

ORIGINALES

Conocimientos y percepciones de profesionales de Atención Primaria sobre el acceso y la atención sanitaria de la población inmigrante

[Ver en pdf](#)

Sara Yago-Gonzalez. Centro de Salud San Cristóbal de los Ángeles. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Marta Palomino-Gomez. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Gonzalo Bustos-Herranz. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

David Parra-Blazquez. Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública (DGSP). Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Para contactar:

Sara Yago González. sara.yago@salud.madrid.org

RESUMEN

Objetivos: describir conocimientos y percepciones de profesionales de Atención Primaria sobre el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) y la atención sanitaria de la población inmigrante, así como analizar diferencias entre categorías profesionales.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo transversal mediante una encuesta a 352 profesionales sanitarios y no sanitarios en centros de salud de la Comunidad de Madrid, y residentes de Medicina y Enfermería de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Sur de Madrid (UDMAFyC Sur) entre febrero y marzo de 2019.

Resultados: respondieron 179 profesionales (50,9%). El 50,3% opinó que los inmigrantes tienen frecuentes dificultades de acceso y el 65,9% que el estatus migratorio condiciona su salud, señalando el idioma como barrera relevante el 80,4%. El 72,7% de los sanitarios afirmó que no consumen más recursos. Expresaron nulo/escaso conocimiento del Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012 el 72%, y del RDL 7/2018, un 66,7%. Un 30,7% consideró que el RDL 16/2012 tuvo efectos negativos en salud, y el 28,5%, que el RDL 7/2018 recuperó la universalidad. Un 54,9% de sanitarios apoyó la universalidad del SNS, contrastando con el 19,1% de personal no sanitario.

Conclusiones: la mitad de profesionales percibe frecuentes dificultades de la población inmigrante en su acceso al SNS, aunque el conocimiento de las normativas es limitado. Una ajustada mayoría respalda la universalidad, existiendo posicionamientos restrictivos con relativa frecuencia, especialmente entre el personal no sanitario. Se reproducen ciertos mitos sobre la atención a población inmigrante, no así acerca del consumo de recursos sanitarios.

Palabras clave: migrantes, personal de salud, Atención Primaria de Salud, accesibilidad a los servicios de salud.

KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS REGARDING ACCESS AND HEALTHCARE ASSISTANCE PROVIDED TO THE IMMIGRANT POPULATION

Abstract

Objectives. To report the knowledge and perceptions of Primary Care professionals regarding access to the Spanish National Healthcare System and healthcare assistance provided to the immigrant population, as well as to analyse differences by professional categories.

Methods. A cross-sectional study was conducted by sending a questionnaire to 352 professionals: healthcare workers (HCWs) and non-healthcare workers (non-HCWs) from primary health care centres in the southern region of the Community of Madrid and resident doctors and nurses assigned to this primary healthcare area, from February to March 2019.

Results. Overall, 179 professionals (50.9%) replied. Of these, 50.3% thought that migrants face frequent difficulties in access, whereas 65.9% considered that migrants' health is conditioned by their migratory status. Moreover, 80.4% identified language as a relevant barrier and 72.7% of HCWs believed that migrants do not consume more resources. Regarding the Spanish Royal Decree-laws (RDL), 72% admitted having no or little knowledge of Spanish RDL 16/2012, and 66.7% of Spanish RDL 7/2018. However, 30.7% considered that Spanish RDL 16/2012 had negative effects on health, 28.5% agreed that Spanish RDL 7/2018 recovered universal healthcare coverage (UHC). Overall, 54.9% of HCWs support UHC in comparison to 19.1% of non-HCW.

Utilizamos las cookies para asegurarnos de que proporcionamos la mejor experiencia al usuario de nuestra web. Si continúa utilizando este sitio web, asumimos que está de acuerdo con ello.

non-HCWs. Certain misconceptions regarding care provided to immigrants persist, but not those related to health resources consumption.

