

José Luís Cañada [Buscar autor en Medline]

Grupo de Atención al Inmigrante Sociedad Española de medicina de Familia y comunitaria (semFYC)



Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud

Introducción:

"Tras la apariencia relativamente estable del mundo, la gente se desplaza, silenciosamente..." Así reza el epígrafe de un artículo de la National Geografic sobre migración humana (1). La migración es, siempre lo ha sido, la gran aventura de la vida humana, ayudó a crear al ser humano, nos llevó a conquistar el planeta, modeló nuestras sociedades y promete remodelarlas. Las personas se han estado desplazando desde que son personas y los flujos migratorios forman parte de la Historia de la Humanidad, salpicada de trasvases poblacionales por mil motivos: económicos, militares, políticos o religiosos... Sin duda los medios de transporte y vías de comunicación de épocas antiguas condicionaron "los viajes" en cantidad y en distancia, pero los avances tecnológicos del último siglo permitieron primero el acceso al conocimiento de otros pueblos, culturas y niveles económicos y después el flujo de personas en un número y a una distancia imposibles para otras épocas. La migración se ha convertido en uno de los mayores retos de esta centuria.

Nuestro país se originó de una amalgama de pueblos y culturas llegados de otras partes. En los últimos siglos fue donante de emigrantes y nuestros antepasados "hicieron las américas en busca del Dorado"; ya en pleno siglo XX con el fin de la II Gran Guerra muchos españoles viajaron a países americanos y europeos buscando trabajo y mejores condiciones de vida. "Éramos un país tradicionalmente emigrador". La entrada en la Unión Europea con la consiguiente modernización y mejora de las estructuras económicas, nuestra posición geográfica a 14 Km de África, los lazos históricos y un idioma común con países iberoamericanos y el ser un territorio virgen de inmigrantes, invirtieron la tradición. Primero inmigrantes de países de nuestro entorno, ricos, en busca de un clima más benévolo y en general bien aceptados; luego inmigrantes económicos de países con menos recursos y peor aceptados. "Nos convertimos en un país receptor".

Pero el Sistema nacional de Salud no estaba preparado para ello, con escasa información de lo que ocurría en países próximos, receptores de inmigrantes y acostumbrado a atender a una población nativa con un idioma, un concepto de salud-enfermedad, unos valores personales, unas costumbres, demandas y distribución de enfermedades casi homogéneas recibió en poco tiempo a una pluralidad humana bien diferente. El miedo a lo desconocido, las barreras comunicacionales, el temor a enfermedades raras, levantaron sentimientos de proteccionismo y de rechazo en la población, autoridades políticas y sin duda trabajadores del sistema Nacional de Salud.

En el momento actual tenemos ya una experiencia de varios años y la inmigración es un hecho palpable y bien establecido. Estamos en el inicio de una etapa de madurez. No debemos olvidar nuestro origen y nuestra tradición emigradora. Todavía el número de españoles fuera de nuestro país casi duplica a los acogidos. Tras un análisis de lo ocurrido en los últimos años podemos plantearnos algunas preguntas: ¿Cómo ha impactado la inmigración en nuestra Salud Pública? ¿Cómo ha influido en las consultas de nuestros médicos de

bibliografía

1. Parfit M, Kasmanski K. La migración humana. National Geografic Esp 1998, Octubre: 1-35.
2. Gámez E, Galindo JP, Cañada JL, Coll J, Díaz M, Hernández E, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC 2002; 17: 22-26.
3. López-Vélez R, Huerga H, Inmigración y salud. Aproximación desde atención primaria. PBM, SL Editorial; 2002.
4. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Aten Primaria 2000; 25: 78-86.
5. Vázquez J, Galindo JP, Luján R, Gámez E, Ramos JA, Lorente J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 50-56. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



Familia? ¿Qué medidas se han implementado? ¿Podemos mejorar?.

Impacto de la inmigración en la salud pública. (2)

La repercusión de la inmigración sobre la salud pública depende de la intervención e interacción de varios factores.

