

Jesús Edison Ospina Valencia [[Buscar autor en Medline](#)]

Coordinador Programas de Salud Comunitaria
UMTIVI - ACSAR*

UMTIVI: Unitat de Malalties Tropicals e Importades i Vacunació Internacional

ACSAR: Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado



Hacia un modelo sanitario que pueda gestionar la diversidad

"-Usted puede sentarse y esperar a que le llamen.

Le dice la chica de recepción al hombre que, con cara de desconcierto, lo único que puede articular mientras mueve su cabeza de un lado a otro es: no sé, no sé... La recepcionista, en un intento desesperado por hacerse entender o porque su interlocutor "entienda" empieza a subir inesperadamente el volumen de su voz, repitiendo una y otra vez el mensaje que ni en castellano, ni en catalán puede digerir aquel hombre de 35 años y tez morena curtida por el sol. Ismael Attaleb no comprende y por más que intenta escrutar el interior de aquella boca que gesticula, por más esfuerzos que hace para decodificar el lenguaje de aquellas manos que indican y señalan, un torbellino de sonidos se van apretujando uno contra otro, unas miradas cómplices de personas que esperan y desesperan mientras hacen la fila, un volumen de voz que crece y que grita, un azaroso murmullo de palabras cómplices que no se entienden, una gana que no alcanza. De pronto un hombre de Senegal se acerca y le interroga:

-Vous Parles Française?

Ismael reacciona y le contesta en lengua gala mientras la angustia le empieza a deshabetar el cuerpo..."

El evidente incremento de poblaciones inmigrantes en España ha conllevado a que situaciones como la descrita anteriormente sean cada vez más frecuentes en diferentes contextos (sociales, laborales, administrativos, educativos, sanitarios...). Hablar de flujos migratorios y más aún de asentamientos migratorios es intentar abordar el hecho desde una perspectiva de tema y no de problema, porque el tema precisamente comienza a ganar terreno cuando el desarrollo económico español se empieza a constituir en oferta importante a nivel mundial para personas provenientes de países empobrecidos que están dispuestas a vender, no siempre en condiciones dignas, su fuerza de trabajo. Ha pasado ya más de una década desde que la dinámica de asentamiento de diferentes comunidades en España se torna en un hecho tangible, medible por su real "impacto" en el rostro cultural, económico y social de un país que pasó de ser cantera importante de emigrantes a receptor necesitado de esas personas que tanto han contribuido a la dinamización económica de un Estado que se abre a Europa. Este hecho, este proceso migratorio de asentamiento adquiere cada vez rasgos de mayor envergadura en la infraestructura y superestructura de una realidad tangible, la construcción de un ser social no sólo en sí sino para sí, las modificaciones que experimenta el tejido social no sólo de quienes llegan sino de quienes están, esa dualidad autóctono - alóctono, esa progresión de fenómenos, ese nuevo rostro social conduce evidentemente a plantearse una serie de respuestas en ámbitos diferentes y desde la diversidad cultural misma. La presencia de la población inmigrada en los centros de salud ha adquirido paulatinamente un crecimiento importante, de igual manera la atención desde los centros se ha ido modificando, intentando dar respuestas a los planteamientos que genera el proceso; no obstante las adecuaciones efectuadas se han realizado desde una perspectiva unilateral en la que el usuario inmigrante es quien "tiene" o "debe" adaptarse por sí mismo a la estructura

bibliografía

1. AIRHIHENUWA, O.; MAKINWA, B.; FRITH, M.; OBREGÓN, R. (1999) Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Una nueva dirección. ONUSIDA -The Pennsylvania State University.

2. DOWSET, G.; AGGLETON, P, WARNICK I.; RIVERS K. (1999) Sex and Youth: Contextual Factors Affecting Risk for HIV/AIDS: A comparative analysis of multi-site studies in developing countries. ONUSIDA.

3. KERRIGAN, D. (1999) Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. ONUSIDA

4. ONUSIDA.(2001) Movilidad de la población y SIDA. Actualización técnica del ONUSIDA Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.

