

Salud e inmigración, en qué punto nos encontramos

Casi una década más tarde de las primeras experiencias ante el actual fenómeno migratorio en el estado español, se ha producido una progresiva adaptación y aprendizaje en buena parte de los profesionales y recursos del sistema de salud de nuestro país. Sin embargo, en servicios en los que se ha mantenido una elevada demanda asistencial de ciudadanos de múltiples orígenes, la sobrecarga continuada en las consultas, servicios de urgencias y recursos hospitalarios, ha provocado que muchos de los profesionales más implicados en las primeras etapas del fenómeno, padezcan en la actualidad situaciones de agotamiento y desmotivación. Esta situación cabe atribuirle en buena medida, a la falta de concreción y aplicación práctica de muchas de las medidas propuestas repetidamente (refuerzo del área administrativa, disminución de las agendas de los profesionales, incremento del tiempo de visita, apoyo a actividades de investigación y formación aplicadas...)¹.

En cuanto a la distribución de cargas de trabajo, la mayor frecuentación de pacientes se concentra en los servicios de atención primaria² y pediatría, así como en los de ginecología

y obstetricia en el ámbito hospitalario, aspecto que se corresponde con la pirámide demográfica de estas nuevas poblaciones.

La facilitación de las Tarjetas Sanitarias Individuales a las poblaciones inmigrantes a partir del año 2001, si bien ha contribuido a superar las limitaciones de acceso e identificación de la demanda en una primera etapa, ha provocado un desajuste entre el volumen de tarjetas expedidas y las cifras de usuarios. Este aspecto requiere una mejor adaptación de los sistemas de información y de registro que permitan evitar duplicidades y conocer de modo más preciso el universo de la población usuaria.

Así mismo, eliminadas las principales barreras administrativas de acceso al sistema de salud quedan por ajustar aspectos como las franjas horarias para los grupos de población activa con peores condiciones contractuales que no les permiten acceder al profesional de la salud en su horario laboral, la educación de la población (no sólo la inmigrante) sobre cómo y dónde acudir ante determinadas afecciones, o la interpretación de las prescripciones realizadas por los profesionales. En este último apartado coinciden nuevamente diversos

factores ya mencionados como el tiempo disponible por el profesional, diferencias culturales entre usuarios y profesionales y las barreras lingüísticas.

Conocimiento del estado de salud de las poblaciones inmigrantes

Los estudios disponibles en la actualidad, a pesar de que en su mayoría se trata de análisis descriptivos, coinciden en aportar que las principales necesidades en salud de las poblaciones inmigrantes se identifican esencialmente con las de la población autóctona. Sin embargo, como necesidades específicas cabe destacar entre otras, las vinculadas a la salud laboral en determinados grupos de población inmigrante, aspectos vinculados a la salud materno infantil, déficits nutricionales, y trastornos de adaptación (salud mental, alteraciones psicósomáticas...). En cuanto a las llamadas enfermedades emergentes y reemergentes, deben analizarse las situaciones en las que viajeros internacionales, coope-

rantes, personal expatriado y personas inmigrantes pueden contribuir a su desarrollo en nuestro entorno. En este sentido cabe insistir en que el incremento de población inmigrante no representa, en sí mismo, un factor de riesgo de difusión de alguna de estas enfermedades. A pesar de ello, debe considerarse que la existencia de enfermedades o infecciones especialmente prevalentes en determinadas zonas del planeta, inexistentes o de menor impacto en nuestro entorno, requiere la toma de medidas específicas de prevención y control frente a las mismas. A título de ejemplo el riesgo de infección por enfermedad de Chagas en personas procedentes de determinadas zonas de América latina, implica un especial esfuerzo clínico epidemiológico para las actuaciones de vigilancia frente a esta enfermedad en nuestro medio. Del mismo modo, la elevada prevalencia de infección tuberculosa en ciudadanos procedentes de determinados países o la precariedad en las condiciones socio-laborales de algunas de estas personas, determina la necesidad de adaptar los programas de prevención y control de esta enfermedad a la nueva realidad sociodemográfica de nuestro país.

Por otro lado, las encuestas de salud realizadas en distintas CC.AA. han aportado hasta la actualidad poca información con relación al estado de salud de las poblaciones inmigrantes. Sin embargo las realizadas más recientemente, como la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) 2006, han incluido distintas preguntas relacionadas con aspectos prioritarios en población inmigrante y han garantizado en el muestreo la representatividad de estos ciudadanos. Por este motivo, durante el año 2007 en el proceso de análisis de los datos es posible responder con mayor precisión a algunas preguntas sobre la salud de las poblaciones inmigrantes.

Estrategias de presente y de futuro

La experiencia adquirida y la aplicación de medidas para facilitar el acceso y la atención de los inmigrantes en el sistema de salud, implican la progresiva normalización en este ámbito.

Las medidas contempladas en los Planes de Acogida para garantizar la accesibilidad en los momentos iniciales del proceso migratorio, deben suponer un elemento esencial en este proceso de normalización³.

El apoyo a los profesionales y los recursos asistenciales que concentran una mayor demanda de población inmigrante, resulta imprescindible para garantizar que puedan desarrollar su trabajo en las condiciones adecuadas. Así mismo, según se demuestra en múltiples experiencias, la mediación en salud constituye un instrumento esencial en la superación de determinadas barreras y dificultades tanto en el cumplimiento de medidas terapéuticas como para facilitar el mejor uso de los recursos de salud existentes.

La mencionada normalización, debe verse también reflejada en la progresiva incorporación de profesionales de distintos países de nacimiento a nuestro sistema de salud, estrategia ya experimentada en otros países.

Con relación a los sistemas de información, resulta prioritario mejorar la disponibilidad de datos y fuentes de información homogéneas, que permitan monitorizar indicadores básicos de salud, identificando a las distintas poblaciones de inmigrantes. Buen ejemplo de ello lo constituye la implantación de registros únicos con identificadores simples (SIP, ZIP...) que permiten identificar a toda la población del sistema de salud, manteniendo la información actualizada y adaptada a las necesidades del sistema.

Josep M Jansà

Agència de Salut Pública de
Barcelona

Bibliografía

1. Jansà JM. *Sistema de salud y población inmigrante en Catalunya*. Ponencia presentada en la 3ª Jornadas Interdisciplinarias de salud e interculturalidad. Reus, 7-8-9 febrero 2007.
2. Aguirre CJ, Hernández N, Aguirre FJ, González JM. Estudio de algunos parámetros de la atención continuada en una zona básica de salud y el problema de frecuentación del Servicio. *Aten Primaria* 2004;34:105-6.
3. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria* 2006;37:249-50.