1. Perfil del inmigrante:

Podemos clasificar a la inmigración en 2 grandes grupos:

- Inmigración social: personas procedentes de países desarrollados así como refugiados políticos y demandantes de asilo: toda persona que busca protección al amparo de la Convención de Refugiados de las Naciones Unidas, ratificada por 130 países, después de entrar en otro país, tanto con un visado temporal como sin documentos. El solicitante debe probar, con argumentos bien fundados, que ha tenido que abandonar su país por motivos de raza, religión, etnia o políticos. Goza de los mismos beneficios que los nacionales y se argumenta que muchas solicitudes presentadas son fraudulentas realizadas en realidad por inmigrantes económicos. (3)

- Inmigración económica: nos referimos fundamentalmente a ella. Si hasta los últimos años, gran parte de los inmigrantes que residían en España procedían de países con renta alta, datos de Diciembre del 2000 indican que el 70% de los actuales proceden de países de renta baja, esto es, inmigrantes económicos (4). Su origen es lograr para el inmigrante y los suyos un nivel económico que le permita sobrevivir con un mayor grado de dignidad. En general es joven y con un nivel de salud superior al existente en su país de origen. El viaje supone tal esfuerzo físico y psíquico que precisa de unas condiciones no disponibles en todos los potenciales inmigrantes. Estamos recibiendo a las personas más capaces y la verdadera repercusión es para los países de origen al perder a su población más joven, sana y mejor preparada dificultando en gran medida su progreso.

La procedencia geográfica determina en gran medida las claves para el diagnóstico de determinadas enfermedades (un inmigrante Somalí con hematuria nos obligará a descartar una schistosomiasis, sin embargo no pensaremos en esta enfermedad si su procedencia es de Pakistán, sencillamente porque allí no la hay) así como en el establecimiento de programas y servicios específicos (las inmigrantes sudamericanas demandarán fundamentalmente servicios ginecológicos mientras que los subsaharianos requerirán una mayor atención en patología infecciosa). Es lo que se conoce con el término de Medicina Geográfica.

2. Magnitud de la inmigración: (3)

Entre un 2,5 y un 3 % de la población española es inmigrante, cifra similar a la de Irlanda, Portugal, Grecia o Italia pero muy alejada de otros como Luxemburgo con el 33%, Bélgica 9%, Alemania 8% o Francia 6%. Mientras que la población española supone algo más del 10% del total de habitantes de la UE, en nuestro país residen el 5% de todos los extranjeros establecidos en la UE, lo que indica que no estamos recibiendo una avalancha incontrolada de inmigrantes resultando siempre inferior a la que nos correspondería.

Existen algunos datos que nos invitan a reflexionar sobre los inconvenientes / beneficios de la inmigración. España es uno de los

países del planeta que registra una menor natalidad. Los bebés de los inmigrantes están evitando que entre en un crecimiento demográfico negativo y aunque a corto plazo impliquen un mayor coste sanitario y educativo a medio plazo resultarán muy beneficiosos ya que mantendrán la demografía, abastecerán empleos y contribuirán al mantenimiento de pensiones. En un estudio realizado en 1988 se demostró que los inmigrantes aportaban al erario público el doble de lo que recibían. En su condición principal de inmigrantes económicos con necesidad imperiosa de trabajar el porcentaje de extranjeros cotizantes a la Seguridad Social en Abril del 2001 era muy superior la de la población nativa, 50% frente al 37,5%. Desde este punto de vista la inmigración no sería un problema más bien al contrario representaría una fuente de riqueza y una apuesta de futuro.

3. Distribución de la población inmigrante:

La distribución por el país no es homogénea, en función de los recursos y de las posibilidades de trabajo existen focos de especial atracción como Madrid, Cataluña, el arco mediterráneo o las islas. Por otra parte existe cierta tendencia por parte de inmigrantes pertenecientes a marcos geográficos similares a ocupar territorios concretos, con necesidades diferentes (Sudamericanos en Madrid, norteafricanos y subsaharianos en Almería o pakistaníes en La Rioja...). La consecuencia inmediata es que los recursos no pueden dirigirse por igual a todas las comunidades ni cuantitativa ni cualitativamente.

4. Patología del colectivo inmigrante:

La patología que trae el inmigrante a su llegada es consecuencia de las difíciles circunstancias en que se realiza el viaje y los servicios iniciales de asistencia deben orientarse a la atención de traumatismos, hipotermia, deshidratación, partos en condiciones difíciles. No constituyen por tanto riesgos específicos.

Una vez asentados podemos clasificar la patología de este colectivo en los siguientes grupos: (5-6)

a. Enfermedades adquiridas en la comunidad:

Son las más frecuentes y resultan equiparables a las existentes en la población autóctona con algunas peculiaridades por las condiciones laborales que soportan y por las difíciles condiciones de vida en las que a menudo se desenvuelven.