5. SEMFYC. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



sanitaria general. Este planteamiento puede llegar a ser muy excluyente en la medida en que sólo se vea al usuario del servicio como un receptor pasivo dentro del proceso de intervención clínico asistencial. Consideramos que la salud no es un proceso en el que sólo intervienen factores de orden biosanitario, la salud es también la consecuencia lógica de unos factores de contexto (social, económico, emocional, cultural...) que se deben contemplar cuando de la especie humana se trata. Es aquí cuando estamos obligados/as a plantearnos los temas de la precariedad, la vulnerabilidad y la experiencia sanitaria previa, como variables imprescindibles para tratar de dar respuestas coherentes desde una perspectiva sino ecléctica por lo menos más amplia y menos sesgada.

El/la usuario/a alóctono/a de los servicios sanitarios posee una serie de características que varían de acuerdo a la procedencia, de allí que el concepto "inmigrante" se aplique de manera exclusiva a personas provenientes de países empobrecidos (Asia, África, Europa del Este, Centro América y América del Sur...), lo que de hecho termina adquiriendo importantes connotaciones a la hora de pensar o actuar en relación al referente. Consideramos que la apreciación en relación a la procedencia es justa, en la medida en que el planteamiento responda como variable importante a la hora de elaborar argumentaciones críticas que expliquen objetivamente el estado y las reacciones a determinados procesos. Es por ello que las reacciones ante la nueva experiencia sanitaria sean muy diferentes tanto si se trata de un/a usuario/a del contexto Unión Europea como si se trata de un/a usuario/a procedente de Pakistán, África del Norte, África Subsahariana, Nepal, China o Latinoamérica. Por ello es importante establecer una serie de consideraciones que contribuyan a perfilar el concepto de Usuario/a Inmigrante.

El/La inmigrante como usuario/a de los servicios sanitarios

Si observáramos con detenimiento las curvas estadísticas que a nivel histórico reflejan los procesos migratorios del pasado siglo XX, no tardaríamos en percatarnos de un factor característico en la población que empieza a dinamizar los flujos migratorios. Este factor es el que se corresponde con la edad de quien abandona su país de origen, pues se evidencia la presencia de un elevado porcentaje de personas jóvenes, que de cierta forma también podríamos argumentar que son personas "sanas" o que por lo menos están en mejores condiciones para enfrentar las vicisitudes de la nueva realidad. De allí que tradicionalmente se haya pensado en el/la inmigrante como una persona joven y además sana. No obstante es conveniente llamar la atención en relación a las modificaciones que pueden llegar a sufrir los procesos, por ejemplo: el asentamiento y consolidación de los flujos migratorios acaba produciendo cambios importantes en la media de edad como resultado de las reagrupaciones familiares (menores de 18 años y mayores de 45 años). De otro lado hay un aspecto que para la España de hoy como país oferta a nivel laboral para personas de otros países es muy relevante porque hace que el tema de las respuestas estratégicas sea más complejo, nos referimos pues a la "heterogeneidad" de la población. Este carácter heterogéneo supone como ya se ha dicho una serie de respuestas acordes a la diversidad que implica, sin embargo también encontramos una serie de factores que son homogéneos a las diferentes poblaciones y que se podrían enumerar de la siguiente manera:

- En la mayoría de los casos el proyecto migratorio (obligatoriedad de la determinación como consecuencia de la pauperización económica en los países de origen) constituye en sí mismo un factor muy importante que afecta a la salud mental y orgánica del o la inmigrada.
- El impacto que genera la estructura de la nueva realidad (Lengua, dinámica social, sistemas sociales, socio visión y cosmovisión del mundo...).
- La precariedad generalizada en diferentes órdenes (económico, laboral, vivienda, alimentación...).
- Las patologías específicas de acuerdo al área de procedencia que requieren además una actuación específica desde la medicina tropical (Paludismo, malaria, parasitosis intestinal...).
- Las respuestas a factores medioambientales (adaptación del reloj biológico, cambios climáticos, polución, cepas virales, régimen y horarios

alimentarios...).