Keywords: Health Personnel, Health Services Accessibility, Migrants and Transients, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno social complejo en constante crecimiento y en los últimos años ha adquirido un progresivo protagonismo en la agenda política internacional^{1,2}. En este contexto y ante la aparición de discursos que estigmatizan la inmigración, la Comisión de Migración y Salud UCL-Lancet publicó en 2018 una revisión de la evidencia científica disponible, subrayando la contribución de la inmigración al enriquecimiento de las sociedades receptoras². Al mismo tiempo, desmontaba, además, ciertos mitos sobre la salud de esta población, destacando entre sus conclusiones que los migrantes que llegan a los países de renta alta tienen de media menor mortalidad que la población nativa («Efecto del migrante sano»)^{3,4}. Los autores recuerdan también que la discriminación y la exclusión de los servicios sociosanitarios tiene repercusiones directas en la salud de estas personas y puede generar más costes en términos económicos y de seguridad sanitaria que su inclusión^{2, 4-7}. Por último, resaltan la importancia de la implicación y concienciación de los profesionales de los sistemas sanitarios, actores gubernamentales y la propia sociedad civil en la atención a este colectivo.

El derecho universal al «disfrute del más alto nivel posible de salud» forma parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12, 1966)⁸ de la Organización de Naciones Unidas (ONU) ratificado por España en 1977⁹. Los estados deberían garantizar el acceso a servicios sanitarios de calidad, sin excepción por estatus legal². Alcanzar dicha cobertura sanitaria universal figura como el Objetivo 3.8 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU¹⁰.

En España, el RDL 16/2012¹¹ transformó las condiciones de acceso al SNS, vinculándolo a la condición de asegurado y excluyendo a los inmigrantes en situación administrativa irregular, salvo a menores, embarazadas o urgencias^{5,7}. En 2018 se publicó el nuevo RDL 7/2018¹² con la premisa de recuperar la universalidad del SNS. Sin embargo, este RDL mantiene requisitos para el acceso y no garantiza la cobertura sanitaria de toda la población. Movimientos sociales y organismos públicos han denunciado que persiste la exclusión de colectivos vulnerables e incluso de personas con reconocido derecho a la asistencia sanitaria^{13,14}.

Además de las barreras legales, hay otros obstáculos que dificultan la continuidad asistencial a esta población como son los requerimientos administrativos, el estigma o el desconocimiento del SNS². Por otro lado, algunos estudios apuntan que una escasa reflexión por parte de los profesionales sobre los perjuicios individuales puede determinar actitudes discriminatorias en la práctica clínica¹⁵. Un estudio realizado en Canadá revela que tanto el origen del profesional como su ocupación y ámbito en el que trabaja pueden condicionar su actitud ante la población inmigrante¹⁶. La adquisición de conocimientos y el desarrollo de actitudes y habilidades en competencias culturales permitirían una respuesta más adecuada a las necesidades de una población cada vez más diversa².

La Atención Primaria (AP) permite brindar una asistencia longitudinal y contextualizada, siendo clave en el acceso al SNS. Es por ello que el papel que desempeñen sus profesionales puede resultar fundamental en la asistencia sanitaria a toda la población¹⁵. En el estudio de Esteva *et al.* (2006) se exploraron las percepciones de los profesionales sobre las dificultades que pueden surgir de la atención sanitaria a la población inmigrante, destacando las derivadas del idioma, diferencias culturales y la movilidad¹⁷. Además, la mayoría refería desconocer la Ley de Extranjería 8/2000 que enmarca el derecho a la asistencia sanitaria según la legislación vigente del momento¹⁸, aspecto raramente evaluado en estudios de este tipo. Los cambios normativos de los últimos años justifican el interés por estudiar estos aspectos y el ámbito de realización en el sur de la Comunidad de Madrid (CAM) permite llevarlo a cabo en un entorno donde reside un elevado porcentaje de personas de origen extranjero¹⁹.

OBJETIVOS

Describir conocimientos y percepciones de profesionales de AP sobre el acceso al SNS y la atención sanitaria de la población inmigrante. Como objetivo secundario, analizar diferencias entre distintas categorías profesionales.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta autocumplimentada en cinco centros de salud (CS) de los municipios de Parla y Pinto y en la UDMAFyC Sur.

Se invitó a participar a 352 profesionales de AP: 118 residentes de medicina (MIR) y enfermería (EIR) familiar y comunitaria y a 234 trabajadores de los CS (sanitarios: enfermería, pediatría, medicina y no sanitarios: administrativos/as y demás trabajadores, agrupados en la categoría «otros»).

