2006)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2006)

El mayor peso de la población extranjera lo encontramos en el tramo de edad laboral (de 16 a 64 años), donde está el 81,15% del total de los extranjeros empadronados, y más de la mitad se encuentran en el tramo comprendido entre los 25 y 39 años (56% varones). La cohorte de edad más numerosa es el grupo de extranjeros situado entre los 25 y los 29 años, en el que se encuentra el 8,4% de todos los varones extranjeros y el 7% de las mujeres. El 19% del total de extranjeros empadronados son menores de 20 años (51,7% varones), y el 4,9% restante tienen 65 o más años, presentando este último grupo una proporción equitativa entre los dos sexos.

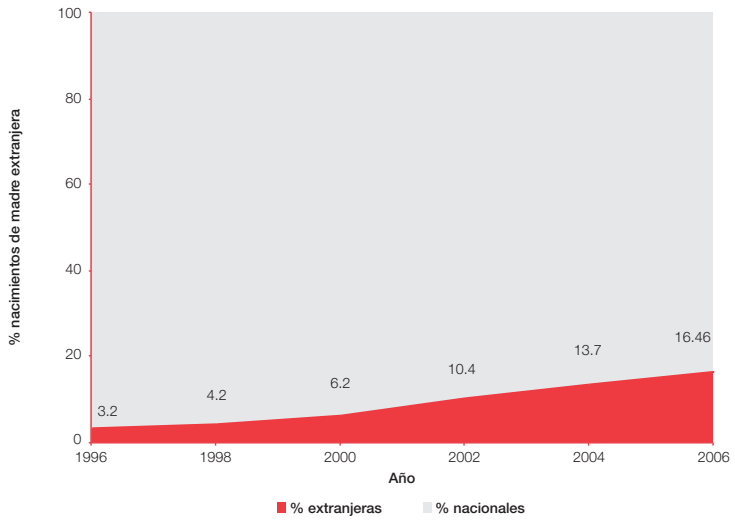
2.4. Tasas de Fecundidad entre la Población Inmigrante

Desde el año 1996, los nacimientos de madres españolas han ido perdiendo importancia frente al aumento sostenido en el número de nacimientos de madre extranjera. Ese mismo año, el número de nacimientos de madre extranjera se cifraba en 11.832, representando un 3,26% del total de nacimientos, mientras que en el año 2006 los nacimientos de madre extranjera pasaron a representar el 16,46% del total de nacimientos (gráfico 8).

Este incremento se debió, casi en su totalidad, al continuo aumento de la fertilidad de las madres extranjeras. En estos términos, la tasa global de fecundidad española se situaba en el año 2002 en un 3,64%; sin embargo, en el caso de las mujeres extranjeras, este indicador alcanza la cifra de cerca de 7 nacidos vivos por cada 100 mujeres extranjeras en edad fértil.

Gráfico 8

Evolución de la tasa de nacimientos de madre extranjera

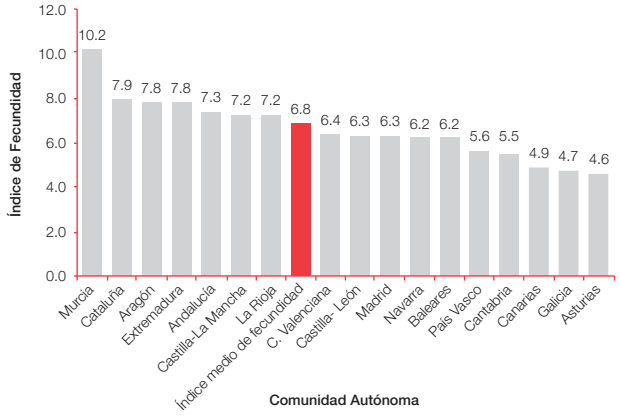


Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2006)

En el gráfico 9 podemos ver como, de las Comunidades en las que se produce un mayor número de nacimientos, sólo Cataluña (8%) supera el índice medio de fecundidad del conjunto de extranjeros. En Madrid y la Comunidad Valenciana la proporción es de 6 nacidos vivos por cada 100 mujeres extranjeras en edad fértil. El número de nacidos vivos por cada 100 mujeres extranjeras entre los 15 y los 49 años es, en Canarias y Baleares, de 5 y 6 nacidos, respectivamente. Para finalizar, las Comunidades con menores índices son Galicia y Asturias. No obstante, el índice de fecundidad para mujeres extranjeras en cada una de las Comunidades autónomas es superior al índice medio de fecundidad del conjunto de mujeres españolas estimado para ese año (3,6%).

Gráfico 9

Índices de fecundidad por Comunidad Autónoma (Año 2002)



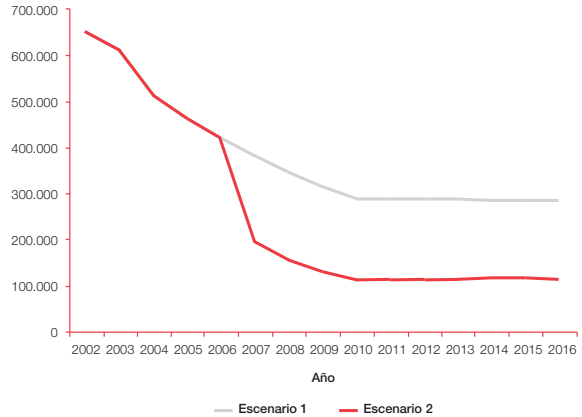
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2002)

2.5. Proyecciones de Población Extranjera

Las cifras de inmigrantes obtenidas a través de la explotación estadística del padrón municipal evidenciaban un aumento sostenido en las mismas a lo largo de los últimos años. Nos encontramos en las etapas iniciales de este fenómeno demográfico y las proyecciones de población sugieren una contención en el mismo durante los próximos años. La incertidumbre que envuelve al fenómeno demográfico y la diversidad de factores que influyen en su trayectoria, deriva en la necesidad de analizar el devenir de las entradas netas de extranjeros sobre dos escenarios diferentes (gráfico 10).

Gráfico 10

Entradas netas de extranjeros: Escenarios de proyección



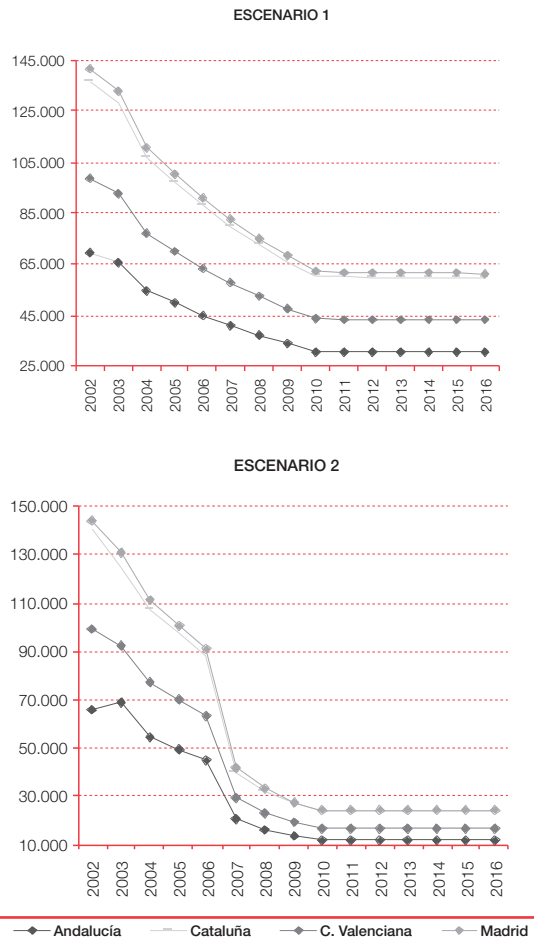
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2005)

En el primer escenario, las entradas netas de extranjeros evolucionan según la tendencia más reciente hasta el año 2010, año a partir del cual se mantienen constantes. El segundo escenario supone una disminución mayor de las entradas netas del extranjero en el medio plazo. Desde el año 2006 se produce una tendencia decreciente hasta el año 2010, cuando el comportamiento de las entradas de extranjeros cambia y se mantiene constante hasta el año final de proyección.

En consonancia con los dos escenarios de proyección anteriormente planteados, en el gráfico 11 podemos observar la evolución futura de las entradas netas de extranjeros en las comunidades que previsiblemente mayor número de inmigrantes acogerán en el corto y medio plazo: Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid.

Gráfico 11

Entradas netas de extranjeros proyectadas según Comunidades principales de atracción



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2005)

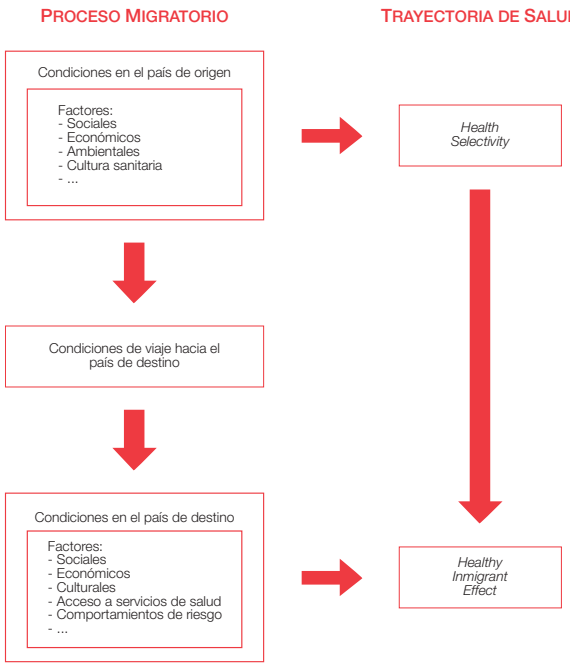
3. Determinantes del estado de salud y la frecuentación de los servicios sanitarios de las poblaciones inmigrantes

El análisis del estado de salud de la población inmigrante ha de efectuarse desde un punto de vista dinámico, considerando los factores que explican su variabilidad en cada uno de los estadios del proceso migratorio. La persona que decide emigrar se mueve de un entorno que presenta unos determinados riesgos de salud, comportamientos y limitaciones, hacia otro con una combinación diferente de parámetros. Desde el momento en que la persona decide emigrar, las disparidades en salud, los patrones de morbilidad característicos de sus sociedades de origen y otras variables relevantes –ambientales, sociales, económicas, acceso a recursos de salud, etc.– determinarán parte de la posterior trayectoria de salud del individuo (cuadro 1).

Los factores que inducen el proceso migratorio suelen dividirse en factores de expulsión y factores de atracción. Entre los factores de expulsión hay que destacar la guerra, la pobreza, el hambre…; oportunidades laborales, libertad política y libertad de religión constituyen factores de atracción (Kristiansen, Mygind y Krasnik, 2007). Esta serie de factores afectarán a la naturaleza, a las condiciones del propio proceso migratorio y, en último término, al nivel de salud que presente el individuo en fases posteriores a la salida del país de origen y al acceso y utilización de recursos destinados a la mejora de la salud, en el país de destino (Bhugra, 2004).

Cuadro 1

Proceso migratorio y dinámica del estado de salud del inmigrante



Fuente: elaboración propia

En la primera etapa del proceso migratorio, las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones de origen determinan las primeras diferencias en los niveles de salud de esta población (diferencias en hábitos dietéticos específicos de la población, características fisiológicas, la disponibilidad y el grado acceso a los recursos sanitarios de su país, factores de riesgo ambiental, etc.). Las condiciones específicas del viaje hacia el país de destino influyen puntualmente en el estado de salud de esta población, pudiendo condicionar la trayectoria de salud del inmigrante, una vez asentado en el país de acogida.[1] Entre las consecuencias intrínsecas al viaje podemos citar, entre otras, el agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, etc.

La última etapa del proceso migratorio se desarrolla en el país de acogida. El inmigrante se encuentra, en la mayoría de los casos, con una serie de barreras (idiomáticas, culturales, administrativas,…) que crean dificultades en la accesibilidad y adaptabilidad al nuevo contexto social. Estas barreras derivan principalmente en deficiencias sociales y económicas que inducen a una mayor vulnerabilidad a problemas de salud y a limitaciones en el acceso a los servicios de cuidados de la salud. La exposición al nuevo entorno genera la adopción de comportamientos similares a los de la población nacional, en algunos casos calificados como de riesgo (cambios en la dieta, hábito del tabaco, ejercicio,…) y que tienen importantes implicaciones para su salud (Stephen et al., 1994; McDonald y Kennedy, 2004). Finalmente, las condiciones y los recursos generados por estos inmigrantes serán factores determinantes del nivel de salud de segundas generaciones, condicionando su posterior trayectoria en términos de estado de salud y utilización de recursos.

En paralelo a las diferentes fases del proceso migratorio, la evidencia empírica internacional diferencia dos fenómenos que se muestran claves a la hora de entender la trayectoria de salud la población inmigrante: *Health Selectivity* y *Healthy Immigrant Effect (HIE).*

En comparación a una muestra representativa de personas de su población de origen, la propensión a presentar un mejor estado de salud es mayor entre las personas que deciden iniciar el proceso migratorio, es decir, existe una selección positiva en términos de salud: *Health Selectivity* (Jasso et al., 2004). Este fenómeno se produce principalmente por la tipología de la población inmigrante, una inmigración de carácter económico que requerirá un nivel de salud mínimo para trabajar.

La ventaja en términos de salud se mantiene hasta la llegada del inmigrante al país de destino y la probabilidad de padecer enfermedades o trastornos crónicos se muestra en este momento inferior a la población nacional. A medida que transcurre el tiempo de residencia en el país, aumenta su vulnerabilidad y la propensión a padecer problemas de salud (House et al., 1990; Stephen et al., 1994; Donovan et al., 1992; McDonald y Kennedy, 2004). En otras palabras, el fenómeno conocido como *Healthy Immigrant Effect* se produce a medida que transcurre el tiempo de permanencia del inmigrante en el país de acogida y su estado de salud acaba convergiendo con el

1 Este factor tiene especial relevancia en el caso de los inmigrantes indocumentados y refugiados.

observado para la población nacional. El nivel de acceso a los servicios de cuidados de salud, la incorporación de rentas y el grado de asimilación cultural del inmigrante al país de acogida, son algunos de los factores que explican la magnitud de este fenómeno (Antecol y Bedard, 2005).

En cuanto a la frecuentación de los servicios sanitarios por la población inmigrante, Andersen y Newman (1973) conceptualizan el grado de acceso y utilización a los mismos, en base a tres factores relevantes (cuadro 2):

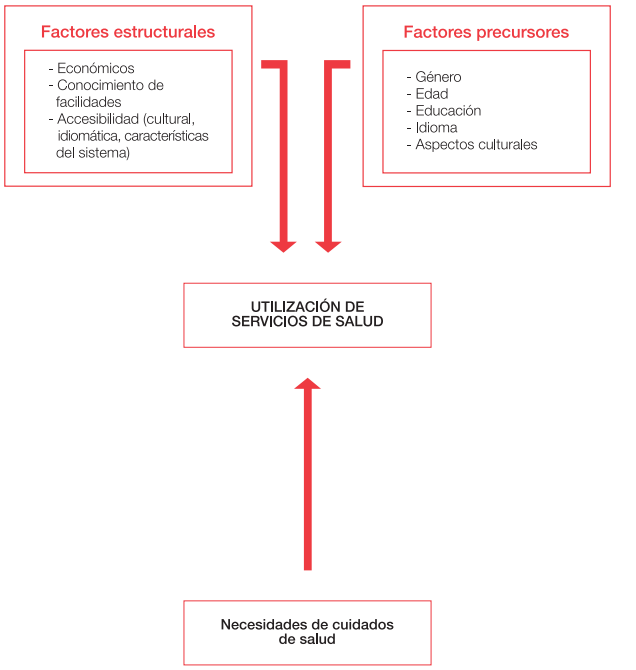
¬ 1 ¬ Condiciones específicas que dificultan o facilitan el acceso (factores estructurales). Se incluyen todos aquellos factores socioeconómicos que facilitan y predisponen al uso de los servicios de salud: nivel de renta, conocimiento sobre la disponibilidad de servicios, y accesibilidad al sistema (existencia de barreras de tipo organizativo, cultural, idiomáticas, etc.).

¬ 2 ¬ Predisposición al uso de estos servicios (*factores precursores*): edad, género, educación, idioma, y factores culturales que influyen en reconocer e interpretar problemas de salud.

¬ 3 ¬ Necesidad de cuidados de salud: estado de salud autopercibido y capacidades funcionales que afectan a la propensión de buscar y utilizar los recursos destinados a la salud en el país de destino.

Cuadro 2

Utilización de recursos sanitarios por la población inmigrante



Fuente: Andersen y Newman (1973)

4. Conclusiones

La estructura demográfica de la población extranjera residente en España se muestra como uno de los factores relevantes a la hora de explicar diferencias en los estados de salud y en la frecuentación de los servicios destinados a su mejora.

Si tenemos en cuenta que, al margen de su situación de legalidad, todos los extranjeros empadronados tendrán derecho a la asistencia sanitaria, los datos definitivos de este registro aportarán indicios suficientes para poder inferir perfiles de salud y nuevas necesidades de esta población. En términos cuantitativos, a lo largo de los últimos años se viene observando una evolución creciente en el número de extranjeros empadronados en nuestros municipios. No obstante, al margen de los diferentes procesos de regularización, la intensidad de este crecimiento parece reducirse en el tiempo, hecho que confirman las proyecciones de población, que sugieren una contención de las cifras de inmigrantes en el corto y medio plazo.

En cuanto a la distribución regional de los flujos de inmigrantes, en términos absolutos, las comunidades que concentran un mayor número de inmigrantes son Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y las dos comunidades insulares. Respecto al total de población usuaria de los servicios sanitarios, las comunidades de Baleares, Comunidad Valenciana y Murcia, son en las que potencialmente se registrará un mayor acceso de inmigrantes a sus respectivos sistemas de salud.

Una de las características de la dinámica migratoria en España es la diversidad en cuanto al origen de los flujos. En la última explotación del padrón municipal, el grupo de nacionalidades más numeroso es el latinoamericano, seguido de los extranjeros procedentes de la Unión Europea. La distribución autonómica de los inmigrantes según su origen, muestra la presencia de diferentes pautas y modelos migratorios.

Respecto a la población nacional, los principales aspectos diferenciales de la población inmigrante vienen marcados por su edad y por su mayor tasa de fecundidad. En este sentido, es previsible que los motivos de consulta y hospitalización más frecuentes se relacionen con las necesidades de una población joven.

El estado de salud de la población inmigrante viene determinado no sólo por factores relacionados con las condiciones en el país de destino, sino también por variables relativas a su país de origen y al viaje. Por este motivo, el análisis de estado de salud de esta población ha de efectuarse desde un punto de vista dinámico, considerando los factores que explican su variabilidad en cada uno de los estadios del proceso migratorio. Las necesidades de cuidados de salud, factores estructurales del tipo nivel de renta o accesibilidad al sistema y factores precursores como sexo, edad o nivel de educación, explicarán la variabilidad en la frecuentación de los servicios sanitarios.

Bibliografía

Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Quarterly. 1973; 51: 95–124.

Antecol H, Bedard K. Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to american health status levels?. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA); 2005. Documento de trabajo N.º: 1654.

Bhugra D. Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand. 2004; 109: 243-58.

Donovan J, d'Espaignet E, Merton C, van Ommeren M. Immigrants in Australia: a health profile. Camberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1992. Ethnic Health Series N.º: 1.

House JS, Kessler RC, Herzog AR, Mero RP, Kinney AM, Breslow MJ. Age, socioeconomic status and health. The Milbank Quarterly. 1990; 68: 383- 411.

Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal: Explotación Estadística. Varios años. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población. 2005. Madrid: INE.

Jasso G, Massey D, Rosenzweig M, Smith J. Immigrant health: selectivity and acculturation. Londres: The Institute for Fiscal Studies; 2004. Documento de trabajo N.º: WP04/23.

Kristiansen M, Mygind M, Krasnik A. Health effects of migration. Danish Medical Bulletin. 2007; 54: 46-7.

McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med. 2004; 59: 1613-27.

Stephen EH, Foote K, Hendershot GE, Schoenborn CA. Health of the foreign-born population. Advance Data from Vital and Health Statistics. 1994; 241: 1–10.

Capítulo **2**

Salud y utilización en la población inmigrante: una revisión del caso español

David Cantarero Prieto
Vicedecano de Planes de Estudios y Docentes.
Profesor titular del Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad de Cantabria.
Marta Pascual Sáez
Profesora titular del Departamento de Economía. Facultad de Económicas. Universidad de Cantabria.

Los autores agradecen la financiación recibida por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) y el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2004-02810).

1. Introducción

España padece en la actualidad la curiosa paradoja de ser uno de los países de la Unión Europea (UE) con menor gasto sanitario, pero con uno de los mayores índices de esperanza de vida. Así, según la OECD Health Data (2007), podemos observar que en España desde el año 1960, el gasto en sanidad ha aumentado de un 1,5 por ciento al 8,2 por ciento del PIB en el año 2005. Sin embargo, países tradicionalmente identificados con el nuestro por su similitud en renta y riqueza, como Portugal, Grecia o Italia, alcanzan un gasto sanitario en el año 2005 de un 10,2, un 10,1 y un 8,9 por ciento, respectivamente, de su PIB. Sin embargo, si centramos nuestra atención en la esperanza de vida en los países de la UE, observamos que en el año 2005 España tiene el mayor índice de esperanza de vida de la UE (80,7 años), sólo seguida muy de cerca por Suecia (con 80,6 años). Hay que destacar también las diferencias según sexo en 2005 en este indicador en el caso de nuestro país (77,4 años para los hombres y 83,9 años para las mujeres), aunque también tiene su reflejo, en el sentido contrario, en otro tipo de indicadores tales como la autovaloración de salud, incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, años de vida ajustados por calidad, etc.

Por otro lado, las migraciones son uno de los asuntos principales en la agenda política de los principales países desarrollados y, entre ellos, los europeos (García Gómez, 2007). En términos globales, el número de emigraciones internacionales se ha incrementado en las últimas décadas, habiendo doblado las cifras que se obtenían en la década de los setenta (United Nations, 2002). También en los últimos años se ha producido una mayor intensificación y diversificación de los flujos migratorios al continente europeo, habiendo convertido a España en un país receptor de flujos migratorios procedentes, con frecuencia, de países con unas condiciones de salud muy diferentes (Solsona y Viciana, 2004). En ese sentido, el Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que los inmigrantes tengan acceso a la sanidad con servicios de igual calidad que la población autóctona.

Un elemento común en la mayoría de los países consiste en establecer barreras a la inmigración. Los países, regularmente, intentan controlar las entradas de emigrantes para así asegurar que no se saturen sus mercados de trabajo y vivienda así como las infraestructuras y servicios públicos. Es también común por parte de los gobiernos establecer limitaciones en el número de inmigrantes a los cuales se les permite la entrada, dejando así pendiente la lucha contra la inmigración ilegal y sus efectos (Massey et al., 1993). No obstante, en el caso de la UE, los países miembros no pueden controlar directamente los flujos migratorios que proceden de otros países europeos dado que no existen barreras entre ellos.

Así, los gobiernos europeos al intentar controlar los flujos migratorios deben ahora centrar sus esfuerzos en otros factores que puedan controlar más directamente y que tengan a su vez impacto sobre la emigración. Otro elemento importante es que los gobiernos de los países miembros no tienen ya políticas migratorias y monetarias independientes, aunque todavía pueden controlar sus propios impuestos y gastos

sociales, teniendo, eso sí, en cuenta algunas limitaciones fiscales en términos de déficit presupuestario, deuda pública, etc. (Joumard y Konsgrud, 2003).

Todos estos elementos plantean importantes retos a los sistemas de salud de la UE y lógicamente al español y a sus Servicios Regionales de Salud (SRS) al tener que mejorar su conocimiento (información) sobre las características particulares de los inmigrantes además de incrementar los servicios en atención primaria y especializada y evitar la saturación en algunas zonas geográficas específicas y barrios de las grandes ciudades (Jansa y García de Olalla, 2004). Así, las preguntas que nos planteamos y a las cuales intentaremos dar respuesta en este estudio irían en la línea de cuáles son los factores determinantes del estado de salud y utilización de servicios de la población española. Profundizar en estos aspectos prestando especial atención al colectivo de inmigrantes es de gran relevancia en nuestro país, donde además los estudios a este respecto son aún escasos dado que el fenómeno es aún relativamente reciente.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población extranjera en España según los datos provisionales del Padrón de 2007 alcanza ya unos 4,48 millones de personas (un 9,9% del total de la población). Las características sociodemográficas y económicas de los inmigrantes no corresponden a una extracción aleatoria de la población de origen y dichas características también dependen de las propiedades de los mercados laborales de los países de destino. Tal y como señala la teoría del capital humano cabe esperar que cuanto mayor sea la cualificación de un trabajador, mayor será su salario, de ahí que el inmigrante desde una perspectiva económica escogerá en qué país desea residir en función de dónde obtenga mayores ganancias salariales (Dolado y Vázquez, 2007). Precisamente, estos inmigrantes responden a un perfil de tipo demográfico y sanitario así como de utilización de servicios públicos y de salud distinto al de la población española.

Los estudios relacionados con la inmigración y la salud de la población proceden fundamentalmente de aquellos países que se han venido caracterizando por haber recibido en las últimas décadas un mayor número de inmigrantes[1]. Dicha evidencia empírica internacional revela la existencia de dos fenómenos distintos que sirven para entender la trayectoria de salud de la población inmigrante y que explicaremos posteriormente tales como el *Health Selectivity* y *Healthy Immigrant Effect*.

En España la inmigración es un fenómeno reciente, lo que justifica el menor número de estudios hasta la fecha[2] centrados en este colectivo dada la ausencia de bases de datos y registros longitudinales específicos que justifiquen el patrón de morbilidad, trayectoria de salud y utilización de los servicios de asistencia sanitaria en la población inmigrante (cuadro 1). La propia literatura económica muchas veces suele emplear el término demanda cuando en realidad a lo que se refiere es a la necesidad o utilización de servicios sanitarios. Así, según Matthew (1971) la toma de decisiones del individuo

1 Ver, entre otros, Sharma *et al.* (1990), Lalonde y Topel (1991), Dunn y Dick (2000), Gustaffson y Osterberg (2001), Mc Kay *et al.* (2003), McDonald y Kennedy (2004), Mayr (2005) y Chiswick et al. (2006).
2 Pudiendose citar, entre otros, a Jansa y García Olalla (2004), Sanz *et al.* (2000), Vall *et al.* (2001 y 2004), Cots *et al.* (2002), García Gómez *et al.* (2007), Rivera y Casal (2007) y Cantarero y Pascual (2007).

se basa en tres fases: primero, la dolencia, enfermedad o malestar que supone la necesidad; segundo, la demanda que se produce cuando el ciudadano precisa de la asistencia sanitaria y decide reclamarla; tercera, la utlización cuando el médico certifica que dicha atención está justificada.

Cuadro 1

Evidencia empírica de los determinantes de la salud y utilización de la población inmigrante en España

Autores y referencia	Objetivos del estudio y resultados
Salazar et al.(2003)	**Objetivos del estudio:** Motivos de ingreso y diagnóstico de alta de la población inmigrante asentada en la ciudad de Valencia durante un año. **Resultados:** Diagnósticos de carácter no infeccioso (36,1% del total), ingresos por parto y/o aborto (34,2% del total), 14,3% son ingresos por patologías de carácter infeccioso, 12,9% de diagnósticos fueron traumatismos y envenenamiento y cuadros sicóticos y trastornos adaptativos son 1,8% de altas.
Sanz et al. (2000)	**Objetivos del estudio:** Utilización por inmigrantes de servicios de salud de un área sanitaria de Comunidad de Madrid. **Resultados:** De inmigrantes hospitalizados las causas de hospitalización fueron el parto (22,9%), accidentes (21,4%) y otras causas ginecobstétricas.
Cots et al. (2002)	**Objetivos del estudio:** Total de ingresos de inmigrantes en Hospital del Mar de Barcelona durante el año 2000. **Resultados:** Ingreso por parto supuso un 33% mientras que en población autóctona no supone más del 20%.
Rivera et al. (2008)	**Objetivos del estudio:** Total de ingresos de inmigrantes según la encuesta Nacional de Salud de 2003. **Resultados:** Del total de personas que acudieron a consulta médica en últimas dos semanas, un 89% de población extrajera acudió una única vez, alrededor de un 8% dos veces y casi un 2% tres veces. El parto además es la causa de ingreso principal para extranjeros.

Fuente: elaboración propia

La utilización se configura así como el resultado final de una decisión que se materializa, por ejemplo, en el sistema sanitario español en alguna de las tres alternativas existentes: una visita al médico general o especialista o una urgencia en un hospital que podría desembocar en una estancia (Puig et al., 1998). Además, hay que tener en cuenta que al existir asimetría de información en los "mercados sanitarios" entre consumidores y productores, éstos tienen un papel primordial en la determinación de la demanda de asistencia sanitaria. A este planteamiento responde

la “demanda inducida por la oferta” por la cual los proveedores emplean su información a efectos de poder influir en la demanda en su propio beneficio.

En todo caso, en la literatura vienen utilizándose diferentes indicadores de frecuentación y utilización efectiva de servicios sanitarios[3] por parte de la población inmigrante (entre otros, el número de visitas al servicio de urgencias, los días de estancia en el hospital, el número de consultas al médico general y al especialista, contactos con el dentista y ortodoncista, etc.). Si bien existen algunos estudios de tipo epidemiológico o de salud pública aún son escasos los estudios acerca de este tipo de población inmigrante y de sus características: perfil demográfico y de salud, eficiencia y equidad de las prestaciones que se les ofrecen, de sus diferencias por Comunidades Autónomas (CCAA), utilización de servicios sanitarios y del coste adicional que suponen para los SRS así como de las perspectivas de evolución de este colectivo específico en el futuro. Ha sido, en cambio, mayor la proliferación de trabajos sobre la utilización de servicios sanitarios de la población en general[4], si bien en todo caso ha estado condicionada por las fuentes de información disponibles en cada momento.

En general, los inmigrantes suelen declarar tener un peor o mejor nivel de salud que la población autóctona[5] como consecuencia de diversos factores relacionados con su propia experiencia migratoria. Entre ellos, y a pesar de que resulta algo complicado al interaccionar diversos factores, estarían la privación económica, la separación del entorno familiar, de sus amigos y de sus relaciones sociales, así como cambios en sus propios estilos de vida (como la dieta, el consumo de tabaco o alcohol, trabajo y horarios, tiempo de ocio y prácticas religiosas), un menor conocimiento de cómo funciona el sistema sanitario y de sus derechos en el país de acogida, dificultades al comunicarse con los profesionales sanitarios del país de acogida debido a las barreras lingüísticas, factores culturales y sociales, y las posibles vías de discriminación debidas a procesos de xenofobia y racismo (Powles y Gifford, 1990; Bourdillon y Bennegadi, 1992). Algunos de estos factores actúan de manera más intensa en la población más joven y pueden perdurar o no después, mientras que otros pueden actuar también en la edad adulta.

En particular, los inmigrantes que son “seleccionados” para entrar en un país sobre la base de su probable éxito económico motivado por su elevada cualificación (como sucede en países como Estados Unidos, Australia y Canadá[6]) es de esperar que tengan resultados en salud que difieran sistemáticamente de aquellos inmigrantes que tienen como origen procesos de reunificación familiar o ser inmigrantes de tipo humanitario (refugiados). A este fenómeno por el que quienes deciden emigrar tienen

3 Entre otros, Cameron *et al.* (1988), Pohlmeier y Ulrich (1995), Hurd y McGarry (1997), Gerdtham (1997), Chiappori *et al.* (1998), Holly *et al.* (1998), Vera-Hernandez (1999), Noro *et al.* (1999), Waters (1999), Schellhorn *et al.* (2000), Buchmueller *et al.* (2002), Jones *et al.* (2002), Sarma y Simpson (2006) y Nolan (2007).

4 Entre otros, Borrell *et al.* (2000), Urbanos (2000a y b), Abasolo *et al.* (2001), Alvarez (2001), Clavero y Gonzalez (2005a y b), López-Nicolás (2001), Jiménez *et al.* (2002) y Mora y Gallo (2006).

5 En función de que se converja o no también con las tasas del país de origen.

6 Vid., entre otros, Hernández y Charney (1998), Globerman (1998), Schultz (1984), Kaspar (2002), Perez (2002) y Singh y Siahpush (2002).

una selección positiva en salud se le denomina *health selectivity* y se encuentra en muchos de los que emigran en busca de un empleo (inmigración de tipo económica). Así, Marmot et al. (1984) demuestran que este efecto de selección positiva existe y que los inmigrantes asentados en el Reino Unido presentan, según origen, tasas estandarizadas de mortalidad inferiores a las de sus países de procedencia. Lo más adecuado en todo caso sería considerar al estado de salud de los inmigrantes como un elemento que puede ser modelizado en términos del stock de salud[7] del inmigrante a su llegada (Etapa pre-inmigración) y su posterior inversión en salud (Etapa post-inmigración).

1.1. Etapa pre-inmigración

Inicialmente puede pensarse que el estado de salud previo de los inmigrantes no es conocido, pero sí algunas de las variables que lo explican y que son previas a dicha inmigración tales como edad, sexo, educación, factores culturales y de idioma, etc.

Así, la edad del inmigrante es muy importante dado que seguramente el estado de salud empeorará a medida que la edad aumente (Balarajan y Bulusu, 1990). El sexo también lo será, dado que las mujeres tienden a declarar un peor estado de salud que los hombres, quizás debido a razones biológicas o por el hecho de no estar influenciadas por un sesgo adverso de mortalidad como sucede en el caso de los hombres (Pol y Thomas, 1992; Brimblecombe *et al.*, 2000). El estado general de salud del país de origen del inmigrante, medido por indicadores como la esperanza de vida o mortalidad infantil, también puede ser importante (Sharma *et al.*, 1990; Harding y Maxwell, 1998).

Igualmente, a medida que dicho inmigrante tenga un mayor nivel de educación, conocimientos y habilidades necesarias en el mercado laboral, es de esperar que tuviese ya un mayor nivel de salud en el país de origen, y que así llegase al país de acogida con un mayor nivel de salud (Grossman, 1972a y b; Pol y Thomas, 1992). Es decir, los individuos con un mayor nivel educativo han podido realizar mayores inversiones en salud. Por último, el estado de salud también podría estar conectado con el tipo de visado de inmigración obtenido. Así, los criterios de entrada en cuanto a estado de salud podrían ser más amplios en el caso de inmigrantes debido a su condición de refugiados o por reunificación familiar que en el caso de inmigrantes por razones económicas (para trabajar).

1.2. Etapa post-inmigración

Existen diferentes factores que inciden en el estado de salud de los individuos y que vendrían a condicionar la situación en el país de destino. Así, en cuanto al estado civil del inmigrante y su situación familiar, diversos estudios muestran que aquellos que están actualmente casados tienen mejores niveles de salud (Pol y Thomas, 1992;

7 Tal y como planteaba en términos generales Grossman (1972a y b).

Waite y Gallagher, 2000). Esto se explicaría bien porque el matrimonio es endógeno con respecto al estado de salud bien porque existiría un "manto protector familiar" para cuidar a alguno de los cónyuges, aunque la existencia de hijos en la familia podría transmitir algunos problemas de salud a sus padres dado que son una fuente adicional de contacto con la población autóctona. El acceso a la asistencia sanitaria puede verse afectado posteriormente por los efectos "*enclave, concentración o de vecindario*" en el sentido que al vivir en un área con un elevado número de inmigrantes de la misma procedencia estaría proporcionando al propio inmigrante redes de información y apoyo adicionales necesarias tanto para el acceso al mercado laboral como para su información en cuanto a la asistencia sanitaria[8] (Julian y Easthope, 1996).

Además, un mejor conocimiento de la lengua del país de destino puede ser primordial para explicar un buen estado de salud al facilitar al inmigrante una mayor comunicación con los profesionales sanitarios (en centros de salud u hospitales) y el entender los documentos e información relativa a medicamentos (Karmi, 1991; Julian y Easthope, 1996). En definitiva, una mayor utilización sanitaria que bien empleada podría mejorar su estado de salud.

Otro factor importante al analizar el estado de salud del inmigrante es el "*tiempo de residencia en el país de destino*". Una mayor periodo de residencia en dicho país supone una mayor edad, y si consideramos el resto de factores igual, un peor estado de salud (Cairney y Ostbye, 1999). Así, el estado de salud percibido puede ser menor con el periodo de permanencia en el país de destino debido a la "*regresión con respecto a la media*". No obstante, el estado de salud del inmigrante puede mejorar a medida que el tiempo de estancia en el país de destino sea mayor si nos fijamos en estudios con datos de sección cruzada, ya que en ocasiones los menos sanos simplemente fallecen o vuelven a emigrar a sus países de origen (Palloni y Arias, 2004; Beenstock *et al*., 2005). Las condiciones y recursos generados por estos inmigrantes determinarán el nivel de salud de segundas generaciones, además de condicionar su posterior trayectoria en términos de estado de salud y utilización de recursos.

Asimismo, puede que los inmigrantes tengan un buen estado de salud antes de la emigración, pero que la misma no sea buena para la salud individual al ser una experiencia traumática y dado que las personas suelen optimizar su stock de salud según el lugar donde residan. Si entonces se trasladan a un nuevo escenario, esos sistemas de apoyo al individuo (familiares, amigos, estilos de vida, etc.) así como sus precios relativos no tendrían por qué mantenerse, lo que supondría que se precisaría un diferente *mix de inputs óptimos* para mantener el mismo capital salud que anteriormente. Si estos elementos no se ajustan a ese nuevo escenario, el estado de salud del inmigrante podría verse reducido a medida que el tiempo de estancia sea mayor en el país de destino.

En todo caso, el *healthy immigrant effect* (mejor estado de salud de la población inmigrante frente a la autóctona) es menor al aumentar el tiempo de permanencia del

8 La incomunicación o lejanía del enclave en el cual se encontrase el inmigrante le castigaría al intentar conseguir el mejor acceso posible a la asistencia sanitaria.

inmigrante en el país de destino y de este modo converge su estado de salud con el de la población de dicho país. Por otro lado, existen factores estructurales (Andersen y Newman, 1973; Andersen, 1995) que condicionan el acceso a servicios sanitarios tales como determinantes socioeconómicos (nivel de renta, accesibilidad al sistema y conocimiento sobre los servicios disponibles), el estado de salud autopercibido y la capacidad de búsqueda y uso de recursos de salud en el país de destino. Además de las variables que pueden afectar al estado de salud y de la revisión de diferentes estudios implementados en nuestro país, la población inmigrante no tiene un perfil epidemiológico muy diferenciado al de la población autóctona. Los principales problemas de salud de esta población tienen que ver con enfermedades asociadas con la salud mental, déficit en salud buco-dental y salud materno-infantil.

2. Marco legal y jurídico de atención sanitaria a los inmigrantes

El cuerpo normativo referente a la atención sanitaria de la población inmigrante se compone fundamentalmente de las siguientes leyes:

- Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal.

La Ley Orgánica 7/1985, de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España, que estuvo vigente hasta el 1 de febrero de 2000, no hacía referencia de forma concreta a la extensión de la asistencia sanitaria a los inmigrantes. Con la Ley 14/1986, General de Sanidad, al menos se pasó a reconocer la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria a los extranjeros que tengan establecida su residencia en España. Sin embargo, la referencia al derecho de los inmigrantes a la protección de la salud se recoge en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (LODLEx).

Así, es en el artículo 12 de la citada Ley donde se establece el derecho de los extranjeros[9] a la asistencia sanitaria:

¬ 1 ¬ *Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan 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 su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*

¬ 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 postparto.*

Como ya comentamos anteriormente, el Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que los inmigrantes tengan acceso a la asistencia sanitaria con servicios de igual calidad que la población en general. Recomienda a las autoridades sanitarias de los gobiernos que estudien las necesidades de los distintos grupos étnicos para así facilitar la igualdad de acceso y planificar su atención; la formación de los profesionales sanitarios para que sean más conscientes de las necesidades de los pacientes inmigrantes; y garantizar que los servicios sanitarios puedan dar una asistencia de calidad y un mejor nivel de salud entre la población inmigrante.

Estas condiciones se reafirman en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, indicando también que los comunitarios tendrán los derechos resultantes del derecho comunitario europeo y de los Tratados y Convenios suscritos por el Estado español mientras que los no comunitarios tendrán los derechos reconocidos por las leyes, tratados y convenios suscritos. Asimismo, según la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, adoptada en 2002, todos los pacientes tienen el derecho a ser tratados en cualquier Estado miembro. En varias sentencias del Tribunal Europeo de Justicia se ha confirmado que los pacientes que tengan problemas al recibir asistencia sanitaria en su país de origen pueden buscar ese mismo tratamiento en otro país europeo, estando el gobierno del país de origen obligado a rembolsar los correspondientes costes.

En este sentido, desde el 1 de junio de 2004, una nueva tarjeta sanitaria europea ha facilitado el hecho de que los ciudadanos europeos puedan acceder a las asistencia sanitaria mientras estén de viaje o trabajando temporalmente en otro país europeo. Estos derechos suponen, en definitiva, que los pacientes puedan buscar el tratamiento sanitario adecuado para ellos fuera de las fronteras de sus países de origen.

9 Se considera extranjero, a los efectos de aplicación de esta Ley, a los que carezcan de la nacionalidad española. Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y aquéllos a quienes les sea de aplicación el régimen comunitario se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación esta Ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables.

3. Salud y utilización en la población inmigrante versus la autóctona

En este estudio descriptivo se utilizarán dos fuentes de información que han sido fundamentales para el estudio de las características sociodemográficas de la población en nuestro país, como son la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). A continuación describiremos brevemente cada una de ellas destacando especialmente la información que proporcionan respecto a la salud y utilización de servicios de asistencia sanitaria en el colectivo inmigrante respecto a la población autóctona. En todo caso y como comentaremos posteriormente, uno de los inconvenientes que nos podemos encontrar es la propia definición de inmigrante en las encuestas mencionadas.