- La exclusión y autoexclusión social producto de factores administrativos y socioeconómicos (regularización, bienestar social...).
- La importancia y prioridad hacia la salud que en la mayor parte de los casos es muy baja.
- La experiencia previa en relación al carácter asistencial y no preventivo en los países de origen.
- Las marcadas diferencias entre el sistema sanitario autóctono y los sistemas sanitarios de origen.
- La formalidad del sistema autóctono versus la "informalidad" de la experiencia previa.
- Las prioridades del proyecto migratorio versus la prevención sanitaria y la asistencia misma.
- Las concepciones de enfermedad, salud y tratamiento que en muchas ocasiones son muy diferentes a las del país de llegada.
- Las características culturales específicas que implican patrones de comportamiento y actuación diferentes a los de la comunidad de arribo.
- Las dificultades para el acceso al sistema sanitario producto de las autorrestricciones de los/las mismos/as inmigrantes, así como de las restricciones que en sí mismo el sistema sanitario puede generar.
- La incorrecta gestión de los recursos sanitarios tanto en relación a la subutilización y sobreutilización producto de una ausencia de canales de comunicación adecuados.

Enumerados los anteriores aspectos que si bien no pretenden ser exhaustivos, por lo menos sí desean reflejar algunos elementos de juicio que contribuyan a la elaboración de reflexiones más acordes con la realidad y de igual manera nos permitan elaborar estrategias más adecuadas con el actual contexto socio-poblacional. En un orden dialéctico de ideas cabe contar con dos realidades que se contrastan y se complementan al mismo tiempo, de un lado está la realidad de la población que deja y que llega y de otro lado está la realidad de la población que recibe y que está. En este marco conceptual podremos decir que dentro del proyecto migratorio que es vivido exclusivamente como tal por quienes dejan y llegan, se experimenta un prolongado y complejo duelo migratorio que es compuesto y divisible porque no sólo y a diferencia del proyecto migratorio es percibido por quien abandona y llega sino también por quien recibe y está. Consideramos que es importante dejar clara esta orientación en detrimento de posibles argumentaciones paternalistas que llegan a ser nocivas a la hora de intentar hacer una valoración ecuánime del hecho migratorio. Es así que ante las dos realidades que intentan y buscan compartirse, tendremos una serie de obstáculos que impiden tanto de uno como de otro lado, gestionar correctamente el uso de los servicios sanitarios y evidentemente de los recursos sociales en general. Estas dificultades se han intentado resolver desde modelos basados por un lado en el perfeccionamiento de las habilidades de los/las profesionales sanitarios/as y por otro lado desde la participación de personas que hagan parte o den soporte al equipo sanitario. En este orden de ideas y en lo que respecta al perfeccionamiento de las habilidades de los/las profesionales sanitarios/as, enumeraremos algunas de las propuestas que a este respecto se han planteado:

- Formación en patologías tropicales específicas.
- Formación en temas relacionados con el acto comunicativo y las construcciones socio-culturales de las poblaciones inmigradas.
- Elaboración y promoción de protocolos de actuación. Caben citar iniciativas como las del IES (Instituto de Estudios de la Salud en Barcelona) y el protocolo de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) de Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria o el programa de atención al niño inmigrante realizado en el área 9 de Madrid (Atención Primaria de Madrid, Insalud 2001).

Y de otro lado en lo correspondiente a inclusión de personas que hagan parte , den soporte al equipo sanitario y sirvan de puente entre el sistema sanitario y

el/la usuario/a inmigrante, tendremos:

- Traductores/as
- Mediadores/as
- Agentes Comunitarios/as de Salud

Pensamos que en lo referente a estas dos líneas de actuación propuestas, la estrategia que más se ajusta al estado actual del hecho migratorio, debe partir de una serie de acciones combinadas que contribuyan no sólo a dar soluciones al interior del Sistema Sanitario, sino que posibiliten la construcción de una real dinamización sanitaria con las comunidades en cuestión; de lo contrario continuaremos alimentando el concepto del usuario como agente pasivo en un proceso que además, visto desde una perspectiva de poblaciones autóctonas conviviendo en un mismo marco de referencia, sugiere una serie de actuaciones específicas que van desde la información culturalmente adaptada, hasta el cambio y modificación de conductas en relación a unos patrones de comportamiento previamente adquiridos.