Se elaboró un cuestionario basado en los utilizados en los estudios de Esteva *et al.*, llevado a cabo en Mallorca¹⁷, y de Ruiz-Casares *et al.*, desarrollado en Canadá¹⁶, adaptando las preguntas a la situación geográfica y legislativa y a la práctica clínica del entorno del estudio. Se realizó un pilotaje en uno de los CS participantes con profesionales del mismo para valorar el grado de comprensión de las preguntas. El cuestionario puede ser solicitado a la autora de

Utilizamos las cookies para asegurarnos de que proporcionamos la mejor experiencia al usuario de nuestra web. Si continúa utilizando este sitio web, asumimos que está de acuerdo

con ello.

Las variables se agruparon en tres dominios: 1) características sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad) y profesionales (profesión, años trabajados en AP); 2) percepción del acceso de la población inmigrante al SNS (barreras, conocimiento y percepciones sobre los RDL 16/2012 y 7/2018, opinión respecto a la universalidad del SNS); 3) atención sanitaria (diferencias culturales en la expresión de síntomas, adherencia al tratamiento, derivaciones y consumo de recursos, aspectos clínicos específicos). Este último dominio solo fue cumplimentado por profesionales sanitarios. Las preguntas se formularon bien como respuesta múltiple o como escala Likert de siete categorías, siendo 0 «máximo desacuerdo»/«nada condicionado» y 6 «máximo acuerdo»/«muy condicionado». Para el análisis, estas últimas se agruparon en tres categorías: «en desacuerdo»/«no condicionado» (0, 1, 2), «neutral» (3) y «de acuerdo»/«condicionado» (4, 5, 6). El cuestionario se componía de 11 pantallas y el tiempo estimado para cumplimentarlo fue de 10 minutos. Se envió por correo electrónico corporativo y estuvo disponible del 15 de febrero al 1 de marzo de 2019 en la plataforma Google Forms. Se realizó un primer envío y un recordatorio a la semana.

Se describieron las variables sociodemográficas, profesionales y variables respuesta con frecuencia y porcentajes. Se describieron las variables por categoría profesional y se analizó la asociación entre variables respuesta y categoría profesional utilizando el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher. El nivel de significación se fijó como $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA 14.

El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión Local de Investigación Sur de la Gerencia de AP de la CAM el 5 de febrero de 2019.

RESULTADOS

De 352 profesionales invitados a participar, 179 (50,9%) cumplimentaron la encuesta. De ellos, 64 fueron residentes (tasa de respuesta del 54,2%) y 115 otros profesionales de los CS (tasa de respuesta del 49,1%). De estos últimos, 94 fueron sanitarios y 21 no sanitarios.

El 82% de los participantes fueron mujeres, el 95,5% nacieron en España, el 72,6% tenían menos de 50 años y un 46,1% llevaba 5 años o menos trabajando en AP (**tabla 1**).

Tabla 1. Características de participantes según variables sociodemográficas

	Número	Porcentaje
Sexo		
Mujer	146	82,0
Hombre	32	18,0
Total	178	100,0
Edad		
≤ 30 años	69	38,5
31-49 años	61	34,1
≥ 50 años	49	27,4
Total	179	100,0
Años trabajados en Atención Primaria		
≤ 5 años	82	46,1
6-15 años	34	19,1
> 15 años	62	34,8
Total	178	100,0
¿Nació en España?		
Sí	171	95,5
No	8	4,5
Total	179	100,0
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ocupación?		
Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria (EIR)	12	6,7
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MIR)	52	29,1
Enfermero/a	29	16,2
Médico/a especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	54	30,2
Pediatra de Atención Primaria	11	6,1
Administrativo/a	15	8,4
Otros	6	3,3
Total	179	100,0

Barreras de acceso

El 50,3% refiere estar «de acuerdo» con que los inmigrantes tienen frecuentemente dificultades para acceder al SNS, en mayor medida los residentes (65,1%) que los sanitarios no residentes (40,4%) ($p < 0,01$). Un 65,9% cree que el estado de salud de las personas inmigrantes está condicionado por su situación administrativa o estatus migratorio, estando de acuerdo el 82,8% de residentes, el 59,6% de sanitarios no residentes y el 42,7% de no sanitarios ($p < 0,01$) (tabla 2).