Los riesgos laborales se ceban especialmente en ellos, en Alemania y Francia el 30% de los accidentes laborales que finalizan en incapacidad permanente se dan en inmigrantes y es que ocupan habitualmente empleos poco cualificados, poco atractivos y temporales. Así traumatismos, patología osteomuscular, deshidratación e intoxicaciones por pesticidas resultan comunes.

El hacinamiento y la pobreza son habituales en los extranjeros económicos y facilitan el contagio de algunas enfermedades como la TBC o la sarna y disminuyen las posibilidades curativas.

b. Enfermedades reactivas o de adaptación.

Los orígenes son múltiples. Cuando la razón migratoria ha sido la guerra o la persecución política o étnica el trauma psíquico viaja con la persona. En otros, el mismo fenómeno migratorio supone una ruptura del núcleo familiar en culturas donde a la familia se le otorga un

significado preponderante y protector. El desarraigo social, las precarias condiciones en que se desenvuelven y la desilusión ante falsas expectativas de bienestar terminan de abonar el campo de las enfermedades psicosomáticas, con predominio de la ansiedad, la depresión y las somatizaciones de difícil interpretación por problemas de comunicación y de multiculturalidad, que ensombrecen aún más el pronóstico.

c. Enfermedades importadas:

Son las enfermedades que el inmigrante trae de sus países de origen. Su repercusión sobre la salud pública es mínima. Podemos clasificarlas en dos grupos:

c1. Enfermedades tropicales: (7)

Son las más llamativas por su exotismo y falta de costumbre en su diagnóstico y tratamiento, pero no están presentes en nuestro medio y en general son benignas y autolimitadas. Las posibilidades de transmisión son remotas por la ausencia de vectores apropiados, en un ecosistema diferente e inhóspito en relación con los tropicales y por medidas de higiene pública eficaces como la potabilización del agua y la eliminación de excretas.

En sentido estricto, resultan más importantes y graves en los viajeros autóctonos generalmente poco concienciados y carentes de inmunidad adquirida efectiva.

c2. Otras enfermedades:

· Enfermedades con base genética. (5)

Destacan las anemias hemolíticas por déficit enzimático o por hemoglobinopatías de alta prevalencia en el África Subsahariana donde más del 2% de los niños nacen con esta enfermedad.

· Enfermedades infecciosas presentes en nuestro medio... (5)

...Pero mucho más prevalentes en sus países de origen como la TBC, el SIDA o las hepatitis. No suponen riesgo para la población general aunque pueden plantear problemas entre colectivos marginales y de difícil control. Es por ello que algunos autores recomiendan el cribado de estas patologías cuando el inmigrante procede de países con alta prevalencia, siempre y cuando podamos garantizar confidencialidad y tratamiento adecuado.

5. Cobertura vacunal. (8)

La escasa cobertura vacunal de algunos países, especialmente africanos, la vacunación incompleta o las dudas sobre protección de algunas vacunaciones por ruptura de la cadena del frío aconsejan la vacunación ante la menor duda.

6. Repercusión en los servicios sanitarios.

La escasa tradición en la asistencia sanitaria a personas de otros países unido a la novedad del fenómeno migratorio, condiciona una pobre adaptación de nuestro sistema sanitario no existiendo una adecuada relación entre los recursos actuales y el volumen de trabajo que requiere la atención de estos pacientes. No debemos olvidar que el primer contacto del inmigrante con el sistema sanitario se va a llevar a cabo en Atención Primaria. Es una solución juiciosa y rentable destinar más medios a la Atención primaria especialmente en las zonas geográficas con alta densidad de inmigrantes. Ello disminuiría el uso de servicios de urgencias hospitalarios habitualmente ya saturados, racionalizaría los costes y favorecería la integración de los inmigrantes en la estructura sanitaria del país.

En general, podemos concluir que el impacto real de la inmigración sobre la salud pública es escaso y que disponemos de los recursos necesarios para su correcta atención, dependiendo el éxito de una adecuada utilización y de una distribución racional de los mismos.

Impacto de la inmigración en la consulta del médico de familia.

La atención de pacientes de procedencias geográficas variadas, etnias diferentes, lenguas y culturas distintas y con un patrón de salud-enfermedad que no coincide con el modelo al que estamos habituados supone un reto para el médico de familia a la vez que un estímulo y un enriquecimiento profesional y humano. Al igual que para el resto de la población el médico de familia debe ser la puerta de entrada natural del inmigrante en el sistema sanitario. Ello favorece su integración en la sociedad, crea un sentimiento y una percepción de igualdad de trato y optimiza los recursos existentes, a priori, siempre escasos. Pero la asunción en nuestras consultas de más de un millón de personas de características plurales y distintas a las nuestras y en un periodo de tiempo relativamente corto ha generado incertidumbre y a menudo conflictos y conductas de evitación. No es infrecuente encontrar al colectivo inmigrante presente en una zona sanitaria agrupado en unos pocos cupos de médicos, generalmente en los más receptivos o lo que es peor en los últimos en acceder a un puesto laboral dando lugar a una especie de "guettos" poco deseables.