Propuesta Metodológica

Nuestra orientación está basada en la necesidad de trabajar conjuntamente desde los dos ámbitos que consideramos fundamentales para llevar a cabo una mejor actuación. El presente esquema resume la forma en que concretamos la propuesta de trabajo y explica la resultante lógica del mismo como respuesta a las necesidades derivadas del actual tejido social.

Cualquier programa de Salud Comunitaria y en especial aquellos en el que la diversidad cultural se constituya en una variable de marcada importancia, debe abordar aspectos relacionados tanto con el centro de salud como núcleo básico de la atención primaria como con la o las comunidades para las cuales está diseñado. Consideramos que el Servicio Sanitario en su propósito de mejorar la atención a la población en general, debe experimentar adaptaciones en la medida en que desarrolle acciones que faciliten el acceso de los usuarios. Estas acciones deben contemplar no sólo la mejora de la infraestructura a nivel material, sino también el desarrollo de programas encaminados a formar y dar soporte al personal sanitario o a las personas que de una u otra forma hagan parte del equipo sanitario (tal es el caso de los y las personas que trabajan en recepción), así como la inclusión de personas especializadas en áreas de interés para un mejor desarrollo del o los programas.

La actuación con la comunidad debe orientarse desde un desarrollo estratégico IEC (Información, educación y comunicación), en el que el sujeto es parte activa dentro del proceso, desmarcándolo del concepto sujeto igual a objeto de cambio y otorgándole una posición más relevante en la medida en que la persona se propone como sujeto de su propio cambio social. La intervención comunitaria así mismo, implica metodologías que partan de la educación de iguales y de la comunicación como herramienta estratégica para el social change.

Es entonces dentro de este marco de ideas cuando surge la necesidad de una figura que se constituya en enlace entre los programas de adaptación del servicio y los programas de intervención comunitaria, una figura a través de la cual el modelo de estrategias combinadas pueda llegar a tener un impacto efectivo de los fines propuestos. Esta figura es la del Agente Comunitario de Salud.

El/la Agente Comunitario/a de Salud

La siguiente es la definición elaborada por el equipo de Salud Comunitaria de UMTIVI-ACSAR del S.A.P. de Drassanes: "El/la Agente Comunitario/a de Salud es un/una profesional, miembro de la comunidad con la que se trabaja, que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el objetivo de que mejoren la circulación de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de las partes o de forma conjunta".

La figura de agente comunitario/a de salud es un modelo que responde a

expectativas de orden general cuando se trabaja con comunidades inmigrantes, este modelo permite responder de forma global a requerimientos específicos de la población en cuestión y no restringe su perfil de actuación a poblaciones diana concretas desde el punto de vista del hecho migratorio, también puede desarrollar tareas de gran efectividad en colectivos que presenten dificultades específicas para el acceso al sistema sanitario (tercera edad, jóvenes, toxicómanos, trabajadoras/es del sexo...). Es un modelo que resulta ser altamente adaptable ya que su actuación no sólo está restringida a ámbitos geográficos y poblacionales de exclusivo carácter migratorio, lo que elimina de hecho la discriminación positiva y permite trabajar y promover acciones de carácter global desde y para el Sistema Sanitario y la Comunidad o Comunidades mismas.

El o la Agente Comunitario/a de Salud aunque puede llegar a tener similitudes con el o la traductor/a y el o la Mediador/a, tiene una serie de características que de acuerdo a su perfil, a su campo de actuación, a su forma de trabajar y a las tareas que pretende llevar a cabo dentro de diferentes ejes, le diferencian sustancialmente de estos modelos, y sobre todo porque a diferencia de las figuras de la traducción y la mediación (modelos reactivos ya que reaccionan de forma concreta en una situación específica), su dinámica es esencialmente activa porque continúa desarrollando actividades tanto dentro del sistema sanitario como en los ámbitos externos de las comunidades para las que trabaja.