3.1. La encuesta nacional de salud (ENS)

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es una investigación realizada por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Su periodicidad es bienal y su objetivo principal es la obtención de datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. En cuanto a sus ultimas versiones, en la ENS 2001 se dispone de información de adultos (población de 16 años y más) y niños (población de 0 a 15 años). En total se realizan más de 20.000 entrevistas. La ENS de 2003 recientemente publicada (y última disponible hasta la fecha en cuanto a los micro datos) está formada aproximadamente por 22.000 viviendas distribuidas en 1844 secciones censales. En cuanto al ámbito poblacional de esta encuesta se trata del conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales. Se define el hogar como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. La muestra se distribuye entre las distintas CC.AA. asignando una parte uniformemente y otra proporcional al tamaño de la Comunidad. Así, el cuestionario de adultos se divide en las siguientes secciones: información de identificación (sección, vivienda, informante, sexo, edad, etc.), estado de salud y accidentalidad, utilización de servicios sanitarios, hábitos de vida y características personales.

Uno de los atractivos de estas encuestas es que proporcionan información a nivel nacional y por CC.AA. Además, contienen información sobre la valoración del estado de salud de los individuos, permiten conocer el grado de utilización de los servicios de salud, sus características, el uso de determinadas prácticas preventivas, la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud y permiten relacionar esta información con las características sociodemográficas de la población. El análisis

realizado se basa en la muestra de adultos (mayores de 16 años). Las tablas 1 y 2 recogen la autovaloración de salud media por CC.AA. y desagregada por sexo, respectivamente. Es importante destacar que Aragón, Cantabria, Comunidad Valenciana, Navarra, País Vasco y La Rioja tienen una valoración subjetiva de su salud mejor que la media nacional, independientemente de la encuesta considerada. Obsérvese que la autovaloración que cada uno de los individuos hace de su estado de salud en la ENS (2001 y 2003) se establece en cinco categorías posibles: “1- muy bueno”, “2- bueno”, “3- normal”, “4- malo” y “5- muy malo”.

Tabla 1

Autovaloración de salud media por CC.AA. en las diferentes encuestas

AVS MEDIA					
CC.AA.	**ENS 2001**	**ENS 2003**	**CC.AA.**	**ENS 2001**	**ENS 2003**
Andalucía	2.26	2.43	C. Valenciana	2.20	2.32
Aragón	2.21	2.33	Extremadura	2.28	2.48
Asturias	2.20	2.52	Galicia	2.39	2.59
Baleares	2.25	2.38	Madrid	2.24	2.27
Canarias	2.33	2.50	Murcia	2.22	2.43
Cantabria	2.19	2.34	Navarra	2.00	2.27
Castilla León	2.21	2.36	País Vasco	2.12	2.23
Castilla-La Mancha	2.27	2.47	La Rioja	2.10	2.28
Cataluña	2.30	2.33	Ceuta y Melilla	2.19	2.35
			España	2.23	2.38

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS (2001 y 2003)

Tabla 2

Distribución de la autovaloración de salud media de los adultos diferenciados por sexo y CC.AA. en las diferentes encuestas

AVS Media	Andalucía		Aragón		Asturias		Baleares	
	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003
Hombres	2.166	2.277	2.160	2.249	2.155	2.371	2.142	2.234
Mujeres	2.359	2.557	2.267	2.406	2.247	2.641	2.349	2.496
	Canarias		**Cantabria**		**C. León**		**C. La Mancha**	
	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003
Hombres	2.228	2.402	2.059	2.280	2.104	2.266	2.166	2.305
Mujeres	2.423	2.574	2.315	2.402	2.305	2.431	2.379	2.611
	Cataluña		**C. Valenciana**		**Extremadura**		**Galicia**	
	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003
Hombres	2.223	2.219	2.119	2.231	2.157	2.339	2.296	2.472
Mujeres	2.380	2.434	2.280	2.380	2.390	2.602	2.483	2.685
	Madrid		**Murcia**		**Navarra**		**P. Vasco**	
	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003
Hombres	2.109	2.154	2.110	2.260	1.934	2.160	2.080	2.118
Mujeres	2.364	2.356	2.319	2.569	2.072	2.373	2.158	2.334
	La Rioja		**Ceuta y Melilla**		**ESPAÑA**			
	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2001	ENS 2003		
Hombres	2.020	2.247	1.959	2.254	2.138	2.264		
Mujeres	2.171	2.312	2.352	2.426	2.322	2.470		

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS (2001 y 2003)

También hay que señalar que ya están disponibles los datos provisionales a nivel nacional de la ENS de 2006. En la tabla 3 se muestra que el 68,8% de la población española ha declarado que su estado de salud es bueno o muy bueno, presentando los hombres una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres. Así el 74,1% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 63,6% de las mujeres. La autovaloración de un buen estado de salud es menor en las personas con mayor edad. Sólo un 36,8% de personas mayores de 64 años valoran su estado de salud como positivo frente al hecho de que un 88,8% de los menores de 16 años y un 87,9% de las personas de 16 a 24 años declaran que su estado de salud es bueno o muy bueno.

Tabla 3

Población por sexo, edad y valoración del estado de salud percibida (en %)

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Ambos sexos						
Total	**100,00**	**20,56**	**48,21**	**23,21**	**5,96**	**2,05**
De 0 a 15 años	**100,00**	39,86	48,89	9,71	1,10	0,45
De 16 a 24 años	**100,00**	33,06	54,80	10,51	1,04	0,59
De 25 a 44 años	**100,00**	21,81	54,99	18,74	2,99	1,46
De 45 a 64 años	**100,00**	11,18	47,23	30,24	8,71	2,65
De 65 y más años	**100,00**	5,53	31,23	42,77	15,65	4,82
Varones						
Total	**100,00**	**22,29**	**51,80**	**19,71**	**4,66**	**1,54**
De 0 a 15 años	**100,00**	39,34	49,40	9,51	1,47	0,28
De 16 a 24 años	**100,00**	34,97	56,80	7,43	0,42	0,38
De 25 a 44 años	**100,00**	23,22	57,44	15,53	2,29	1,53
De 45 a 64 años	**100,00**	12,90	50,17	26,16	8,52	2,25
De 65 y más años	**100,00**	6,38	39,59	40,37	10,95	2,71
Mujeres						
Total	**100,00**	**18,89**	**44,73**	**26,60**	**7,22**	**2,55**
De 0 a 15 años	**100,00**	40,41	48,35	9,92	0,70	0,62
De 16 a 24 años	**100,00**	31,05	52,70	13,74	1,69	0,81
De 25 a 44 años	**100,00**	20,32	52,42	22,12	3,74	1,40
De 45 a 64 años	**100,00**	9,52	44,38	34,18	8,89	3,03
De 65 y más años	**100,00**	4,92	25,23	44,48	19,03	6,33

Nota: se refiere a los 12 últimos meses. Los datos referentes a las mujeres de menos de 15 años y estado de salud 'Malo' así como los de los grupos de edad menores de 24 años y estado de salud 'Muy malo' han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.
Fuente: ENS (Avance 2006) Resultados Nacionales

Por otra parte, el 22,3% de la población tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria debido a un problema de salud (tabla 4). El 18,6% de los hombres y el 25,9% de las mujeres declaran tener dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria por problemas de salud. Dichas dificultades son mayores en el colectivo de población de mayor edad, presentando el 42,7% de las personas de 65 y más años (34% de los hombres y el 48,9% de las mujeres) alguna limitación para desarrollar las actividades propias de la vida diaria.

Tabla 4

Población por sexo, edad y limitación para las actividades de la vida diaria (en %)

	Total	Limitado/a gravemente	Limitado/a pero no gravemente	No limitado/a
Ambos sexos				
Total	**100,00**	**4,27**	**18,06**	**77,67**
De 0 a 15 años	**100,00**	0,67	7,92	91,42
De 16 a 24 años	**100,00**	0,59	10,29	89,12
De 25 a 44 años	**100,00**	3,03	15,25	81,72
De 45 a 64 años	**100,00**	5,13	22,70	72,17
De 65 y más años	**100,00**	11,21	31,45	57,34
Varones				
Total	**100,00**	**3,89**	**14,74**	**81,37**
De 0 a 15 años	**100,00**	0,70	7,93	91,36
De 16 a 24 años	**100,00**	0,73	8,32	90,95
De 25 a 44 años	**100,00**	3,22	13,00	83,78
De 45 a 64 años	**100,00**	5,16	19,12	75,72
De 65 y más años	**100,00**	9,50	24,46	66,05
Mujeres				
Total	**100,00**	**4,63**	**21,27**	**74,09**
De 0 a 15 años	**100,00**	0,63	7,90	91,47
De 16 a 24 años	**100,00**	0,44	12,36	87,20
De 25 a 44 años	**100,00**	2,83	17,61	79,56
De 45 a 64 años	**100,00**	5,09	26,17	68,74
De 65 y más años	**100,00**	12,44	36,47	51,08

Nota: la limitación ha de haber durado al menos los últimos 6 meses. Los datos referentes al cruce de la categoría 'Limitado/a gravemente' con el grupo de edad '16 a 24 años', así como los de la categoría 'Limitado/a gravemente' con el grupo de edad '0 a 15 años', para mujeres han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.
Fuente: ENS (Avance 2006) Resultados Nacionales

Otro aspecto importante de la ENS es que en ella se dispone información sobre la nacionalidad de los hogares e individuos con las siguientes categorías: España; un país de la Unión Europea; otro país de Europa; Canadá o Estados Unidos; otro país de América; un país de Asia; un país de África o Un país de Oceanía.

Esta clasificación, a pesar de ser bastante agregada, puede permitir analizar, entre otras cuestiones, tanto el estado de salud de la población inmigrante como el grado de utilización de los servicios sanitarios. El problema viene dado por la baja representatividad de la población extranjera frente al total. Analizando la composición por edad y sexo de esta población, se muestra que la población que viene a nuestro país es una población joven, en edad de trabajar y que coinciden, en su mayoría, con la denominación de "inmigrantes económicos".

Así, en Rivera et al. (2008) se señala, a partir del análisis de la ENS (2003), que la población extranjera declara tener un mejor estado de salud general que la población nacional, siendo superior la categoría de "muy bueno-bueno" en 13 puntos porcentuales e inferior la percepción de estado de salud "malo o muy malo" en 6 puntos debido en parte a las diferencias de edad entre los dos colectivos. En cuanto al análisis de indicadores de utilización de servicios sanitarios, en dicho trabajo se indica que, del total de personas que acudieron a una consulta médica en las últimas dos semanas, un 89% de la población extrajera (un 84% la autóctona) acudió una única vez, alrededor de un 8% (un 12% la autóctona) dos veces y casi un 2% (al igual que la autóctona) tres veces. El parto, además, es la causa de ingreso principal para el colectivo extranjero, mientras que en la población autóctona el mayor número de ingresos se debe a intervenciones quirúrgicas.

3.2 La encuesta de condiciones de vida (ECV)

La encuesta de condiciones de vida (*European Statitstics on Income and Living Conditions*) es una nueva fuente de información estadística armonizada a nivel europeo cuyo objetivo es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE. Esta encuesta sustituye al panel de hogares de la UE que comenzó en 1994 y finalizó en el año 2001. Sin embargo, la necesidad de actualizar el contenido con arreglo a las nuevas demandas motivó la elaboración de esta nueva fuente de información. La ECV nos permite estudiar características sociodemográficas (ingresos, condiciones de vida de los hogares, actividad económica, estado de salud, acceso a servicios sanitarios, nivel de estudios, cuidado de los niños, etc.) a nivel europeo. La ECV disponible para 2004 y 2005 nos permite estudiar características sociodemográficas a nivel europeo y proporciona información transversal y longitudinal con un alto grado de calidad. En el caso español, se espera que este nuevo panel dure cuatro años y se dispone de información de unos 15.031 hogares y 31.322 adultos (mayores de 16 años).

Una de las secciones de esta encuesta se refiere a la salud. En particular, la información se concentra en los siguientes aspectos:

¬ 1 ¬ Estado general de salud de los individuos que toma los valores "1" (muy bueno); "2" (bueno); "3" (regular); "4" (malo) y "5" (muy malo).

¬ 2 ¬ Personas que tienen alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas.

¬ 3 ¬ Personas que han encontrado limitaciones en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos seis meses debido a un problema de salud (ya sea intensamente o hasta cierto punto).

¬ 4 ¬ Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año, es decir, personas que los últimos doce meses han tenido necesidad en alguna ocasión de asistir a la consulta de un médico (o dentista) o de recibir tratamiento médico y no ha podido.

¬ 5 ¬ Razones por las que los individuos no han podido acceder a los servicios sanitarios con las siguientes posibilidades: no se lo podía permitir económicamente, estaba en lista de espera (o tenía la sensación de que ésta era muy amplia), no disponía de tiempo para tener que trabajar o tener que cuidar niños u otras personas, la consulta estaba muy lejos para desplazarse o no había medios de transporte, miedo a los médicos, a los hospitales o al tratamiento, prefirió esperar y ver si el problema mejoraba por sí mismo, no conocía ningún médico o especialista competente u otros motivos.

Así, en primer lugar, dado que es la información más reciente, se ha calculado la autovaloración de salud media por CC.AA. en España a partir de la ECV de 2004 y 2005 (TABLA 5). En todas las CC.AA. se observa, según la ECV de 2005, que la percepción de la salud de nuestra población es buena (2,286) si bien esta valoración es más optimista en Baleares (2,121), Madrid (2,149), Castilla-la Mancha (2,159) y Cataluña (2,191). En el otro extremo, nos encontramos a los gallegos (2,591) que podríamos considerarlos los más pesimistas en cuanto a su percepción de su estado de salud seguidos de los ciudadanos de Asturias (2,463) y Castilla-la mancha y León (2,415).

Tabla 5
Autovaloración de salud por CC.AA.

	ECV 2004		ECV 2005	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Andalucía	2,359	1,040	2,318	0,972
Aragón	2,312	0,932	2,329	0,989
Asturias	2,442	0,929	2,463	0,907
Baleares	2,193	0,890	2,121	0,968
Canarias	2,356	0,806	2,277	1,001
Cantabria	2,358	0,984	2,332	0,767
Castilla y León	2,301	0,982	2,415	0,895
Castilla-La Mancha	2,360	0,964	2,159	1,015
Cataluña	2,326	0,988	2,191	0,968
C. Valenciana	2,343	0,974	2,327	0,984
Extremadura	2,337	0,881	2,275	1,043
Galicia	2,590	0,987	2,591	0,999
Madrid	2,267	0,928	2,149	0,959
Murcia	2,222	1,078	2,327	0,965
Navarra	2,293	0,919	2,301	0,863
País Vasco	2,250	0,974	2,281	0,914
La Rioja	2,445	0,898	2,236	0,839
Ceuta y Melilla	2,396	0,965	2,348	0,949
Total Nacional	**2,343**	**0,968**	**2,286**	**0,971**

Nota: el estado general de salud de los individuos toma los valores "1" (muy bueno); "2" (bueno); "3" (regular); "4" (malo) y "5" (muy malo).
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2004 y 2005

En dicha ECV, como se ha comentado anteriormente, se incluye también información relativa a enfermedades (tabla 6). En particular, a los individuos se les pregunta "¿Tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas?" Con dos posibles respuestas: Sí o No. En este caso, en la ECV de 2005 un 34,9% de los asturianos declaran tener alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónica, tasa considerablemente superior a la media nacional (24,1%) y de otras CC.AA. por el hecho de tener mayores porcentajes relativos de población mayor

Tabla 6

Indicadores de condiciones de vida por CC.AA.: enfermedades

Comunidades Autónomas	% Personas que tienen alguna enferm. crónica	% Personas limitadas intensamente para sus actividades diarias	% Personas limitadas hasta cierto punto para sus actividades diarias	% Personas no limitadas para sus actividades diarias	% Personas no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año	% Personas que se encuentran en lista de espera
ECV 2004						
Andalucía	26,1	34,0	36,4	29,6	7,8	25,3
Aragón	26,8	25,7	33,4	40,9	9,7	64,1
Asturias	31,2	34,8	25,6	39,6	6,2	26,2
Baleares	20,4	21,8	24,1	54,0	2,5	24,9
Canarias	22,7	29,5	41,6	28,9	9,9	36,7
Cantabria	25,3	20,8	28,8	50,4	4,9	6,2
Castilla y León	22,5	21,8	42,8	35,4	5,7	28,3
Castilla-La Mancha	25,6	22,9	49,3	27,8	4,0	13,2
Cataluña	27,9	30,9	32,4	36,7	8,1	40,9
C. Valenciana	28,0	31,7	33,0	35,3	5,8	20,3
Extremadura	22,0	24,9	38,1	37,0	5,2	38,0
Galicia	30,6	30,2	38,1	31,7	6,1	53,6
Madrid	23,4	25,3	29,9	44,8	10,0	23,7
Murcia	28,2	21,2	37,5	41,3	9,2	8,9
Navarra	22,7	29,7	37,8	32,5	4,9	21,4
País Vasco	24,1	28,7	37,2	34,1	3,9	20,4
La Rioja	22,5	29,2	36,6	34,2	4,3	31,8
Ceuta y Melilla	23,6	40,3	36,2	23,5	3,6	10,2
Total Nacional	**25,9**	**29,1**	**35,1**	**35,8**	**7,2**	**30,3**
ECV 2005						
Andalucía	22,9	31,7	36,5	31,8	4,1	7,4
Aragón	27,7	30,4	29,4	40,1	8,1	22,5
Asturias	34,9	27,2	36,8	36,1	6,3	8,7
Baleares	17,7	26,9	34,9	38,2	7,7	5,5
Canarias	26,9	34,4	35,1	30,6	10,6	26,1
Cantabria	20,3	26,5	39,6	33,9	2,5	0,4
Castilla y León	27,8	27,3	32,7	40,0	7,0	8,8
Castilla-La Mancha	19,5	29,2	42,7	28,1	4,1	0,0
Cataluña	23,7	29,8	35,7	34,5	6,4	5,0
C. Valenciana	25,6	27,1	36,9	36,0	5,6	16,1
Extremadura	23,3	37,9	30,5	31,7	6,1	0,9
Galicia	29,7	36,4	38,7	25,0	5,3	18,1
Madrid	19,4	28,8	23,8	47,5	8,9	4,6
Murcia	27,1	26,6	32,6	40,9	7,5	6,3
Navarra	20,5	34,2	31,9	33,9	5,4	30,7
País Vasco	24,0	26,1	29,1	44,8	4,8	7,5
La Rioja	22,0	21,4	48,4	30,2	8,0	21,2
Ceuta y Melilla	22,9	24,0	52,7	23,4	5,2	5,1
Total Nacional	**24,1**	**30,0**	**34,3**	**35,7**	**6,3**	**9,9**

Fuente: encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2004 y 2005

de 65 años. Así, en el lado opuesto estarían Baleares (17,7%) y Madrid (19,4%). Por otra parte, alrededor del 35,7% de los individuos no se han encontrado limitados en el desarrollo de su actividad diaria debido a un problema de salud, variando este porcentaje según CC.AA.

Por otra parte, según la ECV de 2005, seis de cada 100 españoles han tenido necesidad, en el último año, de asistir a la consulta de un médico (excepto dentista) o de recibir tratamiento médico y no han podido. Así, canarios (10,6%), madrileños (8,9%), aragoneses (8,1%) y riojanos (8%) se encuentran muy por encima de la media. Un estudio más detallado nos permite conocer algunas de las posibles razones de estas desigualdades: los canarios son los que esperan más (o creen esperar más) aunque otra posible razón para no ir al médico es la falta de tiempo por tener que trabajar o tener que cuidar niños u otras personas. Un 9,9% se encuentra además en lista de espera en España.

Sin embargo, como ya se ha señalado, la incorporación de la población inmigrante en España ha creado una nueva situación sociodemográfica que requiere un estudio profundo no sólo del estado de salud sino también de las nuevas prioridades asistenciales y preventivas que se están planteando. La ECV nos permite a su vez analizar las variables descritas anteriormente según el país de nacimiento de los individuos considerando tres categorías: España, resto de Europa y resto del mundo. La clasificación resulta bastante agregada si bien nos permite detectar algunas pautas de comportamiento (tablas 7 y 8).

Tabla 7

Autovaloración de salud según país de nacimiento

	ECV 2004		ECV 2005	
	Media	**Desviación típica**	**Media**	**Desviación típica**
España	2,355	0,943	2,304	0,973
Resto Europa	1,912	0,778	1,910	0,780
Resto mundo	2,038	0,799	1,968	0,779
Total nacional	**2,343**	**0,968**	**2,286**	**0,971**

Nota: El estado general de salud de los individuos toma los valores "1" (muy bueno); "2" (bueno); "3" (regular); "4" (malo) y "5" (muy malo).
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2004 y 2005

Tabla 8

Indicadores de condiciones de vida según país de nacimiento: enfermedades

	ECV 2004		ECV 2005	
	% Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año	**% Personas que se encuentran en lista de espera**	**% Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario en el último año**	**% Personas que se encuentran en lista de espera**
España	7,1	31,3	6,2	9,7
Resto Europa	6,3	13,7	7,1	26,5
Resto mundo	11,7	10,4	6,8	8,2
Total nacional	**7,2**	**30,3**	**6,3**	**9,9**

Fuente: encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2004 y 2005

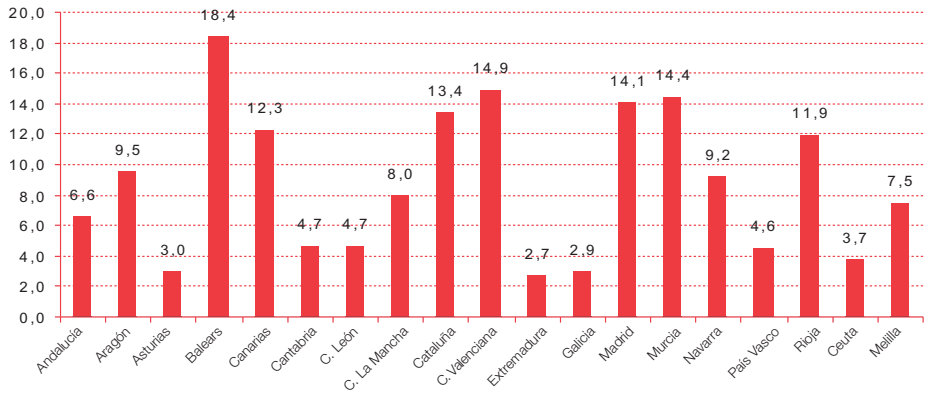
Con respecto a la autovaloración de salud según el país de nacimiento se observa que en general según las ECV de 2004 y 2005 aquellos individuos nacidos en España declaran tener una peor salud (2,355 y 2,304 respectivamente) tanto si lo comparamos con los nacidos en otros países del resto de Europa (1,912 y 1,910 respectivamente) como con los nacidos en otros países extra-comunitarios (2,038 y 1,968 respectivamente). Sin embargo, se produce la curiosa paradoja de que en 2005 el mayor porcentaje de personas que no pudieron recibir asistencia médica (7,1%) y se encuentran en lista de espera (26,5%) han nacido en otros países europeos.

Asimismo, en el gráfico 1 se muestra el porcentaje de población de extranjeros empadronados respecto a la población de la CC.AA. según el Avance del Padrón a 1 de enero de 2007. Se observa que las CC.AA. que tienen una mayor presión sobre la utilización de sus servicios públicos, entre ellos la sanidad, por el incremento de su población y de la proporción de población inmigrante sobre la población de cada CC.AA. son Baleares (18,4%), la Comunidad Valenciana (14,9%), Murcia (14,4%), Madrid (14,1%), Cataluña (13,4%) y Canarias (12,3%) dado el reconocimiento expreso del derecho de los inmigrantes a la asistencia sanitaria y, por ende, a la protección de su salud. Por el contrario, las CC.AA. con menor proporción de extranjeros son Extremadura (2,7%), Galicia (2,9%), Asturias (3,0%), Ceuta (3,7%), País Vasco (4,6%), Cantabria (4,7%) y Castilla y León (4,7%). El resto de CC.AA. se sitúa en una posición intermedia y tienen entre un 6% y un 12% de extranjeros.

Resulta también interesante comprobar si existe una mayor demanda de estos servicios por parte de la población inmigrante a pesar de su menor edad relativa en comparación con la población autóctona. En este sentido, a pesar de que la ECV no proporciona información detallada de la utilización sanitaria por población inmigrante versus la autóctona, en Rivera et al. (2008) se realiza una aproximación obteniendo resultados similares a los de la ENS y que revelan cierta tendencia a una mayor utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante respecto a la autóctona, especialmente en la consulta del especialista, debido, entre otros factores, al carácter universal del sistema sanitario y a la juventud del colectivo (básicamente de edades de 25 a 40 años) relacionada con la mayor tasa de fecundidad de las mujeres extranjeras.

Gráfico 1

Porcentaje de población de extranjeros empadronados respecto a la población de la Comunidad Autónoma en 2007



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Explotación del Padrón Municipal, Avance del Padrón a 1 de enero de 2007, Datos provisionales

4. Conclusiones

Uno de los objetivos de este trabajo es analizar de modo descriptivo las características sociodemográficas y de salud así como el grado de utilización de los servicios de asistencia sanitaria, prestando especial atención a la población inmigrante en España en los últimos años. Para ello se ha realizado tanto una revisión de la literatura como un análisis de los datos de las principales encuestas relacionadas con la salud y aspectos socioeconómicos, fundamentalmente la nueva Encuesta de Condiciones de Vida (2004 y 2005) y la Encuesta Nacional de Salud (cuya última actualización corresponde a 2006). La necesidad de disponer de encuestas de salud de tipo panel así como de muestras más amplias y representativas de la población inmigrante en España matizaría los resultados obtenidos y permitiría obtener conclusiones más detalladas.

Parece mostrarse, a la vista de los últimos datos, cómo se produce una mayor necesidad de utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante respecto a la autóctona. Así, en la utilización de los servicios de salud los inmigrantes se centran básicamente en los servicios de ginecología, pediatría, trastornos agudos y urgencias, con intervenciones y estancias hospitalarias no muy prolongadas en el tiempo. Es de esperar que, dada la existencia del *healthy immigrant effect,* sea mayor la utilización de servicios sanitarios a medida que el nivel de salud del inmigrante empeore, lo que depende del "tiempo de residencia en el país de destino". Dicho fenómeno se comprobará especialmente en los próximos años y cuando sean más numerosas las "segundas generaciones" de inmigrantes en nuestro país.

En definitiva, pensamos que para mejorar la salud de la población, es necesario ir más allá de componentes institucionales y sectoriales para diseñar un conjunto de políticas públicas en donde la salud se convierta en un bien social que como tal hay que proteger y especialmente en el colectivo inmigrante con menor capacidad económica y tiempo de residencia en el país de destino (entre ellos, madres y niños inmigrantes).

Por último, es importante tener en cuenta la definición de inmigrante que se adopte en este tipo de estudios, dado que este hecho, junto con la necesidad de una mayor representatividad del colectivo inmigrante en las encuestas de tipo socioeconómico y de salud, puede condicionar los resultados obtenidos así como las implicaciones para las políticas públicas correspondientes.

Bibliografía

Abasolo, I., Manning, R, Jones, A.M. (2001): "Equity in utilization of and access to public-sector GPs in Spain". Applied Economics, 33, 349-364.

Álvarez, B. (2001): "La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España". Investigaciones Económicas, Vol. XXV(1), 93-138.

Andersen R. (1995): "Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter?". Journal of Health and Social Behavior, 36, 1-10.

Andersen R.M., Newman, J.F. (1973): "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States". Milbank Quarterly, 51, 95-124.

Balarajan, R., Bulusu, L. (1990): "Mortality among immigrants in England and Wales 1979-83", En Britton, M. (ed.), Mortality and Geography: a Review in the mid-1980s, London, OPCS.

Beenstock, M., Chiswick, B.R., Paltiel, A. (2005): "Endogenous Assimilation and Immigration Adjustment in Longitudinal Data", IZA Discussion Paper No. 1840.

Borrell, C., Rohlfs, L., Ferrando, J., Pasarin, M.I., Domínguez-Berjón, F., Plaséncia, A. (2000): "Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area". International Journal of Health Services, 29, 743-64.

Bourdillon, F., Bennegadi, R. (1992): "Migration and Health – What Does the Future Hold?". International Migration, Vol. 30 (Special Issue: Migration and Health in the 1990s), 199-205.

Brimblecombe, N., Dorling, D., Shaw, M. (2000): "Migration and geographical inequalities in health in Britain". Social Science and Medicine, 50, 861-878.

Buchmueller, T., Couffinhal, A., Grignon, M., Peronnin, M. (2002): "Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France". Working Paper No. 9328, National Bureau of Economic Research.

Cairney, J., Ostbye, T. (1999): "Time since immigration and excess body weight". Canadian Journal of Public Health, 90(2), 120-124.

Cameron, A., Milne, F., Trivedi, P., Piggot, J. (1998): "A microeconometric model of the demand for health care and health insurance in Australia". The Review of Economics Studies, 55, 85-106.

Chiappori, P., Durand, F., Geoffard, P. (1998): "Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment". European Economic Review, 42(3-5), 499-511.

Chiswick, B.R., Liang, Y., Miller, P.W. (2006): "Immigrant Selection System and Immigrant Health". IZA Discussion Paper No. 2345.

Clavero, A., González, Mª.L. (2005a): "La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente". Estadística Española, 47(158), 55-87.

Clavero, A., González, Mª.L. (2005b): "Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de la demanda y utilización de servicios sanitarios". Hacienda Pública, 173, pp. 129-162.

Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J., Vall, O. (2002): "Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona". Gaceta Sanitaria, 16: 376-84.

Dolado, J.F., Vázquez, P. (eds.) (2007): Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España. FEDEA, Madrid.

Dunn, J.R., Dyck, I. (2000): "Social determinants of health in Canada´s immigrant population: results from the National Population Health Survey". Social Science and Medicine, 51, 1573-93.

García Gómez, P. (2007): "Hipótesis sobre inmigración y bienestar". En López I Casasnovas, G. (dir): Inmigración y transformación social en Cataluña. Bilbao: Fundación BBVA; pp. 93-162.

García Gómez, P., González Raya, S., Sáez, M. (2007): "Diferencias en estado de salud y en los condicionantes de utilización de los servicios sanitarios entre la población de origen extranjero". En López I Casasnovas, G. (dir): Inmigración y transformación social en Cataluña. Bilbao: Fundación BBVA; pp. 257-304.

Gerdtham, U.G. (1997): "Equity in health care utilization: further tests based on hurdle models and Swedish micro data". Health Economics, 6(1), 303-319.

Globerman, S. (1998): "Immigration and health care utilisation patterns in Canada". Vancouver Centre of Excellence (RIIM), Working Paper Series N.º: 98-08.

Grossman, M. (1972a): "On the concept of health capital and the demand for health". Journal of Political Economy, Vol. 80, 223-255.

Grossman, M. (1972b): The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation, New York: NBER Occasional Papers No. 119.

Gustaffson, B., Osterberg, T. (2001): "Immigrants and the public sector budget- accounting exercises for Sweden". Journal of Population Economics, 14, 89-708.

Harding, S., Maxwell, R. (1998): "Differences in mortality in migrants". En Drever, F., Whitehead, M. (eds.), Health Inequalities, London, ONS.

Hernandez, D.J., Charney, E. (1998): From Generation to Generation: The Health and Well-Being of Children in Immigrant Families, National Academy Press, Washington D.C.

Holly, A., Gardiol, L., Domeghetti, G., Bisig, B. (1998): "An econometric model of health care utilisation and health insurance in Switzerland". European Economic Review, 42(3-5), 513-522.

Hurd, M., McGarry, K. (1997): "Medical insurance and the use of health care services by the elderly". Journal of Health Economics, 16(2), 129-154.

Instituto Nacional de Estadística (INE) y Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (1987, 1993, 2001, 2003 y 2006): Encuesta Nacional de Salud (ENS). Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004 y 2005): Encuesta de Condiciones de Vida. Madrid.

Jansa, J.M., García de Olalla, P. (2004): "Salud e Inmigración: Nuevas Realidades y Nuevos Retos". Gaceta Sanitaria, 18, 207-213.

Jimenez Martin, S., Labeaga, J.M., Martínez-Granado, M. (2002): "Latent class versus two part models in the demand for physician services across the European Union". Health Economics, 11, pp. 301-321.

Jones, A., Koolman, X., Van Doorslaer, E. (2002): "The impact of private health insurance on specialist visits: analysis of the European Community Household Panel". Ecuity II Project Working Paper, Nº 9.

Joumard, I., Konsgrud, P. (2003): "Fiscal relations across government levels", OECD Economics Department Working Paper, No. 375.

Julian, R., Easthope, G. (1996): "Migrant Health", En Grbich, C. (ed.): Health in Australia, Prentice Hall, Sydney, 103-125.

Karmi, G. (1991): "The Health Status and Health Beliefs of Two London Migrant Communities". International Migration, Vol. 29, 5-12.

Kaspar, V. (2002): "Mental Health of Immigrant and Non-Immigrant Children and Youth". Conference on Canadian Immigration Policy for the 21st Century, October 2002, Queen´s University, Kingston, Ontario Canada.

Lalonde, R.J., Topel, R.H. (1991): "Immigrants in the American Labor Market: Quality, assimilation, and distributional effects". American Economic Review, 81(2), 297-302.

López-Nicolás, A. (2001): "Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de micro simulación par alas políticas de gastos fiscales en sanidad". Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales, nº 12/2001.

Marmot M.G., Adelstein A.M., Bulusu L. (1984): "Lessons from the study of immigrant mortality". Lancet, 30, 1455-7.

Massey, D.S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., Taylor, J.E. (1993): "Theories of international migration: A review and appraisal". Population and Development Review, 19(3), 431-466.

Mayr, K. (2005): "The fiscal impacts of immigrants in Austria – A generational accounting analysis". Empirica, 32, 181-216.

Matthew, G.K. (1971): “Measuring need and evaluating services”. En McLachlan, G. (ed.): Portfolio for health, London Oxford University Press, 6th Series.

McDonald, J.T., Kennedy, S. (2004): “Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada”. Social Science and Medicine, 59, 1613-27.

McKay, L., Macintyre, S., Ellaway, A. (2003): “Migration and Health: A Review of the International Literature”. Occasional Paper No 12, MRC Social&Public Health Sciences Unit, January 2003.

Mora, T., Gallo, P. (2006). “Determinants of health and utilization in Catalonia (Spain)”. Toledo: XXVI Jornadas de Asociación de Economía de la Salud.

Nolan, A. (2007). “A dynamic analysis of GP visiting in Ireland: 1995-2001”. Health Economics, 16, 129-143.

Noro, A.M., Hakkinen, U.T., Laitinen, O.J. (1999). “Determinants of health service use and expenditure among the elderly Finnish population”. European Journal of Public Health, 9(3), 174-180.

OECD (2007): OECD Health Data File 2007.

Palloni, A., Arias, E. (2004): “Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage”. Demography, 41(3) August, 385-415.

Perez, C.E. (2002): “Health Status and Health Behaviour Among Immigrants”. Supplement to Health Reports, Vol. 13, Statistics Canada Catalogue, 82-003, Ottawa, Canada.

Pol, L.G., Thomas, R.K. (1992): The Demography of Health and Health Care, Plenum Press, New York.

Pohlmeier, W., Ulrich, V. (1995): “An econometric model of the two-part decision-making process in the demand for health care”. Journal of Human Resources, 30(2), 339-361.

Powles, J., Gifford, S. (1990): “How Healthy Are Australia´s Immigrants?”. In Reid, J., Trompf, P. (eds.): The Health of Immigrant Australia, Harcourt Brace Jonanovich, Sidney, 77-107.

Puig, J., Saez, M., Martinez, E. (1998): “Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts”. Health Care Management Science, 1(1), 39-52.

Rivera, B., Casal, B., Cantarero, D., Pascual, M. (2008): “Adaptación de los Servicios de Salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles”. En Informe SESPAS 2008. En prensa.

Sanz, B., Torres, A.M., Schumacher, R. (2000): “Características socio-demográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid”. Atención Primaria, 26, 314-18.

Sarma, S., Simpson, W. (2006): “A microeconometric analysis of Canadian health care utilization”. Health Economics, 15, 219-239.

Schellhorn, M.T., Stuck, A.E., Minder, C.E., Bec, J.C. (2000): “Health services utilization of elderly Swiss: evidence from panel data”. Health Economics, 9, 533-545.

Schultz, T.P. (1984): “The Schooling and Health Children of US Immigrants and Natives”. Research in Population Economics, Vol. 5, 51-288.

Sharma, R.D., Michalowsky, M., Verma, R.B.P. (1990): “Mortality differentials among immigrant populations in Canada”. International Migration, 28, 4, 443-450.

Singh, G., Siahpush, M. (2002): “Ethnic-immigrant differentials in health behaviours, morbidity, and cause-specific mortality in the US: An analysis of two national databases”. Human Biology, 74, 1, 83-109.

Solsona, M., Viciana, F. (2004). “Claves de la Evolución Demográfica en el Cambio de Milenio”. Gaceta Sanitaria, 18, 8-15.

United Nations (2002): International Migration Report. New York: United Nations Population Division.

Urbanos, R. (2000a): “La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995”. Hacienda Pública Española, 153, pp. 139-160.

Urbanos, R. (2000b): “Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas: un estudio aplicado con datos españoles”. Hacienda Pública Española, 154(3), pp. 217-38.

Vall, O., García-Algar, O. (2004): “Inmigración y salud”. Análisis Pediátrico, 60, 1-2.

Vall, O., García Pérez, J., Puig, C., García, O. (2001): “La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes”. Pediatría Integral, 61, 42-50.

Vera-Hernández, A.M. (1999): “Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia”. Health Economics, 8, 579-598.

Waite, L., Gallagher, M. (2000): The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier and Better Off Financially. Doubleday, New York.

Waters, H. (1999): “Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias: a case study of ecuador”. Health Economics, 14, S169-S186.

Capítulo **3**

Enfermedades más prevalentes en la población inmigrante

José Vázquez Villegas
Médico de familia. Director de la Unidad de Gestión Clínica La Mojonera (Almería).
Coordinador de los Grupos de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC.

1. Introducción

La salud de la población inmigrada, fundamentalmente en los primeros años de estancia en el país de acogida, puede ser un reflejo del nivel de salud de sus países de origen. Si tenemos en cuenta que la inmigración es un proceso selectivo, sólo aquellas personas más aptas (física o psicológicamente) van a estar dispuestas a iniciar un proyecto migratorio. No obstante, algunos problemas de salud que acaban padeciendo se deben más a las condiciones de vida y actividades de riesgo que sufren en el país de acogida que a la prevalencia de esas enfermedades en sus países de origen. La mayoría de las enfermedades infecciosas importadas que padece la población inmigrante tienen importancia individual y no van a tener ningún impacto, o muy escaso, en términos de salud pública, ya que su transmisión es imposible o muy difícil en nuestro medio.

Desde un punto de vista didáctico, podemos clasificar las enfermedades de las personas inmigradas en: enfermedades adquiridas en el país de acogida (las más frecuentes), enfermedades reactivas o de adaptación, enfermedades de base genética y enfermedades importadas (las menos frecuentes).

Se denominan enfermedades importadas a aquellos procesos, transmisibles o no, que se adquieren en un determinado país o área geográfica bioclimática, donde son relativamente prevalentes, y que se manifiestan clínicamente y/o se diagnostican en otro país o área diferente donde no existen o son mucho menos prevalentes. A su vez, las enfermedades importadas se pueden clasificar en:

- **Enfermedades tropicales:** cuya distribución está limitada a determinadas áreas geográficas, tropicales o subtropicales en la mayoría de los casos, se caracterizan por requerir de la confluencia de unas circunstancias ecológicas específicas para su transmisión (vectores, huéspedes intermediarios y/o reservorios). Se trata, pues, de enfermedades relativamente exigentes para que su cadena de transmisión sea efectiva, de modo que ésta se ve mermada o imposibilitada cuando faltan uno o más eslabones. Entre ellas podemos mencionar el paludismo o la esquistosomiasis.
- **Enfermedades cosmopolitas:** son menos exigentes desde el punto de vista ecológico por lo que su distribución suele ser mundial. En general, se trata de enfermedades o infecciones que se transmiten por vía aérea, por contacto personal estrecho, o por vía fecal-oral. Entre ellas tenemos la tuberculosis, las hepatitis víricas, las infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA) y la mayoría de las parasitosis intestinales. Su transmisión se ve favorecida por aquellas circunstancias que hacen de la población inmigrante un grupo de elevada vulnerabilidad sanitaria, no sólo por las condiciones habitualmente precarias en las que viven (sociales, laborales, hacinamiento, marginación, soledad), sino también por la existencia de barreras para el acceso y utilización de los cuidados y servicios de salud.

2. Etapas evolutivas en la salud de las personas inmigradas

El proceso migratorio puede considerarse como un riesgo acumulativo para la salud del individuo, que se desarrolla en varias etapas cronológicas y evolutivas, cada una de las cuales tiene sus propios determinantes y manifestaciones clínicas.

En la primera etapa, que abarcaría hasta los primeros 2-5 años de estancia del inmigrante en el país de acogida, cobran especial protagonismo las enfermedades relacionadas con la inmigración, tanto las tropicales o endémicas como las cosmopolitas. Esta etapa estaría condicionada fundamentalmente por la historia de vida previa de la persona y la prevalencia de las distintas enfermedades en los respectivos países de procedencia. Excepciones a esta barrera temporal son las enfermedades o las infecciones crónicas, tanto tropicales como cosmopolitas, que se caracterizan, en primer lugar, por poseer períodos de latencia (subclínicos) y/o infectividad prolongados y en segundo término, por tener capacidad de reactivación tardía, ejemplos pueden ser: tuberculosis, SIDA, esquistosomiasis, hepatocarcinoma por VHB o la enfermedad de Chagas.

La segunda etapa evolutiva estaría representada por los problemas de salud inherentes y/o derivados del propio proceso migratorio y tiene unos límites temporales imprecisos, ya que puede iniciarse antes de la llegada de la persona inmigrante al país de acogida (en el caso de tránsitos y/o estancias prolongadas en países intermedios) y prolongarse durante muchos años, a veces incluso durante varias generaciones, dependiendo del grado de integración social en los países de destino. Esta etapa está condicionada, entre otras, por las condiciones de vida de la población inmigrante en los países receptores, por la precariedad laboral propia de la inmigración económica y por factores psicológicos adaptativos.