Tabla 2. Percepciones sobre barreras de acceso de los/as participantes

	Ocupación				p
	Total n (%)	Residentes n (%)	Sanitarios no residentes n (%)	No sanitarios n (%)	
<i>Los inmigrantes con frecuencia tienen dificultades para acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud^a</i>					
En desacuerdo	50(31,9)	13 (20,6)	37 (39,4)	-	0,009
Neutral	28 (17,8)	9 (14,3)	19 (20,2)	-	
De acuerdo	79 (50,3)	41 (65,1)	38 (40,4)	-	
Total	157 (100,0)	63 (100,0)	94 (100,0)	-	
<i>¿Hasta qué punto el estado de salud de las personas inmigrantes está condicionado por su situación administrativa/estatus migratorio?</i>					
No condicionado	39 (21,8)	6 (9,4)	24 (25,5)	9 (42,9)	0,002
Neutral	22 (12,3)	5 (7,8)	14 (14,9)	3 (14,2)	
Condicionado	118 (65,9)	53 (82,8)	56 (59,6)	9 (42,9)	
Total	179 (100,0)	64 (100,0)	94 (100,0)	21 (100,0)	

^a Pregunta dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios.

Ante la pregunta «¿Cuáles cree que son los principales problemas que encuentran los inmigrantes en el acceso al SNS?», se identificó, en primer lugar, el idioma (seleccionado por 144 encuestados, 80,4% del total), seguido del desconocimiento del SNS (58,1%) y la barrera cultural (40,8%). Consideraron menos relevantes el temor a la denuncia a autoridades de inmigración o deportación (25,1%) y el rechazo institucional (21,2%).

Como medidas para mejorar la atención sanitaria de este colectivo, priorizaron: disponer de un intérprete formal (66,3%), protocolos de actuación ante el paciente inmigrante (57,6%) y material de soporte en diferentes idiomas (43%). Se consideró menos útil recibir formación en aspectos culturales de la salud (32,6%), disponer de mediadores interculturales (21,5%) o de una unidad de «enfermedades importadas» (19,2%).

Normativas de acceso

Respecto al conocimiento de los RDL 16/2012 y 7/2018 y su normativa de aplicación en la CAM, el 72% y el 66,7% consideraron tener «ningún/escaso» conocimiento, respectivamente. Sin embargo, el colectivo de no sanitarios consideró tener un conocimiento «moderado/amplio» en el 50% y el 68,4% de los casos respectivamente (tabla 3).

Tabla 3. Conocimiento y valoración sobre los efectos de las normativas que regulan el acceso al Sistema Nacional de Salud de los/as participantes

	Ocupación				p
	Total n (%)	Residentes n (%)	Sanitarios no residentes n (%)	No sanitarios n (%)	
<i>¿Cómo calificaría su conocimiento acerca del RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de su normativa de aplicación en la Comunidad de Madrid?</i>					
Ninguno/escaso	126 (72,0)	55 (85,9)	61 (67,0)	10 (50,0)	0,002
Moderado/amplio	49 (28,0)	9 (14,1)	30 (33,0)	10 (50,0)	

Utilizamos las cookies para asegurarnos de que proporcionamos la mejor experiencia al usuario de nuestra web. Si continúa utilizando este sitio web, asumimos que está de acuerdo con ello.