Perfil del / la Agente de Salud Comunitario/a

Como principio y en la medida de lo posible debe ser una persona de la propia comunidad de origen, con una lengua común e intentando respetar el criterio de género. Aunque hay quienes plantean que estos aspectos se pueden salvar cuando se trata de trabajar en colectivo (por ejemplo a nivel de acciones comunitarias con entidades de alóctonos), pensamos que siempre se debe intentar conservar una línea de elección consecuente con un planteamiento de igualdad en el orden del género y la procedencia. El o la Agente Comunitario/a de Salud son puentes muy importantes entre la comunidad y el sistema sanitario, de allí que el proceso de selección y formación deba ser cuidadoso teniendo como referencia aspectos humanos, potencialidades y habilidades adecuadas para el desarrollo de la labor al interior del centro y de las comunidades mismas, es decir, siempre será más importante una persona que aún sin tener un nivel académico previo de formación (Educación media o superior) posea cualidades esenciales para trabajar a nivel social. Cabría destacar entonces aspectos como una amplia capacidad de interlocución dentro de la comunidad, condición que favorecería una proyección más amplia del trabajo y de los sectores de la comunidad donde se vaya a realizar, por ello consideramos que el modelo de agente comunitario de salud no responde a una expectativa de liderazgo, representa más bien la construcción de un referente que debe eso sí, trabajar con los diferentes líderes (religiosos, políticos, deportivos, asociativos...) que la comunidad tenga.

De otro lado es determinante el potencial que se posea en relación a las habilidades de comunicación y a la capacidad para dinamizar y llevar a cabo propuestas dentro y fuera de la comunidad y el centro de salud, todo ello articulado por supuesto a un esfuerzo formativo permanente no sólo en lo que concierne a temas estrictamente sanitarios sino y es importante subrayarlo, a toda la formación continuada que en este sentido los y las agentes de salud comunitarios/as puedan recibir. Debemos señalar a este respecto que es mejor prestar más atención a la forma o maneras como se transmitirán los contenidos sanitarios que muchas veces el contenido en sí mismo; no olvidemos que una persona puede tener clara una información, pero ello no necesariamente implica un cambio en sus patrones de comportamiento. También resulta de gran valor para el trabajo la manera como se accede a la comunidad, el conocimiento de sus códigos sociales y comunicativos, los canales de información y comunicación que emplean, las necesidades que poseen, las prioridades del proyecto migratorio, las formas como se pueden diseñar propuestas de movilización comunitaria y de movilización de recursos. Es por esto que el o la agente comunitario/a de salud no es una figura que pretenda reemplazar al personal sanitario, el hacerlo implicaría perder la esencia misma de la propuesta y es lo que menos interesa.

De allí que la idea no es que domine un gran corpus de información sanitaria, más bien la intención es que adquiera unas herramientas teóricas y prácticas que respondan y den consistencia real y efectiva a su actuación.

Ejes de Actuación

Intervenir con las comunidades y los centros de salud implica la realización de una serie de actividades en 3 ejes básicos. El primero de ellos corresponde al Eje sanitario, que incluye el desarrollo a nivel individual y colectivo de actividades encaminadas a incrementar el nivel de información sanitaria y el desarrollo de habilidades grupales e individuales, tendientes a reducir la vulnerabilidad de la o las poblaciones en relación al Sistema Sanitario. Dichas actividades se pueden resumir de la siguiente manera:

- Contribuir a la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones realizadas por el equipo médico con el objeto de mejorar la respuesta del usuario.
- 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.