Finalmente, sus problemas de salud cada vez se aproximan más a los propios del país de acogida, y vienen determinados, por una parte, por la adopción de estilos de vida propios de éstas (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, enfermedades cardiovasculares…) y, por otra, por el grado de acceso y utilización de los servicios sanitarios, tanto asistenciales como preventivos.

3. Clasificación de las enfermedades de los inmigrantes

Los principales determinantes de salud de las personas inmigradas durante su residencia en el país de acogida van a ser: falta de acceso a un trabajo normalizado, una situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma.

Según los escasos estudios epidemiológicos existentes, se ha constatado que los principales motivos de consulta de la población inmigrante son similares a los de la población de acogida: infecciones respiratorias, dolores osteomusculares, etc., pero

con una gran prevalencia de trastornos adaptativos o reactivos: trastornos de ansiedad, adicciones o trastornos psicosomáticos, y con importantes riesgos laborales por desempeñar empleos temporales de baja cualificación o déficit de formación en el manejo de maquinaria por problemas de comunicación y por la temporalidad en el empleo que les impide realizarla de una manera adecuada.

Además hay que tener en cuenta que las personas inmigradas realizan una infrautilización de los servicios sanitarios, pues suelen acudir a ellos sólo cuando el problema de salud les impide trabajar.

Podemos clasificar las enfermedades de los inmigrantes en:

- Enfermedades adquiridas en el país de acogida
- Enfermedades reactivas o de adaptación
- Enfermedades de base genética
- Enfermedades importadas:
  - Enfermedades tropicales
  - Enfermedades cosmopolitas

3.1. Enfermedades adquiridas en el país de acogida

Son, como hemos señalado, las más frecuentes, y van a depender en gran manera de las condiciones de vida en que se encuentren. En estos casos, como en cualquier otro, a la hora de atender al inmigrante habrá que prestar atención a las peculiaridades de su cultura, habrá que vencer las dificultades idiomáticas y habrá que aplicar, en suma, los principios de la medicina transcultural. Además, los primeros pasos en este área concreta, dentro de la atención integral al inmigrante, deben ser la información facilitando en gran medida la accesibilidad a los servicios sanitarios.

3.2. Enfermedades reactivas o de adaptación

La migración es un factor estresante de primera magnitud, el inmigrante sufre una tensión producida al enfrentarse a una nueva cultura, que puede manifestarse mediante problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación con el entorno. Pueden surgir manifestaciones de irritabilidad, insatisfacción o fracaso de los mecanismos de adaptación que desembocan en la pérdida de autoestima. Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de las personas inmigradas tienen un sentimiento de pérdida, el duelo migratorio, el cual si no es convenientemente resuelto puede afectar a su salud mental.

Entre los trastornos mentales más frecuentes observados en la población inmigrante nos podemos encontrar:

- ¬ **Trastornos de ansiedad:** Reacción a estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos sociales, trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- ¬ **Trastornos adaptativos:** Reacción ansioso/depresiva, reacción depresiva prolongada (duelo).
- ¬ **Trastornos afectivos:** Episodios depresivos, episodios de hipomanía y de manía.
- ¬ **Trastornos por somatización:** Reacciones hipocondríacas, dolores persistentes: cefaleas, mialgias y dolores abdominales.
- ¬ **Trastornos disociativos**
- ¬ **Trastornos psicóticos:** Reacciones psicóticas agudas, trastornos esquizofreniformes y esquizofrénicos paranoides, trastornos de ideas delirantes.
- ¬ **Trastornos graves de la conducta:** Agresividad, conductas antisociales, automarginación y rechazo, consumo de tóxicos.
- ¬ **Síndromes** dependientes de la cultura

3.3. Enfermedades de base genética

Dentro de este grupo de enfermedades destacan las anemias hemolíticas; son las que más incidencia tienen en zonas subsaharianas de África (la incidencia de anemia de células falciformes se estima en 1/40 y casi el 70% de los casos se da en el África Subsahariana, donde más del 2% de los niños nacen con esta enfermedad) y se sospechan ante la presencia de una anemia normocítica e hipocrómica con aumento de urobilina y de bilirrubina en orina. Se pueden resumir en dos apartados diferentes según la fisiopatología:

- ¬ **a. ¬ Por déficit enzimático**

  ¬ **a.1 ¬ Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa(G6PDH):** Se transmite ligada al sexo y se expresa clínicamente en los hombres heterocigóticos y en las mujeres homocigóticas. Las manifestaciones clínicas son las de un síndrome anémico agudo intenso, con cefalea, fiebre e ictericia, poco después de haber administrado medicamentos, haber comido habas o haber padecido infecciones (neumonías, hepatitis...). El tratamiento es paliativo, se ha de evitar el contacto con el factor desencadenante.

- ¬ **b.¬ Hemoglobinopatías**

  ¬ **b.1 ¬ Hemoglobinopatías estructurales o cualitativas:** Dentro de este grupo la más frecuente en África es la hemoglobinopatía S, que se transmite de forma autosómica dominante. Los homocigóticos presentarán la anemia por células falciformes que se manifiesta como una anemia crónica con crisis agudas de dolor óseo, infecciones bacterianas y víricas, se diagnostica por electroforesis de hemoglobinas. Recordar que no se debe dar hierro. Las formas heterocigóticas no presentan características particulares excepto en situaciones de hipoxia, en zonas de África occidental la prevalencia de heterocigóticos S oscila entre el 5-40%.

  ¬ **b.2 ¬ Síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa:** Son enfermedades de transmisión autosómica codominante. Los síndromes más frecuentes en este grupo son:

  - ¬ **b.2.1 ¬ Beta talasemia major:** Se manifiesta en los homocigóticos. Se detecta en los primeros meses de vida y se expresa, clínicamente, por sobrecarga de hierro.
  - ¬ **b.2.2 ¬ Beta talasemia minor:** Es la más frecuente. Su expresividad clínica es más florida ante infecciones, embarazo y situaciones de estrés.

3.4 Enfermedades importadas

La mayor parte de las enfermedades importadas por los inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune, no suponiendo, en general, riesgo para la colectividad pero creando dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

¬ 1 ¬ **Hepatitis B.** La presencia de HBsAg en suero es poco frecuente (0,1 a 0,5%) en las poblaciones de Estados Unidos y Europa occidental; sin embargo en el Lejano Oriente y en algunos países tropicales se ha detectado una prevalencia de 5 a 20%. Los estudios de prevalencia muestran que la hepatitis B es hiperendémica en África del sur y en el África Subsahariana, siendo el 8-15% de la población portadora crónica del virus y llegando a ser el cáncer de hígado la primera o segunda causa de muerte por cáncer en los hombres. En el Lejano Oriente y en África Subsahariana, la hepatitis B es una enfermedad de recién nacidos y niños pequeños que se perpetúa mediante un ciclo de transmisión materno-neonatal. En Estados Unidos y Europa occidental, la hepatitis B es una enfermedad de la adolescencia y de las primeras etapas de la vida adulta, donde suelen ser más frecuentes los contactos sexuales de riesgo y/o la adicción a drogas por vía parenteral. En un estudio llevado a cabo en población inmigrante africana en España se demostró que la prevalencia de marcadores de hepatitis B era superior al 30%. Por lo tanto se recomienda el cribado mediante serología a inmigrantes procedentes de zonas de alta endemia, con el fin de adoptar medidas de prevención y seguimiento adecuadas.

¬ 2 ¬ **Hepatitis C.** La OMS estima que alrededor de 180 millones de personas, es decir, alrededor del 3% de la población mundial está infectada por virus de la hepatitis C. Cada año de tres a cuatro millones de personas se infectan, de ellos el 70% desarrollan una hepatitis crónica. Algunas poblaciones de inmigrantes tienen una prevalencia elevada de VHC, como los provenientes de Asia y África Subsahariana, mientras que los procedentes de Latinoamérica presentan tasas más bajas que la población autóctona.

Todos los esfuerzos para incrementar el cribado de casos ocultos de hepatitis crónica C en los centros de atención primaria para que reciban tratamiento antes de que alcancen una fase avanzada tendrán un impacto beneficioso en términos económicos y sociales.

¬ 3 ¬ **Tuberculosis.** Se estima que alrededor de una tercera parte de la población mundial está infectada de forma latente por *Mycobacterium tuberculosis* (infección tuberculosa latente, ITL, diagnosticada mediante la prueba de tuberculina positiva), y de ellos, anualmente, unos 9 millones de personas desarrollan una enfermedad tuberculosa activa, de los cuales fallecen entre 2 y 3 millones. La incidencia de la enfermedad tuberculosa en el continente africano es de 272 por 100.000 habitantes, 241 en el Sudeste Asiático y de 130 en el Pacífico Occidental, mientras que sólo es de 23 en los países desarrollados (datos de 1995). Se estima que 22 países son responsables de cerca del 80%

de los nuevos casos anuales de tuberculosis a nivel mundial, y más concretamente, que 5 países de Asia (India, China, Bangladesh, Filipinas y Vietnam) serían responsables de más de la mitad de los nuevos casos anuales.

La tuberculosis ha sido a lo largo de la historia una enfermedad ligada a la migración y a la pobreza. Aunque la incidencia de tuberculosis es mayor en la población inmigrante que en la población autóctona de nuestro país, los datos existentes ponen en duda que ésta realmente represente un problema de Salud Pública para la población general, ya que la mayoría de los casos se transmiten dentro del propio colectivo de inmigrantes o a segmentos de población con unas condiciones socioeconómicas similares, fundamentalmente debido a las condiciones de vida y laborales (en especial el hacinamiento) y a la dificultad para el acceso a los servicios de salud (lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y tratamiento, aumentando de esta forma el período de transmisibilidad).

La mayor proporción de los casos de tuberculosis en población inmigrante se cree que se deben a reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en sus países de origen, que progresan a enfermedad tuberculosa activa en los primeros cinco años de estancia en el país de acogida. En los estudios realizados en nuestro país la presentación clínica de la tuberculosis en inmigrantes no difiere de la población autóctona (predominio de la tuberculosis pulmonar, con clínica respiratoria prolongada e infiltrado radiológico cavitado). No obstante, en esta población se ha descrito una mayor frecuencia de localizaciones extrapulmonares, fundamentalmente ganglionares, una mayor resistencia a los fármacos antituberculosos y una menor frecuencia de infección VIH y de usos de drogas por vía parenteral.

¬ 4 ¬ **Malaria (paludismo).** Es una infección producida por un protozoo intracelular denominado Plasmodium, del cual se conocen cuatro especies: *P. vivax*, *P. ovale*, *P. falciparum* y *P. malariae*. Existen 250 millones de personas infectadas en el continente africano, y es la novena causa de mortalidad en los países del tercer mundo. En Europa, el paludismo autóctono no existe, excepto en algunas zonas rurales de Turquía. En España se declaran anualmente unos 300-400 casos de paludismo importado, de los cuales entre un 30-40% son en personas inmigradas. La especie predominante es *P. falciparum*, y la mayoría de los casos se adquirieren en África subsahariana. Los cuatro tipos de malaria humana presentan síntomas muy similares y el patrón febril de los primeros días de la infección es muy similar al de otras enfermedades bacterianas, virales o parasitarias. Por este motivo, toda fiebre en pacientes procedentes de zonas endémicas debe considerarse como paludismo mientras no se demuestre lo contrario. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por acceso febril, esplenomegalia y anemia. La forma más grave y más frecuente en estos países es la producida por *P. falciparum*, capaz de producir la malaria cerebral y otras complicaciones graves. El *P. vivax* y el *P. ovale* son formas más leves pero pueden presentar recurrencias en intervalos alrededor de los 2 y 5

años, respectivamente. Las infecciones por el *P. malariae* pueden presentar episodios febriles hasta 50 años después de la infección. El diagnóstico se realiza mediante la demostración del agente etiológico por gota gruesa y extensión. Las personas inmigradas de países endémicos pueden estar infectadas y no manifestar ninguna sintomatología a causa de la exposición constante al plasmodio de su país y presentar la enfermedad una vez transcurridos tres meses de su llegada. A los inmigrantes que vuelvan a su país en condición de visita temporal, se les ha de considerar como viajeros y han de recibir las mismas consideraciones en cuanto a consejos y profilaxis que ellos.

¬ 5 ¬ **Infecciones de transmisión sexual (ITS).** Aunque la inmigración en sí no tiene por qué ser un riesgo para padecer una ITS, consideramos a este colectivo más en riesgo de adquirirlas, no porque aporten infecciones de sus países de origen, sino que los problemas de soledad, adaptación, dificultad con el idioma, hacinamiento, prostitución, etc., los hacen más vulnerables. Además hay que tener en cuenta que la mayoría son jóvenes, con edades comprendidas entre los 19 y 35 años, es decir, en edad de más actividad sexual y por tanto en más riesgos de adquirir una ITS. Se detectan serologías positivas en el 8,5-15% de la población subsahariana. Se debe de solicitar serología luética a todos los inmigrantes procedentes del África Subsahariana. Destacan, además de la sífilis, la gonococia, el linfogranuloma venéreo y el chancro blando. Debemos insistir en las conductas de riesgo y síntomas clínicos que presenten los pacientes para realizar un diagnóstico precoz, pues la prevención de estas ITS también contribuye a la prevención del VIH.

¬ 6 ¬ **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y enfermedad del SIDA.** El test de detección de HIV debería proponerse a los inmigrantes del África Subsahariana, ya que 7 de cada 10 personas infectadas por el virus viven en estos países, siendo la proporción de 9 de cada 10 cuando hablamos de niños menores de 15 años. Los casos de SIDA declarados en extranjeros alcanzaron el 14,5% en 2004 y el 17,8% en la primera mitad del 2005. El 66% de estos casos son personas procedentes de países en desarrollo, principalmente de África y de Latinoamérica. Los mecanismos de transmisión implicados tienden a reproducir la epidemiología de sus países de origen, siendo los contactos sexuales no protegidos la principal vía de infección en el colectivo inmigrante. En caso de detectarse una TBC se ha de determinar el HIV. La disponibilidad del tratamiento es un incentivo para someterse a la detección.

¬ 7 ¬ **Lepra.** Se estima que actualmente hay alrededor de tres millones de personas afectadas de discapacidades por la lepra. Aunque es una realidad la disminución mundial de esta endemia, la lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Solamente 6 países (Brasil, República Democrática del Congo, Madagascar, Mozambique, Nepal y Tanzania) tienen una prevalencia mayor de 1 caso por 10.000 habitantes (cifra considerada como endemia) y repre-

sentan más del 80% de todos los nuevos casos anuales. En España, en el año 2002 existían 185 casos prevalentes y se declararon 7 nuevos casos. Su poder patógeno es escaso y la inmunocompetencia del huésped la hace poco contagiosa, pues sólo del 3 al 6% de las personas en contacto íntimo con los enfermos multibacilares contraen la enfermedad. El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida, a partir de un caso importado, parece mínimo.

El retraso en el diagnóstico se relaciona de forma muy significativa con la discapacidad por lo que es importante realizar un diagnóstico temprano que permita instaurar un tratamiento rápido evitando las secuelas y el riesgo de contagio.

Esta enfermedad debe sospecharse en todo paciente con antecedentes de estancia en zona endémica y clínica cutánea y/o neurológica, datos muy característicos de lepra son la presencia de los siguientes signos o síntomas: lesiones dérmicas hipopigmentadas y/o eritematosas anestésicas, mononeuritis múltiple, pérdida de cola de las cejas y lesiones oculares (queratitis e iridociclitis).

El tratamiento está estandarizado según las recomendaciones de la OMS y actualmente se utiliza la poliquimioterapia para evitar la aparición de resistencias del M. leprae. Las drogas empleadas son: rifampicina, clofazimina, dapsona y fluorquinolonas.

La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y detectar el presunto riesgo epidemiológico en los niños y familiares del índice.

¬ 8 ¬ Parasitosis

¬ a ¬ Parasitosis intestinales. No existe un consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos puesto que la infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. Una de las excepciones la constituye la *Taenia solium,* que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infestado, excretando huevos, que una vez ingeridos (en la manipulación de alimentos) pueden producir casos de neurocisticercosis en la población autóctona. Las parasitosis intestinales son muy frecuentes en los inmigrantes y en muchas ocasiones múltiples. Los parásitos más frecuentes encontrados son: *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinaria*, *Entamoeba histolytica*, *Strongiloides stercolaris* y *Schistosoma sp* (la esquistosomiasis es después de la malaria la segunda enfermedad tropical más importante en términos de salud pública, se calcula que unos 200 millones de personas están infectadas en el mundo). La esquistosomiasis intestinal tiene la peculiaridad de que la sintomatología y las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan adultos viables, pudiendo producir patología a nivel intestinal y/o a nivel hepático con hipertensión portal y sangrado por varices esofágicas.

¬ b ¬ **Otras parasitosis.** La esquistosomiasis urinaria producida por *Schistosoma haematobium* también ha de ser descartada mediante la detección de hematuria en la orina y si esta aparece, con la búsqueda microscópica en el centrifugado de la muestra, este parásito puede permanecer en las vías urinarias de los inmigrantes pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción ureteral y se le ha relacionado con el cáncer de vejiga.

Filariasis: Son enfermedades parasitarias producidas por nematodos. Los nematodos adultos (denominados macrofilarias) viven en diversas localizaciones del organismo humano dependiendo de la especie (vasos linfáticos, piel, tejido conectivo o serosas), desde donde las hembras producen larvas (denominadas microfilarias) que viven en la piel o en los vasos sanguíneos. Atendiendo a la localización de las macrofilarias, las filariasis se pueden clasificar en 3 grupos principales: linfáticas (*Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*), cutáneas (*Onchocerca volvulus*, *Loa-loa* y *Mansonella streptocerca*) y serosas (*Mansonella ozzardi*, *Mansonella perstans* y *Dirofilaria spp*). De ellas, las más importantes en inmigrantes son la *Onchocerca volvulus* y la *Loa-loa*.

La filaria cutánea primordial es el *Onchocerca volvulus* (hiperendémica en África occidental y Central, con focos distribuidos por Centro-Sudamérica y Yemen-Arabia Saudí), la sintomatología predominante es la cutánea, con aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. Aunque la sintomatología predominante de la oncocercosis es la cutánea, en personas inmigradas procedentes de áreas de sabana puede originar una enfermedad ocular grave que provoca ceguera (la denominada «ceguera de los ríos»)

Las filarias linfáticas producen linfangitis, celulitis, prurito y eosinofilia.

Ninguna de las filariasis son transmisibles en España.

4. Conclusiones

Las personas inmigradas están sanas, la mayor parte de las enfermedades que padecen van a ser adquiridas en nuestro país y dependen de las condiciones sociolaborales que encuentren.

Las enfermedades tropicales importadas no se van a transmitir en nuestro medio por falta de huéspedes intermediarios, pero van a requerir la formación de los profesionales sanitarios en ellas para que sean capaces de sospecharlas.

Las enfermedades reactivas o de adaptación van a producir una gran morbilidad entre ls personas inmigradas al constituir la inmigración un factor estresante de primera magnitud.

La transmisión de las enfermedades cosmopolitas importadas se va a favorecer, enre las personas inmigradas, por condiciones sociolaborales precarias y por la existencia de barreras de acceso a los servicios sanitarios.

Bibliografía

Cañas García-Otero E, Haro González JL. Filariasis. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007:257-65

Cañas García-Otero E, Haro González JL. Paludismo o malaria. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007:239-45

Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. Jano. 2003;64:386-91

Falces Aramendi A, Vázquez Villegas J, Cañas García-Otero E. Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007:145-56

Flórez A, Feal C, García-Doval I, Abalde MT. Enfermedad de Hansen: a propósito de dos casos de lepra lepromatosa en Pontevedra. Med Clin (Barc).2002;118(18):718-9

Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21(10):535-9

Grennwood BM, Bojang K, Whitty CJM, Target GAT. Malaria. Lancet. 2005;365:1487-98

Harold Kaplan, Benjamín Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. Madrid 1999

Hernández JA, Bosch MA, Sauca G, Rovira JM, Clapés V, Del Río N, Cabot A, Genover E. Hematología e inmigración. Impacto de la inmigración africana subsahariana en la práctica hematológica. Haematologica (ed. esp.), 2002 octubre;87(supl 1)

Huerga H, López-Vélez R. Examen de salud. En Guía de atención al inmigrante 2ª ed

Bloque **2**

El profesional sanitario y la atención sanitaria al paciente inmigrante

Capítulo **4**

Atención inicial al paciente inmigrante

José Vázquez Villegas
Médico de familia. Director de la Unidad de Gestión Clínica La Mojonera (Almería).
Coordinador de los Grupos de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC.
M. Rosario Fernández García
Médico de familia Sermas Área 7.
Master en Medicina Humanitaria y miembro de los GdT del inmigrante de la semFyC y somamFyC.
José Pelayo Galindo Pelayo
Médico de familia. Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos.
Hospital Torrecárdenas. Almería. Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC

1. Introducción

Desde hace unos años, España se ha convertido de país origen de emigrantes a país receptor de inmigración. De hecho, en el año 2007, nuestro país ha sido dentro de la Comunidad Económica Europea, el que mayor número de inmigrantes ha recibido; actualmente, el 10% de la población española es originaria de otros países. La mayor parte de estas personas son jóvenes, y el tramo de edad más frecuente es el de 30 a 34 años, seguido del de 25 a 29 años.

Esta población presenta una gran diversidad debido a su diferente origen geográfico, estatus económico, social y cultural o modos de vida. No obstante, todos ellos tienen en común:

- Ser mayoritariamente, como hemos señalado, jóvenes y sanos.
- Constituir una población vulnerable por las condiciones económicas, sociales y laborales que encuentran en nuestro país.
- Estar padeciendo una situación de estrés por el propio proceso migratorio.
- La mayor parte de las enfermedades que van a presentar son las comunes en nuestro medio.
- Los recién llegados pueden tener mayor riesgo estadístico de presentar algunas enfermedades, fundamentalmente infecciosas, en función de sus países de origen.

La realización de un protocolo de atención inicial a inmigrantes asintomáticos tiene como objeto el descartar algunas patologías muy o relativamente frecuentes en sus países de origen, asintomáticas en estadíos iniciales o cuyo diagnóstico y/o tratamiento precoz mejora el pronóstico de la enfermedad.

Las recomendaciones recogidas para la aplicación de este protocolo, no tienen una evidencia científica grado A o 1, sino que se basan en recomendaciones de expertos y constituye un documento de consenso realizado por los Grupos de Atención al Inmigrante de semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

La aplicación de este protocolo a cualquier persona inmigrante se debe hacer de forma independiente al motivo de consulta y en función del lugar de procedencia y del tiempo de estancia en nuestro país. Siempre necesitaremos un consentimiento informado, con la certeza de que el paciente comprende las actuaciones que pretendemos hacer y el objetivo de su realización.

2. Protocolo inicial de atención a la población inmigrada

Es aconsejable realizar una aproximación escalonada y sistematizada, tratando, en primer lugar, de identificar y atender el motivo de consulta (para lo cual a veces resulta útil utilizar elaborar un listado de problemas), a fin de generar una relación de confianza

desde el inicio; en segundo lugar, realizar un cribado de enfermedades transmisibles cosmopolitas y, a continuación, valorar la posible presencia de enfermedades tropicales o poco habituales. Este esquema requerirá habitualmente varias visitas y el uso de habilidades de comunicación no verbal o de mediadores interculturales si se dispusiera de ellos.

El cribaje de las personas asintomáticas es conveniente realizarlo, siempre que sea posible, en la primera consulta dada su gran movilidad, generalmente por las precarias condiciones laborales que encuentran. Se debe individualizar en función de: país de origen, ruta migratoria y tiempo de estancia en nuestro país.

Se debe realizar, como a todos los pacientes:

- ¬ 1 ¬ Antecedentes personales
- ¬ 2 ¬ Historia actual/motivo de consulta
- ¬ 3 ¬ Exploración física
- ¬ 4 ¬ Exploración psicológica básica
- ¬ 5 ¬ Pruebas complementarias en población adulta

2.1. Antecedentes personales

Los habituales y especialmente:

- País de origen y última estancia en él, si es que ha regresado en alguna ocasión.
- Países que ha recorrido en su trayecto migratorio.
- Tiempo de estancia en España.
- Características de la vivienda y convivientes.
- Antecedentes patológicos de interés: tuberculosis (TBC), infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades genéticas, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), malaria y otras enfermedades tropicales, VIH, etc.
- Posibles alergias, especialmente a cloroquina.
- Actividad y situación laboral (tipo de trabajo y riesgos laborales).
- Nivel de formación.

En mujeres:

- Historia ginecológica, obstétrica y posibles ITS o episodios de enfermedades inflamatorias pélvicas.
- Existencia de revisiones ginecológicas previas.
- Método anticonceptivo utilizado y forma de usarlo.
- Interrupciones voluntarias del embarazo.
- Existencia de controles en embarazos anteriores.
- Datos sobre posibles situaciones de violencia de género (ya que las mujeres inmigrantes padecen situaciones de mayor riesgo para sufrirla y/o una mayor dificultad para prevenirla o denunciarla).

Situación vacunal:

Al hablar de un calendario de vacunación para inmigrantes las pautas de actuación que vamos a establecer irán encaminadas a conseguir un nivel de protección igual que el resto de la población en donde reside la persona. Por tanto, los calendarios de vacunación para inmigrantes son iguales que el calendario de vacunación acelerado para cualquier población que esté incorrectamente vacunada.

En cuanto al calendario vacunal, generalmente las personas inmigradas adultas -igual que el resto de la población-, no suelen adoptar documentación justificativa de las vacunas recibidas; es necesario valorar cada caso individualmente aplicando la pauta correctora correspondiente en función de la edad. Si se aporta la cartilla de vacunaciones, las dosis de las vacunas que figuren serán consideradas como válidas, no siendo necesario volver a comenzar el ciclo de vacunaciones independientemente del tiempo transcurrido desde la última vacuna, es decir, «dosis puesta, dosis válida». Por el contrario, el testimonio oral de vacunación no garantiza la administración ni posibilita el conocer el tipo de vacuna administrado.

En adultos:

- Hay que revisar la vacuna de tétanos y hepatitis B completando el calendario si fuera preciso.
- En mujeres en edad fértil, hay que comprobar si están vacunadas de rubéola.
- Hay que vacunar con polio inactivada (vacuna intramuscular) a aquellos inmigrantes procedentes de países con casos declarados de polio por poliovirus salvaje, en la actualidad: Afganistán, India, Nigeria y Pakistán.
- La vacuna antigripal se administrará bajo los mismos criterios que a la población autóctona.

2.2. Historia actual

- En ocasiones será preferible realizar un listado de problemas, sobre todo, si existen dificultades en la comunicación.
- Hay que preguntar por fármacos tanto prescritos como automedicados o utilización de remedios tradicionales.
- Algunos síntomas-signos pueden indicar la posible existencia de una enfermedad tropical:
  - Prurito cutáneo generalizado, rash cutáneo, nódulos subcutáneos, úlceras mucocutáneas, máculas hipo o hiperpigmentadas con disminución de la sensiblidad termoalgésica, etc.
  - Tos crónica con o sin hemoptisis, crisis asmáticas.
  - Linfadenopatías y/o episodios recidivantes de linfangitis.
  - Colangitis recurrente, hepatoesplenomegalia.
  - Fiebre aguda o recidivante no filiada o que no responde a terapéutica habitual, descartar siempre en primer lugar un origen malárico.
  - Pérdida de peso inexplicada, con o sin fiebre.
  - Diarrea aguda o crónica, con o sin fiebre o sangre.
  - Neuropatías sensitivas o motoras, crisis comiciales o estados neurológicos confusionales.
  - Hematuria, anemia y/o eosinofilia.

2.3. Exploración física

La exploración se debe efectuar con la persona desnuda. Sin embargo, en algunos colectivos puede existir alguna dificultad en relación a las diferencias de género entre el profesional sanitario y el paciente, como puede ser en pacientes musulmanas, por lo que a ellas es aconsejable realizar la exploración física en presencia de otra mujer o valorar si existe la posibilidad de que la realice una compañera.

Hay que valorar especialmente:

- Estado nutricional.
- Piel:
  - Lesiones cutáneas hipo o hiperpigmentadas (explorar la sensibilidad para descartar lepra).
  - Envejecimiento de la piel (presbidermia), sugestivas de oncocercosis si proviene de zonas endémicas.
  - Lesiones ulcerosas, nodulares…
- Mucosas: oral y genital (en busca de datos de posibles ITS).
- Adenopatías y visceromegalias.
- Sistema cardiovascular: con especial interés en tensión arterial (más prevalente en individuos de raza negra) y frecuencia cardíaca.
- Sistema nervioso: exploración básica.
- Aparato respiratorio.
- Tiroides.
- Revisión oftalmológica: agudeza visual.
- Exploración dental en búsqueda de caries y problemas odontológicos.

2.4. Exploración psicológica básica

- Antecedentes personales y/o familiares de enfermedades mentales.
- En la mujer, hay que explorar la existencia de posibles discriminaciones de género
- Estado de ánimo y autoestima.
- La presencia de ansiedad y diferenciar si la misma es:
  - Adaptativa: como respuesta de alerta ante situaciones objetivas de peligro.
  - Neurótica: respuesta ante estímulos externos o internos que producen conductas de desajuste y bloqueo.
  - Psicótica: la respuesta que se produce es mucho más intensa y va acompañada de ruptura del sentido de la realidad tanto a nivel de interpretación, percepción e interacción.
  - Secundaria a proceso orgánico: puede ser producida por alteraciones orgánicas como hipertiroidismo, hiperglucemia, angina de pecho, etcétera.
  - La presencia de síntomas psicóticos que suponen ruptura con la realidad, como los delirios, alucinaciones y fenómenos de extrañamiento de la persona sobre sí misma o del mundo exterior. Hay que tener en cuenta las diferencias con los delirium, alucinosis, etc., que se producen por intoxicaciones o como manifestaciones de origen orgánico (tumores cerebrales…).
  - La presencia de insomnio y la calidad del sueño.
  - Observar el lenguaje no verbal, en especial la expresión facial, la mirada y los gestos, ya que nos ayudarán a paliar la dificultad lingüística y detectar la existencia de síntomas de sufrimiento mental como la ansiedad, la tristeza, etcétera.
  - Capacidad de adaptación.
  - Posibles sentimientos de rechazo, ira o aislamiento.
  - Posible marginación o incomunicación.
  - La existencia de apoyo sociofamiliar.

2.5. Pruebas complementarias

Siempre tras el consentimiento del paciente, informándole de la naturaleza de las pruebas y el objeto de su realización.

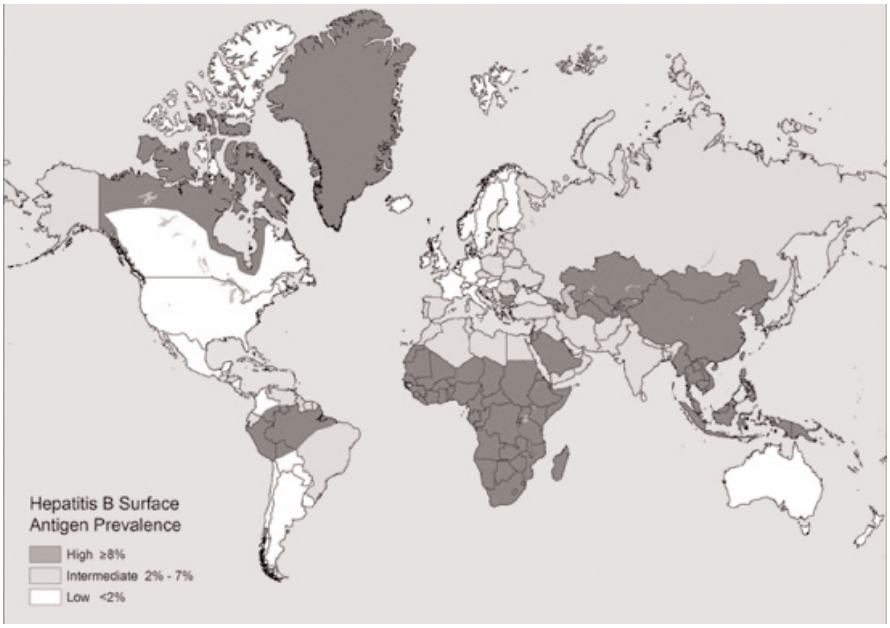
En la persona que no presente síntomas y en función de su procedencia y tiempo de estancia en nuestro país, habría que realizar:

- Hemograma, recuento y fórmula. Pretendemos la detección de:
  - Anemias (no hay que olvidar que la anemia más frecuente a nivel mundial es la ferropénica).
  - Hemoglobinopatías, si se sospechan, realizar electroforesis de hemoglobinas para confirmación del diagnóstico.
  - Eosinofilia periférica: nos haría sospechar la posibilidad de parásitos (helmintos); hasta 500-700 eosínofilos µl se pueden considerar normales.
- Bioquímica básica: se pedirán pruebas de función hepática, renal y glucemia.
- Sistemático de orina: si aparece hematuria habrá que sospechar parsaitación por *Schistosoma haematobium* si el paciente procede de zonas endémicas.
- Parásitos en heces mediante técnica de concentración: aunque no existe consenso en la literatura científica sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos, se propone:
  - En personas procedentes de países tropicales o subtropicales con una estancia menor de tres años.
  - Situaciones de hacinamiento o convivientes de personas procedentes de zonas tropicales o subtropicales.
- Test de tuberculina (PPD/MANTOUX) y radiografía de tórax: en personas inmigradas adultas hasta los 35 años y en los primeros 5 años de estancia en nuestro país.

  Tiene como objeto buscar de forma activa los casos, mejorando el diagnóstico temprano en: personas inmigradas, viajeros o cooperantes procedentes de países de baja renta que acuden a los servicios de salud. El cribado incluirá la práctica de radiografía de tórax y prueba de tuberculina de forma simultánea para evitar pérdidas y desplazamientos sucesivos.
- Serologías:
  - Hepatitis B: a personas procedentes de áreas con alta prevalencia de infección crónica por VHB (mapa 1), fundamentalmente África subsahariana y Sudeste asiático.
  - Hepatitis C: a personas procedentes de áreas con alta prevalencia de infección por VHC (mapa 2), África Subsahariana y Sudeste asiático.
  - Lúes: en personas procedentes de África subsahariana, Sudeste Asiático, y Europa del Este (mapa 3).
  - VIH: previo consentimiento de la persona y en función del país de origen (mapa 4).
  - Toxoplasmosis en mujeres gestantes.
  - Rubéola en mujeres en edad fértil (ofertar la vacunación a las no inmunizadas)
- Extensión sanguínea y gota gruesa:

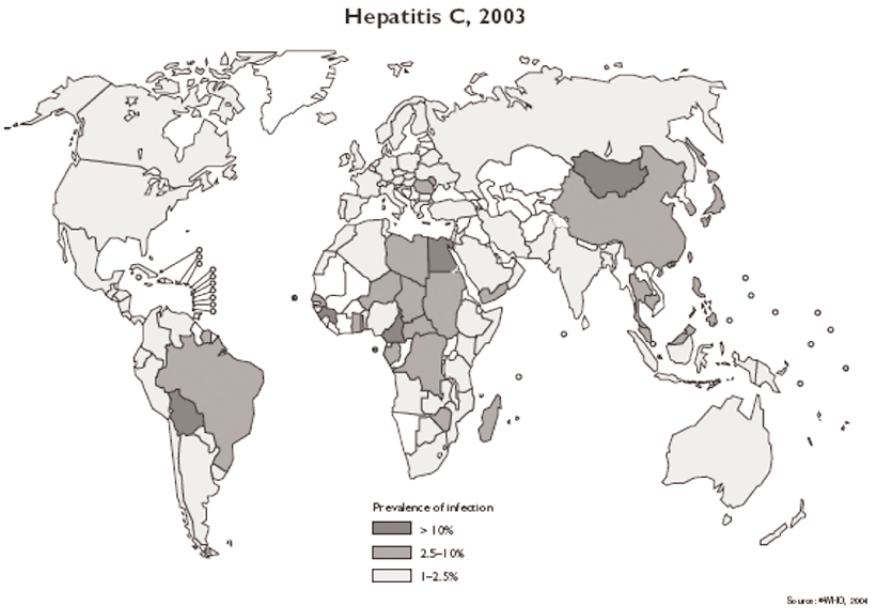
  A niños entre 3 y 5 años y mujeres embarazadas recién llegadas de países endémicos de paludismo (mapa 5).

Mapa 1: **Prevalencia de infección crónica por VHB. Distribución por países 2006**



Disponible en: http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-HepB.aspx#363

Mapa 2: **Prevalencia de infección por VHC. Distribución por países 2003**

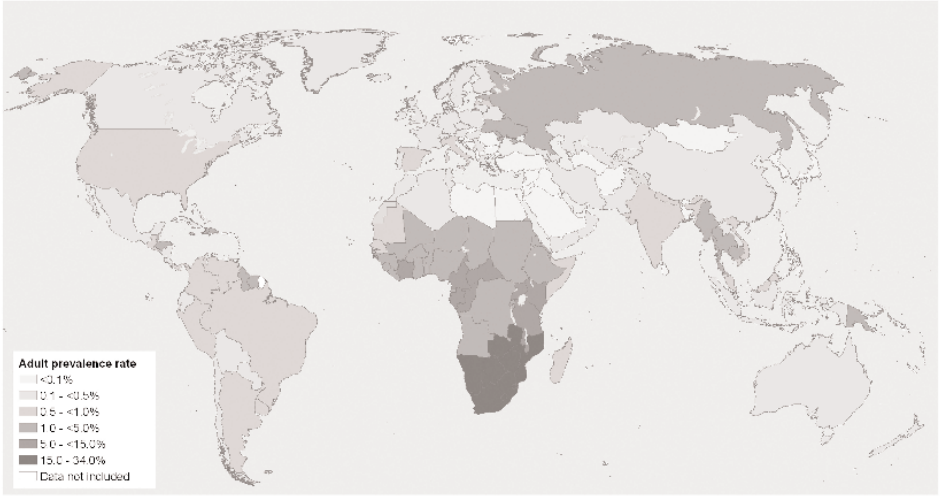


Disponible en: http://whglibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf

Mapa 3: **Estimación de nuevos casos de sífilis entre adultos. WHO 1999**

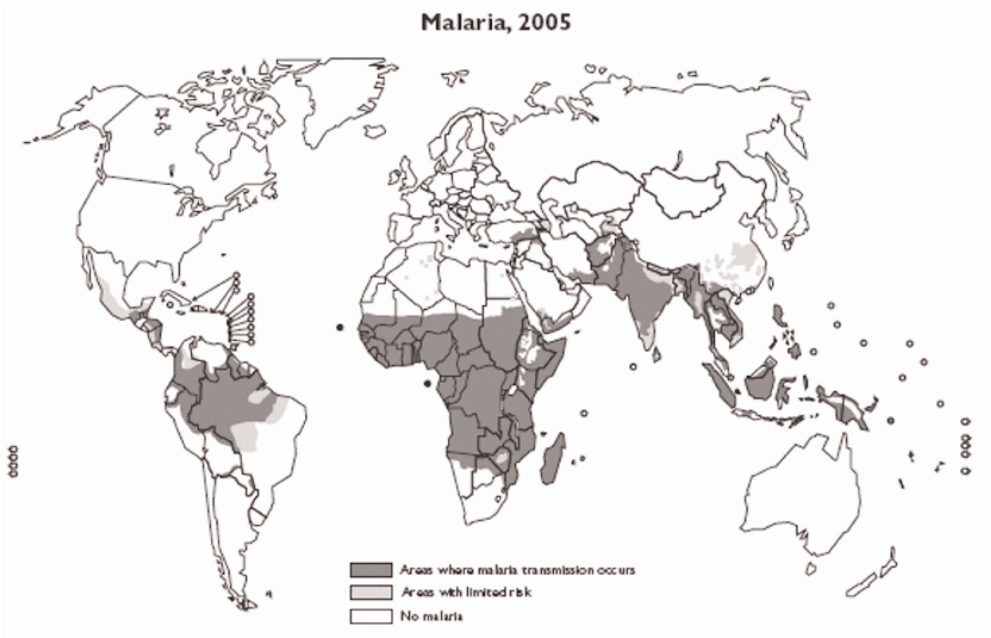
Disponible en: http://www.who.int/tdr/dw/syphilis_map.htm

Mapa 4**: Prevalencia de infección por VIH. 2006**



Disponible en: http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp

Mapa 5: **Distribución malaria. WHO 2005**



Disponible en: http://whglibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf

3. Conclusiones

La atención inicial a personas inmigradas implica el valorar la posible existencia de enfermedades importadas, a pesar de que no van a ser las más frecuentes en este grupo de población.

La realización de un protocolo de atención inicial se basa en recomendaciones de expertos y documentos de consenso.

El protocolo de atención inicial comprende una anamnesis, exploración física y psicológica y pruebas complementarias en función del país de origen, ruta migratoria y años de estancia en España.

Se debe solicitar un consentimiento informado para la realización de las pruebas complementarias, informando al paciente de su naturaleza y el objeto de las mismas.

Bibliografía

Balanzó X, Faixedas MT, Guayta R et al. Els inmigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxi nº 16, 2003. Edita: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.
Disponible en url: http://www.comb.es/cat/ servei_profes/publicacions/bonapraxi/praxi16.pdf

Cañas García-Otero E, Haro González JL. Filariasis. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007: 257-65

Cañas García-Otero E, Haro González JL. Paludismo o malaria. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007: 239-45.

Carballo M, Mourtala M. International migration and health. Global Commission on International Migration, Ginebra, 2005. Disponible en URL: http://www.gcim.org/attachements/TP13.pdf.

Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. Jano. 2003;64:386-91.

De Eusebio Murillo E, Zambrano Centeno B, Jaén Olasolo P. Patología dermatológica en inmigrantes. SEMERGEN 2004;30(7):345:55

Galindo Pelayo JP, Vázquez Villegas J. Protocolo inicial de atención sanitaria a la población inmigrante. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007: 157-68.

Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21(10):535-9.