La repercusión inmediata en la consulta diaria, sobretodo en zonas de gran densidad de inmigrantes, va a ser un aumento de la carga asistencial por varios motivos que analizaremos a continuación. (2)

1. Barreras de comunicación.

Sin duda es la dificultad en la comunicación verbal el problema más relatado y extendido entre los médicos. Afecta a todas las fases del acto médico desde la anamnesis hasta la comprensión del consejo terapéutico por parte del paciente dando lugar a unos pobres resultados finales.

2. Dificultad para delimitar el motivo de consulta.

La barrera idiomática, la distinta concepción de la enfermedad, la multiculturalidad y la diferencia de necesidades y objetivos entre médico y paciente influyen negativamente en una correcta delimitación del motivo de consulta.

3. Entrevista clínica más prolongada.

Enmarcada en unas consultas ya de por sí saturadas y con un tiempo/paciente muy restringido, la atención al inmigrante, como consecuencia de lo anteriormente expuesto requiere de una entrevista clínica más dilatada en el tiempo lo que puede interferir el desarrollo normal de la misma, siendo un factor estresante más para el profesional.

4. Incertidumbre en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento.

Si la adhesión en pacientes autóctonos de tratamientos crónicos es escasa, el problema se acrecienta en los inmigrantes por razones variadas: mala comprensión de la prescripción, dificultad económica para la adquisición de medicamentos, motivos religiosos como ocurre en el mes del Ramadán, cambios frecuentes de residencia. Ello plantea algunos problemas como escaso rendimiento terapéutico y posibilidad de resistencias en el caso de la tuberculosis.

5. Patología poco habitual para el profesional.

Las enfermedades importadas a pesar de que no suponen un riesgo colectivo si lo son individual por lo que han de ser diagnosticadas y tratadas precozmente. Estas enfermedades no suelen ser bien conocidas por parte del profesional y precisan de una búsqueda activa por parte del médico de familia, dependiendo de la zona geográfica de donde proceda el paciente y del tiempo de residencia en nuestro país. Son enfermedades que requieren de pruebas complementarias específicas y de laboratorios de referencia preparados.

No debemos olvidar que cada vez que el inmigrante retorne a su país de origen, a su vuelta ha de ser considerado como recién llegado y volver a descartar cualquier posible enfermedad importada. Este hecho tiene especial interés en los hijos de los inmigrantes que no tienen la inmunidad natural adquirida y donde estas enfermedades importadas pueden ser especialmente graves.

6. Alta prevalencia de patología psicosomática. (9)

La migración afecta a aspectos delicados y profundos de las vidas de muchas personas. Aunque parezca extraño, uno de esos aspectos es la nostalgia de hogar que junto a la habitual precariedad económica explican que muchos de los síntomas que el inmigrante presenta sean de origen psicosomático. Así los dolores osteomusculares repetidos y sin respuesta al tratamiento, los dolores abdominales de etiología no filiada, la impotencia, la cefalea o los mareos expresan a menudo un desorden psíquico. Debemos evitar las pruebas diagnósticas innecesarias y los tratamientos sintomáticos repetidos.

7. Dificultad para las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Las actividades de prevención y de promoción de la salud son inherentes a nuestra especialidad y ocupan buena parte de nuestro tiempo. El paciente inmigrante acude al médico de familia por problemas agudos o que le impiden realizar su trabajo buscando una solución rápida a los mismos. Las actividades preventivas quedan lejanas y no forman parte de sus demandas por no ser reconocidas como necesidades al menos durante los primeros años de estancia. Es de esperar que esta percepción cambie conforme pase el tiempo de residencia y se produzca una estabilidad económica y social por lo que debemos aprovechar cualquier consulta de demanda para introducir elementos preventivos y de promoción de la salud sin establecer protocolos rígidos.