¿Cómo calificaría los efectos en salud que ha tenido el RDL 16/2012 en la población inmigrante?					
No ha tenido efectos en la salud significativos	23 (12,9)	0 (0,0)	15 (16,0)	8 (38,1)	< 0,001
Negativos	55 (30,7)	23 (36,0)	30 (31,9)	2 (9,5)	
Desconozco qué efectos ha tenido el RDL 16/2012	57 (31,8)	31 (48,4)	22 (23,4)	4 (19,1)	
No contesta	44 (24,6)	10 (15,6)	27 (28,7)	7 (33,3)	
Total	179 (100,0)	64 (100,0)	94 (100,0)	21 (100,0)	
¿Cómo calificaría su conocimiento acerca del RDL 7/2018 sobre el Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud?					
Ninguno/escaso	114 (66,7)	49 (79,0)	59 (65,6)	6 (31,6)	0,001
Moderado/amplio	57 (33,3)	13 (21,0)	31 (34,4)	13 (68,4)	
Total	171 (100,0)	62 (100,0)	90 (100,0)	19 (100,0)	
¿Cree que el nuevo RDL 7/2018 ha supuesto algún cambio en cuanto a la universalidad del Sistema Nacional de Salud respecto al RDL previo (16/2012)?					
No ha supuesto cambios significativos	43 (24,0)	15 (23,4)	19 (20,2)	9 (42,9)	0,040
Ha servido para recuperar la universalidad	51 (28,5)	11 (17,2)	35 (37,2)	5 (23,8)	
Desconozco qué efectos ha tenido el RDL 7/2018	48 (26,8)	23 (36,0)	22 (23,4)	3 (14,3)	
No contesta	37 (20,7)	15 (23,4)	18 (19,2)	4 (19,0)	
Total	179 (100,0)	64 (100,0)	94 (100,0)	21 (100,0)	

En cuanto a los efectos que tuvo el RDL 16/2012 en la salud de la población inmigrante, el 30,7% opinó que tuvo efectos negativos. No obstante, el 12,9% refirió que no tuvo efectos, porcentaje que asciende al 38,1% entre los no sanitarios. Ningún residente opinó que no había tenido efectos en la salud. Sobre si el RDL 7/2018 ha supuesto algún cambio respecto a la universalidad del SNS, un 28,5% consideró que ha servido para recuperar la universalidad y el 24% que no ha supuesto cambios significativos. Entre el personal no sanitario, este último porcentaje asciende al 42,9%.

Opinión acerca del acceso al Sistema Nacional de Salud de la población inmigrante en situación administrativa irregular (universalidad del Sistema Nacional de Salud)

El 50,6% de las personas encuestadas opinó que los inmigrantes en situación administrativa irregular deberían tener acceso al SNS en las mismas condiciones que el resto de la población. El 41,9% plantearía un acceso restringido a servicios de emergencias y el pleno acceso en casos especiales (embarazadas, menores de edad y enfermedades transmisibles). El 2,9% consideró que no deberían tener acceso al SNS. El 4,6% respondió en texto libre dentro de la opción «Otras», siendo la mayoría opiniones tendentes a la restricción total o parcial por motivos económicos y/o administrativos. Algunos ejemplos son: «Deberían intentar regularizar su situación», «Deberían cotizar y tener algún acceso solo en situaciones de emergencias», «Deberían tener acceso al SNS, pero no en las mismas condiciones». Los residentes fueron los que más apoyaron la plena cobertura de la población inmigrante, con el 66,7% de respuestas, frente al 19,1% del colectivo de no sanitarios (tabla 4).

Tabla 4. Opinión acerca de la universalidad del Sistema Nacional de Salud de los/as participantes

	Total n (%)	Residentes n (%)	Ocupación		p
			Sanitarios no residentes n (%)	No sanitarios n (%)	
<i>En su opinión, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular</i>					
Deberían tener acceso al SNS en las mismas condiciones que el resto de la población	88 (50,6)	42 (66,7)	42 (46,7)	4 (19,1)	< 0,001
Deberían tener acceso a servicios de					

No deberían tener acceso al SNS	5 (2,9)	0 (0,0)	1 (1,1)	4 (19,0)	
Otras	8 (4,6)	1 (1,6)	5 (5,5)	2 (9,5)	
Total	174 (100,0)	63 (100,0)	90 (100,0)	21 (100,0)	

1. b) Atención sanitaria a población inmigrante

Los profesionales sanitarios respondieron estar «de acuerdo» con que la consulta con pacientes inmigrantes lleva más tiempo que con el resto de la población (66,7%) y entraña mayor dificultad de seguimiento por su alta movilidad (58,7%). Un 63,1% refieren considerar en su práctica las implicaciones del proceso migratorio en la salud. Las enfermedades tropicales son un problema para atender a este colectivo para el 63% (tabla 5).