Gimeno Feliú LA, Fernández de Alarcón Medina I, Pérez Alonso E, Dolores Peñalva D, Ruiz-Giménez Aguila JL, Martín Ramos E. Examen de salud a inmigrantes en Atención Primaria. Enf Emerg 2006;8(1):40-47.

Grennwood BM, Bojan K, Whitty CJM, Target GAT. Malaria. Lancet. 2005;365:1487-98.

Harold Kaplan, Benjamin Sadock. Sinopsis de Psiquiatria. Editorial Panamericana. Madrid 1999.

Huerga Aramburu H, López-Vélez R. Examen de salud. Guía de atención al inmigrante. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria 2003: 73-87.

Huerga H, López-Vélez R. Examen de salud. En Guía de atención al inmigrante 2ª edición, 2006. Ergon (pp.69-86).

López Izquierdo R, Martín del Barco OH, Álvarez Manzanares P. Entrevista al paciente inmigrante. AMF 2007;3(5):259-66

López-Vélez R. Inmigración y salud. PBM S.L., 2002. ISBN:84-932484-1-X.

MacPherson DW, Gushulak BD The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. Emerging Themes in Epidemiology 2006;3:3.

Muñoz Martínez JM, Fernández Benítez RM, Moreno Muñoz F. Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: Protocolo de Actuación. Medicina de Familia (And);4(1):42-57.

Pardo Lledíasa J, Pérez-Arellano JL, Galindo Pérez I, Cordero Sánchez M, Muro Álvarez A. Cuándo pensar en enfermedades importadas. SEMERGEN 2005;31(3):109-16.

Ramos Muñoz JA. Enfermedades de base genetica. En Manual de atencion sanitaria a inmigrantes. Consejeria de Salud de la Junta de Andalucia 2007:169-79.

Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). Cuadernos de Gestión 2002;8:54-60.

Vázquez Villegas J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Medicina de Familia (And) 2000;2:162-8.

Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna J, Guirau Navarro JE et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Medicina de Familia (And) 2000; 1(2):162-68.

Vázquez Villegas J. Lepra. En Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2007:233-37.

Terencio de las Aguas J. Estado actual de la lepra en el mundo. FMC. 2003;10(1):1-4.

Tizón J, et al. La migración como factor de riesgo para la salud (1). Gac Sanit 1986;5:149-55.

Capítulo 5

Actitudes de los profesionales sanitarios en la atención a los inmigrantes

Manuel Sánchez Bayle
Médico del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
Manuel Martín García
Médico de familia. Consultorio do Seixo. Pontevedra.
Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

1. Introducción

La inmigración es un fenómeno reciente en nuestro país que está teniendo un gran impacto sobre todos los ámbitos de la sociedad, fenómeno que no sólo es español, sino de toda europa (1,2).

En su abordaje desde el sistema sanitario se plantean algunos problemas que deben ser tenidos en cuenta y que tienen que ver con:

- La presencia de inmigración ilegal y las limitaciones que estas personas tienen en su acceso al sistema sanitario público.
- Las diferencias culturales y de idioma que dificultan el acceso a la sanidad pública de aquellas personas que tienen derecho a ella.
- El género, que hace que las mujeres sufran una doble postergación en la utilización de los sistemas sanitarios.
- La presencia de enfermedades provenientes de sus países de origen, para cuyo diagnóstico y tratamiento no están formados los profesionales de la salud.
- Las condiciones de vida en España, con problemas de habitabilidad, higiene, alimentación, etc. que les hacen más vulnerables a las enfermedades, especialmente las infectocontagiosas.
- Los relacionados con la xenofobia.

El Sistema Nacional de Salud tiene como principal fortaleza la universalidad de sus prestaciones, la equidad y la accesibilidad de todos en igualdad de condiciones. Los problemas antes señalados son obstáculos para el cumplimiento de estos objetivos

El conocimiento de las percepciones de los profesionales sanitarios sobre los problemas que detectan en la atención a la población inmigrante puede servir para mejorar los servicios, adaptarlos a la problemática detectada y planificar programas formativos que favorezcan una mejora en la calidad de la atención que se presta a este grupo de población, que está experimentando un rápido incremento en nuestro país

2. Encuesta sobre la percepciónque tienen los profesionales de la salud respecto a la atención a los inmigrantes

En este contexto se ha realizado una encuesta entre profesionales de la salud de atención primaria para la detección de los problemas que objetivan en la atención sanitaria a los inmigrantes y de las actitudes de los profesionales hacia la población inmigrante y que está recogida en el anexo.

La encuesta se recogió en 70 centros de salud de 3 comunidades autónomas con elevado porcentaje de inmigrantes (Cataluña, Madrid y Andalucía) (3,4,5,6). La misma

recoge, además de los relativos a la identificación del centro y CC.AA., de 16 ítems, el último de los cuales tiene una respuesta abierta sobre sugerencias al respecto.

La encuesta se realizó en centros de salud que están ubicados en zonas básicas en las que la población inmigrante, según los datos disponibles, es al menos el 10% del total, a todos/as los/as profesionales del centro, presentes en el mismo el día en que se recogieron los datos existiendo una tasas de respuesta superior al 80% de la plantilla. El total de respuestas recogidas fue de 924 (386 médicos, 101 pediatras y 437 enfermeras).

Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS 11.0 . En el caso de las variables cualitativas se estudiaron las frecuencias y la chi cuadrado para valorar la significación estadística de las diferencias. Las variables cuantitativas se analizaron con la t de Student tras comprobar su ajuste a una distribución normal (test de Kolmogorov – Smirnov) (7).

3. Resultados

El 75,54% eran mujeres y la media de edad fue de 44, 57 años (rango de 23 a 64 años)

El porcentaje de inmigrantes atendidos en consulta de manera habitual fue de:

< 10%	26,40%
10 -20%	39,61%
20-30%	25,54%
> 30%	8,44%

Según la profesión, el porcentaje de inmigrantes atendido en consulta fue mayor en pediatría, como era de esperar. Debido a la elevada tasa de natalidad de las inmigrantes es la que atiende un mayor porcentaje (el 54% dicen atender más del 20% de inmigrantes en la consulta).

	Medicina General	Pediatría	Enfermería
< 10%	23,08%	16%	30,90%
10 -20%	41,14%	30%	40,45%
20-30%	24,47%	40%	23,18%
> 30%	7,29%	14%	8,18%

Las zonas de procedencia de los inmigrantes más frecuentes fueron:

- Latinoamérica: **93,93%%**
- Europa del Este: **36,58%**
- Norte de África: **34,84%**
- África subsahariana: **8,44%**
- Otras zonas del mundo: **5,84%** (el 44,44% de procedencia china)

No se encontraron diferencias según profesión en cuanto a la zona de procedencia de los/as inmigrantes atendidos.

3.1. Problemas en la consulta relacionados con la inmigración

El 56,27% consideraban que la población inmigrante plantea más problemas en la consulta que el resto de la población que atienden.

El tipo de problemas encontrados fueron:

- Idioma: **39,82%**
- Culturales: **33,33 %**
- Relación: **20,56 %**
- Otros (sociales): **0,43%**

Según el lugar de procedencia de los inmigrantes los problemas más frecuentes fueron:

	Idioma	Culturales	Relación
Latinoamérica	39,17%	21,19%	33,87%
Europa de Este	46,74%	23,26%	31,67%
Norte de África	42,85%	27,95%	35,40%
África subsahariana	46,15%	17,94%	33,33%
Otras zonas	59,21%	18,51%	37,03%

Aunque pudiera parecer paradójico el que el idioma se incluya entre los problemas detectados en el trato con la población de Latinoamérica hay que tener en cuenta que incluye a Brasil

La siguiente tabla relaciona la percepción de que los inmigrantes plantean más problemas en la consulta, con el porcentaje de población inmigrante atendida:

% de población inmigrante atendida	Porcentaje que estiman que presentan mas problemas
< 10%	36,06%
10 -20%	63,38%
20-30%	62,71%
> 30%	66,66%

Se observa que los/as profesionales que atienden menos de un 10% de población inmigrante en la consulta opinan en un porcentaje claramente menor que esta población presenta mas problemas. Esta diferencia tiene significación estadística para una $p < 0,0001$.

Se ha intentado relacionar también esta percepción de mayores problemas en la consulta con la edad de los/as profesionales, encontrándose que el 59,14% del grupo que señalaba que la población inmigrante planteaba más problemas tenía mas de 45 años, frente al 52,68% de los que pensaban que no planteaban más problemas (diferencia no significativa para un $p = 0,097$, test de chi cuadrado).

3.2. Demanda sanitaria

El 63,63 % refieren que los inmigrantes demandan más atención sanitaria que el resto de la población y sólo el 12,77 % señalan que creen que los inmigrantes tienen problemas de accesibilidad al sistema sanitario. Un 74,89 % señalaron que atendían inmigrantes sin regularizar.

En cuanto a la opinión sobre si los profesionales sanitarios tratan igual a los inmigrantes que al resto de la población, los resultados fueron:

- Siempre: **34, 41%**
- La mayoría de las veces: **61,03%**
- Frecuentemente no: **4,54%**
- Nunca: **0%**

3.3. Formación para la atención a los inmigrantes

Consideraban que estaban suficientemente preparados/as para la adecuada atención sanitaria a los inmigrantes el 73,80 % de los/as profesionales. Según profesión, pediatría fue la que se encontraba más preparada (92%) y medicina general la que menos (68,75%).

Habían recibido formación específica al respecto el 25,32%, y creían que era conveniente una formación específica el 82,46%.

En ambos temas eran también los/as especialistas en pediatría los que destacaban por un mayor porcentaje de respuestas afirmativas, un 44% habían recibido formación y el 87,75% la creían necesaria.

La conveniencia de una formación específica aumentaba conforme lo hacía el porcentaje de población inmigrante atendida en consulta: el 26,44% entre los que atendían a menos de un 10% de población inmigrante frente al 84,61% de los atendían a más de un 30% (p = 0,006, test de chi cuadrado).

En cuanto a los temas que estimaban útiles a incluir en esta formación, las respuestas señalaron:

- Estado de salud: **36,79%**
- Enfermedades mas prevalentes: **65,58%**
- Atención a los niños: **24,67%**
- Salud de la mujer: **21,64%**
- Aspectos psicosociales: **39,82%**
- Condiciones de vida y laborales: **27,05%**
- Manejo de la población inmigrante en las consultas de Atención Primaria: **57,35%**
- Otros temas señalados:
  - _ Dieta y alimentación: **0,64%**
  - _ Autoayuda: **0,43%**
  - _ Grupos de riesgo: **0,21%**
  - _ Culturas autóctonas: **0,86%**
  - _ Idioma: **0,43%**

3.4. Sugerencias

Señalaron alguna sugerencia/comentario relacionado con la atención a los inmigrantes el 16,01% de los/as profesionales.

Relación de los temas señalados:

- Debe de facilitarse más información a la población inmigrante sobre el funcionamiento del sistema sanitario español: **6,70%**
- Debe de haber una mejor distribución de los cupos: **2,59%**
- Debería tenerse acceso a intérpretes: **2,59%**
- Debe de haber más recursos para mejorar la atención: **1,08%**
- Sólo debe atenderse a los regularizados: **1,08%**
- Los inmigrantes deben de pagar la seguridad social: **0,64%**
- Se necesita más tiempo de atención: **0,43%**
- Hay que regularizar a todos los inmigrantes que estén en España: **0,43%**
- Hay que mejorar el trato a la población inmigrante: **0,43%**

4. Comentarios a los resultados

Existe una percepción mayoritaria entre los/as profesionales de la salud de que la población inmigrante genera más problemas en la consulta que los españoles. Como se puede deducir de los datos de esta encuesta esta percepción es más frecuente entre los/as profesionales que atienden a mayores porcentajes de población inmigrante.

Aunque el porcentaje de población extranjera que es atendida por médico de familia/pediatra o enfermera, no está disponible, existe constancia de que esta distribución es muy irregular, incluso dentro de un mismo centro de salud, así por ejemplo, en el área 7 de la Comunidad de Madrid, el porcentaje de extranjeros en los cupos de médico de familia oscila entre el 2,89 % y el 53,74%. Un cupo mayoritariamente de extranjeros puede multiplicar los problemas que afronta el personal sanitario, que, como ya se ha señalado, tiene una mayor percepción de que aumentan los problemas cuanto mayor es el porcentaje de población inmigrante atendida, por ello seria deseable un mejor reparto entre los cupos de esta población, aunque, obviamente, no siempre es posible.

También hay que tener en cuenta que los inmigrantes aportan más riqueza a la sociedad que el gasto que producen. Así, se ha calculado que los inmigrantes aportan un 9,68% del VAB de la Comunidad de Madrid y que el crecimiento anual de la contabilidad regional de Madrid pasaría del 7,2% actual en 2005 a un 5,16% si se descontara la que depende de la inmigración (8).

Por otro lado, el gasto sanitario imputable a los inmigrantes fue en Madrid del 7% del total presupuestado, cuando el porcentaje de población inmigrante es del 12,1%. Así,

el gasto per capita para la población madrileña se calcula en 1.049 € /año para la población autóctona y de 503 € / año en el caso de los inmigrantes (9).

Estudios realizados por el Ayuntamiento de Madrid señalan que las visitas al médico las 2 ultimas semanas fueron significativamente menores entre la población inmigrante respecto a la autóctona (21 versus 27%) (10). En Cataluña las tasas de frecuentación de las urgencias hospitalarias también fue menor en los inmigrantes, asimismo el coste de las urgencias fue menor entre los inmigrantes (debido a la menor complejidad de los problemas que presentaban) (11). La percepción que tienen los médicos encuestados sobre una mayor demanda seguramente se debe a que son más "visibles" por presentar características étnicas, de idioma, etc. distintas a la población habitualmente atendida, así como a lo reciente de su presencia significativa en nuestro país.

El problema más frecuentemente reseñado es el idioma, lo que podría paliarse promocionando un mejor conocimiento del idioma español entre la población inmigrante y facilitando, tal y como se señala en alguna de las sugerencias, intérpretes a los/as profesionales de la salud que los precisen, bien presencialmente o por teléfono o videoconferencia.

Otros problemas como los de relación podrían también prevenirse facilitando a la población inmigrante una más completa información del funcionamiento de nuestro sistema sanitario (lo que también se recoge en las sugerencias) (12).

Parece además que la inmensa mayoría de los centros sanitarios no discriminan a la población inmigrante por su situación legal en España, lo que se deduce de que el 74,89% señalaban que prestaban atención a población inmigrante no regularizada.

Los/as profesionales del estudio señalan que, en su opinión, los inmigrantes tienen pocos problemas de accesibilidad (sólo el 12,77% lo refirieron) y que en general reciben el mismo trato que el resto de los usuarios del sistema sanitario público, sólo un 4,54% señalaron que frecuentemente recibían un trato distinto a la población española.

En cuanto a la preparación para atender los problemas de salud de la población inmigrante, sólo el 36,20% no creen tenerla, más frecuentemente entre los/as médicos/as generales (el 31,25% creen no estar suficientemente preparados/as), lo que es congruente con el hecho de que solo un 25,32% ha recibido formación específica para ello. La necesidad de una formación específica es demandada mayoritariamente por los/as profesionales encuestados/as (el 82,46%). Los temas más demandados son los relacionados con las enfermedades más prevalentes y el manejo en la consulta, ello a pesar de que todas las evidencias disponibles señalan que las patologías más prevalentes entre los inmigrantes son similares a las de la población autóctona y el manejo en la consulta que supone muchos aspectos que van desde el idioma hasta las peculiaridades culturales, lo que ya ha sido muy analizado por la literatura y no sólo en España (12, 13,14, 15, 16, 17, 18, 19).

5. Conclusiones

De todo ello se podrían sacar las siguientes conclusiones:

¬ 1 ¬ La atención a la población inmigrante se percibe frecuentemente como un problema por los/as profesionales de salud, lo que se evidencia en que el 56,27% consideran que plantean más problemas en la consulta que el resto de su población atendida y el 63,3% señalan que demandan más atención sanitaria.

¬ 2 ¬ Esta percepción de problemas está relacionada con el porcentaje de población inmigrante atendida y se incrementa a más del doble cuando el número de inmigrantes es superior al 10% de la población atendida.

¬ 3 ¬ El problema más frecuente que se detecta es el idioma, que, como es obvio, puede dificultar de una manera muy importante la relación en la consulta de Atención Primaria.

¬ 4 ¬ La mayoría señala atender a inmigrantes sin regularizar y también piensa que la atención a los inmigrantes es la mayoría de las veces igual que la que recibe el resto de la población (95,44%).

¬ 5 ¬ Un 26,2% no se encuentra adecuadamente preparado/a para la atención a la población inmigrante, este porcentaje sólo fue significativamente menor en el caso de los/as pediatras (8%).

¬ 6 ¬ La mayoría (82,64%) piensa que es necesaria formación específica y sólo el 25,32% ha recibido alguna formación.

¬ 7 ¬ Las principales cuestiones sobre las que debería versar esta formación son, por este orden, las enfermedades más prevalentes entre la población inmigrante, los aspectos psicosociales y el estado de salud de la población inmigrante, aunque todos los temas propuestos superan el 20% del interés de los/as encuestados/as.

¬ 8 ¬ De todo ello se deduce que se detecta una gran necesidad de formación específica para mejorar la atención sanitaria a este grupo de población.

¬ 9 ¬ Las administraciones sanitarias deberían realizar activamente programas de adecuación de la formación de los profesionales de la salud para adaptar sus conocimientos a las nuevas necesidades de la atención a los inmigrantes.

Agradecimientos: al Ministerio de Sanidad y Consumo por su colaboración para la realización de la encuesta

Anexo 1

ENCUESTA SOBRE ATENCION A LA POBLACION INMIGRANTE

CCAA: _____

Centro de Salud: _____

¬ 1 ¬ Profesión:

Medico General ☐ Pediatra ☐ Enfermería ☐

¬ 2 ¬ Edad:

¬ 3 ¬ Genero: hombre ☐ mujer ☐

¬ 4¬ ¿Que porcentaje de inmigrantes atiendes en consulta? :

< 10 % ☐ 10-20% ☐ 20-30% ☐ > 30% ☐

¬ 5 ¬ ¿ Cual es la zona de procedencia de la mayoría de los inmigrantes que atiende? (puede señalar varias)

Latinoamérica ☐

Norte de Africa ☐

Africa subsahariana ☐

Europa del Este ☐

Otras zonas del mundo ☐

¬ 6 ¬ ¿ La población inmigrante plantea mas problemas en consulta que el resto de tu población?

Si ☐ No ☐

¬ 7 ¬ ¿ Que tipos de problemas te has encontrado en la atención a los inmigrantes? (puedes marcar varias, salvo que marque la primera)

Ninguno ☐

Idioma ☐

Relación ☐

Culturales ☐

Otro : (por favor especificalo) ☐

¬ 8 ¬ ¿ Atiendes inmigrantes sin regularizar?

SI ☐ No ☐

¬ 9 ¬ ¿ Crees que los inmigrantes demandan mas atención sanitaria que el resto de la población que atiendes?

Si ☐ No ☐

¬ 10 ¬ ¿Crees que los inmigrantes tienen problemas de accesibilidad al sistema sanitario?

Si ☐ No ☐

¬ 11 ¬ ¿ Piensas que los profesionales sanitarios, tratan a los inmigrantes igual que al resto de la población?

Siempre ☐ La mayoría de las veces ☐ Con frecuencia no ☐ Nunca ☐

¬ 12 ¬ ¿Crees que estas preparado/a para dar una atención adecuada a los inmigrantes?

Si ☐ No ☐

¬ 13 ¬ ¿ Has recibido formación especifica para abordar los problemas de salud de los inmigrantes?

Si ☐ No ☐

¬ 14 ¬ ¿ Crees que es conveniente una formación especifica para la atención de los inmigrantes?

Si ☐ No ☐

¬ 15 ¬ De los siguientes temas ¿cuales piensas que seria útil incluir en una formación especifica para la mejor atención a los problemas de salud de los inmigrantes? (señala los que creas oportunos) :

- ☐ Estado de salud
- ☐ Enfermedades mas prevalentes
- ☐ Atención a los Niños
- ☐ Salud de la mujer
- ☐ Aspectos psicosociales
- ☐ Condiciones de vida y laborales
- ☐ Manejo de la población inmigrante en las consultas de Atención Primaria
- ☐ Otros temas que creas de interés (especifícalos):

¬ 16 ¬ ¿Tienes alguna sugerencia o comentario relacionado con la atención a los inmigrantes?. Por favor ponlos a continuación:

Referencias Bibliográficas

1 INE: Censo de población 2005. Disponible en www.ine.es

2 Comisión de la Comunidades Europeas: Primer informe anual sobre migración e integración. www.europa.eu.

3 Memoria estadística de la Consejería de Salud 2003. Viceconsejería. Servicio de Información y Evaluación. Unidad estadística. Sevilla 2004.

4 Dades estructurals de l´atencio primaria. Disponible en www.gencat.net

5 Servicio Madrileño de Salud: centros adscritos al Servicio Madrileño de Salud. Disponible en www.madrid.org

6 Instituto de Información sanitaria: Principales cifras del Sistema Nacional de Salud. www.msc.es

7 Pérez López, C: Métodos avanzados estadísticos con SPSS.tdt Thompson. Madrid. 2005.

8 Instituto de Predicción Económica. IAM: Informe del estudio sobre el impacto macroeconómico de la inmigración en el Comunidad de Madrid. Consejería de Economía e Innovación Tecnológica . Consejería de Inmigración. Comunidad de Madrid. 2006.

9 Consejo Económico y Social: la inmigración y el mercado de trabajo en España. www.ces.es

10 Madrid salud. Instituto de Salud Pública: Estudio de salud de la ciudad de Madrid 2005. Análisis de los resultados relativos a la población inmigrante.

11 Cots Reguant F, Buron Prrust A, Castells Oliveres X, Val Combelles O, Garcia Algar O: Impacto del crecimiento de la población inmigrante en la utilización de los servicios sanitarios. Análisis de la frecuentación y de la complejidad de las urgencias de la población inmigrante.Dirección General de Planificación y Evaluación. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. www.gencat.net.

12 Prieto Fernández A.: El fenómeno de la inmigración como una nueva realidad social. Inmigración y salud. Visión de Salud Madrid. www.madridsalud.es

13 López Vélez R (editor): La salud del inmigrante con especial referencia a la población pediátrica. GSK. Madrid 2006

14 Ramos M y cols: Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit 2001;15:320-326

15 Fuertes C y cols: El inmigrante en la consulta de atención primaria. www.cfnavarra.es

16 Massvidal i Alberch RM: Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. www.aepap.es

17 Shah NS, Carrasquillo O: Twelve-year trends in health insurance coverage among latinos, by subgroup and immigration status. Health Affairs 2006; 25: 1612-1619.

18 Pardo Moreno G, Engel Gomez JL, Agudo Polo S: Percepción de la salud en población inmigrante procedente de Africa subsahariana. Semergen 2006; 32:484-489.

19 Cabral Salvadores M, Guasch Jordan E, Rifa Pujol MA, Coromina Pou E, Bellvehí Sáenz M, Rufas Cebollero AM: El reto de la inmigración: estudio en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:17-30.

Capítulo **6**

Atención al inmigrante. Practica clínica culturalmente competente

José Luis Martincano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva.
Coordinador Grupo Trabajo Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

1. Introducción

Conocemos como **diversidad** la variedad, desemejanza o diferencia de las minorías étnicas y raciales en relación a la cultura, rasgos, concepción del mundo, sentimientos, conocimientos, escala de valores y sistema de creencias de la salud y enfermedad no coincidente con la de nuestros pacientes habituales de la población autóctona. Concepto importante porque estos grupos poblacionales minoritarios están afectados de circunstancias de enfermedad y cuidados de salud desproporcionalmente diferentes con respecto a la población hegemónica.

Está demostrado que el paciente de la minoría presenta desigualdades en salud (variaciones del estado de salud entre los individuos integrantes de la población), que supone una inequidad por injusta y remediable. Este estado de salud está infradiagnosticado e infratratado a fuerza de imponer nuestro modelo médico sin la debida **sensibilidad étnica** (actitud constructiva hacia las diferencias culturales) por parte de los profesionales y los centros sanitarios, que no se organizan en la atención a la diversidad para procurar una atención **culturalmente apropiada**, (conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a pacientes de diferentes culturas) y **culturalmente competente**, (entiende y atiende al contexto de la situación del paciente, -circunstancias de emigración, factores de estrés y diferencias culturales-).

Las diferencias étnicas son respetadas y favorecidas por la ciencia y no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia médica. Por eso es necesario adquirir, desarrollar y afianzar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas específicas para que el contacto paciente-médico sea eficaz en las dos direcciones, facilitar y disponer el acceso a los servicios y prestaciones, la continuidad asistencial y en las mismas condiciones de la población mayoritaria.

Se exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de la situación sociocultural de estos pacientes.

Son varios los parámetros que determinan este ejercicio.

2. Valoración cultural de la atención al paciente inmigrante

Una valoración cultural es el examen o apreciación reglada y sistemática sobre las creencias culturales, valores, y prácticas para determinar las necesidades y el modo de la intervención práctica dentro del contexto personal y agentes que se evalúe (marketing, salud, etc.). En medicina, se trata de estudiar e investigar y facilitar la relación asistencial en toda su complejidad, sin prejuicios, y partiendo de los valores de la dignidad humana, la empatía, la compasión ante la enfermedad y el coraje de la promoción de la salud y la vida saludable. Esta valoración es multiaxial.

2.1. Valoración cultural del médico

En toda relación terapéutica se produce el fenómeno de transferencia y contratransferencia, términos que definen la dirección de los sentimientos y actitud ante el binomio paciente-médico.

La contratransferencia, de forma inconsciente o consciente, con frecuencia no es adecuada para una relación normalizada paciente-médico e impide una toma de decisiones horizontal y colaborativa (alianza terapéutica).

Cuando se trata de pacientes inmigrantes, **Contratransferencia Cultural**, y en el caso inadecuado esta aparece con negación de las diferencias, curiosidad cultural excesiva, superidentificación y complicidad con sensación de rabia, culpabilidad o pena especialmente cuando el trabajo con el paciente despierta sentimientos no resueltos de opresión y prejuicio en el terapeuta.

Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones óptimas con el paciente inmigrante, el profesional debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones y valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y replantearlas si fuera necesario para evitar el **etnocentrismo** (creencia en la superioridad de la propia etnia), obtener amplitud de miras, flexibilidad, curiosidad y deseos de reconocer y explorar los componentes interculturales de sus sentimientos (**relativismo cultural**) y su actitud ante la contratransferencia. Tan sólo mediante la identificación del lugar en el que uno se encuentra dentro del espectro cultural, puede situarse en perspectiva para entender al otro.

Para este propósito se ha desarrollado el instrumento I*nventory For Assessing The Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)*, y el autoexamen ASKED, herramienta informal de evaluación de la competencia cultural.

Métodos de valoración cultural del médico			
Pfifferling	Autorreflexión	Meditación	
ASKED	*Awareness*	Conciencia	¿Es consciente de sus prejuicios y prejuicios hacia otros grupos culturales, así como del racismo en los servicios sanitarios?
	Skill	Habilidad	¿Sabe realizar una valoración cultural?
	Knowledge	Conocimiento	¿Puede describir las diferencias de distintos grupos culturales? ¿Conoce los aspectos de la bioecología cultural
	Encounter	Encuentros	¿Procura que sus entrevistas con individuos de otros grupos culturales sean clínicamente eficientes?
	Desire	Deseo	¿Quiere realmente ser competente culturalmente?
IAPCC-R	Test	*Inventory For Assessing The Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised*	

Campinha-Bacote, Josepha; A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education; Thorofare; May 199. [En línea] http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_2.htm [Última consulta: 12:04:03]
Pfifferling JH. The disruptive physician. A quality of professional life factor. Physician Exec 1999 Mar-Apr; 25(2):56-61

2.2. Valoración cultural del paciente

La cultura del paciente contribuye a establecer el marco de la relación con el agente terapéutico y como cauce de la expresión clínica, moldea la expresión de cualquier enfermedad y le da un significado en el marco de dicha cultura.

Para que la relación clínica sea eficaz debemos establecer una apreciación reglada y sistemática sobre las creencias culturales, valores, y prácticas de nuestro paciente. Se trata de determinar las necesidades del paciente y el modo de la intervención práctica que llevaremos a cabo en la relación asistencial.

Resultados de una consulta eficaz

- Obtener la información necesaria para un diagnóstico suficiente y para establecer la razón por la que el paciente acude a la consulta
- Averiguar las ideas, creencias y expectativas del paciente y ayudarle a verbalizar y controlar sus miedos y ansiedades
- Aportar información significativa y oportuna que sea clara, entendible y fácilmente recordable

Loayssa Lara, J. R.; García García, M.; Díez Espino, J. La relación médico-paciente y la entrevista clínica. En: Gallo Vallejo y cols. Manual del residente de Medicina de famila y Comunitaria. 2ª Ed. IM&C. pag 410-420. Madrid 1997.

Los inmigrantes pueden tener distinto sentido de la individualidad, de la culpa, de la concepción del hombre y de lo que debe consistir la personalidad ideal. Existen además diferencias del establecimiento de la estructura de poder dentro del grupo social y la familia, distinta valoración de lo masculino y lo femenino, de tolerancia de la ambigüedad y de forma de expresión de las emociones, por lo que, para entender la expresión sintomatológica se ha de entender la cultura de origen.

En el encuentro de diversas culturas y formas de entender el mundo, no siempre el paciente y el médico están de acuerdo en que existe una enfermedad e incluso estando de acuerdo se aprecian distintas razones para la misma. También el tratamiento puede ser considerado de manera muy distinta.

Y es que cuando nuestro paciente es un inmigrante y posee prácticas y creencias diferentes respecto a la salud, la forma de enfermar y de curar y algunas, en colisión con las nuestras, se pueden favorecer rupturas en la atención con el resultado de consultas tensas y disfuncionales (distorsión paratáxica), una mala praxis por **disonancia cultural**, en definitiva, malentendidos y bloqueos de la relación paciente-médico.

Según el proceso de ajuste personal o sociocultural se habrá favorecido la acomodación a los modelos o normas de la sociedad de destino (**adaptación**) en más o menor grado y según se mantenga cierta **consistencia cultural** o congruencia con el estilo de vida de la cultura tradicional aprendida en el grupo de origen (**enculturación**).

Modelo teórico de Aculturación de Berry y Kim, 1988	
Interculturalidad	Mantiene parte de su estructura cultural y costumbres pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona
Multiculturalidad	Con el concepto *a priori* de respeto y de igualdad de ambas culturas
Integración	El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona
Asimilación	Se rechaza la cultura del paciente y se le indica patrón a seguir desde la cultura hegemónica. Con frecuencia es voluntaria
Separación	Segregación. Expulsión. Marginación. Eliminación. El paciente niega la cultura receptora y mantiene íntegramente su cultura de origen. Puede ser activa en el caso del fenómeno *contracultural*, con el rechazo de los valores culturales establecidos, caso no privativo de los inmigrantes
Marginalización	Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense

Citado por: Alda, M. García-Campayo, J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. Revista de actualidad sociosanitaria. RAS. 2003 (3):14-16 [En línea] http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf [Última consulta: 12:07:04]

Congruencia cultural	
Podemos encontrar indicadores de una alta congruencia cultural si un individuo:	
1	Se educó durante la niñez en el país de origen o en un barrio de emigrantes en el ambiente étnico propio
2	Los miembros familiares le han inculcado la participación en actos tradicionales religiosos y/o actos culturales de su etnia
3	El individuo realiza visitas frecuentes al país de origen o al barrio donde pasó su infancia
4	Su casa y la de sus familiares están dentro de la comunidad étnica a la que pertenece
5	Participa en los eventos culturales étnicos, como fiestas religiosas o las fiestas nacionales, a veces cantando, bailando, o vistiendo ropas típicas
6	Se crió en el seno de una familiar extendida
7	Mantiene contacto regular con su familia allegada
8	No ha cambiado su nombre por otro más propio en la cultura anfitriona
9	Ha recibido formación en un colegio privado que imparte enseñanzas religiosas o filosóficas pertenecientes a la cultura que posee su familia
10	Organiza frecuentemente actividades sociales con otros de la misma minoría
11	Tiene conocimiento de la cultura e idioma de origen
12	Declara y se siente orgulloso de su origen cultural

Spector, R. Cultural diversity in health and illness (4th ed.). CT: Appleton and Lange. Stamford, (1996)

Y mayores consecuencias si el paciente es inmigrante, que tiene limitaciones idiomáticas, con un fondo cultural distinto al nuestro, donde, según sus costumbres, educación y tradiciones, se definen otros conceptos e ideas sobre la enfermedad, etiología, diagnóstico y expectativas sobre nuestra atención y solución de sus problemas.

La base práctica del grado del acercamiento al paciente y del entendimiento que podremos obtener se basan en nuestras habilidades, mediante la entrevista clínica, de establecer una adecuada comunicación paciente-médico y salvar, o al menos minimizar el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas y centrarse en la transferencia racial como forma de dirigirse al conflicto del paciente, y no como algo que debe evitarse o ignorarse. De este acercamiento depende el desarrollo posterior de nuestra relación, alianza terapéutica y determina nuestra capacidad de toma de decisiones clínicas adecuadas, o de ser incompetentes y cometer errores médicos.

Esta capacidad tiene consecuencia directa sobre el paciente a nivel del grado de satisfacción, cumplimiento de instrucciones y recuerdo de la información recibida.

Tareas en la consulta

Primera tarea

Definir la razón de la demanda del paciente. Incluye:

- La naturaleza y la historia de los problemas
- Su etiología
- Las ideas, expectativas y preocupaciones del paciente
- Los efectos de los problemas

Segunda tarea

Considerar otros problemas:

- Problemas que requieren seguimiento
- Factores de riesgo

Tercera tarea

Elegir con el paciente una acción apropiada para cada problema

Cuarta tarea

Alcanzar un acuerdo compartido de los problemas con el paciente

Quinta tarea

Implicar al paciente en el abordaje y animarle a asumir su propia responsabilidad

Sexta tarea

Utilizar el tiempo y los recursos de una forma apropiada

- En la consulta
- A largo plazo

Séptima tarea

Establecer y alcanzar una relación con el paciente, que ayude a alcanzar las otras tareas

Pendleton D, Hasler J. J. d. Academic Press. London, 1983. Citado por Simón-Talero Martín, M.La entrevista clínica. En Gil, V. F. Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. Universidad de Alicante, 1997. pg. 321-348. Distribuido por Lab. MSD.

Técnica entrevista. La herramienta propuesta por Berlin y Fowkes facilita la solución de las diferencias culturales en la entrevista clínica. El acrónimo inglés LEARN (aprender) para una aproximación negociada, recuerda los cinco pasos necesarios.

Sistemática LEAR comunicación paciente-medico		
Listen	**(Escuchar)**	Permite demostrar empatía y compresión. Sitúa al médico en el marco cultural del paciente
Explain	**(Explicar)**	El médico presenta una explicación basada en la medicina occidental
Acknowledge	**(Reconocer)**	Se resuelve el conflicto explicativo entre los dos modelos
Recommend	**(Recomendar)**	En esta fase, el médico puede recomendar un plan de actuación que incorpore los modelos explicativos de la enfermedad del paciente y los del médico
Negotiate	**(Negociar)**	Incluye la incorporación de los conocimientos y planes del paciente y del médico. El paso final puede ser una amalgama de los dos sistemas de creencias que pueden ser mutuamente tolerados

Berlin EA., Fowkes WC, Jr.: A teaching framework for cross-cultural health care-Application in family practice, In Cross-cultural Medicine.West J. Med. 1983, 12: 139, 93-98

Para su desarrollo como buen entrevistador debemos desarrollar cuatro rasgos:

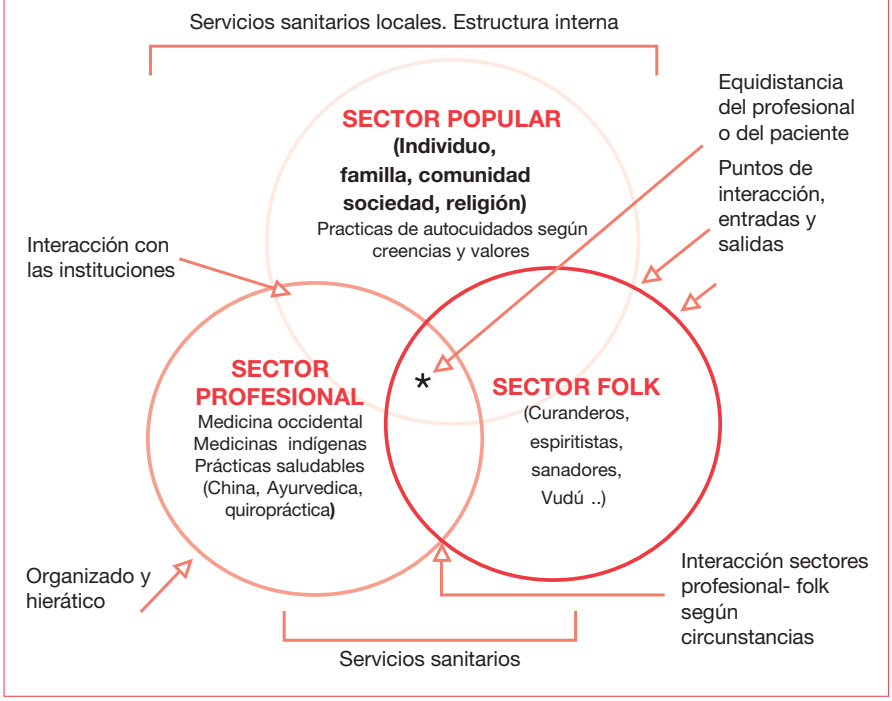
- **Empatía**, capacidad de entenderse, sintonizar e interactuar con el paciente y con los problemas que éste refiere,
- **Calidez**, proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, que a diferencia de la empatía se expresa de forma fundamentalmente no verbal,
- **Respeto**, capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, preservando su forma de pensar y sus valores éticos e ideológicos y
- **Concreción**, capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en unos términos comprensibles para ambos de forma bidireccional.

La propia sistemática de Hipócrates en el interrogatorio clínico: ¿Que la pasa?, ¿A que lo atribuye?, ¿Desde cuando? , en el caso de un paciente inmigrante se amplía según la propuesta de Kleinman. Se hace necesario aclarar y poner a flote, clara y determinadamente, las creencias del inmigrante sobre la salud durante las entrevistas clínicas. Se plantean al paciente preguntas como:

- "¿Cuál cree usted que es la causa del problema?",
- "¿Por qué piensa que ha empezado de esta forma?",
- "¿Qué piensa usted que le está haciendo esta enfermedad?",
- "¿Qué es lo que más teme de esta enfermedad?",
- "¿Qué gravedad tiene?",
- "¿Qué cree que le va a ocurrir?",
- "¿Qué clase de tratamiento cree que debe recibir?".

Estas preguntas proporcionan al clínico el marco adecuado para comprender el modelo de etiología de la enfermedad del paciente y le permiten mostrar empatía y comprensión. Áreas en las que se pueda llegar a un acuerdo y que permitan resolver posibles conflictos entre los modelos explicativos de las diferentes concepciones de la salud y la enfermedad. Los resultados de esta evaluación se definen mediante la tipología de Kleiman de Usos y Prácticas Sanitarias (Tipología de Kleinman sobre los sectores de la salud).

Modelo KLEINMAN (1980). Los sectores medicos



La comunicación verbal, no verbal y las visitas al domicilio

¬ **Idioma.** Los nuevos códigos de comunicación que deberá incorporar el recién llegado, que le son prácticamente desconocidos o mal entendidos en sus primeros contactos, aumenta el nivel de ambigüedad y contradicción implícitas en las informaciones que recibe y ofrece. Una de las consecuencias es que el inmigrante pueda sentirse invadido por los, para él, caóticos mensajes que le llegan, o bien, devorado por un mundo desconocido y hostil.

Si no hablamos el idioma del paciente podemos apoyarnos en intérpretes, servicios de traducción, guías con frases hechas traducidas a varios idiomas, programas informáticos de traducción clínica y si y no hay otro medio intentaremos comunicarnos por gestos. La ciencia no se resentirá.

Aparecen **distorsiones** importantes cuando los pacientes se evalúan con intérpretes, aún cuando éstos sean excelentes. Los intérpretes obtienen buenos resultados para conseguir la información pertinente de un caso, no así cuando se les pide que interpreten la emoción. (Los traductores deberían ser traductores dedicados, bien preparados, no deben ser un miembro de la familia, deben estar familiarizados con la cultura del paciente, y deben intentar traducir todas las expresiones de ambos

participantes literalmente y deben cooperar con el clínico para procesar los componentes no verbales e intangibles de la entrevista verbal).

Entre los grupos humanos, las poblaciones asiáticas valoran más que otros colectivos que se mantenga una actitud de distancia y formalidad, valoran más las actitudes directivas, mientras que las poblaciones de tipo latino o mediterráneo prefieren la empatía, la proximidad... si no hay un contacto previo amable y personal (la cháchara) el paciente no se siente cómodo y puede inhibirse. En las tradiciones china y japonesa un individuo parco en palabras es tildado de buen hombre y la verborrea despreciada. Ambos casos impiden numerosas veces que evaluemos la calidad y grado de sus síntomas y sobre todo el dolor, con la consecuente infra o sobre-medicación. Lagunas en el control de las emociones y faltas en el vocabulario, valores y formas de comunicar el estrés para expresarse son muy frecuentes en el sector de población trabajadora obrera inmigrante. Los asiáticos no suelen hablar de cosas abstractas y suelen ser muy directos sobre lo concreto de su visita. Los sudamericanos suelen divagar más. Este colectivo valora la simpatía en el trato, la actitud positiva, la relación personalizada (mostrar interés por otros aspectos de su vida) y el respeto (empleo de saludos y lenguaje formal), la importancia que se le da a la familia y a veces un cierto sentido fatalista. Es posible que algunas palabras no tengan correspondencia exacta en otro idioma, como, por ejemplo, la palabra autoestima y son difíciles de traducir a otra lengua que se halle ligada a otra concepción del mundo, donde la capacidad de abstracción es inexistente.