El segundo eje hace referencia a actividades de carácter Socio-cultural encaminadas a disminuir las dificultades o barreras que se presentan como producto de las diferencias socio-culturales entre el usuario y el personal sanitario, contribuyendo a mejorar la comunicación entre el Sistema Sanitario y la o las comunidades. Las tareas a desarrollar comprenderían:

- Traducción e interpretación.
- Mediación cultural tanto en el ámbito individual como colectivo. Es importante observar que la mediación durante la consulta es realizada por un o una agente comunitario/a de salud y no por una persona que siendo de la misma comunidad, facilite la traducción y hasta la interpretación pero que no posee ninguna formación o competencia a nivel de temas sanitarios específicos.
- Formación del personal sanitario en aspectos relativos a la inmigración o la cultura de origen, con el fin de disminuir las diferencias socio-culturales con la o las comunidades.
- 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. De un lado se pretende entregar herramientas que permitan disminuir factores de contexto que pueden influir negativamente sobre la salud del usuario (precariedad laboral, irregularidad administrativa, precariedad habitacional...), y de otro lado el intentar dar respuesta a este tipo de prioridades de las comunidades, contribuye a reforzar la figura del agente de salud

como referente socio-sanitario en la comunidad.

Y finalmente a nivel del tercer y último eje, Eje Comunitario, las acciones estarán orientadas al fortalecimiento del tejido social de las comunidades, con el fin de disminuir aquellos factores de contexto que refuerzan la vulnerabilidad personal o colectiva. Las tareas a desarrollar serían:

- Incrementar y reforzar 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 contribuir a la creación de redes de acogida más estables y con mejores conexiones hacia los servicios de salud.
- Favorecer el contacto entre las diferentes redes que ofrecen soporte a la población (Servicios sociales, sanitarios, educativos...) con el fin de 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.

Finalmente es importante tener en cuenta que así como el modelo de Agente Comunitario/a de salud tiene unos objetivos, unas formas de actuación y unos ejes para la puesta en marcha de su propia praxis, de igual manera también implica y tiene una serie de necesidades que si son subsanadas debidamente garantizarán un desarrollo más positivo de las tareas a enfrentar. Es así que la puesta en marcha de una dinámica preparatoria implica una formación sanitaria básica a nivel preventivo y asistencial (haciendo énfasis en aquellos aspectos que sean específicos de acuerdo al tipo de población y centros de interés a desarrollar en función de las necesidades); una formación en acciones de soporte individual, acompañamiento y consejo asistido; un desarrollo de habilidades sociales tanto a nivel grupal como comunitario; unas habilidades comunicativas adecuadas para la comunidad; un conocimiento de los canales oficiales y los de la propia comunidad; una capacidad de interlocución amplia y un soporte real de la entidad para la cual trabaja, así como una fuerte implicación en o los proyectos a desarrollar tanto desde sí mismo/a como de la infraestructura a la que pertenezca.

Garantizar el acceso al sistema sanitario, así como la adecuada utilización de los recursos por parte de la población autóctona y alóctona, es una tarea que por compleja y complicada no deja de ser menos interesante y ambiciosa, sobre todo cuando un sistema sanitario tiene como pilar esencial el concepto de la prevención. De allí que siempre sea muy conveniente no perder de vista criterios que deben formar parte de la labor cotidiana y que acabarán contribuyendo a garantizar el acceso igualitario a un sistema sanitario que debe ser global e imparcial en relación al status socio-administrativo de los usuarios. Para el caso específico de las poblaciones inmigrantes consideramos que es importante, tal y como se ha argumentado con anterioridad, incorporar personas que puedan dar soporte a los equipos de salud no sólo en lo que atañe a lo estrictamente asistencial sino (y desde nuestra perspectiva es quizás lo más importante), en lo que corresponde al trabajo propiamente social con las comunidades en su propio habitat cotidiano. Estamos hablando de prevención y ello sugiere que no olvidemos o desarticulemos la idea de todo aquello que está relacionado con patrones de comportamiento, con cambios de actitudes, con emociones, pero también con todos aquellos factores de contexto que generan dificultades e impiden que la persona decida de forma libre, autónoma y adecuada sobre su salud.

WEBS relacionadas

www.saecc.com
www.aepap.org/inmigrante
www.revistaamanecer.com
www.msc.es/salud/epidemiologia
www.gencat.es/icm/politiques_immigracio/et3_207.pdf
www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-18.html
www.samfyc.es/nueva/revista/PDF/numero2/162-168.pdf
<http://db.doyma.es>
www.economiadelasalud.com



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003