Por otro lado, el 77,4% se mostró «en desacuerdo» con que los inmigrantes son derivados con menor frecuencia a atención especializada, el 72,7% con que consumen más recursos, el 70,8% con que su estado de salud empeora al aumentar el tiempo de estancia en el país receptor y el 64,7% con que acude por problemas de salud mental más frecuentemente que el resto de pacientes.

Tabla 5. Atención sanitaria a población inmigrante

	En desacuerdo n (%)	Neutral n (%)	De acuerdo n (%)
Las diferencias culturales con el paciente inmigrante me suponen dificultades en su atención sanitaria (n = 157)	60 (38,2)	40 (25,5)	57 (36,3)
La forma en que el paciente inmigrante expresa sus síntomas o percibe su enfermedad supone una dificultad respecto al resto de mis pacientes (n = 157)	53 (33,8)	33 (21,0)	71 (45,2)
Habitualmente, la consulta con el paciente inmigrante me toma más tiempo que las consultas con otros pacientes (n = 156)	24 (15,4)	28 (18,0)	104 (66,7)
Los inmigrantes tienen problemas para acudir a consulta debido a que tienen mayor dificultad para faltar al trabajo que el resto de mis pacientes (n = 157)	63 (40,1)	34 (21,7)	60 (38,2)
Tengo más problemas para hacer el seguimiento del proceso patológico en el paciente inmigrante por su alta movilidad (n = 155)	36 (23,2)	28 (18,1)	91 (58,7)
Los pacientes inmigrantes no cumplen los tratamientos pautados con mayor frecuencia que el resto de mis pacientes (n = 156)	68 (43,6)	34 (21,8)	54 (34,6)
Los pacientes inmigrantes de mi consulta son derivados con menor frecuencia a atención especializada que el resto del cupo (n = 155)	120 (77,4)	23 (14,8)	12 (7,7)
Los inmigrantes consumen más recursos sanitarios que los españoles (n = 154)	112 (72,7)	28 (18,2)	14 (9,1)
El estado de salud de las personas inmigrantes empeora al aumentar su tiempo de estancia en el país de acogida (n = 154)	109 (70,8)	23 (14,9)	22 (14,3)
Los inmigrantes acuden a la consulta por problemas de salud mental con mayor frecuencia que el resto de pacientes (n = 156)	101 (64,7)	31 (19,9)	24 (15,4)
Cuando atiendo a un paciente inmigrante, tengo en cuenta las implicaciones que el proceso migratorio y de adaptación pueden tener en su salud (n = 157)	24 (15,3)	34 (21,7)	99 (63,1)
Mi falta de pericia en enfermedades tropicales me supone un problema en la atención al colectivo inmigrante (n = 154)	21 (13,6)	36 (23,4)	97 (63,0)
Cuando atiendo a un paciente inmigrante recién llegado, le hago cribado de enfermedades infecciosas de acuerdo a su país de procedencia (n = 156)	83 (53,2)	37 (23,7)	36 (23,1)

DISCUSIÓN

Los profesionales perciben en diverso grado las dificultades que encuentra la población inmigrante en su acceso al sistema sanitario, y creen que su conocimiento de las normativas que lo rigen es escaso. Una ajustada mayoría respalda la universalidad del SNS, existiendo posicionamientos relativamente frecuentes a favor de medidas restrictivas. Se reproducen ciertos mitos relativos a la atención a la población inmigrante, no así acerca de su consumo de recursos sanitarios.

La mitad de encuestados está de acuerdo con que las personas migrantes sufren frecuentes problemas de acceso a las prestaciones del SNS. Se percibe la barrera lingüística como la más relevante, coincidiendo con lo observado por los propios inmigrantes²⁰. En cambio, se identifican en menor medida dificultades que pueden surgir del desconocimiento del SNS, del miedo a ser denunciados (en el caso de los inmigrantes en situación administrativa

indefinita)²¹ e diferencias culturales que los pacientes y ciudadanos inmigrantes⁷. En la misma línea se observan opiniones de estos profesionales de que la

Utilizamos las cookies para asegurarnos de que proporcionamos la mejor experiencia al usuario de nuestra web. Si continúa utilizando este sitio web, asumimos que está de acuerdo

con ello.