Hay culturas, como la de los hopis (indios americanos del noreste de Arizona), que no tienen tiempos para los verbos, pero su lenguaje tiene formas gramaticales para diferenciar entre lo que el individuo dice realmente y lo que hay detrás de lo que dice.

La palabra “yo” es raramente usada por un paciente africano o asiático y “`por favor” o el artículo “el” puede no existir en sus idiomas (lo indicarán con gestos).

Depresión y ansiedad son vocablos ausentes en los idiomas de algunos indios americanos y nativos de Alaska.

No podemos esperar que, aunque nuestro paciente hable el castellano como primera lengua, conozca los giros y los modismos que usamos en España. ¿O acaso su español no suena diferente a nuestros oídos?

¬ **Paralenguaje**. El estudio del paralenguaje se centra en la forma de emitir los mensajes. Puede abarcar elementos como el **tono** y la **intensidad** de la voz, la entonación y la fluidez del lenguaje. El poder del paralenguaje es inmenso y popularmente reconocido. Los **silencios** suelen interpretarse como momentos en los que el paciente, por razones conscientes o inconscientes, está ocultando algo. Pero el silencio también puede indicar que el paciente está listo para una nueva pregunta. Aunque los estadounidenses pueden ver el silencio como algo negativo, en otras culturas lo interpretan y utilizan de una forma muy diferente. Los ingleses y los árabes lo emplean como una forma de privacidad, mientras que los rusos, los franceses y los

españoles lo interpretamos como una señal de acuerdo entre partes. En la cultura asiática, el silencio es un signo tradicional de respeto hacia los mayores. Además, para muchos chinos y japoneses el silencio no es una señal de querer ceder la palabra en forma complaciente, invitando a los demás a dirigir la conversación. Por el contrario, puede indicar un deseo de continuar hablando después de haber planteado un determinado aspecto. A menudo, el silencio es un signo de cortesía, más que el deseo de continuar hablando. Un entrevistador incómodo con el silencio, puede tender a romperlo, impidiendo que el paciente haga elaboraciones posteriores. Un peligro mayor aún es el atribuir falsas motivaciones a la aparente reticencia del paciente.

Algunos grupos culturales, como los japoneses, usan sonrisas acompañadas por risa para esconder la turbación, falta de entender, o la confusión. En el Líbano es ofensivo alargar un objeto para que otra persona lo tome, pues ello implica una condición de criado. Muchas personas, especialmente los musulmanes, consideran impropio pasar o recibir objetos con la mano izquierda; debe usarse la mano derecha, o bien ambas manos. La suela de los zapatos o las plantas de los pies deben mirar siempre al suelo y no enseñarse nunca a otra persona. Lo contrario es el mayor desprecio que se le puede demostrar a cualquiera.

¬ **Quinestesia.** Es el estudio del cuerpo en movimiento. Abarca gestos, movimientos del cuerpo, extremidades, manos, cabeza, pies y piernas, expresiones faciales (sonrisas), conducta visual (parpadeo, dirección y alcance de la mirada, y dilatación de la pupila) y postura con el objetivo adicional de comprender la razón de tales movimientos.

Sobre todo la cara. La cara es el "órgano de la emoción", el espejo del alma. Constantemente leemos las expresiones faciales para entender que es lo que están sintiendo los otros. Nuestra identidad se captura en nuestros rasgos, y nuestros ojos revelan nuestras verdades importantes, incluso aquéllas que preferiríamos ocultar. Es el cauce más importante de la comunicación no verbal, indica emociones, la identidad, la edad, el humor, e incluso el país de origen. También juega un papel crítico en el atractivo físico y así se la adorna (cosméticos, forma, color y longitud del pelo, piercing, cirugía plástica...).

Tengamos en cuenta que nuestros gestos pueden tener otro valor y significado y serán interpretados de diferente manera a como los utilizamos con nuestros pacientes de siempre: Mirarse a los ojos sin distraer la mirada, hablar en tono bajo, participar ordenadamente en la conversación del grupo, asentir con movimientos de la cabeza o con una sonrisa, la excesiva cordialidad, mantener una mano en el bolsillo mientras se escucha atentamente o al hablar, extender la mano en señal de ayuda, pueden ser maneras aceptadas en nuestro medio.

Pero no es el caso de otros pueblos: no hablar frente a frente, no extender la mano a una musulmana o evitar el mirarse a los ojos son signos de respeto. Puede ser costumbres normales elevar la voz, hablar a la vez dentro de un grupo, interrumpir la frase del interlocutor, mantener la atención con un gesto serio y a la vez sin estarse quieto...

Gestos similares pueden tener significados diferentes en diferentes culturas diferentes. Signos como señalar con el índice, los dedos en "V" de victoria, indicar un círculo con el pulgar y el índice de la misma mano (OK), un guiño…son gestos propios en nuestra cultura que tienen significados opuestos en los orientales, brasileños y sudafricanos. Un guiño y un círculo pulgar-índice con los dedos es una inconveniencia social en público por lo de indicación o invitación íntima. Señalar con el índice sin recoger bien los otros dedos (una "V" invertida) es un insulto como para nosotros levantar el dedo medio.

Podremos observar diferencias de mímica que irían desde la hipermímica de los latinos hasta la hipomímica de los nativos americanos. Los escandinavos son menos expresivos que los mediterráneos. Los japoneses cuando están a solas expresan las emociones básicas (miedo, rabia...) de modo común a las demás culturas, pero que en la vida social enmascaran las emociones negativas sonriendo con mayor frecuencia. Incluso sonríen cuando están deprimidos, sienten vergüenza o cuando hablan de algo doloroso.

¬ **La ropa**. Pueden venir ataviados con la ropa usual en sus países (poncho, chola, turbante, lazadas, boina, sari, chilaba, faldas, sayas, capas, togas, fajas, mantos, mantilla, bolsos, botas, manoplas...). El sentido de la vestimenta es variada, (protección, abrigo, adorno o complemento) pero también puede significar clase social, jerarquía, adscripción religiosa o política o incluso opción sexual. Si nos resulta rara o inconveniente, nuestra postura será la de la admiración contenida sin demostrar asombro o extrañeza. Pensemos que puede ser un modo de demostrarnos su respeto con sus mejores galas. Ocasionalmente será un intento de afirmación de su idiosincrasia. No en todas la culturas retirar el sombrero al entrar en un sitio cubierto o saludar a una dama, tiene el sentido de respeto que en la nuestra. Una camisa sahariana o del estilo floral de Hawai se considera etiqueta en el protocolo internacional.

¬ **Símbolos e imágenes**. Pueden ser interpretados de diferente manera por diferentes culturas. Un búho es la sabiduría, una serpiente representa la sabiduría o la salud, una vaca es ridícula, un perro es una mascota, el negro es luto y un gato negro es signo de buena suerte. Para un asiático un búho significa la locura, la serpiente les recuerda el veneno, una vaca es sagrada, un perro es despreciable, el blanco es luto y un gato negro es signo de mala suerte. La Cruz Roja comparte con la Media Luna Roja esta sensibilidad.

¬ La mirada (Contacto visual). Los ojos son la expresión del alma, a la que sólo se tiene acceso autorizado. Muchos asiáticos consideran que mirar a un superior a lo ojos es irrespetuoso: es superior el hombre con respecto a la mujer, los padres a los hijos, los profesores a los estudiantes, los médicos a las enfermeras y así sucesivamente. En el Medio Oriente, la mirada a los ojos entre un hombre y una mujer se considera una invitación de naturaleza sexual. Si nuestro paciente procede de Asia, Oriente Medio, o es un indio americano puede interpretarlo como un signo de locura.

No debemos pensar en desinterés o falta de honestidad cuando nuestra mirada directa es evitada y conocer que otro significado puede tener para evitar equívocos en ambos sentidos.

¬ Proxémica o uso del espacio interpersonal. Los seres humanos, como otros animales, tienden a proteger sus territorios interpersonales. A medida que los seres humanos se acercan más entre sí, se generan sentimientos nuevos y se anticipan nuevas conductas. Las personas aprenden a incorporar personalidades situacionales específicas que interactúan con los principales rasgos del individuo, dependiendo de la proximidad con los demás. Cada cultura tiene sus reglas sobre el uso del espacio interpersonal. Estas reglas no están escritas y nunca se enseñan pero están fuertemente establecidas y son conocidas por todos los miembros del grupo. Entre los japoneses el espacio personal es importante; por ello, las personas no se acercan o conversan. Los marroquíes no mantienen distancias y mientras conversan se tocan la ropa o apoyan sus manos sobre el brazo o el hombro de su interlocutor. En Gabón las personas del mismo sexo, especialmente los hombres, se cogen de la mano mientras hablan o pasean, si bien es impropio entre dos personas de diferente sexo. Así ocurre

también entre los musulmanes, judíos y ortodoxos, para los que tocar a las personas del otro sexo debe ser evitado.

¬ **Contacto corporal**. En algunos grupos culturales, el contacto personal es sumamente importante porque puede significar aprobación, empatía, protección, apacibilidad, confianza, y preocupación.

¬ **Saludos**. Antes de iniciar una conversación o una petición es necesario un saludo general. Los católicos de Europa del éste se saludan con un apretón de manos utilizando la mano derecha, acompañado de un abrazo y de sendos besos a cada lado de la cara. Los árabes musulmanes, judíos y rusos se saludan con apretón de manos y un abrazo acompañando preguntas corteses sobre la prosperidad, el bienestar del otro, su familia, el tiempo, el viaje o sobre el lugar de donde viene o vive el interlocutor y cosas por el estilo. En algunas culturas estos previos pueden durar varios minutos antes de dar paso a una conversación. Los rusos responden a estas preguntas con detenimiento, ya que no obtener una respuesta extensa se considera descortés.

La manera de saludar un griego es agitar una mano levantada en el aire con cara de satisfacción por el encuentro a la vez que pronuncian *Oui*. Los hindúes levantan sus manos y en posición de rezar inclinan su cabeza y musitan *Namaskar*. Los chinos budistas estrechan sus manos juntas y se reverencian con la cabeza.

En Nigeria, para dirigirse a una persona se utiliza un título normalmente relacionado con su trabajo. A un taxista, por ejemplo, se lo llamaría *mai mota* (persona con coche). Es respetuoso dirigirse a las personas de edad como *tsohoua* (anciana) o *tsohou* (anciano).

En Hispanoamérica para dirigirse a los hombres se usa la palabra *Señor*, y para las mujeres, *Señorita*. Sólo si se está seguro de que una mujer está casada se le da el tratamiento de *Señora*. Si una persona estornuda, la costumbre es decir *¡Salud!* En Cuba con los extraños se usa compañero o compañera, señor y señora. Entre los amigos, los conocidos y los compañeros de trabajo son frecuentes los apodos.

En todos estos casos y aunque se esté apenado lo normal es sonreír. Se saluda primero a los mayores. A los extraños y conocidos se dirige uno por sus apellidos y tratamiento o titulo. A los familiares y amigos por sus nombres. Cuando las dos personas no comparten el mismo idioma, cada uno lo hará en su propia lengua. Si no ofrecen una tarjeta de visita. Lo consideraremos ritual muy importante, ya que dan una idea clara de la posición de una persona y, por tanto, del grado de cortesía que debe utilizarse.

Un saludo inapropiado por nuestra parte puede acarrearnos una mala entrevista posterior. Se recomienda saludar con un “Hola” y una sonrisa y no hacer ningún gesto con las manos si no es siguiendo la iniciativa de nuestro paciente, al que no dudaremos en preguntarle como seria la forma más adecuada en su caso.

Al cruzarse en pasillos, la calle, entrar en un local o subir al autobús recibiremos y devolveremos saludos generales verbales o gestuales con la cabeza. Algunos

pacientes apreciaran que nos detengamos para interesarnos por sus personas. Las fórmulas más frecuentes para despedirse son *¡Hasta la próxima!*, *¡Hasta luego!*, *¡Que le vaya bien!* En el mundo de Hispanoamérica, Adiós no se usa mucho porque implica algo casi definitivo.

¬ Tiempo y espacio. La concepción del tiempo es, en algunas culturas, circular: como la naturaleza (las estaciones, el sol que sale cada día...). En la concepción hindú del mundo el tiempo puede ser algo superado. El tiempo es una rueda que da vueltas por los vastos ciclos de la creación (*sarga*) y de la destrucción (*pralaya*). En las culturas africanas se señala que el pasado no es pasado, sino presente. Pero aún hay más, ya que también hay diferencias culturales a la hora de valorar lo espacial, no todo en el mundo es cartesiano.

¬ Organización y funcionalidad familiar. En general la cohesión de la familia y el respeto a los mayores son valores fuertemente instaurados. Tanto en los originarios africanos como sudamericanos proceden de una familia del tipo extenso con necesidades individuales, menos importantes que las necesidades familiares. Entre nuestros inmigrantes se observa estructura desde la hierática musulmana, con un fuerte componente patriarcal (padre autoritario y una madre sumisa y sacrificada) pero donde la mujer al hacerse cargo de la educación de los hijos es un firme soporte familiar, hasta las más relajadas pero con fuertes vínculos familiares extendidos (clanes) de la etnia romaní.

El clínico, cuando da consejos a la mujer extranjera sobre las actitudes autoritarias del padre de familia, alentar a la madre a abandonar su estilo sumiso y fomentar un sentido de autonomía e independencia en su hija adolescente o procura una ayuda económica que reciba ella puede no darse cuenta del impacto que este tipo de consejos y acciones puede tener en una mujer con un entorno familiar culturalmente diferente al del terapeuta, como desestabilizar todavía más la estructura familiar. En un intento por afrontar todos estos cambios, el padre puede reafirmar su autoridad. Esto puede convertir en más rígida la estructura familiar y provocar que respondan menos a la presión para adaptarse.

¬ Rituales mortuorios. Religión y espiritualidad. Las creencias religiosas refuerzan la utilización individual de la proyección como mecanismo de enfrentamiento explicativo, pero también condiciona finalmente la conducta de búsqueda de ayuda del individuo e influye en su grado de esperanza en la recuperación y de resolver los ritos de las pérdidas familiares.

¬ Visitas en el domicilio. Los pacientes chinos y los iraníes no están conformes con las visitas a domicilio planificadas por el médico o la enfermera. Los afrocaribeños y asiáticos, en cambio, las procuran y fomentan, aprovechando para hacer las consultas que deberían hacer en el centro de salud.

Con los marroquíes, si nos reciben en casa, la bienvenida será con frases entusiastas y reiteradas, ya que un recibimiento menos efusivo se consideraría una falta de

educación. Los cubanos ofrecen algo de beber, como café solo, vino o una bebida ligera, que no es descortés rechazar.

Dado el respeto y el lugar que ocupan en la familia en todas las culturas, lo correcto es saludar a los ancianos de la casa.

¬ **Prácticas de salud**. Los inmigrantes procedentes de culturas en las que las medicinas tradicionales están establecidas no rechazan la ayuda de la biomedicina occidental pero buscarán también ayuda en su medicina tradicional dado su arraigo en su cultura.

Muchas de ellas tienen valores que en la medicina occidental se han perdido en aras de la técnica y el sometimiento a una relación médico-paciente de experto más que como colaborador de la salud del paciente. También por eso cada vez más pacientes occidentales acuden a estas medicinas alternativas.

¬ **Representación cultural**. Para poder enmarcar en el justo sentido la demanda del paciente, sus necesidades, idea y expectativas de una manera sistemática, fácil de recordar y concisa ya sea en intervenciones terapéuticas, prevención de la enfermedad, mantenimiento o promoción de la salud podemos seguir el Modelo de Competencia Cultural de Purnell, que nos recuerda cuales son los puntos clave de indagación fenomenológica por los que podemos obtener una representación cultural de nuestro paciente (un *Daseinanalysis* o análisis del ser-en-el-mundo) y que incluye patrones sociales, culturales étnicos, religiosos, idiomáticos y grado de identificación con la etnia anfitriona o grado de aculturación (**Congruencia o consistencia cultural**).

Representación cultural	
1	Situación global, hábitat y topografía
2	Comunicación
3	Organización y función familiar
4	Situación laboral
5	Ecología biocultural (farmacoantropología, rasgos físicos)
6	Factores y conductas de alto riesgo
7	Nutrición
8	Embarazo y prácticas de maternidad
9	Rituales mortuorios
10	Religión y espiritualidad
11	Prácticas de salud
12	Agentes de la salud

Purnell L.D.; Paulanka, B.J. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. 2nd Edition F.A. Davis Co. Philadelphia, 2003.

- **Estereotipo vs generalización**. Los conocimientos que adquiramos sobre la cultura de un grupo étnico nos servirán como esquema de generalización, como punto de partida para situar a nuestro inmigrante en su contexto cultural original y que investigaremos si cumple o no. Es decir, no como un estereotipo o cliché. El concepto de estereotipo suele ser negativo.

Las generalizaciones son más positivas. Sirven como un punto de arranque; no encasillarán a nuestro paciente y ayudan a entender y movernos dentro de un modelo amplio de comportamientos y creencias.

Debemos recordar que los grupos culturales tienen subgrupos que siguen sus propios valores culturales y normas. Además, la aculturación permite a los individuos tener una mezcla de valores, conductas, y creencias de modelos culturales dominantes y los pertenecientes a sus grupos culturales o religiosos específicos.

2.3. Valoración física

Debemos ser conscientes de las diferencias derivadas de la variabilidad y diversidad étnicas en cuanto antropometría, rasgos, color y textura de la piel, forma y color del pelo, distribución de la grasa corporal y posibles variaciones en los resultados de laboratorio y pruebas especiales. No prever estas diferencias nos conducirá a emitir diagnósticos erróneos, repetición de análisis y la realización de nuevas pruebas más exhaustivas en pacientes sanos.

El proceso que emplearemos en la exploración física será de extremada etiqueta, conservador y delicado. Ante el médico y en nuestro medio, la desnudez generará vergüenza, aprensión, o modestia como valores deseables, pero para otras culturas llega a convertirse en una violación de sus creencias.

Encontraremos diferencias clínicas raciales en los resultados de laboratorio, sin olvidar que los valores de normalidad de los análisis pueden variar con respecto a los patrones que tengamos como referencia locales.

Los parámetros más comúnmente afectados son los correspondientes a transaminasas hepáticas, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, proteínas totales, albúmina, electrolititos, urea, creatinina, y calcio. Estas diferencias posibles no deben descartar las variaciones debidas a la edad, masa corporal, ingesta de alcohol, hábito tabáquico o anticonceptivos orales.

Normalmente esperan el diagnóstico y la solución definitiva a su enfermedad en un solo acto. Por eso cuando se va a necesitar otra visita, cuando nuestro diagnostico y tratamiento va a depender de los resultados de pruebas de laboratorio, habrá que explicar el porqué de las pruebas y de la demora.

Diversas culturas (especialmente en Oriente Medio y en México) sostienen que los humanos tienen una cantidad de sangre fija, lo que hace difícil las extracciones sanguíneas para análisis o transfusiones. Así, los chinos y basándose además en su

medicina tradicional –diagnóstico por el pulso- son muy reticentes a hacerse análisis de sangre. Poco se puede hacer, excepto intentar pactar con el paciente.

2.4. Valoración farmacoantropológica

De la mayoría de los medicamentos, numerosos estudios han demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción) y la farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco). Además de los estudios de farmacogenética se han descrito respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas específicas -variabilidad intraétnica-, (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales y contaminantes), galénica, dosis y pautas, vías de administración, expectativas del paciente y del médico –efecto placebo y nocevo- así como uso de medicina alternativa.

Factores como el punto de vista del médico, creencias y expectativas de los pacientes, efecto placebo y adherencia al tratamiento se han demostrado con frecuencia más determinantes del efecto clínico de los medicamentos que sus propiedades farmacológicas. Determinantes insuficientemente estudiados, ya que no se analiza suficientemente otros factores condicionados por la parte cultural de la etnicidad, tales como las dosis diarias, el binomio eficacia-seguridad, aspectos socio-económicos, variabilidad diagnóstica, causalidad de enfermedad y expectativas del tratamiento y la confianza del paciente en curarse y las expectativas del médico.

Aspectos terapéuticos universales

- Las operaciones terapéuticas básicas: identificación y nominación del problema por el que consulta el paciente, prescripción de un remedio y control del tratamiento
- Los elementos del tratamiento:
  - establecimiento de una relación terapéutica que vehicula el tratamiento
  - construcción de un marco terapéutico consistente (incluye elementos como una indumentaria adecuada, el ambiente institucional, la decoración del escenario, los rituales del terapeuta que le acreditan como tal, etc.)
- El acto de definición de la etiología del problema (mediante el diálogo exploratorio, las pruebas complementarias, etc.)
- La explicación del problema al paciente en términos comprensibles y aceptables desde su concepción del mundo
- La prescripción del tratamiento (medicamentos, consejos de conducta, cambios en el ambiente, rituales, ceremonias, etc.)

Tseng WS, McDermott JF. Psychoterapy: historical roots, universal elements and cultural variations. American Journal of Psychiatry. 1975; 132: 378-384.

Los antibióticos, antituberculosos y antidepresivos demuestran una buena respuesta pero también más efectos adversos en los africanos y asiáticos. Los chinos son más sensibles al efecto cardiovascular del propanolol que los europeos. Los indios Eskimo del Canadá tienen el 90% de riesgo de contraer una neuropatía periférica cuando se les administra isoniacida, frente al 40% que tiene un europeo. Existen países donde el metamizol no se comercializa; ha sido retirado por los problemas de agranulocitosis, anemia aplásica, leucopenia, trombocitopenia que se producen en su población, pero que es rara en otros.

Hacen falta estudios en nuestro medio del comportamiento, resistencias, automedicación, mal uso y efectos secundarios de los medicamentos comerciales en otras etnias hasta ahora enormemente dificultados por la poca comparabilidad de los realizados (variabilidad diagnóstica, dosis,..) sobre todo en los grupos minoritarios racial o étnicos al menos con los de representación mayoritaria.

2.5. Valoración psicosocial

Iguales principios se refieren a la valoración de funcionalidad social para ejercer culturalmente competente. Estará orientada a la detección de necesidades (relaciones íntimas, grado de integración social, participación en la comunidad, apoyo familiar, tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos) con el fin de solventarlas teniendo en cuenta, de una manera responsable y sensible, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también las provenientes del país de origen.

Específicos en esta área se han publicado los siguientes cuestionarios:

- Encuesta de valoración de la calidad de la atención sanitaria y psicosocial de los inmigrantes. Magrebíes. (Asociación Socio-Cultural Ibn Batuta, SAPPIR y la Fundación Avedis Danovedian, 2002). En un cuestionario de 36 ítems cerrados de respuestas múltiples, investiga área de la integración psicosocial (factores estresantes y apoyo social) y la calidad de la atención sanitaria que reciben.
- Cuestionario sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. (Martínez-Otero Pérez, 2002). En una entrevista estructurada con 11 ítems abiertos registra los factores generadores de estrés, aislamiento y duelo.

3. Estructura política y de práctica sanitaria

Las organizaciones asistenciales médicas deben desarrollar reglamentos, estructuras, prácticas y procedimientos que apoyen un sistema de prestación de servicios culturalmente apropiados.

Se necesitan políticas públicas en salud para los inmigrantes, la reducción de las desigualdades en el acceso al sistema sanitario y una efectiva sensibilidad hacia las identidades y particularidades en el contexto de una ciudadanía multicultural lejos de la simple negación de la diversidad.

4. Estructura política y de práctica social

Desde los órganos públicos de gestión y ordenamiento social se debe fomentar las redes sociales naturales, informales, de apoyo y de asistencia, asociaciones de vecinos, civiles y de abogacía, comerciantes locales o del vecindario, alianzas de grupos, organizaciones étnicas, sociales, espirituales y religiosas, líderes espirituales, y curanderos, medios de comunicación de la comunidad, etc.

Que la práctica asistencial sea accesible, eficaz y de coste razonable, requiere que los sanitarios tengan un más profundo entendimiento de los antecedentes socioculturales de sus pacientes y sus familias y del medio ambiente en el que viven. A partir del establecimiento de la competencia cultural como el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permitan que los individuos incrementen su comprensión y apreciación de las diferencias y similitudes culturales de los grupos humanos.

5. Investigación y docencia

Para que la práctica asistencial sea accesible, eficaz y de coste razonable, requiere que los proveedores tengan un más profundo entendimiento de los antecedentes socioculturales de sus pacientes y sus familias y del medio ambiente en el que viven. En el caso de la necesidad de tener información sobre la salud de los grupos de diversas razas y etnicidades en nuestro medio es una tarea apremiante. Se necesitan conocimiento y documentación tanto de los resultados de las intervenciones asistenciales como del acceso y utilización de los servicios por parte de estas poblaciones. Para entenderlo en su totalidad es necesario organizar seminarios y cursos de perfeccionamiento, para adecuar los conocimientos científicos sobre los reales riesgos de salud determinados por los flujos migratorios. Se necesita investigación que documente las variaciones de reacción a los tratamientos entre los diferentes grupos raciales y étnicos, los resultados de la educación de salud entre los diferentes grupos raciales y étnicos. Una regulación curricular y como se puede enseñar a los otros médicos.

6. Calidad

Los servicios médicos culturalmente apropiados mejoran las interacciones entre pacientes y proveedores y, por lo tanto, concluyen en mejores resultados de tratamiento, también pueden crear mejores experiencias interpersonales y hacer que el paciente que recibe el tratamiento médico quede más satisfecho.

Por eso, tener conocimiento de las diversas culturas es cada vez más importante para las personas encargadas del control de calidad de los programas de asistencia médica. Además, aquellos a cargo de diseñar las metodologías de evaluación para el mejoramiento continuo de servicios, deben confrontar asuntos de raíz cultural que son difíciles pero relevantes para el éxito de las intervenciones médicas.

Los servicios culturalmente competentes estarán inextricablemente ligados a lo que se define como tratamientos médicos eficaces y al sistema de responsabilización profesional y legal, cuyo fin principal es reducir las disparidades existentes entre la población general y las poblaciones de diversas razas, etnicidades y culturas.

7. Conclusiones

Los pacientes difieren de varias maneras. Algunas de estas maneras se deben a sus enfermedades, las clase socioeconomica, su nivel de educación, pero las mas profundas diferencias pueden ser las culturales, en las que se basa sus estilo de vida su idea del mundo. Conocer alguna característica de su cultura puede ayudar a realizar un mejor cuidado y restablecimiento de la salud.

Cierta sensibilidad al contexto del paciente, algunos conocimientos básicos necesarios y apropiados con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde se ejerce, aparte de ser un desafío ético, evitar prejuicios y discriminaciones, procurara una atención de calidad, satisfacción del usuario y motivación del profesional.

Bibliografía

Bennett MJ. A developmental approach to training for inter-cultural sensitivity. Int J Intercultural Relations 1986; 10:179-96. Citado por Fernández ES, South-Paul JE y Matheny SC. Cuestiones sociosanitarias en la asistencia sanitaria. En Medicina de Familia. Principio y practica. Ed. Taylor RB. 5ª edición.

Borkan JM, Neher JO. A developmental model of ethnosensitivity in family practice training. Fam Med 1991; 23: 212-17. Citado por Fernández ES, South-Paul JE y Matheny SC. Cuestiones sociosanitarias en la asistencia sanitaria. En Medicina de Familia. Principio y practica. Ed. Taylor RB. 5ª edición.

Carrillo, J. Emilio, Green, Alexander R., Betancourt, Joseph R. Cross-Cultural Primary Care. A Patient-Based Approach. Ann Intern Med. 1999; 130:829-834.

Garay J., Fernandez, C., García, M.A. La atención primaria de salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Madrid, 2002.

Grupo de consenso de atención primaria (SEMERGEN, CESM, SEMFyC) Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria.

López Abuin J.M, García Cepeda, J.R (coords.) Manual de Atención al Inmigrante. Enfermedades Foráneas. Fundación SEMERGEN, 2003.

López-Vélez R. Inmigración y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Yamanouchi. Madrid 2002.

Martincano Gómez J.L. Manual de Medicina Transcultural. 1ª ed. Madrid: IM&C, S.A.; 2003.

Villarreal Ríos, E., González Rocha, J., Salinas Martínez, A.M., Garza Elizondo, M.E., Núñez Rocha, G., Uribe Martínez, M.G. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Aten Primaria, 2000 (25); 7: 475-478

Capítulo **7**

Mediación en salud

M. Rosario Fernández García
Médico de familia Sermas Área 7.
Master en Medicina Humanitaria y miembro de los GdT del inmigrante de la semFyC y somamFyC.
José Vázquez Villegas
Médico de familia. Director de la Unidad de Gestión Clínica La Mojonera (Almería).
Coordinador de los Grupos de Trabajo de Atención al Inmigrante SAMFYC-semFYC.

El reconocimiento del derecho de las poblaciones inmigrantes a disfrutar del nivel más elevado de salud física y mental, debería incluir el derecho a servicios de salud accesibles, el derecho a unas condiciones de trabajo y vivienda saludables y el derecho a una educación sanitaria aceptable (Margaret Duckett1)

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

(Declaración IV Alma-Ata)

1. Introducción

Desde la década de los ochenta y debido fundamentalmente al gran crecimiento económico derivado de la integración en la Unión Europea, España, que era un país origen de inmigración, se ha convertido en un receptor de inmigrantes. No obstante, todavía viven unos 2 millones de españoles en el extranjero.

Estamos asistiendo a un aumento de la preocupación en nuestra sociedad por las perspectivas de futuro de los inmigrantes en España, que tiene un gran componente sanitario focalizado en dos aspectos: el derecho a recibir asistencia sanitaria y las enfermedades emergentes o importadas. El aumento de la demanda asistencial de personas procedentes de otros países va a requerir esfuerzos tanto por parte de la sociedad como de los sistemas sanitarios, que les faciliten el acceso a los servicios de salud y su atención como forma de garantizar la salud de todos.

Los inmigrantes, en general, no lle gan enfermos a España, su vulnerabilidad empieza en el país receptor por los hábitos y situaciones sociales adquiridas, las malas condiciones laborales y de vivienda y los pocos apoyos familiares y sociales.

La salud de los inmigrantes va a estar más determinada por las condiciones en que se encuentran en nuestro país, que por la situación anterior en sus países de origen.

El fenómeno de la inmigración ha supuesto un impacto en la atención a la salud de la población. Los servicios sanitarios han sido planificados sin considerar la presencia de la población inmigrada que progresivamente ha ido en aumento y ha planteado nuevas necesidades en salud a las que se deben dar respuestas adecuadas en un entorno bio-psico-social, incluyendo el concepto de adaptación mutua y teniendo en cuenta a las personas como elementos activos en relación a su salud. Todo ello implica nuevos retos.

Hay que considerar la diversidad de la comunidad inmigrante según su origen, prestando atención a sus múltiples diferencias como son el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, los códigos de salud, la alimentación y el entorno

entre otras. Estas diferencias determinarán la adaptación de algunas de las intervenciones a desarrollar en estos colectivos con el objetivo de favorecer su accesibilidad y garantizar una asistencia de calidad.

La persona inmigrada suele ser joven, sana, con gran iniciativa, capacidad de adaptación a los cambios, y una situación social, económica y laboral a menudo de características precarias. Actualmente las reagrupaciones familiares han comportado algunos cambios en el perfil de esta población.

Para aproximarnos a la población inmigrada en el contexto de la salud deberemos tener en cuenta algunos aspectos:

- La condición de género y las desigualdades de rol.
- El propio trayecto migratorio

Cuadro 1

Fases del proceso migratorio según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

FASES	HAY QUE CONSIDERAR
ORIGEN	El lugar de procedencia El motivo de la emigración Las relaciones que mantienen en el entorno de origen mientras están fuera
TRÁNSITO	Los lugares por donde pasan Como viajan Como se mantienen mientras viajan
DESTINO	El lugar a donde van Las actitudes que encuentran a la llegada Sus condiciones de vida y de trabajo en el nuevo país
RETORNO	Las comunidades a las que retornan Sus familias Sus recursos o la ausencia de ellos

- El valor de la salud no como una prioridad, excepto cuando ésta afecta la capacidad laboral. Son, por lo general, otras las prioridades que se anticipan a la salud relacionadas con el motivo que ha desencadenado la inmigración.
- La concepción del sistema de salud a partir del contexto de país de origen, por lo general basado en la atención hospitalaria.
- Un concepto de salud muy diverso en relación al síntoma, la enfermedad y el tratamiento.
- La dificultad para la comprensión del concepto de prevención y, como consecuencia de ello, la capacidad de incorporar prácticas preventivas en salud.

También hay que destacar las situaciones de desigualdad que vive la población inmigrada como el desconocimiento, el déficit o la ausencia de derechos, el proceso del duelo migratorio, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, la dificultad para acceder a los recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local… que favorecen una mayor vulnerabilidad en su salud.

El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que, con frecuencia, se expresan entre la población inmigrante y dificultan el acceso al sistema sanitario en un contexto de normalidad. Pero también la diferencia cultural y los problemas de comunicación en un sentido amplio, más allá del idioma, favorecen que las demandas de la población inmigrada a los servicios sanitarios sean inespecíficas, a menudo expresadas en forma de somatización y realizadas en los servicios de urgencias de asistencia primaria y hospitalaria de forma recurrente e incluso itinerante.

Por otra parte, la escasa formación de los profesionales en competencia cultural, la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y porque no, también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población, pueden contribuir a cronificar la sintomatología expresada, disconformidad en la persona atendida, impotencia del profesional, aumento de costes y frustración mutua.

Como conclusión, podemos deducir que las dificultades para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la comunicación repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en la utilización de los recursos sanitarios. Será importante identificar las barreras de acceso y las definiremos como restricciones internas y externas.

2. Particularidades de la entrevista con el inmigrante: idioma, cultura, emociones

La entrevista clínica es un espacio donde se cruzan elementos de relación humana con otros meramente técnicos. La atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo el profesional y el usuario se comuniquen. Por ello, es conveniente tener presente la comunicación no verbal como forma de solventar los problemas que el idioma puede acarrear y que exista una voluntad de comunicación entre las partes.

Existen algunas características diferenciales que pueden influir en la consulta y en la salud de la población inmigrante y que deberemos tener en cuenta:

- El *idioma* puede originar problemas de comunicación, hacer que la asistencia sea complicada y que no se resuelvan las patologías. Así mismo, puede crear angustia en el profesional. La lengua es la principal dificultad de la población no hispana y de aquella que no domina lenguas de extendido uso internacional. Incluso en los inmigrantes hispanos el uso de determinados giros y expresiones dificulta la entrevista clínica.

El problema del idioma puede llevar, incluso, a situaciones en que los hijos tienen que hacer de intérpretes para sus padres en la consulta con las limitaciones que ello conlleva, sobre todo con determinados problemas de salud.

- Tan importante o más que el idioma son las *diferencias culturales,* por lo que es imprescindible tenerlas en cuenta ya que el concepto de salud y enfermedad es diferente según las culturas. Poseen opiniones y conductas sobre la salud diferentes a nuestros conceptos y aunque presenten enfermedades similares a la población autóctona, pueden ser formuladas según sus características culturales.
- Es importante tener presentes las *enfermedades* que consideran como "*nuestras*" y que para ellos no son enfermedades por no ser habituales en su medio o no ser consideradas como tales en su cultura.
- Existe el peligro de *banalizar las quejas psíquicas* y no sospechar somatizaciones y "achacarlo" todo al desarraigo.
- Algunas características comunes a la población inmigrante son la *precariedad laboral* y *movilidad geográfica*, con frecuentes cambios de domicilio. Esta temporalidad puede afectar negativamente a la atención prestada en las consultas, tanto a demanda como en las actividades de prevención y promoción de la salud que se quieran poner en marcha en este colectivo.

Todo esto puede generar una mayor inversión de tiempo en la entrevista clínica, por ello es importante que el profesional aprenda a trabajar de una manera multicultural y que pueda disponer de recursos facilitadores, que no determinantes, como traductores, mediadores, etc.

3. Ser más competentes

Para poder ofrecerles una atención de calidad es preciso conocer cuál es su morbilidad y qué factores socioculturales condicionan su percepción de salud y, por lo tanto, su atención.

Definir la cultura es como hablar de las tantas y tantas culturas que existen en el mundo. Algunas definiciones simples incluyen la coincidencia de un lenguaje, una historia, unos conocimientos y unas experiencias comunes a un grupo, comunidad o sociedad. Además pueden incluirse otros aspectos como las creencias, las normas, los valores y también la raza, la etnia, tendencias sexuales, etc.

La cultura se aprende, se enseña, se reproduce y evoluciona constantemente. Y las culturas chocan y se relacionan. Este choque aparece cuando sus diferencias percibidas se intensifican y concentran en ánimos contrapuestos. Dependiendo de cómo sea la relación entre dos culturas podremos hablar de distintos tipos de relación que sería interesante tener presente para identificarlos en la consulta:

Cuadro 2
Relación entre dos culturas

	SI se buscan y valoran las relaciones positivas	**NO se buscan ni valoran las relaciones positivas**
SI se conservan la identidad cultural y las costumbres	INTEGRACIÓN	SEPARACIÓN
NO se conservan ni la identidad cultural ni las costumbres	MARGINACIÓN	ASIMILACIÓN

- ***Marginación***: los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en inadaptados, con alto riesgo de que aparezcan problemas psiquiátricos.
- ***Separación***: se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la de origen. Se crean guetos.
- ***Asimilación***: Se rechaza la cultura de origen y adoptan la receptora. Existe falta de estima por lo propio y es más frecuente en segundas y terceras generaciones.
- ***Integración***: Reelaboración de ambas culturas. El inmigrante hace un esfuerzo en adaptarse a la cultura del país. Se enriquecen ambas culturas

Cuando atendemos a la población inmigrante, nuestro objetivo debe ser una atención médica culturalmente apropiada, eficiencia clínica culturalmente competente, respetuosa, flexible y sensible.

Debemos tener presente que la concepción de la salud y de la enfermedad puede ser distinta a la nuestra y es por ello que tendríamos que esforzarnos en acercar la cultura médica a la cultura popular para evitar que el distanciamiento cultural represente dificultades añadidas a los problemas de salud de la población. También de los conceptos y de como la cultura puede influir en la salud de los inmigrantes

Definimos Competencia Cultural como la habilidad y destreza de individuos y sistemas de responder respetuosamente y eficazmente a las personas de todas las culturas, clases, razas, fondos étnicos y religiones de una manera que reconoce, afirma, y valora las diferencias culturales y similitudes y el valor de individuos, familias, y comunidades y protege y conserva la dignidad de cada uno.

En la interacción médico-paciente son perceptibles diferencias entre sus propias culturas, su nivel social y educación, diferencias de género e incluso de edad que no pueden ser obviadas. Existen diferencias idiomáticas, con un fondo cultural distinto al nuestro donde, según sus costumbres, educación y tradiciones, se definen otros conceptos e ideas sobre la enfermedad, etiología, diagnóstico y expectativas sobre nuestra atención y solución de sus problemas.

Cuando las diferencias son más evidentes, como ocurre en la interacción con inmigrantes recientes o cuando médico y enfermo son conscientes de la existencia de una distancia cultural, todos estos elementos adquieren un protagonismo especial.

La mayor parte de los profesionales de la salud piensan que el inmigrante es el que debe adaptarse a los valores, creencias, usos y costumbres de nuestro país, incluidos los referentes a la medicina occidental. Otros son conscientes de que existen unos factores diferenciadores sociales y culturales, distintos según procedencia y que se asocian a unos valores y formas de comportarse. Unos pocos piensan que si demuestran respeto y una actitud expectante con el paciente evitarán todos los problemas culturales. Y finalmente, sólo una minoría cree necesario adquirir y desarrollar conocimientos para poder realizar una valoración cultural individualizada del inmigrante en la consulta con habilidades y técnicas específicas para que la relación médico/paciente sea eficaz en ambas direcciones.

Así, cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

Pero para poder llevar a cabo esta enorme tarea tenemos que contar con los inmigrantes, y es por eso que en nuestra sociedad existen distintas figuras que pueden hacer de puente entre los servicios de atención e información sanitaria y estas comunidades:

MEDIADORES, AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, TRADUCTORES…

Se trata de profesionales miembros de la comunidad con la que trabajan y que se integran dentro del Equipo de Salud con el objetivo de que mejoren la circulación de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes y también para promover y dinamizar acciones de promoción de salud realizadas desde cada una de las partes o de forma conjunta.

No olvidemos que una persona puede tener clara una información, pero ello no va a implicar necesariamente un cambio en sus patrones de comportamiento.

Por otro lado, los médicos y las instituciones sanitarias deben trabajar para desarrollar competencias asistenciales que tengan en cuenta la diversidad cultural y los elementos de esa competencia deben figurar en los programas de formación tanto pre como postgrado.

Así mismo, las autoridades sanitarias, deberían exigir unos mínimos de competencia cultural en la acreditación de centros y servicios para así poder afrontar mejor los retos de la diversidad, favorecer el acceso a los servicios de las personas de otras culturas y reducir la discriminación en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria.