8. Inmigrante saltamontes y golondrina.

El inmigrante "saltamontes" es el recién llegado a nuestro país y que antes de asentarse definitivamente en un lugar determinado establece varios domicilios provisionales en diferentes localidades. El "golondrina" se desplaza por diferentes regiones del país siguiendo los ciclos de recolección de las cosechas o buscando diferentes ofertas de trabajo. En ambos casos se originan problemas en el seguimiento de sus problemas de salud y duplicidad de pruebas

diagnósticas o de tratamientos.

9. Multiculturalidad.

El médico de familia debe conocer y tener presente la variabilidad cultural de sus inmigrantes para poder así adaptar sus tratamientos, dietas y recomendaciones a las distintas realidades culturales. Ciertas exploraciones físicas pueden ser rechazadas por algunas religiones en función del género del médico y del paciente.

Para finalizar concluir que la atención al inmigrante por parte del médico de familia no debería diferir sustancialmente de la prestada a los autóctonos. Sólo necesitarían una atención especial en los primeros meses tras su llegada a nuestro país, hasta completar el proceso de adaptación.

Propuesta de mejoras. (10)

1. Integración de la atención sanitaria al inmigrante en el sistema nacional de salud.

Una atención sanitaria normalizada exige una total integración de los inmigrantes en el sistema sanitario con los mismos derechos y obligaciones que la población autóctona. Para ello deben disponer del mismo documento sanitario obtenido sin trabas administrativas y deben ser atendidos en la misma red sanitaria que el resto de los ciudadanos.

2. Aporte de los recursos necesarios a la atención primaria.

Para garantizar la equidad y universalidad que persigue nuestro sistema sanitario es necesario que las poblaciones más vulnerables como es el colectivo inmigrante dispongan de más recursos sanitarios principalmente canalizados dentro de la atención primaria por tener ésta un mayor grado de eficiencia.

3. Utilización de intérpretes y de un mediador intercultural. (11)

Los mayores problemas en la relación médico-paciente inmigrante se dan en el ámbito de la comunicación verbal y comprensión cultural. El poder disponer de estas figuras mejoraría sin duda la asistencia prestada. Se cuenta ya con profesionales con gran experiencia y que pueden actuar como facilitadores.

4. Elaboración de protocolos, guías de actuación y desarrollo de estudios epidemiológicos. (5)

Facilitan el trabajo del profesional, evitan la variabilidad asistencial, disminuyen la incertidumbre en el médico y mejoran la calidad asistencial. Sin embargo, las existentes no están basadas en una suficiente evidencia científica por lo que es deseable que se desarrollen estudios de investigación epidemiológica.

5. Formación continuada del personal sanitario. Formación en salud internacional. (12)

Se debe garantizar la competencia de los profesionales de los centros de salud, adecuando sus conocimientos a las nuevas realidades asistenciales con las que nos encontramos. Administración y sociedades científicas deben unir y dirigir sus esfuerzos en este objetivo siendo además importante una buena comunicación con las unidades especializadas en enfermedades importadas para el asesoramiento y la solución de los casos más complejos.

La atención al inmigrante debe realizarse bajo las directrices de la Salud Internacional. Debemos tener bien presente que el inmigrante

antes de adquirir esta condición tuvo un país propio, siendo por tanto una persona que presenta características propias de ambos entornos, junto a los específicos del viaje migratorio.

Resumen.

Los inmigrantes económicos suponen el 70% del total de la inmigración. Son personas generalmente jóvenes y sanas y la mayor parte de sus problemas de salud son adquiridos por hábitos y condiciones sociolaborales. La patología importada no representa un riesgo para la salud pública aunque debemos pensar en ella en los "viajes a casa" y muy especialmente en sus hijos pues no han desarrollado protección inmunitaria. El impacto de la inmigración sobre la salud pública es escaso y disponemos de los recursos necesarios para su correcta atención.

La atención al inmigrante no difiere significativamente de la que se presta a personas autóctonas. Sólo van a requerir más atención y cuidados durante los primeros meses de su llegada al país receptor. El médico de familia vive con cierto estrés y ansiedad la atención al inmigrante como consecuencia de características específicas de lengua, cultura, etnia y por las propias del sistema sanitario de escasez de tiempo, incertidumbre ante patologías poco conocidas y falta de recursos.

Enlaces a páginas Web.

<http://www.rasinet.org/>
<http://www.inmigrantedigital.com/>
<http://www.epitelio.org/ginmigrantes/>
http://www.msf.es/paises/2_5_7.asp
<http://www.guardiacivil.org/00prensa/actividades/edati/index.asp>
<http://www.aepap.org/inmigrante/>
<http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum017.html>