Tabla 1

Agentes socio-sanitarios inmigrantes

Asociación de base	¬ Auto-organización por el grupo de iguales
Educadores de pares	¬ Persona inmigrante, muy vinculada al grupo de referencia del país de origen ¬ Su objetivo es educar en salud a los miembros de su colectivo ¬ Su trabajo es fundamentalmente de proximidad. ¬ Cualidades: ¬ Motivación en la educación de otras personas ¬ Capaz de promover la salud ¬ Capacidad de organizar actividades y de escucha y transmisión ¬ Mantiene un equilibrio entre su identidad y su papel en el proyecto ¬ Funciones: ¬ Estimula a las personas parar responsabilizarse de su salud ¬ Facilita la relación entre su comunidad y las instituciones ¬ Asesora en temas de salud/legislación y recursos ¬ Deriva a los centros de atención sanitaria
Mediador/a intercultural	¬ Persona inmigrante o no, reconocida y aceptada en la comunidad de intervención. ¬ Cualidades: ¬ Conoce los recursos sociosanitarios ¬ Conoce el tejido y estructura asociativa ¬ Funciones: ¬ Facilita el acceso a los recursos ¬ Media en los conflictos ¬ Deriva hacia los servicios sociosanitarios ¬ Acompaña en el uso de los servicios sanitarios ¬ Ayuda y apoya
Agente promotor de salud	¬ Persona inmigrante con formación específica en salud, integrada en el equipo de salud y conocedora del sistema ¬ Su objetivo es mejorar la atención y los cuidados en salud del colectivo inmigrante ¬ Funciones: ¬ Facilita la atención en salud ¬ Informa sobre buenas prácticas en salud ¬ Realiza seguimiento de protocolos y cuidados terapéuticos ¬ Da apoyo social al grupo
Traductor/a	¬ Persona inmigrante bilingüe integrada y adaptada sociocultural-mente ¬ Objetivos: ¬ Reducir las barreras lingüísticas ¬ Funciones: ¬ Traducir e interpretar ¬ Explicar los aspectos culturales y de comportamiento del inmi-grante con respecto a la atención sanitaria ¬ “Abogacía sanitaria”: explícita o implícita

4. Propuestas de actuación para disminuirlas restricciones

Cuadro 3

Programas de actividad comunitaria [12 13]

Bada E. y col. Programas de salud comunitaria. En la Atención Primaria de salud ante la población inmigrante. Fundación CEMS. Madrid, 2002:323-356

La intervención se debería estructurar realizando proyectos tanto en el ámbito de la comunidad como en los servicios sanitarios que incidieran en la reducción de las restricciones.

- Reducción de la autorestricción primaria:
  - Programas de salud comunitaria.
  - Programas de información sanitaria.
  - Acciones específicas conjuntas para inmigrantes llegados recientemente.
- Reducción de las restricciones externas y prevención de la autorestricción secundaria.
  - Formación en competencia cultural y medicina de la inmigración de los profesionales en activo y de los que se encuentran en período de formación.
  - Programas de salud comunitaria.
  - Incorporación laboral de profesionales de procedencias diversas.
  - Servicio de traductores-intérpretes, mediadores y agentes de salud comunitarios integrados a los equipos de salud.
  - Formación específica para los equipos de salud.
  - Políticas de carácter general adaptadas a las necesidades y oportunidades que plantea esta diversidad creciente

Los programas de acción en la comunidad, con la participación de la figura del agente de salud y la competencia cultural de los profesionales, serían las coordenadas que determinarían un mejor acceso y utilización de los servicios sanitarios y que permitirán actuar de forma directa en la reducción de barreras.

Una breve descripción de estos instrumentos nos aproximarán a como intervenir en la propuesta de soluciones:

4.1. Programas de actividad comunitaria

Los programas de actividad comunitaria han de facilitar el acceso a los recursos de salud y a la información sanitaria a las personas inmigradas y especialmente a aquellas que se encuentran en una situación socio-sanitaria de mayor vulnerabilidad, para poder aumentar su autonomía y capacidad de decisión en relación a su salud.

Los objetivos operativos de los programas de salud comunitaria son:

- **La adaptación de los servicios de salud** para mejorar la atención de las personas que acuden a ellos. La respuesta pasará por la oferta de programas de formación en aspectos culturales y sanitarios específicos para los profesionales y también programas de apoyo y refuerzo.

- **La realización de programas externos**, destinados de forma prioritaria a la captación de la población inmigrada con más dificultades que no acude a los servicios sanitarios. Las acciones a desarrollar en la comunidad se deberían trabajar en la línea de programas de Información, Educación y Comunicación (IEC), fundamentados en las estrategias de educación de iguales.

  Para explicar esta estrategia, citamos a continuación un fragmento de una publicación del ONUSIDA: *"Generalmente la educación interpares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación interpares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación interpares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas."*

  La incorporación de nuevas figuras de distintas procedencias culturales en los servicios de salud como: la del traductor-intérprete, la del mediador, la del agente comunitario de salud y también la de personal sanitario de procedencias diversas en cuanto a país de origen considerando la presencia de población inmigrada. De estas figuras hablaremos a continuación.

5. Nuevos recursos sociosanitarios. Agentes comunitarios de salud y mediadores interculturales

Las consultas de Atención Primaria son "la puerta de entrada" de gran parte del colectivo inmigrante cuando demandan servicios de salud y, por ello, es fundamental que el médico de familia y resto de profesionales de la salud estén familiarizados con los recursos sociosanitarios de los que se dispone, diferentes según la zona en que nos encontremos, para facilitar la atención a este colectivo.

La comunicación clínica es fundamental para lograr el efectivo cuidado y protección de la salud y por eso desde la OMS se proclama que todos los pacientes inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas tienen un derecho a la comunicación clínica efectiva.

Los agentes sociosanitarios actúan como enlaces entre la población inmigrante y los servicios de salud. Se sitúan a distintos niveles y vamos a destacar entre ellos el mediador intercultural y el agente comunitario de salud.

En nuestro país el mediador es una figura relativamente nueva, siendo la mayoría de ellos mediadores sociales interculturales. La **mediación intercultural** es un proceso que contribuye a mejorar la comunicación, la relación y la integración intercultural entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas.

¿CÚAL ES EL CONTEXTO EN EL QUE SURGE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL?

La ignorancia sobre el mundo propio y el del otro y sobre las formas de percibir, entender, sentir y actuar es un caldo de cultivo idóneo para que aparezcan prejuicios, estereotipos, discriminación y racismo.

Este desconocimiento separa a las personas, crea o mantiene la distancia entre ellas y dificulta que se pueda construir conjuntamente. En este contexto surge la necesidad de la mediación intercultural. Una necesidad que se ve acentuada en el mundo actual, cuando a la diversidad cultural se unen la desigualdad social, económica y las diferencias de género.

La finalidad es construir una sociedad intercultural, es decir, transformar la comunicación y la relación entre personas y grupos de culturas diversas para que sea posible, como dice Bruno Ducoli(2002), "unir sin confundir y distinguir sin separar".

En lo referente al ámbito sanitario, muchos inmigrantes se quejan de que los profesionales sanitarios no conocen su cultura, dan poca información y no hacen caso de sus quejas. El mediador intercultural actúa para superar estas dificultades.

El mediador/a intercultural es un profesional miembro del colectivo de referencia o no, reconocido y aceptado por la comunidad de intervención. Las características y las funciones del mediador/a intercultural se resumen en la **tabla 2**. Puede desarrollar todas las funciones en cualquier ámbito de intervención: educación, servicios sociales, servicios sanitarios, trabajo, jurídico, asociación.

Tabla 2
Mediador/a intercultural

Cualidades	Funciones
¬ Formación en conocimientos, habilidades y actitudes específicas en mediación intercultural. ¬ Experiencia en participación social ¬ Dominio de la lengua de la sociedad mayoritaria y de la lengua de la comunidad autónoma donde trabajan, así como de la propia lengua de origen	¬ Facilitar la comunicación entre personas de distintas culturas ¬ Promover el acceso a los servicios y recursos públicos y privados ¬ Favorecer la participación social y comunitaria ¬ Asesorar a personas y colectivos minoritarios en su relación con la sociedad de acogida ¬ Asesorar a los agentes sociales en su relación con los colectivos minoritarios en temas de interculturalidad, diversidad cultural y relaciones intercomunitarias ¬ Ayudar y apoyar

Una manera de reforzar la implicación activa de las comunidades en el desarrollo sanitario consiste en dar formación a algunos de sus miembros y hacerlos participar como agentes de salud comunitarios (www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index5.html).

El agente comunitario de salud es una persona de la comunidad de inmigrantes con formación específica en salud, que conoce el sistema sanitario y está integrado en el equipo de profesionales de la salud. Su objetivo es mejorar la atención en salud y los cuidados en salud de la población inmigrante, promocionar la salud y aumentar la autonomía y la capacidad de decisión de los inmigrantes en temas relacionados con su salud. Las funciones del agente comunitario de salud se resumen en la **tabla 3**.

Tabla 3
Funciones del agente comunitario de salud

¬ Facilitar la atención en salud de forma eficaz, eficiente e igualitaria ¬ Proporcionar información y educación sanitaria individual y grupal ¬ Promocionar el uso adecuado de los servicios sociosanitarios ¬ Seguimiento de protocolos y de cuidados terapéuticos ¬ Actuar como interlocutor entre diferentes sectores de la comunidad, la sociedad civil y los sistemas sanitarios ¬ Dar apoyo social al grupo y fomentar la participación de ésta en la toma de decisiones y planes de actuación sanitaria

5.1. Modalidades de mediación intercultural

Se pueden distinguir tres tipos de mediación:

¬ a ¬ **M. "preventiva"**, que busca facilitar el acercamiento, la comunicación y la comprensión entre personas/grupos con códigos culturales diferentes.

¬ b ¬ **M. " rehabiltadora"**, que interviene en la regulación y resolución e conflictos y tensiones interculturales.

¬ c ¬ **M. " transformadora"**, que supone la apertura de un proceso creador mediante el que superar las normas, costumbres y puntos de vista particulares, en situaciones de convivencia multicultural, para alcanzar nuevas normas y modos de relación compartida.

5.2. Funciones de los agentes y mediadores sociosanitarios

En general, los programas de mediación sociosanitarios desde el ámbito de la Atención Primaria, deberían centrar sus actividades en tres ejes:

¬ a ¬ El **eje socio-cultural** hace referencia a diferentes tareas encaminadas a solventar las dificultades generadas por las diferencias culturales entre el paciente y el personal sanitario. Estas actividades tendrían como objetivo mejorar el entendimiento entre el centro de salud y la comunidad. En este apartado se incluirían tareas de:

- ¬ Traducción e interpretación.
- ¬ Mediación cultural tanto en el ámbito individual como colectivo. La ventaja de que sea el/la agente quien realice esta mediación, es que ésta no pasaría por la participación en la consulta de personal no sanitario.
- ¬ Formación del personal sanitario en aspectos relativos a la inmigración o la propia cultura, para reducir las diferencias con la comunidad.
- ¬ Análisis de la estructura y de los procesos internos del servicio (ubicación, procesos administrativos, de diagnóstico...) así como de los programas y materiales de promoción de la salud para detectar aspectos que pueden provocar dificultades para la comunidad y proponer soluciones conjuntas con el equipo.
- ¬ Acciones de información sobre aspectos de carácter social, laboral y legal-administrativo así como de recursos que puedan ofrecer soporte en estos temas. La finalidad de esto es doble. Un primer objetivo es aportar herramientas a la persona para intentar reducir aspectos de su contexto que pueden influir negativamente sobre su salud (precariedad laboral, falta de papeles...). Un segundo objetivo es dar respuesta a estas prioridades de la población, para reforzar la figura del agente de salud como referente sociosanitario en la comunidad.

¬ b ¬ El **eje sanitario** incluiría acciones tanto a escala individual como grupal. Estas actividades tendrían como objetivo aumentar el nivel de información sanitaria y desarrollar habilidades individuales y grupales para reducir la vulnerabilidad del individuo y la comunidad ante las problemáticas de salud. Las actividades principales serían:

- ¬ Ayudar a la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones realizadas por el equipo médico para intentar mejorar la respuesta del paciente.
- ¬ Poner a disposición del paciente los recursos de apoyo con que cuentan los servicios locales así como la propia comunidad (asociaciones, recursos administrativos, de soporte social...).
- ¬ Explicar el proceso diagnóstico y administrativo de los servicios de salud, para reducir el posible efecto negativo que prácticas médicas o procesos administrativos pueden provocar en el paciente por falta de experiencia previa.
- ¬ Promover y llevar a cabo acciones de información sanitaria y desarrollo de habilidades con grupos o individuos, utilizando tanto los espacios del servicio de salud como los espacios de la comunidad (asociaciones, casas...).
- ¬ Difundir en la comunidad los recursos socio-sanitarios disponibles así como sus formas de funcionamiento (obtención de la tarjeta sanitaria...).
- ¬ Detectar particularidades de cada comunidad en relación con aspectos de salud para fomentar intervenciones específicas y promover nuevas acciones.
- ¬ Facilitar el acceso de las comunidades a recursos y medidas de prevención.

¬ c ¬ El **eje comunitario** implicaría acciones destinadas a fomentar el tejido social de las comunidades para reducir los factores de contexto que aumentan la vulnerabilidad de las personas o comunidades. En esta línea el equipo de agentes comunitarios de salud trabajaría para:

- ¬ Aumentar los canales de información con las comunidades para facilitar el contacto entre los servicios y las personas (presentar programas, hacer difusión, crear espacios de encuentro...).
- ¬ Dar soporte y dinamizar iniciativas comunitarias para potenciar el tejido social de las comunidades y así para crear redes de acogida más estables y con mejores conexiones con los servicios de salud.
- ¬ Favorecer el contacto entre las diferentes redes que ofrecen soporte a la población (servicios sociales, sanitarios, educativos...) para mejorar la detección y derivación de posibles problemas de salud.
- ¬ Detectar, movilizar y coordinar recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades.

- Incluir la salud en las agendas de las organizaciones (formales o informales) de la comunidad para fomentar acciones de promoción de la salud realizadas desde dichos colectivos.

- Facilitar la participación de las comunidades en el debate sobre las necesidades sanitarias, así como en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir dichas necesidades.

Esta descripción de las actividades en las diferentes áreas de trabajo es sólo orientativa y podría ser más exhaustiva. Se presenta sólo para dar unas guías que deberán ser adaptadas en cada caso en función de necesidades y recursos de cada zona.

Una ventaja importante de la utilización de la figura del agente de salud es que plantea un modelo de respuesta a las necesidades de la población inmigrante, basado en la necesidad de dar una respuesta global a las necesidades específicas de la población atendida. Esta figura puede emplearse no únicamente para intervenir con población inmigrante, sino para intervenir con diferentes colectivos con especiales dificultades de acceso a la salud. Esta fórmula permite definir en cada zona los colectivos concretos donde es necesario intervenir (tercera edad, jóvenes, toxicómanos...) y a partir de allí definir el equipo de agentes comunitarios de salud que son necesarios. Este modelo es positivo, ya que eliminaría aspectos como la discriminación positiva de los inmigrantes, ya que no se basaría en una respuesta exclusiva para estos colectivos, sino una respuesta global del sistema de salud pero adaptable a las necesidades del contexto de las diferentes áreas geográficas.

6. Implicación de otras organizaciones e instituciones

En los últimos años Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Asociaciones, ONGs han dado pasos como pueden ser elaborar guías de recursos para la población inmigrante, disponer de teléfonos de información, elaborar planes de acogida, etc.; no obstante, todas estas iniciativas, pueden optimizarse con una coordinación previa que evite duplicidades y facilite la respuesta adecuada a aspectos no cubiertos.

Se trata, en resumen, de aprovechar mejor unos recursos existentes, orientándolos a las necesidades específicas de esta población.

Una de las necesidades prioritarias del inmigrante es el aprendizaje del idioma y la obtención de un trabajo y una vivienda digna. Sería recomendable implicar a las administraciones locales, movimientos asociativos, ONGs, etc., en la consecución de estos objetivos.

Mientras estas personas se encuentren en situación de inseguridad legal y/o administrativa la labor de estas asociaciones y ONGs seguirá siendo necesaria y representará un fracaso de las políticas de integración.

Si se integra la atención sanitaria en el S.N.S., los recursos destinados por estas organizaciones a actividades asistenciales podrían destinarse a otros fines, como, por ejemplo, la enseñanza del idioma.

Todas estas relaciones, la distribución y organización de los recursos sociales variarán en función de cada CC.AA., si bien existen unos mínimos que entran dentro de lo que nuestra Constitución y los reglamentos de los Derechos Humanos establecen.

7. Conclusiones

En una sociedad tan medicalizada como la nuestra, dónde siempre nos falta tiempo, es difícil poder tener una adecuada comunicación médico-paciente, cuanto más complicado intentar minimizar el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas.

Intentar un acercamiento cultural es costoso en tiempo y requiere motivación y de ello puede depender nuestra posterior relación, alianza terapéutica y nuestra capacidad para tomar las decisiones clínicas adecuadas o ser incompetentes y cometer errores médicos.

Pero para poder llevar acabo esta enorme tarea tenemos que contar con los inmigrantes, y es por eso que en nuestra sociedad existen distintas figuras que pueden hacer de puente entre los servicios de atención e información sanitaria y estas comunidades:

MEDIADORES, AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, TRADUCTORES…

Se trata de profesionales miembros de la comunidad con la que trabajan y que se integran dentro del Equipo de Salud con el objetivo de que mejoren la circulación de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes y también para promover y dinamizar acciones de promoción de salud realizadas desde cada una de las partes o de forma conjunta.

No olvidemos que una persona puede tener clara una información, pero ello no va a implicar necesariamente un cambio en sus patrones de comportamiento.)

Sería necesario garantizar la formación en competencia cultural de los diversos profesionales, tanto los asistenciales, como los gestores de políticas en salud, necesario favorecer la contratación de profesionales de diversos orígenes en los servicios de salud., necesario realizar programas de salud comunitaria que incorporen la participación de las diversas comunidades, necesario incluir figuras en los equipos de salud encaminadas a ser un puente entre el personal sanitario y el paciente inmigrante, como los traductores-interpretes, mediadores/as y agentes de salud comunitarios.

Bibliografía

Edison Ospina,J. Programas de salud comunitaria para comunidades inmigrantes.

Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Aten Primaria 2002;29: 466-8.

Jansa, JM, G de Olaya, P Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos Gac San 2004;18:207-213.

A Position Paper of the American College of Physicians. Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Ann Intern Med 2004;141:226-232.

Gámez Gámez E, Galindo Pelayo JP, Cañada Millán JL, Coll Verd J, Díaz Olalla M, Hernández González E. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC, 2002

Lobato Astorga P, Regato Pajares P, Iglesias Arrabal C, Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E, et al. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía, 2003.

Maquiera V. Gregorio C y Gutierrez E., Políticas públicas, género e inmigración. En: Perez P. (ed.) También somos ciudadanas. Madrid:UAM, 2000; 370-442.

Martincano Gómez JL. 2003. Manual de Medicina Transcultural. 1ª Ed Madrid: IM&C, S.A.

Ramírez. R, Monge Martín.D. Recursos sociosanitarios. Mediadores " Guía de Atención al inmigrante" 2ª Ed Madrid 2006: 50-51.

XV Congreso de la SVMFyC.2004.

Bloque **3**

Inmigración y diabetes

Capítulo **8**

Inmigración y diabetes

Josep Franch Nadal
Médico de familia del CS Raval Sur - CAP Drassanes (Barcelona).
Profesor Asociado Departamento de Medicina de la Universitat de Barcelona. Coordinador de la RedGEDAPS.

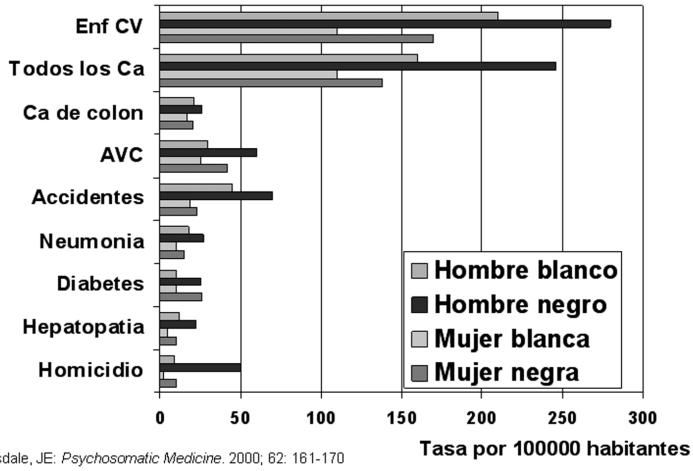
1. Introducción

En otros capítulos se ha analizado pormenorizadamente el fenómeno inmigratorio, las barreras y duelos que sufre el inmigrante (1,2).

Existen numerosas publicaciones sobre la influencia de las etnias y las migraciones en los problemas de salud. Estas diferencias no sólo pueden atribuirse a la genética sino que de buen seguro también influyen factores económicos y socioculturales. El CDC (3) ha analizado las causas de muerte por distintas patologías en función de las etnias y el sexo (**figura 1**). Observamos que en casi todos los casos (incluida la diabetes) la población negra tiene tasas superiores de mortalidad a la población blanca de USA.

Figura 1

Mortalidad según distintas causas, raza y sexo (ajustadas por edad)



Dimsdale, JE: *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62: 161-170

Una de las patologías en las que la etnia o el origen migratorio pueden influir con mayor importancia es la diabetes mellitus (DM)(4,5). Para analizar este tema, realizaremos un rápido repaso de las principales características de la enfermedad y especificaremos en cada apartado peculiaridades que pueden ser debidas a estas diferencias étnicas o migratorias; por supuesto, sin olvidar que cada inmigrante es una persona distinta con un cúmulo de circunstancias individuales que hacen imposible la estandarización.

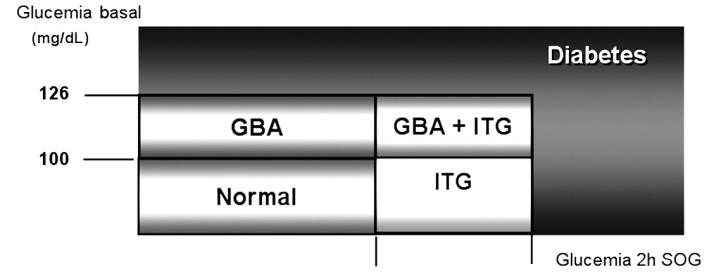
Dado que la inmensa mayoría de los diabéticos son del tipo 2, salvo menciones específicas (como en los apartados de la epidemiología o la fisiopatología de la DM1), las afirmaciones posteriores se referirán preferentemente a este subtipo de DM.

2. Diagnóstico de la DM

La DM es una entidad clínica cuyo diagnóstico se basa en los valores de corte de la glucemia, que es una variable cuantitativa continua[6]. Esta situación puede resultar artificiosa, puesto que sería algo así como pretender dividir en blanco y negro (sano y diabético) una escala continua de grises. Los criterios actualmente más utilizados son los de la ADA-OMS (7), aunque hay ciertas discrepancias en los puntos de corte (¿normalidad por debajo de 100 mg/dl o 110mg/dl? ¿glucemia basal o sobrecarga oral de glucosa?). (**Figura 2**).

Figura 2

Criterios diagnósticos de la diabetes, intolerancia y glucemia basal alterada



GBA: glucemia basal alterada
ITG = intolerancia oral a la glucosa.

ADA. *Diabetes Care*. 2007;30(suppl 1):S42-47

En el caso de la DM1 no suelen existir tantas dudas diagnósticas, puesto que generalmente la glucemia es inequívocamente elevada y con frecuencia se acompaña de cetoacidosis.

Es necesario recordar que la ADA definió la diabetes como una "*alteración metabólica principalmente caracterizada por una elevación de la glucemia y por complicaciones microvasculares y cardiovasculares que incrementan la morbilidad y la mortalidad asociada con la enfermedad, reduciendo la calidad de vida*" (6). En la génesis de las complicaciones intervienen muchos otros factores de riesgo además de la glucemia. Por tanto, nuestro objetivo primordial debe ser asegurar una buena calidad de vida presente y futura para nuestros pacientes, no simplemente rebajar la glucemia o la HbA1c por debajo de unos límites más o menos estrictos.

2.1. Diagnóstico de la DM en inmigrantes

Las curvas de distribución gausiana de la glucemia entre la población del mundo siguen patrones parecidos, pero en poblaciones genéticamente predispuestas a la DM2 (como los Pimas o de Nauru) ya se comprobó hace muchos años que la curva está desplazada hacia la derecha (8). Por tanto la media de normalidad y los límites superiores del intervalo de confianza al 95% son más altas que en población española, desde un punto de vista estadístico. Es decir, aplicando valores de corte basados en poblaciones occidentales, sobreestimaremos la prevalencia de DM en poblaciones genéticamente predispuestas. Sin embargo, el diagnóstico de la DM debe de ser universal y consensuado y por ello no deberíamos modificar los valores de corte glucémicos diagnósticos en función de la etnia (9).

A efectos prácticos, desde las saturadas consultas de Atención Primaria, la sobrecarga oral de glucosa (SOG) tiene poca o ninguna utilidad (10). Conseguir estandarizar las condiciones necesarias para la práctica de una SOG no es fácil y menos en pacientes inmigrantes con múltiples barreras idiomáticas y culturales. Posiblemente con parámetros como la glucemia basal, la presión arterial, los lípidos, el índice de masa corporal o el perímetro de la cintura tendremos suficiente para valorar adecuadamente al paciente y orientar las intervenciones futuras (11).

Sin embargo, como hemos comentado anteriormente, la importancia del diagnóstico de DM radica en la posibilidad de presentar las complicaciones que empeorarán la calidad de vida y aumentarán la mortalidad. Por lo tanto, en ocasiones, hiperglucemias de rango no diagnóstico de DM ya deben alertarnos de esa posibilidad futura y hacernos actuar para prevenirla. En los pacientes en que se prevean posteriores dificultades para control metabólico (como será el caso de muchos inmigrantes) será necesario implantar modificaciones de los estilos de vida (dieta y ejercicio) aunque no se haya establecido el diagnóstico “oficial” de DM2.

3. Fisiopatología de la DM

A pesar de compartir el nombre de “diabetes mellitus” los tipos 1 y 2 tienen una fisiopatología absolutamente diferente (12).

La DM tipo 1 se caracteriza por un déficit absoluto de insulina debido a la lesión de la célula beta pancreática por un proceso destructivo generalmente de base autoinmune. La mayoría de pacientes con DM1 presentan positividad para distintos tipos de anticuerpos y no tienen secreción de insulina.

Por el contrario, la etiología de la diabetes tipo 2 es desconocida. En su patogénesis se encuentran implicados factores genéticos que conllevan una cierta susceptibilidad para su desarrollo y factores ambientales que son determinantes, entre ellos, fundamentalmente la obesidad y la inactividad física.

Intervienen básicamente dos mecanismos: la **sensibilidad periférica a la insulina** y la **disfunción de la célula ß**. En función de las características del paciente y estadio de

la enfermedad, la alteración fisiopatología dominante variará desde diferentes grados de resistencia insulínica al déficit absoluto de esta hormona. En la mayoría de casos (los que cursan con sobrepeso u obesidad) su característica más notable es la existencia de resistencia a la acción de la insulina por disminución de la respuesta de los tejidos periféricos a dicha hormona. Suele presentarse en la edad adulta con un inicio insidioso que condiciona un retraso diagnóstico. Presenta una marcada asociación con la obesidad y el síndrome metabólico (obesidad centrípeta - hiperinsulinismo - HTA - DM 2 - dislipemia) (13).

Los estadios de "pre-diabetes" (glucemia basal alterada e intolerancia a la glucosa) junto con la diabetes constituyen uno de los criterios diagnósticos del **Síndrome metabólico**, que es la expresión clínica del mecanismo fisiopatológico de la resistencia a la insulina. Uno de los criterios diagnósticos más utiles para detectar la DM son los promulgados por la International Diabetes Federation (14) basados en la obesidad central (el perímetro de la cintura). (**Tabla 1**)

Tabla 1

Criterios de la International Diabetes Federation para el diagnóstico del Sd metabólico

Obesidad central (cintura de riesgo) + 2 de los siguientes
¬ Triglicéridos > 150 mg/dl o Tto hipolipemiante ¬ col-HDL < 40 mg/dl (hombres), < 50 mg/dl (mujeres) o Tto ¬ Presión arterial ≥ 130/85 mm Hg o Tto antihipertensivo ¬ Glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dl o diagnóstico previo de DM2
Se considera "*Cintura de riesgo*": ≥ 94 cm (hombres) o 80 cm (mujeres) en población de Europa, ≥ 90 cm (hombres) o 80 cm (mujeres) en población de Sur Asia, China, Sur América, Subsahara y Árabes ≥ 85 cm (hombres) o 90 cm (mujeres) en población de Japón

3.1. Fisiopatología de la diabetes en inmigrantes

Como hemos comentado anteriormente, los dos grandes mecanismos fisiopatológicos responsables de la DM son la resistencia a la acción de la insulina (RI) y la falta de secreción de la propia hormona.

Desde un punto de vista antropológico el hombre primitivo desarrolló una RI que le permitió sobrevivir a las duras condiciones ambientales. La insulina es la hormona que permitirá la entrada de los tres principios inmediatos (hidratos de carbono, proteínas y grasas) en los tejidos periféricos. Si los individuos tenían RI (principalmente a nivel del músculo periférico), reactivamente se producía una hipersecreción de insulina compensadora por parte del páncreas. Esta situación derivaba en una mayor entrada de los principios inmediatos por acción de la insulina en tejidos como la grasa (donde los hidratos de carbono pueden transformarse en triglicéridos) y por tanto una mayor reserva energética. Es decir, podían aprovechar más la comida que ingerían ocasionalmente y tolerar mejor el ayuno (en ocasiones, según la caza, sólo podían comer cada 4 o 5 días). Por tanto, los que tenían RI sobrevivieron y la transmitieron a su descendencia. Posteriormente, cuando la comida fue abundante y especialmente rica en hidratos de carbono de absorción rápida y en grasas, el hiperinsulinismo (inicialmente compensador) fue el responsable de la obesidad y la aparición de la DM2. El no tener que correr detrás de las piezas de caza u otros esfuerzos físicos, también contribuyeron al aumento de la DM2. Esta teoría ha recibido el nombre del "*fenotipo ahorrativo*" y es la que se aduce habitualmente para explicar el exceso de casos de DM2 entre distintas etnias (15).

Diversos autores (16) han estudiado diferentes etnias y han concluido que, principalmente en poblaciones del sudeste asiático (India, Pakistán …) y otras regiones con hambrunas endémicas, la RI es un problema capital y que menores grados de obesidad ya se asocian con la RI. Cuando individuos procedentes de estas poblaciones emigran a zonas de culturas con dietas ricas en HC rápidos y que exigen poco ejercicio físico para sobrevivir, la obesidad y la DM son más probables (como veremos más adelante).

Además, esto puede tener importantes connotaciones terapéuticas, puesto que si la RI es el principal mecanismo fisiopatológico, fármacos como la metformina (de coste muy bajo) estarán especialmente indicados en estas etnias.

4. Cribado de la DM2

Se recomienda establecer una detección precoz de la DM2 en las situaciones recogidas en la **tabla 2** (17).

Tabla 2
Población diana para un cribado precoz de la DM2 (ADA-08)

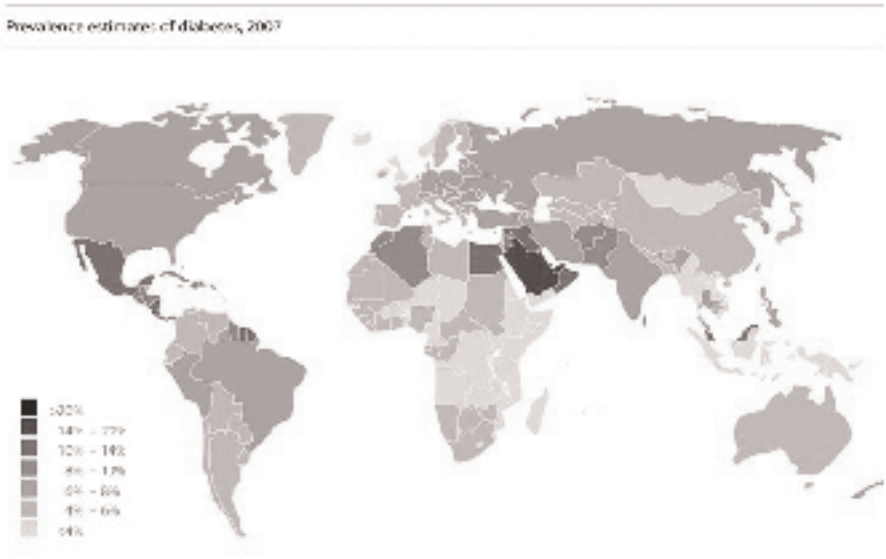
POBLACIÓN DIANA
¬ Personas mayores de 45 años y cada 3 años en el contexto de la prevención cardiovascular multifactorial
¬ Anualmente, y a cualquier edad, en personas con sobrepeso (IMC>25) con algún otro factor de riesgo para desarrollar diabetes: ¬ Antecedente de diabetes en familiares de primer grado ¬ Macrosomía y/o diabetes gestacional previa ¬ Colesterol HDL ≤ 35 y/o triglicéridos ≥ 250 mg/dl ¬ Hipertensión arterial ¬ Diagnóstico previo de IG o GBA ¬ Etnias de alto riesgo: asiáticos, centroamericanos, etc ¬ Situaciones clínicas que cursan con un aumento de resistencia a la insulina: Sd. Ovarios poliquísticos, acantosis nigricans, etc.

4.1. Cribado de la diabetes en inmigrantes

En la propia **tabla 2** vemos que la ADA considera a los asiáticos y centroamericanos como etnias con alto riesgo de desarrollar una DM2 y por tanto recomienda un cribado anual mediante una glucemia basal. En la **figura 3** observamos que en la estimación que la IDF realizó para el 2007, esas regiones la prevalencia de DM se eleva a un 14% aprox. (claramente superior a la de nuestro país) (18). A este dato hay que añadir dos observaciones más: que en las regiones más pobres existe un evidente infrarregistro y que determinados segmentos poblaciones tienen prevalencias mucho más altas (entre los Pimas mayores de 40 años, la prevalencia es de aproximadamente el 50%). Por lo tanto, posiblemente estará indicada la práctica regular de glucemias en estos grupos para un diagnóstico precoz, incluso en edades más tempranas (muchos autores recomiendan realizar el cribado en estas etnias a partir de los 30 años o incluso antes si hay sobrepeso).

Las glucemias capilares no son diagnósticas, pero es un método que no debe ser desdeñado en la práctica diaria, tanto para el cribado como para el posterior control metabólico.

Figura 3



Debemos tener presente que en estas etnias con alta prevalencia de DM2 y genéticamente predispuestas a la resistencia a la insulina, estas entidades pueden aparecer con menores grados de obesidad abdominal (o perímetro de cintura) en el contexto de un síndrome metabólico, como veremos más adelante. En la **tabla 1** ya hemos visto que se exponen las "*cinturas de riesgo*" para las distintas etnias (14) y que la tolerancia es mayor para poblaciones europeas.

Evidentemente, además de la etnia, influirán factores ambientales como el sobrepeso, la falta de ejercicio o la edad. Por ello una vez más debemos recomendar la individualización.

5. Epidemiología de la DM

Aunque la DM1 es más fácil de diagnosticar existen pocos estudios que analicen su incidencia y prevalencia en distintas regiones del mundo. La International Diabetes Federation ha recogido en su Atlas (14), los estudios que considera fiables y a partir de ellos podemos observar que existen importantes diferencias tanto en la incidencia como en la prevalencia según el área geográfica a la que nos refiramos (**tabla 3**).

Tabla 3
Incidencia y prevalencia estimada de la DM1 en distintas regiones del mundo
(por mil habitantes)

	Incidencia	Prevalencia
África	6	120
Mediterráneo Este y Oriente Medio	21	480
Europa	47	1290
América del Norte	37	1100
América Central y del Sur	17	400
Sudeste Asiático	46	875
Pacífico Oeste	25	675

Respecto a la DM2, existen multitud de estudios que pretenden determinar su prevalencia en distintas partes del mundo. La mayoría de ellos no son concordantes por varios motivos:

- La metodología empleada no es común: mientras unos basan los criterios diagnósticos en la glucemia basal (o incluso la glucosuria), otros utilizan la sobrecarga oral de glucosa (obteniendo cifras más altas de prevalencia), las selecciones de la muestra o las edades estudiadas tampoco son homogéneas.
- El momento de la realización del estudio. Así, en España (19), los primeros estudios epidemiológicos de los años 90 dan cifras de prevalencia de alrededor de un 5%, mientras que en los últimos años se eleva a más del 10%.
- Auténticas diferencias debidas a las distintas etnias de las poblaciones y sus estilos de vida.

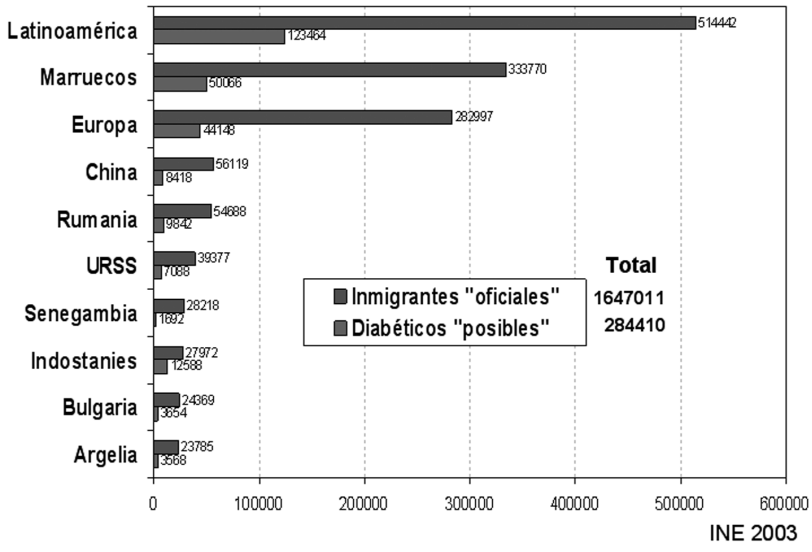
En la **figura 3** ofrecemos un mapa del mundo con la prevalencia de DM estimada en los distintos países (18).

5.1. Epidemiología de la diabetes en inmigrantes

Anteriormente hemos comentado la gran disparidad de prevalencia de la DM2 en los distintos países del mundo, no explicables únicamente por las diferencias metodológicas de los estudios. En Estados Unidos, por ejemplo, un estudio realizado en mayores de 18 años de 50 estados demuestra que la prevalencia de diabetes es mucho más alta entre los hispanos (9,8%) que entre los blancos no hispanos (5%) (4)

En el **figura 4** representamos la inmigración en España y una estimación de los casos de diabetes en inmigrantes que puede haber en nuestro país. A partir de los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) (20) en el 2003 se ha representado el número de "inmigrantes oficiales" registrados según los países de procedencia. Según el propio INE posiblemente estas cifras infraestiman en más del 50% los casos reales. A partir de estos datos y de las prevalencias de DM registradas en sus países de origen, junto con la edad media de los inmigrantes, hemos realizado una estimación personal del número "posible" de diabéticos inmigrantes en nuestro país, aún a sabiendas de que muy probablemente estamos infraestimando el problema. En este momento, posiblemente en España existen entre 300 y 500 mil diabéticos inmigrantes (diagnosticados o no). Este cálculo, aunque impreciso, puede orientarnos sobre los principales idiomas que utiliza la población inmigrante diabética y elaborar material educativo diabetológico específico.

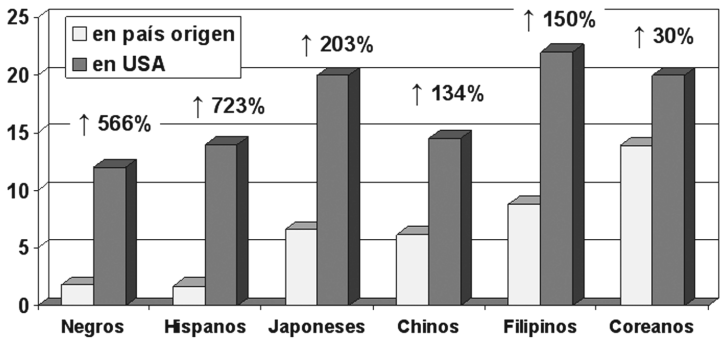
Figura 4
Extranjeros en España en 2003



Inmigrantes oficiales según datos del INE 2003. Diabéticos posibles según estimación personal

Otro problema importante será la adaptación de esta población genéticamente predispuesta a la diabetes al ritmo de vida occidental, lo que se ha denominado la "*cocacolonización*" y la "*nintendonización*". Lógicamente el incremento de la obesidad (entre otras cosas por consumo excesivo de HC rápidos) y la falta de ejercicio físico pueden resultar nefastos y provocar incrementos brutales en la prevalencia de la DM entre los inmigrantes y sus descendientes. Los primeros datos se recogieron en Estados Unidos, donde el incremento de la prevalencia de DM registrado entre 1990 y el 2000 ha sido mayor en las distintas etnias (del 57% en africanos-americanos, del 64% en hispano-americanos y del 84% en otras etnias) que entre la población europeo-americana (del 41%) (4). En la **figura 5** observamos la prevalencia de DM en distintas etnias en su país de origen y como esta prevalencia es mucho mayor entre los individuos de la misma etnia que viven en Estados Unidos y han sufrido el proceso de "aculturización" por el estilo de vida occidental (4).

Figura 5
Prevalencia de DM en varios grupos étnicos



Abate, N: *J of Diabetes Complications*. 2003; 17: 39-58

6. Prevención de la DM2

Uno de los aspectos más importantes, si queremos evitar las consecuencias de la epidemia que se avecina, es la prevención de la misma. Para ello deberemos abordar los mecanismos fisiopatológicos responsables de la entidad y, a la cabeza de todos ellos, la lucha contra la obesidad.

En la actualidad existe un volumen importante de estudios que demuestran que ello es posible tanto con modificaciones de los estilos de vida como con fármacos (21, 22).

Agrupados en función de sus objetivos y de los métodos empleados se muestran en la **Tabla 4**

Tabla 4

Posibilidades en la prevención de la DM2 según distintos estudios basados en los dos grandes mecanismos fisiopatológicos

Reduciendo la resistencia a la insulina
¬ *evitando la obesidad*: dieta y cambio en los estilos de vida (58%), orlistat (37-45%),…
¬ *a nivel hepático*: metformina (31%),…
¬ *a nivel del tejido periférico*: glitazonas (55%),…
¬ *bloqueando el sistema renina-angiotensina-aldosterona*: IECAs (14-34%), ARA II (22-25%),…
¬ *activando los receptores ppars*: glitazonas (55%), fibratos (30%),…
Preservando la función secretora de la célula beta
¬ reduciendo la glucotoxicidad: dieta y cambio en los estilos de vida (58%), acarbosa (36%), metformina (31%),…
¬ reduciendo la lipotoxicidad: orlistat (37-45%), estatinas (30%), fibratos (30 %),…

Entre paréntesis las reducciones del riesgo relativo (RRR) obtenidas en diversos estudios

Hay que remarcar que las intervenciones dirigidas a conseguir cambios en el estilo de vida en pacientes con intolerancia oral a la glucosa (pérdidas de peso modestas, pero mantenidas y 30 minutos diarios de ejercicio físico) han demostrado ser eficaces para disminuir la progresión a diabetes en un porcentaje del 58%, por encima de la efectividad lograda con la mayoría de los fármacos.

6.1. Prevención de la diabetes en inmigrantes

Anteriormente ya advertíamos de los peligros de la *cocacolonización* y la *nintendonización* en etnias genéticamente predispuestas a la RI. Para prevenir el probable incremento de prevalencia de la DM2 debemos conseguir que los inmigrantes adopten (o mantengan) estilos de vida saludables con alimentación sana (del tipo dieta mediterránea), evitando los *fast-foods* y la grasa (más barata que las proteínas) y manteniendo y promoviendo el ejercicio físico adaptado a sus características individuales y culturales. Son importantes los controles regulares de peso y del perímetro de la cintura. Las determinaciones de la glucemia (vg capilar) permitirán un diagnóstico precoz pero no son una medida preventiva. "*Prevención*" significa lucha contra los factores de riesgo de la enfermedad. Medir la glucemia puede mejorar el "*diagnóstico precoz*".

La adopción de otros hábitos occidentales como el fumar tampoco contribuye a mejorar la calidad de vida ni a evitar las complicaciones de la enfermedad.

Existe un importante estudio (23) que, emulando al Diabetes Prevention Program en población indostaní, ha demostrado que la prevención de la DM en intolerantes a la glucosa también es posible con la adopción de estilos de vida saludables (RRR del 28.5%) o con el uso de metformina (RRR del 26.4%).

7. Objetivos de control metabólico

Control metabólico del diabético no significa sólo "control glucémico". Es importante alcanzar los objetivos de control de la HbA1c **y** del resto de factores de riesgo para reducir la aparición y evolución de las complicaciones.

Respecto a los objetivos del control metabólico del diabético tipo 2, el GEDAPS (11), basándose en las recomendaciones de la ADA (24), establece dos niveles: el objetivo a perseguir y el valor que debería hacer modificar nuestra actitud, intensificando nuestras actuaciones (**Tabla 5**).

Tabla 5
Objetivos de control metabólico en el diabético tipo 2

		Objetivo de control	Precisa intervención
HbA1c	**(%)**	**< 7**	**> 8**
Colesterol total	**(mg/dl)** (mmol/l)	**< 200** < 5,2	**> 230** > 6
LDL	**(mg/dl)** (mmol/l)	**< 100** < 2,6	**>130** > 3,35
HDL	**(mg/dl)** (mmol/l)	**> 40** > 1,1	**< 35** < 0,9
Triglicéridos	**(mg/dl)** (mmol/l)	**< 150** < 1,7	**> 200** > 2,3
Tensión arterial	**(mmHg)**	**<130/80**	**> 140/90**
Consumo de tabaco		**No**	**Sí**

7.1. Objetivos de control metabólico de la diabetes en inmigrantes

Globalmente los objetivos de control metabólico propuestos en la **tabla 5** siguen siendo válidos también para los inmigrantes.

Sin embargo, las peculiaridades y las dificultades (económicas, sociales, de acceso a los recursos sanitarios, etc.) pueden condicionar alguno de los objetivos y que

tengamos que establecer prioridades. Así, por ejemplo, en un diabético filipino con altas cifras de presión arterial (situación frecuente en esta etnia) es posible que el control tensional sea prioritario sobre el control glucémico… o en un subsahariano sin recursos económicos será difícil que pueda suprimir su alimentación habitual rica en hidratos de carbono baratos (pan, arroz) por una costosa dieta elaborada con carne o pescado abundante.

La negociación con el enfermo será fundamental para alcanzar un consenso en los objetivos de control metabólico que permitan su factibilidad y a la vez retrase la aparición de las complicaciones.

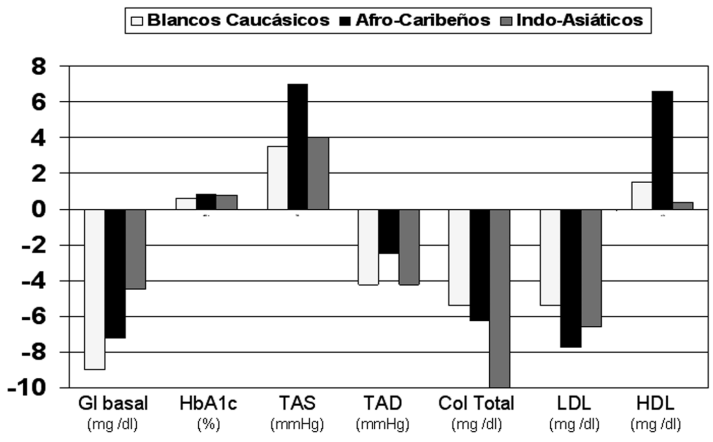
Existen otros condicionantes importantes relacionados con la presencia de los distintos factores de riesgo y la etnia. Así, por ejemplo, es conocido que la raza negra presenta unas cifras de prevalencia de HTA entre 2 y 4 veces superior a los blancos y que además tienen una mayor posibilidad de lesión de órganos diana a igualdad de cifras tensionales (25). También sabemos que los IECAs son menos efectivos en ellos. Sin duda será más difícil alcanzar el objetivo deseado de control tensional.

Sabemos que a iguales valores de IMC los asiáticos tienen una mayor prevalencia de DM (26), por tanto los objetivos de control deberán incluir menores valores del IMC que en los europeos.

El propio estudio UKPDS (27) nos demuestra importantes diferencias en el control de todos los factores de control metabólico a los 9 años del seguimiento según la etnia (**Figura 6**). Observamos que los blancos obtienen mayores reducciones glucémicas, pero mejoran menos el perfil lipídico que las demás etnias. Los afro-caribeños son los que registran la mayor elevación de la presión arterial sistólica.

Figura 6

Cambios en los parámetros de control metabólicos a los 9 años del UKPDS



UKPDS 55: *D.Care.* 2001; 24: 1167-1174

8. Complicaciones

Aunque no es el objetivo de esta publicación analizar en detalle las diferentes complicaciones de la diabetes, sus características clínicas y su tratamiento, sí queremos recordar que el grado de control de la enfermedad influye en la aparición de las complicaciones macro-microvasculares y neurológicas, pero que el componente genético también influye en la misma. Desde hace ya muchos años algunos autores hablan de que hasta un 25% de las complicaciones aparecen independientemente del control metabólico (28) y, probablemente, se deben a la susceptibilidad genética, aunque ello obviamente no es motivo para descuidar el cuidado de nuestros enfermos.

8.1. Complicaciones de la diabetes en inmigrantes

Algunos estudios han demostrado diferencias en la aparición de las complicaciones diabéticas según la etnia (29, 30). Aunque es difícil desligar este proceso del grado de control metabólico y otras características socioculturales. En otros estudios las diferencias encontradas en la aparición de las complicaciones diabéticas no son siempre significativas.

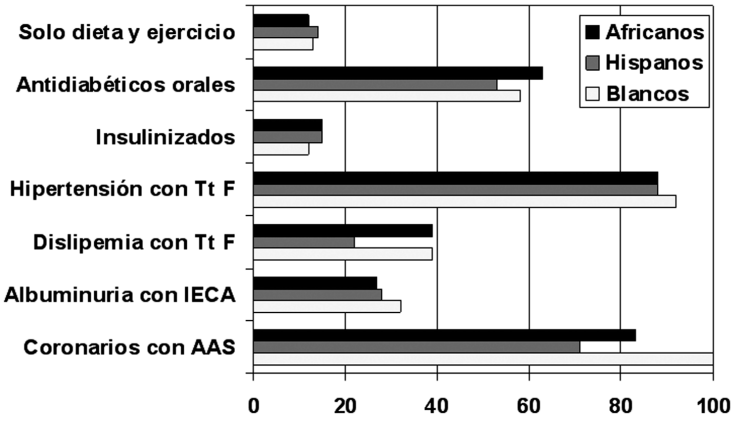
Globalmente, con respecto a los blancos, parece que los negros tienen una mayor tendencia a presentar AVC y enfermedad renal terminal, y sin embargo tienen menos infartos de miocardio. Por el contrario, los asiáticos tienen menos tendencia a presentar las complicaciones macrovasculares (infarto, AVC, insuficiencia cardíaca o amputaciones), pero más a lesión renal terminal.

En Estados Unidos existen también evidencias de las diferencias no sólo del control metabólico sino también del tratamiento que reciben los pacientes para controlar estos factores de riesgo según la etnia a la que pertenezcan (**Figura 7**) (5, 31). Nuevamente los blancos estadounidenses son los que mejor reciben el tratamiento y ello evidentemente repercutirá en el grado de control y la presencia de complicaciones

Otra característica que puede condicionar la aparición o evolución de las complicaciones es la religión. Así pues, los musulmanes deben lavarse las manos y los pies antes de sus rezos. Este hecho puede ayudar a detectar (y evitar) el pie diabético, cosa que no ocurrirá en otros grupos poblacionales donde la higiene no tiene tanta importancia. Sin embargo, curiosamente los musulmanes que habitan en el desierto se lavan con arena y esto puede empeorar las lesiones del pie diabético.

Figura 7

Porcentaje de pacientes con distintos tratamientos (estudio IRAS)



Bonds DE. *D. Care.* 2003; 26: 1040-1046

9. Tratamiento

El tratamiento inicial en un paciente que no presenta criterios de insulinización inmediata consiste en una dieta acorde a su estado ponderal (hipocalórica en caso de sobrepeso y normocalórica en caso de normopeso) y en una pauta de ejercicio físico adecuada. Otras medidas como el dejar de fumar o el control de otros factores de riesgo cardiovascular son igual de importantes.

La dieta y el ejercicio deben ser parte integrante del tratamiento a lo largo de toda la vida del paciente diabético, pero no se debe mantener de forma aislada durante mucho tiempo si el control glucémico no se consigue y las cifras de HbA1c no descienden por debajo de 7%(11).

El tratamiento de la diabetes de los inmigrantes también debe basarse ineludiblemente en la adopción de estilos de vida saludables, en las distintas opciones farmacológicas y en la educación diabetológica,

9.1. Alimentación en la diabetes

La alimentación del diabético debe ser una alimentación sana y equilibrada al igual que la del resto de la población. No se ha demostrado que haya un tipo de dieta que sea significativamente superior a las demás ya que, en general, con el paso del tiempo se igualan sus beneficios. Aunque las dietas basadas en los hidratos de carbono de bajo índice glucémico parece que pueden resultar más beneficiosas que las convencionales en algunos aspectos del control glucémico, según muestra un

metanálisis reciente (32). Las principales modificaciones que se deben recomendar al diabético son la sustitución de azúcares de absorción rápida por los de absorción más lenta (pasta italiana, pan y cereales integrales) y el reparto de las ingestas a lo largo del día para facilitar la secreción de la insulina endógena y evitar los picos de glucemia posprandial. En los pacientes tratados con fármacos es importante mantener un horario regular para evitar las hipoglucemias así como una ingesta regular de hidratos de carbono de absorción lenta para evitar las oscilaciones de glucemia y conseguir más fácilmente un buen control (33).

La alimentación pobre en grasas es fundamental si se tiene en cuenta el elevado riesgo cardiovascular que presentan los diabéticos. Una dieta hipocalórica es básicamente una dieta pobre en grasas.

- **Alimentación en inmigrantes:** Los inmigrantes al adaptarse a su país de destino modifican su dieta en mayor o menor medida. Los cambios más frecuentes en este proceso de occidentalización suelen ser el incremento de calorías con alto consumo de las grasas animales y de carbohidratos refinados, factores ambos que se asocian con una mayor obesidad. También suelen reducir la fibra de su dieta. Y suelen introducir en su dieta alimentos accesorios como dulces, galletas o bebidas azucaradas. Consecuentemente suelen aumentar de peso. Se ha estimado que por cada Kg de peso que ganan, se incrementa el riesgo de padecer la DM en un 4,5% (34).

  Por un análisis antropológico realizado sobre la dieta tradicional de los indios Pimas sabemos que esta estaba formada en un 70-80% por carbohidratos y 8-12% de proteínas, mientras que la dieta actual de los Pimas está constituida por un 47% de carbohidratos, 35% de grasas, 15% de proteínas y un 3% de alcohol. En determinados segmentos de edad, la prevalencia de DM entre los Pimas supera el 50% de la población.

  Nuestra misión será convencerles de que no todo lo occidental es bueno. Deben comer más fibra, menos grasas y menos hidratos de carbono refinados. Y en la cantidad adecuada. El empleo de dietas basadas en raciones e intercambios puede ser complejo para la mayoría de inmigrantes. Posiblemente obtendremos más beneficio simplemente induciendo al consumo de alimentos saludables. Es conveniente que tengamos conocimientos sobre las costumbres alimenticias en sus países de origen, puesto que suelen seguir siendo una parte importante de su alimentación. Debemos saber que el chapati de los pakistaníes es parecido a una torta de pan, pero que lleva mucha grasa y que por tanto debe limitarse su consumo en el diabético. También debemos conocer la forma de cocinar los alimentos que emplean habitualmente y la capacidad económica del paciente para adquirir determinados alimentos.

Otro de los problemas para el cumplimiento de la dieta en inmigrantes puede presentarse cuando recomendamos consumir alimentos que para ellos estan prohibidos o son desagradables.

9.2. Ejercicio físico en la diabetes

La práctica de ejercicio regular constituye una parte del plan terapéutico que no debe ser descuidada y permite reducciones adicionales de la HbA1c de hasta el 1% al cabo de un año (36). La mejora sobre el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por un aumento de la sensibilidad a la insulina y una disminución de la glucemia basal y posprandial (durante y después del ejercicio). Los beneficios se manifiestan a los 15 días pero desaparecen a los 3-4 días de no realizarlo. El tipo de ejercicio que se debe realizar dependerá de la edad, preparación física y preferencias del paciente. Es conveniente que sea de tipo aeróbico y de intensidad moderada (caminar, nadar...). El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos será caminar de 45-60 minutos/día, de 3 a 5 días por semana.

¬ ***Ejercicio físico en inmigrantes***: También debe ser una parte imprescindible del tratamiento del diabético inmigrante. Pero deberemos adaptarlo a las características de cada persona si queremos que nuestra recomendación tenga éxito. No podemos pretender que una mujer musulmana vaya a hacer footing sola.

Nuevamente debemos recordar que caminar es un magnífico ejercicio físico que puede ser realizado por la inmensa mayoría de las personas, sean o no inmigrantes, musulmanes o hindúes.

La eficacia de estas estrategias no farmacológicas está probada, pero el problema real consiste en su aplicabilidad a la práctica clínica. Si individualizamos tendremos más posibilidades de éxito.

9.3. Tratamiento farmacológico

En la actualidad existen diferentes familias terapéuticas con mecanismos de acción distintos (37, 38): mejoran la sensibilidad a la insulina (metformina y glitazonas), estimulan la secreción de insulina (sulfonilureas y glitazonas). También existen fármacos que reducen la absorción de hidratos de carbono de las comidas (inhibidores de las alfaglucosidasas) o la propia insulina administrada por vía paraenteral.

Metformina: Es el fármaco de elección en el paciente con sobrepeso, obesidad o RI. Reduce la HbA1c de 1,5 a 2 puntos. Ha demostrado reducciones >30% en la mortalidad y en las complicaciones.

Sulfonilureas: También obtiene reducciones de la HbA1c de 1,5 a 2 puntos. Ha demostrado su eficacia en la reducción de complicaciones microvasculares. Su uso puede asociarse con la presencia de hipoglucemias, especialmente en ancianos.

Secretagogos rápidos o Glinidas: Mecanismo de acción similar a las SU, pero con inicio de acción y eliminación más rápidos y con mayor efecto sobre la hiperglucemia posprandial. Menor riesgo de hipoglucemias e incremento de peso. No están contraindicadas en caso de insuficiencia renal o hepática leve. Serían útiles en pacientes en los que predominan las hiperglucemias posprandiales, cuando el riesgo de las hipoglucemias es alto (ancianos, insuficiencia renal) y en casos de imposibilidad para seguir horarios regulares de alimentación.

Inhibidores alfaglucosidasas: No provocan hipoglucemia, ni producen incremento de peso pero la reducción de la HbA1c es menor que con SU y Metformina. Podrían ser de elección cuando predominan las hiperglucemias posprandiales y las glucemias basales son moderadas o existe contraindicación a otros fármacos.

Incretinan: utilizan la vía de los péptidos intestinales para estimular la secreción de insulina sensible a la glucemia y frenar la secreción de glucagón por las células alfa pancreáticas y así frenar la producción hepática de glucosa. No dan hipoglucemia.

Glitazonas: Mejoran la sensibilidad a la insulina sin aumentar su secreción y no producen hipoglucemia. Su principal indicación es el tratamiento combinado con metformina o sulfonilureas aunque también puede usarse en monoterapia en los pacientes con obesidad que no toleran metformina.

Insulina: La inyección exógena de la propia hormona es muy eficaz para reducir la glucemia, pero puede favorecer el incremento de peso.

En la diabetes tipo 2 el tratamiento con monoterapia oral permite sólo un control aceptable durante algunos años, tras lo que se observa un empeoramiento progresivo del control metabólico independientemente del fármaco utilizado. Este fenómeno es debido a la pérdida progresiva de la secreción de insulina y forma parte de la evolución natural de la enfermedad. En esta situación, todas las guías de tratamiento(39) proponen añadir un segundo fármaco oral o insulina (**terapia combinada**). La terapia combinada permite utilizar menores dosis de los fármacos, lo que puede reducir la frecuencia o gravedad de los efectos adversos (generalmente dependientes de la dosis) y con una efectividad superior.

- ***Tratamiento farmacológico en inmigrantes***: los datos comparativos del UKPDS sobre la eficacia de las distintas familias farmacológicas antidiabéticas en las distintas etnias aún no han sido publicados y no sabemos si habrá diferencias significativas. En principio, no deberían existir grandes diferencias, salvo que probablemente fármacos sensibilizadores a la insulina (metformina y glitazona) serán más efectivos en aquellas etnias con alta predisposición a la resistencia a la insulina (asiáticos y caribeños).

En el estudio indio del IDPP (23), la metformina también se ha mostrado útil para prevenir la aparición de la diabetes en intolerantes (reducción relativa del riesgo del 26.4%).

Creemos que dado que la epidemia de DM de la mayoría de inmigrantes de distinto origen étnico viene sustentada por una base fisiopatológica de resistencia a la insulina (hipótesis del fenotipo ahorrativo) junto con las modificaciones de los estilos de vida (principalmente la adquisición de malos hábitos dietéticos), la metformina podría ser el fármaco de elección para iniciar un tratamiento normoglucemiante en la mayoría de los inmigrantes diabéticos. Esta idea se refuerza por el escaso precio del producto en nuestro país (asequible incluso para los más desfavorecidos económicamente) y por el hecho que la metformina no produce hipoglucemia, aumentando así su seguridad en casos de que no exista una buena comprensión de la posología. Evidentemente no debemos olvidar las medidas no farmacológicas.

Sin embargo, la práctica demuestra que lamentablemente los pacientes inmigrantes reciben menos tratamiento para tratar tanto la DM como las patologías asociadas (estudio IRAS) (5).

9.4. Educación diabetológica

Es imprescindible para alcanzar los objetivos de control deseados. La enfermedad diabética es compleja y por tanto la adquisición de conocimientos por parte del paciente y su familia puede ser lenta y dificultosa. Debemos conseguir que el paciente participe en la toma de decisiones importantes acerca de su enfermedad. Es un aspecto del tratamiento fundamental si queremos establecer cambios permanentes en los estilos de vida más saludables y si queremos garantizar el cumplimiento terapéutico.

- ***Educación diabetológica en inmigrantes***: Probablemente entre los diabéticos inmigrantes, éste es uno de los aspectos más difíciles de abordar y que va a requerir más tiempo y paciencia.

  No debemos olvidar que la mayoría de las culturas de las poblaciones inmigrantes, como la magrebí, son de transmisión oral. Por tanto es recomendable potenciar la educación con imágenes y objetos táctiles, más que con conceptos abstractos en materiales escritos.

Es muy importante que el paciente entienda el concepto de "*prevención*". Debe entender que él puede estar enfermo aunque no le duela nada. Que si no hace bien las cosas la enfermedad se puede complicar. Muchas etnias no pueden permitirse planificar su vida futura. Viven al día y por tanto tienen dificultades para asimilar el concepto intangible de la prevención para un futuro incierto. Nosotros les deberemos explicar que hay un mañana y que para que ese mañana sea bueno, hoy deben hacer bien las cosas.

También debemos explicarles que un medicamento bueno para su vecino, puede que no sea bueno para él. Que no deben intercambiarse medicamentos, puesto que esa es una actitud frecuente entre integrantes del mismo núcleo poblacional que pretenden ayudarse entre ellos. "*Lo bueno para otro, puede no ser bueno para ti*". Debemos controlar su medicación y su cumplimiento terapéutico.

Será necesaria la colaboración de varios profesionales sanitarios en muchas ocasiones auxiliados por un mediador cultural o alguien del entorno del paciente que sea capaz de comprender y transmitir los consejos y conceptos que queremos que el paciente asuma. Será necesario un largo proceso que se iniciará con el conocimiento del enfermo, sus creencias, sus miedos y sus limitaciones para empezar a construir una sólida base que permita minimizar el impacto de la enfermedad.

En ocasiones es posible que nos escondan sus costumbres religiosas y creencias por miedo a que se las prohibamos. Debemos conseguir transmitirles que respetamos sus creencias y que intentaremos adaptarlas a sus necesidades sanitarias.

10. Diabetes y Ramadán

Para los musulmanes el Ramadán es un mes lunar especial. Es un mes de ayuno ordenado por el Profeta para que todos los creyentes sepan como se sienten los pobres y los hambrientos. Es un mes de rezo y penitencias. Durante ese periodo se refuerzan las relaciones sociales entre los musulmanes de todo el mundo.

Ayunar es uno de los cinco pilares del Islam junto con proclamar la fe, rezar 5 veces al día, el derecho de los pobres de participar de la riqueza de los más poderosos y peregrinar a la Meca una vez en la vida.

La palabra árabe "*sawm*", que se usa para designar el ayuno, significa literalmente 'abstenerse', pero como término islámico significa abstenerse de alimento, bebida y actividad sexual desde la salida hasta la puesta del sol. Parte esencial del ayuno durante el Ramadán es evitar comportamientos inmorales o coléricos, mostrando compasión por los demás.

Según la tradición no se pueden ingerir alimentos ni bebidas desde el amanecer hasta el anochecer (mientras se pueda distinguir un pelo de barba blanco de uno negro).

Según el mes en que caiga y la latitud, eso puede suponer ayunos de casi 20 horas de duración. Por la noche sí pueden comer y de hecho realizan dos grandes comidas habitualmente muy ricas en hidratos de carbono ("*Iftar*" por la madrugada y "*Suhur*" al atardecer). La ingesta total de calorías durante el día no suele modificarse, sino que simplemente se concentra en estas dos grandes comidas. Es obligatorio para todos los musulmanes adultos sanos. El Corán especifica que cuando pueda ser perjudicial para el individuo no debe realizarse el Ramadán. Por tanto, la diabetes al ser una

Tabla 6
Riesgos asociados al ayuno en diabéticos

- **Hipoglucemia:**
  pueden requerir hospitalización (RR: 4.7 en DM1 y 7.5 en DM2)
- **Hiperglucemia:**
  pueden requerir hospitalización (RR: 3 en DM1 y 5 en DM2)
- **Cetoacidosis diabética:**
  especialmente si mal control previo al Ramadán
- **Deshidratación:**
  falta ingesta líquidos + hiperglucemia. Lipotimias
- **Trombosis:**
  aumento viscosidad sanguínea y descenso de los anticoagulantes endógenos y la fibrinolisis

enfermedad metabólica crónica, entraría dentro de esta categoría y los diabéticos están exentos de realizar el Ramadán, puesto que puede perjudicarles su salud (**Tabla 6**) (40). Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones el propio paciente quiere realizarlo por la importante carga social que conlleva (poder comer con el resto de la familia y participar de las celebraciones, estar bien visto por los vecinos, etc., etc.).

Aunque según numerosos estudios y principalmente el multicéntrico EPIDIAR (41), han demostrado que en general durante el Ramadan en la mayoría de casos no se modifica de forma significativa el control metabólico de la DM, sí existen riesgo asociados al ayuno.

10.1 Efectos del ayuno en diversos parámetros metabólicos en pacientes diabéticos

- **Variación de la glucemia:** Durante el ayuno de personas sanas, se han observado disminuciones de la glucemia de hasta 60-70 mg/dl, en las primeras horas después del inicio del ayuno. Sin embargo, esta reducción glucémica se estabiliza porque el hígado aporta nueva glucosa debido a la disminución de insulina y el aumento de glucógeno.

Pacientes diabéticos bajo supervisión médica no mostraron cambios significativos en sus controles de glucosa, salvo pequeñas oscilaciones atribuibles a las variaciones del total y tipos de alimentos ingeridos, la actividad física o la toma irregular de su medicación. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se observaron complicaciones clínicas agudas (hiperglucemia severa o hipoglucemia) si existía supervisión médica. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) y la fructosamina tampoco han experimentado cambios significativos.

- **Cambios en el peso corporal:** Durante el Ramadán se observa una disminución de la actividad física y una tendencia a la sobrealimentación en las comidas permitidas (en estas fechas se preparan platos especiales, más refinados y suelen tenerse invitados), lo que puede llevar a un aumento de su peso corporal a pesar del ayuno. Alguno estudios demuestran que el aporte energético fue significativamente mayor durante el Ramadán que en los meses anterior y posterior (3.680 Kcal/día contra 2.425 Kcal/día) con incrementos de peso (de aprox 1-3 kg).
- **Metabolismo de los lípidos:** Pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2 normalmente no muestran cambios durante el Ramadan, o una ligera disminución en colesterol y triglicéridos.
- **Ácido úrico:** Varios estudios han comunicado incrementos no significativos en las concentraciones de urea y ácido úrico durante el Ramadán, probablemente relacionado con la pérdida de peso. Un mes después de finalizado el ayuno, los niveles de ácido úrico vuelven a sus valores previos.

Ante el diabético musulmán que quiera realizar el ayuno deberemos modificar nuestra actuación de acuerdo con unas normas generales:

- **Antes del Ramadán** deberemos tener en cuenta los siguientes hechos:
  - 1-2 meses antes del Ramadán intentar optimizar la glucemia y el control metabólico al máximo
  - Informar de los riesgos individuales (según características de la DM y medicación) e intentar que comprenda que no es necesario que haga el Ramadán
  - Educación diabetológica específica (síntomas hiper-hipoglucemias, autoanálisis, planificación de las comidas y la actividad física, administración de los fármacos y actitud ante las complicaciones)
- **Durante el Ramadán** deberíamos:
  - Individualizar el plan de cuidados: nuestra actitud será distinta según el tipo de tratamiento que esté efectuando, el grado de control de la enfermedad o características personales de cada paciente
  - Monitorización frecuente de la glucemia: es la mejor medida para prevenir la mayoría de las complicaciones que pueden presentarse durante el Ramadán. La frecuencia de la monitorización también dependerá de los condicionantes anteriores

- Nutrición: evitar comidas ricas en HC rápidos y grasas. Recomendar HC complejos de madrugada e HC simples por la noche
- Ejercicio: Actividad normal. Evitar excesivos ejercicios físicos
- Romper el ayuno siempre que glucemia capilar < 60 mg/dl o > 300 mg/dl

Según el tratamiento que esté realizando deberemos **modificar la actitud terapéutica**. Una aproximación a este cambio de tratamiento es el siguiente (**Figura 8**) (40).

Figura 8
Cambios recomendados en el tratamiento de la DM2

Antes Ramadan		Durante Ramadan
Dieta y ejercicio	⇨	Sin cambios (evitar excesivo ejercicio) Asegurar suficiente ingesta de líquidos
Metformina *500 mg/8h*	⇨	Metf 1000 mg (madrugada) y 500 mg (atardecer)
Glitazonas	⇨	Glitazona misma dosis una vez al día
SU monodosis	⇨	Dar la monodosis antes de la comida del atardecer. Ajustar dosis a las glucemias
SU cada 8-12h *Glib 5mg/12h*	⇨	Dar la mitad de la dosis matinal habitual por la madrugada y dosis completa al atardecer *Glib 2.5 – 0 – 5 mg*
Insulina *30/70 cada 12h* *(30-0-20)*	⇨	Dosis matinal habitual darla al atardecer. Mitad de la dosis nocturna por la madrugada *Insulina 30/70 10-0-30*

Al-Arouj. *Diabetes Care*. 2005; 28: 2305-2311

- Siempre asegurar la suficiente ingesta de líquidos y evitar el excesivo ejercicio físico.
- Si únicamente está en tratamiento con medidas no farmacológicas (dieta y ejercicio) no es necesario modificar la actitud.
- Si toma Metformina (por ejemplo 500 mg/8h), ante la imposibilidad de la toma del mediodía, se recomienda fraccionarlos de la siguiente manera: Metformina 1000 mg (antes de la comida de la madrugada) y 500 mg (antes de la comida del atardecer).
- Si toma Glitazonas, simplemente deberá administrar toda la dosis diaria en una sola toma al día.
- Si toma sulfonilureas en monodosis (Glimepirida o Glicacida MR), lo ideal es dar la monodosis antes de la comida del atardecer. Posteriormente ajustar la

dosis a las glucemias que vaya presentando durante el día (si glucemias bajas, reducir la dosis total).

- Si toma sulfonilureas cada 8-12h, debe fraccionarse en dos tomas: dar la mitad de la dosis matinal habitual por la madrugada y la dosis completa al atardecer.
  Por ejemplo si toma Glibenclamida 5mg/12h, debería darse 2.5 – 0 – 5 mg.

- Si toma insulina, debería intentarse que no cumpla el Ramadán, pero si a pesar de ello quiere cumplirlo, se recomienda cambiar el orden de las dosis y dar la dosis matinal habitual al atardecer, por la madrugada debe recibir la mitad de la dosis nocturna habitual. Por ejemplo una diabético con insulina NPH o mixtard 30/70 cada 12h (30u – 0 - 20u) debería modificarse la pauta de forma que reciba 10u -0 – 30u.

Evidentemente, estas son recomendaciones generales que deben individualizarse en cada paciente.

11. Conclusiones

Ayudar a los pacientes no es tarea fácil. Cuando abordamos el caso de un inmigrante con diabetes aún se puede complicar más. Va a requerir nuestra voluntad de ayudar al paciente, mucho tiempo y mucha paciencia.

Probablemente la regla de oro será **individualizar** siempre todas nuestras actuaciones. Inicialmente deberemos conocer a cada uno de nuestros diabéticos inmigrantes, saber cuales son sus creencias preconcebidas, sus esperanzas, sus miedos, sus limitaciones y su estilo de vida. Debemos saber hasta donde se alza la barrera idiomática, hasta donde alcanza su capacidad económica y su nivel sociocultural. Debemos conocer los apoyos que tiene dentro de su entorno. Y además debemos saber cosas de su diabetes: ¿cuando se diagnosticó?, ¿cual es su grado de control metabólico?, ¿que factores de riesgo coexisten en este enfermo?, ¿que fármacos va a poder comprar y cuales no?, ¿cual puede ser su evolución?. Debemos conocer peculiaridades de la DM entre la gente de su etnia: ¿hará más o menos complicaciones?, ¿qué fármaco puede ser más efectivo?, ¿que tipo de alimentación está acostumbrado a tomar y le perjudica?.

Sólo cuando tengamos estos conocimientos podremos diseñar un proceso terapéutico absolutamente individualizado que intente minimizar el impacto de la enfermedad, un proceso que sea factible y que el enfermo vaya a cumplir. Habrá que explicárselo, priorizar y negociar con él. Posiblemente deberemos contar con la ayuda de un mediador cultural. Y habrá que establecer una pauta de seguimiento y corresponsabilizar al paciente de su cuidado. Deberemos hacer muchas cosas, enfrentarnos a muchos desafíos… pero esa es nuestra misión de cada día.

Referencias bibliográficas

1 Dimsdale, JE.: Stalked by Past: the influence of ethnicity on health. Psychosomatic Medicine. 2000; 62: 161-170

2 UKPDS 32.: Ethnicity and cardiovascular disease. Diabetes Care. 1998; 21: 1271-1277

3 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Atlas of United States Mortality. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics, 1997.

4 Abate, N; Chandalia, M.: The impact of ethnicity on type 2 diabetes. Journal of Diabetes ands Its Complications. 2003; 17: 39-58

5 Bonds, DE; Zaccaro, DJ; Karter, AJ; Selby, JV; Saad, M; Goff, DC.: Ethnic and racial differences in diabetes care. Diabetes Care. 2003; 26: 1040-1046

6 ADA. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1997; 20:1183-1197.

7 ADA. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2007; 30 (sup 1): s42-47.

8 Zimmet, P; Whitehouse, S.: Bimodality of fasting and two hour glucose tolerance distribution in a Micronesian population. Diabetes. 1978; 27: 793-800.

9 Alberti KGMM, Zimmet PZ and Working group members. World Health Organization: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Geneva, World Health Organization 1999

10 Davidson, MB.: Counterpoint: The Oral GlucoseTolerance Test Is Superfluous. Diabetes Care. 2002; 25:1883-1885

11 GEDAPS: Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atenció primaria. 4º edición. Cano, JF; Franch, J; Mata, M (ed). Barcelona. Editorial Elsevier. 2004.

12 Zimmet, P; Turner, R; McCarty, D; Rowley, M; Mackay, I.; Crucial points at diagnosis. Type 2 diabetes or slow type 1 diabetes. Diabetes Care. 1999; 22 (Suppl 2): B59–B64

13 Stern MP, Williams K, Gonzalez-Villalpando C, Hunt KJ, Haffner SM. Does the metabolic syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? Diabetes Care 2004; 27:2676–81.

14 International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus wordlwide definition of the metabolic syndrome. 2005. Lancet. 2005; 366: 1059-1062.
En:http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf

15 Hales,CH; Barker, DJP: Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thifty phenotype hypothesis. Diabetologia. 1992; 35: 595-601

16 Misra, A; Vikram, NK.: Insulin resistance syndrome (metabolic syndrome) and Asian Indian. Current Science. 2002; 83: 1483-1496

17 American Diabetes Association. Screening for type 2 diabetes. Position Statement. Diabetes Care 2004; 27(suppl 1):s11-14.

18 International Diabetes Federation. Diabetes Atlas third edition. En: www.eatlas.idf.org

19 Goday, A: Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 657-670

20 Datos de la población inmigrante en España. 2003. En: http//www.ine.es

21 Diabetes Prevention Program Group. Reduction in the incidence or type 2 Diabetes with lifestyle intervention or metformine. N. Engl J Med . 2002; 346: 393-403

22 Alberti, KGM; Zimmet, P; Shaw, J: International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. Diabet. Med. 2007; 24: 451–463

23 Ramachandran, A; Snehalatha, C; Mary, B; Mukesh, B; Bhaskar, AD; Vijay, V; et Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP): The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). Diabetologia. 2006; 49: 289-297

24 American Diabetes Association. Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2007; 30 (supl.1): S4-41.

25 Read, JG; Gorman, BK.: Racial/ethnic differences in hypertension and depression among US adult women. Ethn Dis. 2007; 17: 389-396.

26 Wikram, NK; Pandey, RM; Misra, A; Sharma, R; Devi, JR; Khanna, N.: Non-obese (body mass index < 25 kg/m2) asian indians with normal waist circumference have high cardiovascular risk. Nutrition. 2003; 19: 503-509

27 UKPDS 55: Relationship between ethnicity and glycemic control, lipid profiles and blood presure during the first 9 years of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001; 24: 1167-1174

28 Dorman, JS; Orchard, TJ; Laporte, RE. Potential determinants of complications of Insulindependent Diabetes Mellitus. Am. J. Epidemiol. 1986; 124: 524.

29 Karter, AJ; Ferrara, A; Liu JY; Moffet, HH; Ackerson, LM; Selby, JV.: Ethnic disparities in daibetic complications in an insured population. JAMA. 2002; 287: 2519-2527

30 Young, BA; Mainard, C; Boyko, EJ.: Racial differences in diabetic nephropathy, cardiovascular disease and mortality in a national population of veterans. Diabetes Care. 2003; 26: 2392-2399

31 Fitzgerald, JT; Gruppen, LD; Anderson, RM; Funnell, MM; Jacober, SJ; Grunberger, G.: The influence of treatment modality and ethnicity on attitudes in type 2 diabetes. Diabetes Care 2000; 23: 313-318

32 Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, Ashton V, Kopelman P. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3):CD004097.

33 American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. Diabetes Care. 2007; 30: s48-65

34 Solomon, CG; Manson, JE.: Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. Am J Clin Nutr. 1997; 66 (Suppl 4): s1044-1050.

35 William, DE; Knowler, WC; Smith, CJ; Hanson, RL; Roumain, J; Sare, M; et al.: The effect of Indian or Anglo dietary preferences in the incidence of Diabetes in Pima Indians. Diabetes Care. 2001; 24: 811-816

36 American Diabetes Association: Physical activity/exercise and diabetes. Diabetes Care 27 (Suppl. 1): S58 – S62, 2004.

37 De Fronzo RA. Pharmacologic therapy for type 2 Diabetes Mellitus. Ann Intern Med 1999; 131:281-303

38 Inzucchi, SE.: Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes. Scientific review. JAMA. 2002; 287: 360-372

39 Franch, J; Goday, A; Mata, M.: COMBO Actualización 2004. Criterios y pautas de terapia combinada en la diabetes tipo 2. Med Clin (Barc). 2004 ; 123 : 187-197

Capítulo **9**

Tasa de incidencia de descompensaciones agudas como forma de inicio de diabetes en población inmigrante en Barcelona

Francesc Cots Reguant

Economista de la Salud. Jefe de Sección del Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica.

Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Juan Francisco Cano Pérez

Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Albert Goday Arno

Jefe de Sección del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Juan José Chillarón Jordán

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Andrea Burón Pust

Médico residente. Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica del IMAS. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública IMAS-UPF-ASPB.

María José Carrera Santaliestra

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'assistència Sanitària (IMAS).

Xavier Castells Oliveres

Jefe del Servicio de Evaluación y Epidemilogía Clínica. Hospital del Mar de Barcelona-Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

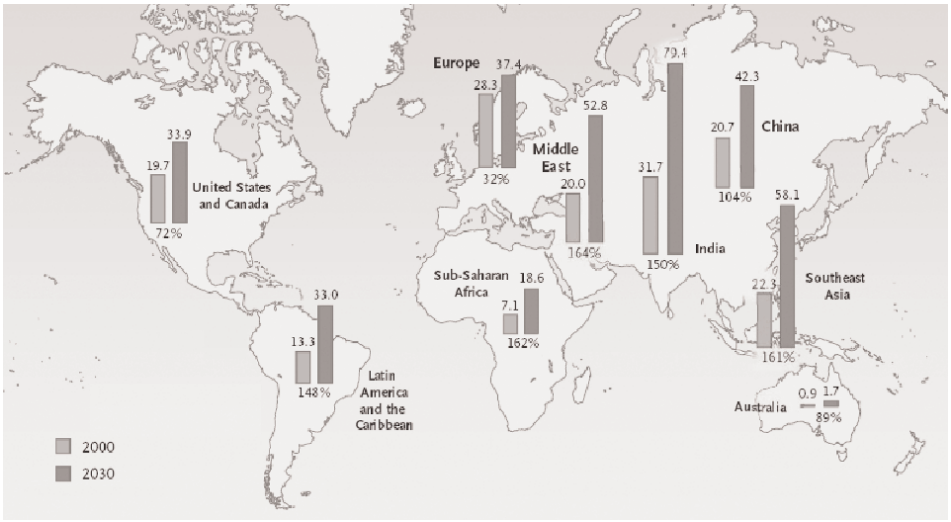
1. Diabetes e inmigración

La diabetes tipo 2 es probablemente una de las enfermedades que en los últimos años ha experimentado cambios más importantes en sus tasas de prevalencia e incidencia. Se ha etiquetado como una de las epidemias del siglo XXI(1). Esta afirmación puede parecer a priori alarmista, pero los datos reales de que disponemos actualmente reafirman día a día el intenso aumento de la frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 a nivel mundial. La organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes situaron fundamentalmente el incremento de la prevalencia de diabetes en países de regiones en vías de desarrollo del sudeste asiático, centro y Sudamérica, mientras que en la Europa Occidental se vaticinó un aumento menor (Figura 1). Así, a priori y según estas previsiones la prevalencia de diabetes tipo 2 en España debería aumentar discretamente. Sin embargo, los estudios realizados en muestras de población en los últimos diez años, demuestran un aumento mayor del esperado de la prevalencia bruta de diabetes mellitus tipo 2 en España(2).

Figura 1

Prevalencia de Diabetes en el mundo en el año 2000 y proyección para el 2030

(millones de personas e incremento porcentual)



Además de todo lo anteriormente expuesto, los flujos migratorios pueden aumentar también la prevalencia de diabetes en los países industrializados. La población inmigrante procede de países en vías de desarrollo, por lo que su incorporación al "estilo de vida occidental" con lo que ello comporta de disminución de actividad física y cambios dietéticos con aumento de la ingesta calórica, de la de grasas e hidratos de carbono de absorción rápida, puede acarrear un importante aumento de obesidad y diabetes tipo 2, al igual que ha ocurrido con los cambios del estilo de vida en algunos países de Asia(3). En este sentido, son clásicos los estudios que demuestran distintas tasas de prevalencia de diabetes en un mismo grupo étnico en función de que residan en medio rural o urbano, o bien en el país de origen en vías de desarrollo versus el país de acogida industrializado(4).

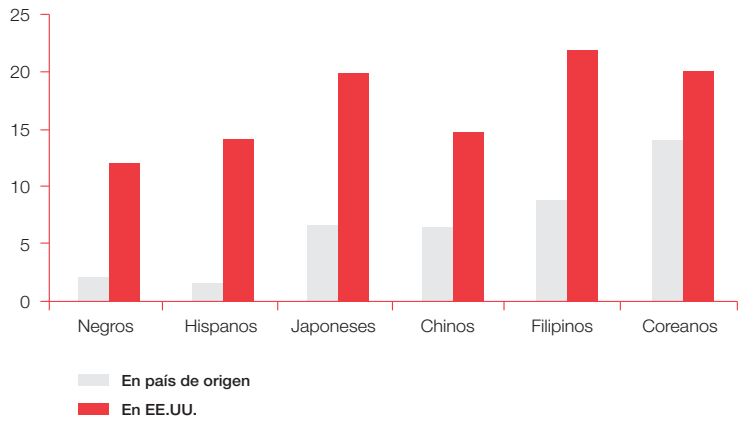
Actualmente disponemos de muy escasa información sobre epidemiología de la diabetes en inmigrantes en España. En efecto, pese a la importancia sociodemográfica del fenómeno de la inmigración en España durante los últimos años, y de los avances realizados en el conocimiento de la epidemiología de la diabetes en España, no disponemos de datos similares a los de población general referidos a inmigrantes. Algunas publicaciones sugieren, sobre la base de frecuencias de consulta en población asistida, una mayor prevalencia de diabetes en inmigrantes versus población autóctona(5). Sin lugar a dudas la asistencia sanitaria a la población inmigrante plantea múltiples y difíciles retos. Esto es especialmente importante en el caso de la asistencia diabetológica, tanto en atención primaria como en especializada(6), y un pilar fundamental para planificarla adecuadamente debe ser disponer de datos de prevalencia de diabetes en inmigrantes.

A falta de datos estudios de base poblacional, las estimaciones pueden ofrecer una primera aproximación a la magnitud del problema. Disponemos de datos oficiales del número de inmigrantes registrados, o estimados, según los países de procedencia. A partir de estos datos y de las prevalencias de DM registradas en sus países de origen, se podría realizar una estimación del número "posible" de diabéticos inmigrantes en nuestro país, aún a sabiendas que muy probablemente infraestima el problema. En este momento, posiblemente en España existen entre 300 y 500.000 diabéticos inmigrantes (diagnosticados o no). Este cálculo, aunque impreciso, puede orientarnos sobre la magnitud de la diabetes en este colectivo.

Los datos observados en Estados Unidos son muy ilustrativos sobre la influencia de la inmigración sobre el aumento de la prevalencia de diabetes. En este país el incremento de la prevalencia de diabetes registrado entre 1990 y el 2000 ha sido mayor en las distintas etnias (del 57% en africanos-americanos, del 64% en hispano-americanos y del 84% en otras etnias) que entre la población europeo-americana (del 41%) (7) (Figura 2).

Figura 2

Prevalencia de diabetes en distintos grupos de inmigrantes en el país de origen y en EE.UU. (Abate, 2003)



Al abordar el tema de la diabetes en población inmigrante, se deben tener en cuenta diversos condicionantes(8). En primer lugar, la población que emigra inicialmente está constituida por los individuos más sanos de su comunidad, jóvenes y sin enfermedades, y por tanto no son representativos, a nivel de frecuencia de enfermedades, de la población de origen. En segundo lugar, no todos los grupos de población inmigrante asumen de igual forma los estilos de vida de la población de destino. Algunos grupos étnicos mantienen en mayor grado que otros sus hábitos dietéticos y costumbres, y por tanto, el impacto de la occidentalización será distinto en los diferentes grupos étnicos. Incluso para determinados grupos de inmigrantes el grado de incorporación al estilo de vida occidental es diferente en función del género, de forma que las mujeres mantienen más los estilos de vida de su país de origen que los varones. Además, el estatus económico alcanzado por la población inmigrante puede influir también, en el riesgo de presentar diabetes. Es bien conocido que la dieta rica en grasas, hipercalórica y baja en fibra favorece la aparición de la diabetes, y por otra parte en los países desarrollados esta dieta tiene un coste económico muy inferior a la dieta equilibrada y saludable. Por tanto, un mayor grado de precariedad económica de la población inmigrante aumentará la posibilidad de consumir estas dietas no equilibradas asociadas a mayor predisposición a diabetes. En tercer lugar, probablemente la influencia del fenómeno migratorio en las tasas de prevalencia/incidencia de diabetes será muy distinta entre la primera generación y los hijos nacidos o criados en el país de destino, o incluso de los ancestros, de mayor edad, que emigran tras la reagrupación familiar. En base a todo lo anterior, se podría estimar que la prevalencia de diabetes aumentará más claramente en la segunda generación de inmigrantes, y en aquellos que se incorporan más plenamente al llamado estilo de vida occidental.

2. La población inmigrante en el área de Ciutat Vella

La organización del sistema sanitario en Cataluña dispone que el Hospital del Mar atiende el área de influencia que incluye Ciutat Vella y Sant Martí. La proporción de población inmigrante en Ciutat Vella es muy elevada, llegando a representar el 48,1% de la población del distrito en el año 2006. La composición del colectivo inmigrante es diversa, procediendo los grupos con mayor representación de América latina (61%), Asia (20%), África (10,5%) y Europa del Este (8,5%).

Al ser mayoritariamente inmigrantes económicos con poco tiempo de residencia, se caracterizan por tener una calificación laboral baja, como trabajadores de limpieza, peones albañiles u otras ocupaciones parecidas y en una proporción importante, no hablan castellano. Como termino medio, son más jóvenes que los habitantes de su área de residencia nacidos en España y presentan mejores estilos de vida y niveles de salud.

En muchos países los hospitales no recogen información sobre el estatus legal de las personas que consultan(9,10) por lo que existen pocas estadísticas fiables sobre el coste hospitalario de los inmigrantes ilegales.

El hospital del Mar dispone de información del país de nacimiento de los inmigrantes y también de los hijos de inmigrantes en edad pediátrica. Esta información junto con la de costes por paciente han permitido realizar diversos estudios que analizan el uso de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante(11-13). Se ha analizado de forma continuada el patrón de uso de servicios sanitarios especializados por parte de la población inmigrante, concretamente su frecuentación, casemix, complejidad y adecuación. Como resultado de estos análisis, se ha llegando a las conclusiones siguientes:

- Se constata una menor frecuentación en urgencias que globalmente se sitúa en una reducción del riesgo relativo del 38%, siendo la tasa cruda también menor (27%). Este comportamiento es mucho más evidente y en proporciones mayores para ingresos hospitalarios y consulta externa. Son valoraciones que van en línea con otros análisis realizados en otros países (14-15). De esta valoración global cabe distinguir dos grupos claramente identificables con comportamiento opuesto:

  - Por una parte, el comportamiento general se basa en la frecuentación de las urgencias de adultos y se relaciona con el fenómeno conocido como del inmigrante sano[16-18], de forma que los incrementos de población debidos a la llegada de nuevos inmigrantes económicos no debe tener una translación directa en el incremento de las urgencias a los hospitales de la zona. La reducción ajustada se mueve entre un 49% en cirugía y un 58% en psiquiatría.

  - No obstante, se detectan tasas elevadas de frecuentación de las urgencias obstétricas por parte de la población inmigrante (43%) aunque sin signi-

ficación estadística, que se relaciona con las altas tasas de fecundidad y el uso más elevado del sistema público. Por ello es aconsejable realizar intervenciones que lleven a que el seguimiento del embarazo se haga mediante los circuitos habituales de la atención primaria.

- Los inmigrantes hacen un uso inadecuado de las urgencias con la finalidad de evitar barreras de acceso. Delante de esta situación se plantea realizar intervenciones para informar mejor de los circuitos de acceso a la atención primaria. Como extensión de esta indicación haría falta hacer mención a que los programas de mediación intercultural no sólo deben facilitar la atención al paciente una vez que este llega al hospital, sino que también deberían favorecer la educación e información sobre los canales más idóneos de acceso al sistema sanitario.

3. Hipótesis y objetivo del análisis

De los antecedentes anteriores se desprenden dos hipótesis contradictorias entre ellas:

- Las tasas de incidencia de diabetes en países originarios de los inmigrantes es mayor a la del conjunto de la población. Ello debe traducirse en unas mayores tasas de incidencia del colectivo inmigrante respecto a la población española.
- La población inmigrante con poco tiempo de residencia presenta mejores indicadores de salud y mejores hábitos de vida que la población de acogida.
- Para comprobar estas hipótesis planteamos un estudio con el objetivo de cuantificar la tasa de incidencia de las descompensaciones agudas en el momento de diagnóstico de la diabetes, nuevos casos de diabetes en la población autóctona y en la inmigrante, y comparar las características clínico-biológicas entre ambos grupos.

4. Tasa de incidencia de las descompensaciones agudas al inicio de la diabetes en población inmigrante

4.1. Concepto de inmigrante

Se ha considerado población inmigrante aquella que ha nacido fuera del territorio español independientemente de su nacionalidad en el momento de utilizar los servicios sanitarios.

4.2. Casos incidentes

Se han analizado los casos incidentes de descompensaciones agudas al inicio de diabetes, tanto tipo 1 como tipo 2, a partir de la base de datos que registra todos los pacientes atendidos en el Servicio de Endocrinología y Nutrición y de Urgencias del

Hospital del Mar en el período 2000-2006. Esta base de datos incluye, entre otras, las variables: edad, género, país de origen, tipo de descompensación, tipo de diabetes, glicemia, pH, equilibrio ácido-base, cetonemia, cetonuria, ionograma y el Centro de Atención Primaria remitente.

El registro de estos casos se ha cruzado con el sistema de información hospitalario (IMASIS) en el cual consta la dirección postal y la ABS a la cual está asignada la persona y el país de nacimiento. Se ha generado un registro con los casos incidentes de las ABS o CAP que conforman el distrito de Ciutat Vella, para el cual el Servicio de Endocrinología del Hospital del Mar es el centro de referencia. El análisis se ha centrado en el distrito de Ciutat Vella, puesto que para esta área se puede asegurar el mayor nivel de atracción del hospital del Mar (superior al 80%). Para esta área hemos asumido que todas las descompensaciones agudas han sido atendidas en los servicios de urgencias del Hospital.

Para los casos incidentes analizados se han comparado entre nacionales e inmigrantes, distintas variables que permitan establecer si los dos grupos presentan características clínicas similares relacionadas con la enfermedad.

4.3. La población

El Ayuntamiento de Barcelona dispone de información por distritos en la que consta el número de personas residentes según edad, sexo y país de nacimiento. La información utilizada es la de 2005. Al igual que para los casos incidentes, se ha realizado la misma agrupación por sexo, edad y por agrupación de países de origen. De las 105.351 personas mayores de 16 años que residen en 2005 en el Distrito de Ciutat Vella, el 48% ha nacido fuera de España. Esta situación se acentúa en el tramo de edad de 16 a 50 años, en el que 63,3% de la población es inmigrante, debido especialmente a que el 90,7% del contingente inmigrante está en este tramo de edad. Los datos se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1

Población empadronada 2005 en Ciutat Vella según lugar de nacimiento

		Nacionales	Inmigrantes	Total	% inmigrantes
Hombres	**Total**	**54.624**	**50.727**	**105.351**	**48,15**
	16 a 50	13.953	29.170	43.123	67,64
	51 a 65	5.553	1.983	7.536	26,31
	más de 65	6.431	434	6.865	6,32
Mujeres					
	16 a 50	12.752	16.829	29.581	56,89
	51 a 65	5.090	1.723	6.813	25,29
	más de 65	10.845	588	11.433	5,14

La información se ha estratificado por sexo, por grupos de edad (16-50, 51- 65 y mayores de 65 años) y lugar de nacimiento según grandes áreas: Nacionales, Países de renta alta (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa Occidental), América latina, Norte de África, África subsahariana, Europa del Este, subcontinente Indio y resto de Asia.

4.4. Tasa de incidencia

Se ha calculado la tasa de incidencia de descompensaciones agudas como forma de inicio de diabetes para el período 2000-2006, incluyendo diabetes de tipo 1 y tipo 2. Se ha calculado una tasa de incidencia global entre inmigrantes y no inmigrantes, también estratificando por sexo y edad, y por último la estratificación se ha hecho por grandes grupos de países de nacimiento. Las tasas se han presentado por 100.000 habitantes.

De los 46 casos incidentes registrados en el período 2000- 2006, el 64% correspondían a población nacional y el 36% a inmigrantes. Los 23 casos incidentes inmigrantes eran originarios de las áreas siguientes: Indo-pakistaníes (10), Latino-Americanos (8), Magrebíes (4) y China(1) (Figura 3). En la tabla 2 se detallan las características clínicas de los casos atendidos. Se han apreciado diferencias significativas por sexo, edad, tipo de diabetes y niveles de Ph. No existen diferencias significativas para los niveles de Cetonuria ni Glicemia, entre los casos incidentes ya sean nacidos o no en España.

Figura 3
Distribución de los casos incidentes por grandes grupos de países

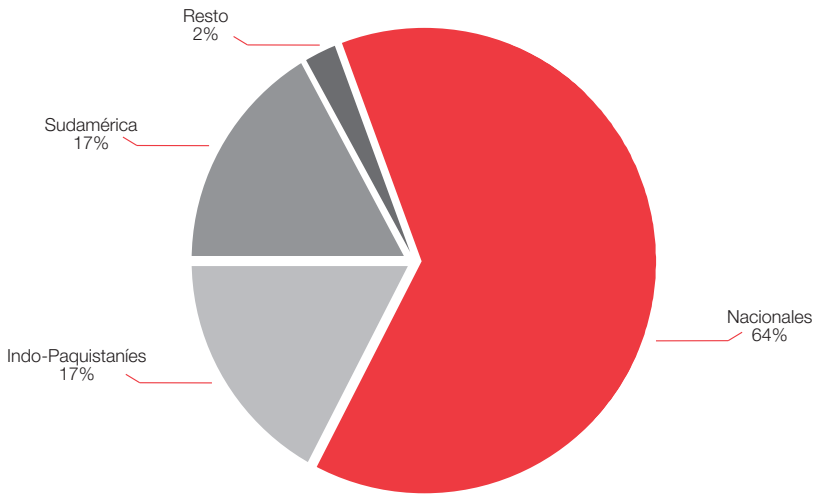


Tabla 2

Características de los casos incidentes 2000-2006

	Nacionales	Inmigrantes	% inmigrante respecto del total
n:	43	23	34,8
Edad: *			
entre 16 y 50	21	18	46,2
entre 51 y 65	12	4	25,0
mayores de 65	10	1	9,1
Género*			
hombre	26	17	39,5
mujer	17	6	26,1
Diabetes:*			
DM I	9	3	25,0
DM II	34	18	34,6
Cetonuria	50,23	67,83	57,5
Ph**	7,39	7,34	49,8
Glucemia	437,05	375,70	46,2
Grupo países:			
América latina		8	
Subcontinente indopakistaní		10	
Magreeb		4	
Europa del Este		1	
* p< 0,001			
** p< 0,05			

La tasa de incidencia global de diabetes con debut agudo fue de 62,6 por 100.000 habitantes en un período de cinco años. En el grupo de inmigrantes esta tasa desciende hasta 45,35 siendo esta variación significativa. Para el grupo de población entre 16 y 50 años (el mayoritario en la población inmigrante) la tasa global ha sido de 53,64, mientras que la población inmigrante ha presentado una tasa de 39,13 que también es significativamente menor que la de la población nacional (Tabla 3). No se ha apreciado diferencia estadística significativa cuando se han calculado tasas por grupos de países.

Tabla 3
Tasa de incidencia de diabetes mellitus en Ciutat Vella x 100.000h
Período 2000-2006

	Nacidos en España	Inmigrantes	Intervalo de confianza 95% de la razón de tasas
Mayores de 16 años	78,712	45,341	0,347 - 0,956
Entre 16 y 50 años	78,637	39,131	0,265 - 0,934

5. Conclusiones

Se ha delimitado un área de población con un alto nivel de presencia de población inmigrante y se han calculado tasas de incidencia de descompensación aguda como forma de inicio de diabetes melitus. El resultado no corrobora la hipótesis esperada de una mayor incidencia por razones ligadas al origen de la población estudiada entre los inmigrantes, especialmente los indo-pakistaníes. El resultado cuantitativo es contrario a dicha hipótesis y abre posibilidades a otras hipótesis. En los estudios realizados con población inmigrante con poco tiempo de permanencia, se aprecia que el efecto de inmigrante sano tiene un predominio sobre otros factores, de manera que presentan menor uso de servicios sanitarios(16-18). En concreto para la misma área ahora estudiada, la población inmigrante presenta una relación de tasas de frecuentación de los servicios de urgencias médicas del 0,48 (13).

Este estudio presenta una limitación en relación a los valores tan reducidos que se consiguen por razón de la propia tasa de incidencia y por lo reducida que puede ser esta área de análisis para este propósito. Ello ha obligado a analizar conjuntamente una serie de siete años de casos incidentes, mientras que la población de referencia es la de 2005. Las variaciones de la población en este período no son despreciables y el crecimiento de la población inmigrante ha sido notable. De todas formas la hipótesis se centraba en la posibilidad que en algún grupo de inmigrantes pudieran tener de manera muy significativa mayores niveles de incidencia(4) .

Los resultados obtenidos tan sólo recogen los datos de casos incidentes que precisan atención en urgencias y su posterior seguimiento en hospital de día, por una forma aguda de presentación o hiperglucemia importante en el momento del diagnóstico de la diabetes. Por tanto no se incluyen casos incidentes diagnosticados por analítica de rutina con clínica leve o glucemias moderadamente elevadas, que permiten el inicio del tratamiento sin precisar intervención en hospital de día.

Los resultados de este análisis son los primeros que aportan evidencia sobre incidencia de diabetes en población inmigrante en España y de la importancia del origen de la población en su comportamiento. Los niveles de incidencia detectados en población inmigrante no son mayores a los de la población nacional.

Referencias bibliográficas

1 Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and proyections for 2030. Diabetes Care 2004;27(5):1047-53.

2 Goday A. Epidemiología de la diabetes mellitus y sus complicaciones no coronarias. Revista Española de Cardiología 2002; 55: 657-670.

3 Zimmet PZ, McCarty DJ, de Courten MP. The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus an the metabolic síndrome J Diabetes Complications 1997; 11(2): 60-68.

4 Abate, N; Chandalia, M.: The impact of ethnicity on type 2 diabetes. Journal of Diabetes ands Its Complications. 2003; 17: 39-58.

5 Valerio L, Milozzi J, Figueredo A, Reina MD, Martinez-Cuevas O, Perez-Quilez O. Prevalencia de diabetes mellitus en inmigrantes indostánicos jóvenes en Santa Coloma de Gramanet, España. Med Clin (Barc) 2006; 126: 53-56.

6 Fernandez Miró, M, Goday A, Cano JF. Diabetes y Ramadán. Med Clin (Barc) 2007: 129: 303-308.

7 Anderson GF, Chu E. Expanding priorities. Confrenting chronic disease in countries with low income. N Engl J Med 2007; 356: 209-211.

8 Goday A, Flores J, Chillaron JJ, Cano JF. La epidemiología de la diabetes tipo 2. Las cifras y los retos de una enfermedad en continua expansión. Med Clin (Barc) 2008; 9(1):3-7

9 Okie,S: Immigrants and Health Care – At the Intersection of Two Broken Systems.N. Engl Med 2007; 357:6-7

10 Mohanty SA, Woolhndler S, Himmelstein DU, Pati S, Callasquillo O, Bor DH. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. Am J Public Health 2005;95:1431-8

11 Cots F, Castells X, Olle C, Manzanera R, Varela J, Vall O. [Profile of the hospital case mix of the immigrant population in Barcelona, Spain]. Gac. Sanit. 16, 376-384 (2002)

12 Cots F, Castells X, Garcia O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain).BMC Health Serv Res. 2007 Jan 19;7:9.

13 Cots F, Burón A, Castells X, Riu M, Garcia O, Vall O. Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis d'urgències de l'Hospital del Mar. A Estudis d'Economia de la Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació; Departament de Salut. Barcelona, 2007

14 Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ: The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. Acad Emerg Med 2002, 9: 1140-1145.

15 Baker DW, Stevens CD, Brook RH: Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important? Ann Emer Med 1996, 28: 677-682.

16 McDonald JT, Kennedy S: Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med 2004, 59: 1613-1627.

17 Muennig P, Fahs MC: Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. Prev Med 2002, 35: 225-231.

18 Sundquist J: Migration, equality and access to health care services. J Epidemiol Community Health 2001, 55: 691-692.

Capítulo **10**

Inmigración y diabetes, dos fenómenos globales, crecientes e interrelacionados

Conclusiones del Encuentro celebrado en la Escuela de Verano de Salud Pública. Mahón, septiembre de 2006

Paloma Fernández Cano

Gerente Ejecutiva de Relaciones Externas. Merck Sharp & Dohme de España.

José Antonio Vázquez García

Coordinador de la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud y catedrático de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco.

En septiembre de 2006, dentro de la programación de la Escuela de Verano de Salud Pública tuvimos la oportunidad de coordinar un Encuentro sobre Diabetes e Inmigración, patrocinado por MSD, en el que participaron en torno a 40 profesionales de distintos ámbitos y disciplinas.

Este capítulo recoge las principales conclusiones del Encuentro, organizadas por contenidos con el fin de facilitar su lectura. Al final del capítulo, se relacionan los ponentes del Encuentro que con sus conocimientos y experiencia sobre inmigracion y diabetes han contribuido a estas conclusiones.

1. La magnitud del problema

Aunque no existen datos, se estima que unos 400 millones de personas sufren movimientos migratorios, bien sea como refugiados políticos, desplazados internos, o por causas económicas o medioambientales. Existe un gran número de factores de empuje y atracción, que hace que el fenómeno de la inmigración sea imparable a escala mundial.

La inmigración conlleva grandes cambios en la salud pública hasta el punto de que puede ser considerada como un nuevo determinante de la salud. Hasta ahora, sus efectos se han visto en la salud reproductiva, mental, laboral o en las enfermedades infecciosas, pero conforme las poblaciones se asientan en nuevos emplazamientos, empieza a verse su impacto también sobre las enfermedades crónicas.

La diabetes está creciendo a ritmo exponencial. En los últimos 10 años, el número de diabéticos se ha duplicado y se estima que para 2025 haya más de 300 millones en todo el mundo, afectando principalmente a países en desarrollo. No hay duda en calificarla como una de las pandemias del siglo XXI.

En los países desarrollados, existe una creciente evidencia sobre la mayor prevalencia de diabetes entre la población inmigrante que en la autóctona, con un factor que puede ir de 2 a 5 veces más.

Igualmente, está bien documentado el efecto dentro en una misma etnia al migrar de una zona rural a otra urbana dentro de un mismo país o a países más desarrollados: la prevalencia de la diabetes se dispara, habiendo llegado a reportarse factores de hasta 7 veces más. El efecto multiplicador se ha comprobado en comunidades de prácticamente todos los continentes y etnias (asiáticos indostánicos, indios, chinos, africanos, hispanos y latinoamericanos, europeos caucásicos, nativos de las islas oceánicas, etc.).

Se han desarrollado varias hipótesis sobre los posibles factores: causas genéticas con la existencia del gen ahorrador –thrifty gene– y adaptación a la escasez de alimentos seguida de sobreexposición, dificultades en la adaptación a nuevos alimentos,

consumo de alimentos baratos de alto contenido calórico, cambios abruptos en el comportamiento físico con vida más sedentaria, o incluso una alimentación excesiva deliberada como manifestación del nuevo éxito social.

Las dificultades en el control de la diabetes entre los inmigrantes se acentúan al tener un acceso más limitado a la información, existir barreras idiomáticas, culturales, económicas y psicosociales en la utilización de servicios sanitarios y por no ser un tema prioritario en los países de llegada ni en muchos casos, para los propios inmigrantes.

2. La diabetes en España

En España, como en el resto de los países de nuestro entorno, la diabetes está aumentando de forma constante. Los estudios de los años 80 arrojan tasas de prevalencia en torno al 3%, en los 90 del 6%, en el 2000 del 10%, estimándose la actual en 2006, alrededor de un 12%.

Sin embargo, muchas personas ignoran su verdadera situación, por lo que las cifras de diabetes declarada son menores. En la Encuesta Nacional de Salud de 2003, la diabetes declarada es del 5,9%, llegando al 16,7% para la población entre 65 y 74 años y al 19,3% para los mayores de 75 años. Estos datos reflejan de forma clara como la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad.

Cabe destacar la mayor prevalencia de diabetes en las Islas Canarias, dato que aparece de forma consistente en todos los estudios.

El aumento en las tasas de diabetes va unido al aumento de otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la dislipemia y la obesidad, dando como resultado un más que probable aumento del síndrome metabólico en nuestro país.

Aunque bien conocido, no hay que olvidar que la diabetes es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones, siendo un factor de riesgo muy importante de polineuropatías y de cardiopatía isquémica. Igualmente la diabetes es un factor de riesgo añadido en la enfermedad cardiovascular, aumentando la mortalidad.

La diabetes afecta a hombres y mujeres en proporción similar, con pequeñas variaciones según tramos de edad, No obstante, la mortalidad por diabetes es mayor en mujeres, tal vez por la superior longevidad. Las cifras de mortalidad por diabetes se consideran poco precisas por la insuficiente cumplimentación de los registros de defunción.

3. La diabetes entre los inmigrantes en España

Cabe caracterizar a los inmigrantes en España en tres tipologías en relación a la diabetes:

- los ciudadanos europeos de edad avanzada, que vienen a nuestro país a disfrutar de condiciones de vida más placenteras en su jubilación y que se asientan principalmente en Levante. En este grupo, la manifestación de la diabetes se estima más alta que en la población general debido a la edad, aunque prácticamente no varía respecto a la que tuvieran en sus países de origen.
- los inmigrantes económicos que proceden de Latinoamérica, del Magreb, de países del Este y asiáticos indostánicos. Este es el grupo más expuesto, ya que el cambio rápido en los estilos de vida va a hacer que la diabetes aumente de forma muy significativa.
- los inmigrantes irregulares: este colectivo está formado por personas generalmente jóvenes y sanas y se estima que su riesgo de padecer diabetes es bajo.

Existe muy poca información sobre diabetes en la población inmigrante en España. Se calcula (datos de Josep Franch en comunicación oral) que puede haber unos 150.000 diabéticos inmigrantes teniendo en cuenta el número de inmigrantes registrados por nacionalidades (datos del INE 2003), el estimado de no registrados y la prevalencia de la diabetes en sus lugares de origen. Al cambiar sus costumbres alimenticias y de ejercicio tras el asentamiento en nuestro país, llegarán fácilmente a los 500.000.

El estudio más ilustrativo sobre diabetes en inmigrantes realizado en España es el de Valerio y cols., publicado en *Medicina Clínica* (2006), en el que se compara la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en inmigrantes indostánicos, en inmigrantes no indostánicos y en población autóctona, de entre 30 y 55 años, usuarios de 3 centros de atención primaria de Barcelona. Los resultados arrojan las siguientes cifras: prevalencia en inmigrantes indostánicos (India, Bangladesh, Nepal, Pakistán y Sri Lanka): 20,9%; en inmigrantes no indostánicos (Latinoamérica, Europa Oriental, África, Oceanía y Asia salvo el Indostán): 9,7% y en población autóctona: 3, 6%, con diferencias significativas entre todos los grupos y una prevalencia en la población de estudio del 4,6%.

En otro estudio realizado en la población del distrito de Ciutat Vella atendida por el Hospital del Mar (Cots, Goday, Cano, datos no publicados), en la que el 48% son inmigrantes, la incidencia acumulada de diabetes (2001-05) entre los inmigrantes es sólo de 33,7 casos por 100.000 habitantes, frente a 53,1 casos en población nacional. Aunque la muestra es muy pequeña (46 nuevos casos), la menor incidencia de diabetes entre la población inmigrante es acorde a la menor utilización de servicios sanitarios especializados por esta población, ajustando por género y edad.

Este mismo estudio analiza la frecuentación de los servicios de urgencias del Hospital del Mar por parte de su área de referencia con un 36% de inmigrantes. La razón de tasas de frecuentación entre población autóctona e inmigrante es de 0,937, si bien las urgencias obstétricas son el doble (2,0) entre los inmigrantes, bajando las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas (en torno al 0,7). Es decir, salvo para los procesos obstétricos, los inmigrantes utilizan menos los servicios sanitarios de urgencia. Además, los procesos atendidos son más sencillos y menos costosos.

Existen testimonios de detección de diabetes en inmigrantes por coma diabético, si bien no se dispone de datos.

4. Sobre los diabéticos inmigrantes

En España, los inmigrantes registrados tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles siempre que estén inscritos en el padrón del municipio donde residan (art. 12 del Real Decreto 864/2001, de 20 de julio). Existe, no obstante, un número indeterminado de inmigrantes no empadronados y sin opción a los servicios sanitarios regulares, salvo los de urgencia, a los que siempre pueden acceder.

La salud no es una prioridad para el inmigrante, puntuando muy bajo entre sus principales preocupaciones (puesto 8 en una escala jerárquica de 11 ítems). A ello, a la hora de cuidar de su salud, hay que sumar un gran número de barreras muy diversas entre las que cabe destacar:

- Barreras idiomáticas.
- Valoración cultural de la salud y de la enfermedad.
- Percepción y creencias sobre la enfermedad y los tratamientos.
- Choque de la actuación sanitaria con su propia tradición y cultura.
- Concepto de prevención que, generalmente, es un concepto nuevo para ellos. Si no hay dolor, no hay enfermedad.
- Sentido de la urgencia.
- Expectativas y temores en el contacto con un sistema sanitario distinto.
- Desconocimiento del sistema sanitario, de su organización y oferta.
- Dificultades para utilizar los servicios de salud (por ejemplo, si coinciden con el horario laboral).
- Dificultades económicas y valoración de dar un mejor uso al dinero.
- Temor a la utilización de servicios por inseguridad legal y desconocimiento de sus derechos.

Además, en el campo de la diabetes, existen otros elementos que añaden complejidad para conseguir un tratamiento efectivo. Buenos ejemplos de las dificultades a las que se enfrentan los inmigrantes diabéticos son:

- Desconocimiento de qué es la diabetes y de sus síntomas.
- Concepto de enfermedad crónica y de la necesidad de tratamiento continuado frente al concepto habitual de episodios de enfermedad.
- Concepto de progresión de la enfermedad y de la necesidad de prevenir complicaciones posteriores más graves.
- La necesidad de la dieta, tanto en concepto como en el tipo de alimentos a utilizar –buenos, malos– y número de comidas al día.
- La necesidad de hacer ejercicio físico, un concepto cultural occidental aún no asumido universalmente.
- Los diferentes tipos de medicación y como usarlos.
- Como reconocer los síntomas de hiper e hipoglucemia, como prevenirlas y como abordarlas de forma urgente y efectiva.

Por último, algunos diabéticos inmigrantes tienen, además, dificultades adicionales derivadas de su cultura o de sus circunstancias, tales como:

- El seguimiento del ayuno en Ramadán, que incluye también la toma de medicamentos, en el caso de los diabéticos musulmanes.
- La utilización de insulina inyectable, en el caso de algunas culturas, como la china.
- El hábito de tomar bebidas azucaradas, como té, en muchas etnias.
- El hábito de andar descalzos, que puede producir o agravar lesiones en los pies.
- Riesgos derivados de la movilidad, que incrementa la dificultad del seguimiento del tratamiento.
- Riesgos derivados del estrés, que altera el metabolismo glucémico.

5. Sobre los profesionales que atienden a inmigrantes

La asistencia a inmigrantes plantea nuevos e importantes retos a los médicos y a los profesionales sanitarios, hasta el punto de que se ha desarrollado una nueva disciplina, la medicina transcultural, que aboga por una práctica profesional culturalmente competente.

La práctica profesional culturalmente competente es aquélla que es consciente de las circunstancias de la migración, de los factores de estrés asociados y de las diferencias culturales, que atiende al contexto del paciente y que es sensible ante ello, empleando los conocimientos adecuados y una actitud constructiva hacia las diferencias culturales.

Existe poca información objetiva sobre las aptitudes de los médicos españoles hacia los inmigrantes. El informe de exclusión social de 2001 refiere una falta de sensibilización hacia las necesidades y diferencias culturales de los inmigrantes por parte de "muchos" médicos de atención primaria. En otros países están reportados comportamientos discriminatorios en la cantidad y calidad del tratamiento que reciben los inmigrantes.

Sin embargo, son también muchos los médicos y profesionales de enfermería que reconocen como dificultades las diferencias culturales y están dispuestos a aceptar el reto de la asistencia y el cuidado cultural diverso, mostrando la necesidad de formación en este ámbito.

El médico se enfrenta también a los problemas de comunicación antes señalados por las barreras idiomáticas y por el desconocimiento de tradiciones y otros aspectos culturales que afectan a la salud, o de factores y conductas de riesgo, tabús, o creencias religiosas. Todo ello hace que, en ocasiones, haya grandes dificultades en el diagnóstico y seguimiento del paciente.

No obstante, no hay que olvidar que, en general, también para el paciente inmigrante, los profesionales sanitarios representan la autoridad y están en una posición idónea para proveer una terapia efectiva.

6. Asistencia sanitaria a diabéticos inmigrantes: estrategias utilizadas con éxito y experiencias existentes

Ante el reto al que se enfrentan los profesionales que asisten a inmigrantes diabéticos, se han utilizado con éxito varias estrategias. A continuación se describen algunas de ellas, así como recomendaciones derivadas de la experiencia de varios de los profesionales participantes en el Encuentro.

- **Utilización de mediadores culturales en salud**: tal vez sea una de las estrategias más útiles, ya que no sólo permite la traducción y la comprensión verbal, sino también la interpretación cultural, facilitando así la comunicación entre el profesional y el diabético inmigrante.

  El mediador cultural es una figura cada vez más utilizada en el ámbito de la salud. En algunos casos, los mediadores son ellos mismos personas con diabetes que pertenecen a la misma etnia de los pacientes a los que median y ya conocen las vicisitudes por las que han pasado previamente, por lo que la

mediación resulta más fácil. Los mediadores suelen recibir formación del propio equipo de salud con el que trabajan para hacer más efectiva su labor.

- **Adaptación de los programas de salud**: Si bien existe un amplio consenso en no crear estructuras o recursos asistenciales específicos para la atención sanitaria a inmigrantes por muy diversas razones, en muchas ocasiones sí es muy útil adaptar los programas existentes a las necesidades específicas de los inmigrantes.

  Este sería el caso de programas de educación diabetológica a inmigrantes, que en ocasiones se imparten con interpretación a sus lenguas de origen. En ellos se utilizan materiales de apoyo diseñados con ese fin, con un énfasis especial en la dieta y en el uso de la medicación. A los inmigrantes diabéticos se les enseña la equivalencia nutricional y el riesgo de los alimentos que consumen habitualmente, así como de los productos locales.

- **Utilización de materiales educativos traducidos a sus lenguas y costumbres**: Es uno de los recursos más utilizados en los centros donde se atiende a mucha población inmigrante. Los materiales incluyen folletos sobre qué es la diabetes y las principales recomendaciones para los diabéticos, ayudas visuales con pictogramas sobre diversos aspectos de higiene, folletos sobre nutrición y dieta de otras culturas, etc.

  Además de los folletos desarrollados por hospitales o centros de salud, existen folletos normalizados sobre aspectos generales de la diabetes en inglés, árabe, ruso, urdu, rumano y chino.

- **Utilización de impresos oficiales traducidos**: También desde una óptica institucional, se ha dado respuesta a esta necesidad y así, algunos Servicios Regionales de Salud, como el SAS, utilizan impresos y guías en distintas lenguas para seguimiento de la medicación y de la dieta por parte de los diabéticos inmigrantes.

- **Compartir experiencias con otros profesionales**: Ante la llegada de un inmigrante diabético a la consulta o el debut de diabetes de algún paciente inmigrante, puede ser muy útil consultar con otro profesional que ya haya tenido esa experiencia. Los profesionales experimentados pueden orientar sobre aspectos muy importantes, tales como:

  - La necesidad de valorar el punto de partida del paciente inmigrante y su proceso de adaptación.
  - Las dificultades en el diagnóstico y en el seguimiento del paciente, incluyendo la medicación.
  - La necesidad de mayor atención y de dedicar más tiempo a estos pacientes.
  - El respeto a sus creencias necesario para lograr los objetivos terapéuticos.

- La cautela necesaria ante los estereotipos de estos pacientes, que no siempre son acertados.
- La vigencia de la necesidad de negociar con el paciente y de llegar a acuerdos sobre el cumplimiento, como con cualquier otro paciente.

- **Formación**: Como en cualquier otro ámbito, la formación es imprescindible. Diversas sociedades científicas y servicios regionales de salud tienen cursos especializados en inmigración para sus profesionales.

  La Sociedad Española de Diabetes dispone de ejemplares de una publicación en castellano sobre diabetes tipo 2 e inmigración, editada por los Dres. Judit Pertiñez y Josep Franch, del área básica de salud de El Raval Sur, en donde se abordan varios de estos aspectos en mayor profundidad.

- **Planificación y organización asistencial**: No cabe duda de que la inmigración supone un reto mayúsculo también para los servicios de salud, que deben facilitar una asistencia de calidad también para este colectivo. Varias instituciones, como el SAS o el Ib-Salut, han promovido la contratación de mediadores en salud y otras iniciativas consideradas anteriormente. El aumento de recursos en este ámbito, incluido el tiempo disponible de los profesionales y la adaptación de la organización asistencial para estos pacientes como en el caso del distrito de Poniente de Almería son buenos ejemplos de cómo abordar eficazmente la atención diabetológica a pacientes inmigrantes.

7. Sobre aspectos de comunicación

En el Encuentro también se abordó tangencialmente un asunto crítico al hablar de inmigración y diabetes, en definitiva, sobre inmigración y salud: la comunicación.

Existen prejuicios respecto a la salud de los inmigrantes, entre ellos el de las enfermedades que puedan traer de sus países de origen o el de la excesiva utilización de servicios sanitarios, que no se ven avalados por los datos.

Por un lado, las personas que migran suelen ser personas jóvenes y sanas y, si bien la inmigración puede afectar a su salud como se ha descrito previamente, los datos que existen arrojan una utilización de los servicios sanitarios inferior a la de la población española.

Al hablar de inmigración y salud, es importante tener en cuenta esta información así como la aportación de los inmigrantes a la sociedad que los acoge para que los mensajes no generen ni incrementen la xenofobia.

8. Apuntes finales

Diabetes e inmigración son dos fenómenos globales, crecientes e interrelacionados, que se manifiestan imparables. Los flujos migratorios continuarán mientras existan poblaciones al límite de la subsistencia por cualquier causa y grandes diferencias entre niveles de renta de países.

La diabetes crece a ritmo exponencial de forma paralela a la adopción del sistema de vida occidental, con sociedades sobrealimentadas y sedentarias. El impacto es grande en los países desarrollados, pero lo es y será aún más en los países en desarrollo.

La migración es un nuevo determinante de la salud y contribuye también al aumento de la diabetes, al conllevar una adopción del sistema de vida occidental aún más rápida.

El incremento de las enfermedades crónicas, y entre ellas de forma destacada la diabetes, representa un reto mayúsculo para los sistemas sanitarios, para los profesionales y para los propios pacientes. A ese reto se añade el de la asistencia sanitaria a la inmigración que exige una práctica profesional culturalmente competente.

Cuando ambos retos convergen, es decir, cuando nos enfrentamos a enfermedades crónicas como la diabetes en inmigrantes, aumentan las dificultades al surgir nuevos conceptos como cronicidad, prevención, necesidad de educación específica y cambios de estilos de vida que el paciente inmigrante debe asumir. Y la organización sanitaria debe estar preparada para dar la respuesta adecuada.

Participantes en el Encuentro sobre Diabetes e Inmigración

Dr. Alfonso Bataller, director general de Asistencia Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Dr. Rafael Bengoa Rentería, director del observatorio de caliad y gestión de enfermedades crónicas Kroniker y ex-director de Políticas y Sistemas de la Organización Mundial de la Salud.

Dr. Manuel Carballo, director ejecutivo del Internacional Center for Migration and Health.

Dr. Josep Corcoll, director general de Planificación y Financiación de la Consejería de Sanidad de las Islas Baleares.

Dr. Francesc Cots Reguant, economista de la salud del Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica del IMAS, en el Hospital del Mar. Barcelona.

Dr. Paco Díaz Cadórniga, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Central de Asturias, en Oviedo.

Dña. Paloma Fernández Cano, Gerente Ejecutiva de Relaciones Externas. Merck Sharp & Dohme de España.

Dr. Josep Franch, médico de familia del Centro de salud Raval Sur. CAP Drassanes. Barcelona. Profesor Asociado Departamento de Medicina de la Universitat de Barcelona. Coordinador de la Red GEDAPS.

Dra. Amor García Valero, endocrinóloga. Servicio de endocrinología del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Dra. Sonia Gaztambide, jefa del Servicio de Endocrinología del Hospital de Cruces de Baracaldo, Vizcaya.

Dr. Albert Godoy Arno, Servicio de Endocrinología del Hospital del Mar. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Dr. Ramón Gomis de Bárbara, presidente de la Sociedad Española de Diabetes y director de Investigación del Hospital Clinic de Barcelona.

Dña Margarida Jansá, enfermera del Servicio de Endocrinología del Hospital Clinic de Barcelona.

Dña. Nieves Lafuente, enfermera de la Unidad de diabetes del Distrito de Atención Primaria de Poniente de Almería

Dr. José Luis Martincano, coordinador del grupo de atención al inmigrante de Semergen y médico del centro de salud de Goian, en Pontevedra.

Dr. Wifredo Ricart, jefe de servicio de la Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (UDEN) Territorial de Gerona. Hospital Josep Trueta.

D. Rafael Sánchez Olmos, presidente de la Federación de Diabéticos Españoles.

Dr. José Antonio Vázquez García, coordinador de la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud y catedrático de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco.

Dr. Pepe Vázquez Villegas, coordinador del grupo de atención al inmigrante de Semfyc y Director del Distrito de Atención Primaria de Poniente de Almería.

Fundación Pública
Escola Galega de
Administración Sanitaria

Análise estudos

MSD
El lado humano de la medicina
www.msd.es

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

FEGAS
Escola Galega de
Administración Sanitaria