Es mayoritario el desconocimiento global de las nuevas normativas que regulan el acceso al SNS, al igual que en estudios previos¹⁷, con excepción de la percepción del personal no sanitario. Respecto a las consecuencias de su aplicación, no existe un posicionamiento general claro, destacando, sin embargo, una mayor tendencia del grupo de no sanitarios a opinar que han tenido escaso impacto en la salud de la población inmigrante y en la universalidad del sistema. Es llamativo el alto porcentaje de personas que decidieron no responder a estas preguntas, a pesar de la trascendencia de esta cuestión. En este sentido, un estudio de 2018 muestra que en los tres primeros años de implementación del RDL 16/2012 aumentó la tasa de mortalidad de los inmigrantes indocumentados en un 15% (17% en causas de muerte evitable)²². Con respecto al RDL 7/2018, cabe señalar la controversia existente en torno a si realmente ha supuesto un avance hacia la universalidad^{13,14}.

Prácticamente uno de cada dos encuestados se mostró a favor de restringir en mayor o menor medida el acceso al SNS, aun en contra de las evidencias y normativas internacionales^{2,8}. Especialmente relevante parece el amplio respaldo de esta postura por parte del personal no sanitario, en concordancia con lo descrito en el estudio de Ruiz-Casares *et al.*, donde solo el 7% de administrativos se mostraba a favor de la universalidad, siendo este un colectivo clave para el acceso al sistema.

En cuanto a la atención sanitaria, una amplia mayoría de profesionales sanitarios opina que los inmigrantes no consumen más recursos que el resto de pacientes. Solo un 7,7% opina que se les deriva con menor frecuencia a atención especializada que a la población nativa, en contraste con los datos de la literatura^{6,21}. La mayoría de los profesionales percibe que la atención al inmigrante supone mayor tiempo por consulta y entraña dificultades de seguimiento por alta movilidad y condiciones laborales, al igual que en el estudio de Esteva *et al.*¹⁷, pudiendo ponerse en riesgo la continuidad de cuidados⁷.

Aunque, en general, los participantes refirieron tener en cuenta las implicaciones que el proceso migratorio puede tener en la salud, la mayoría desconoce el ya mencionado «efecto del migrante sano» y el empeoramiento de la salud de esta población a medida que aumenta su tiempo de estancia en el país de acogida⁴. El propio proceso migratorio y de adaptación genera un estrés crónico que puede tener, además, consecuencias en su salud mental, como las recogidas en el denominado «duelo migratorio»^{23,24}. Aunque la literatura no es concluyente, dados los escasos estudios hasta el momento, parece observarse un mayor riesgo de problemas de salud mental en población joven, menores no acompañados, víctimas de conflictos armados o tortura, y entre quienes provienen de países de renta baja^{6,25}. Esto contrasta con la opinión expresada por los profesionales sanitarios en el presente estudio.

Por otro lado, pese a que las enfermedades tropicales no se sitúan entre los primeros motivos de consulta u hospitalización²³ y afectan principalmente a los recién llegados o a los que han viajado a su país recientemente², para los participantes del estudio constituyen un motivo de preocupación. Además, se percibe cierta incertidumbre acerca de la realización de cribado de enfermedades infecciosas. En este sentido se han publicado recientemente recomendaciones sobre el cribado en AP de enfermedades infecciosas, salud mental y mutilación genital femenina en base al país de origen que podrían ser de utilidad en la práctica clínica²⁵.

Este estudio aporta información sobre aspectos insuficientemente abordados hasta el momento, como la valoración de las normativas de acceso y la universalidad del sistema sanitario. Además, se realizó en un área con alta proporción de población inmigrante, desde el ámbito de AP, siendo esta fundamental para el acceso al SNS^{15,19}, y en un contexto en el que se siguen denunciando casos de exclusión sanitaria¹³. Pese al bajo número de profesionales no sanitarios participantes y la necesidad de interpretar con cautela los resultados, se han obtenido diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales. Dado que la participación era voluntaria, es posible que personas con mayor interés por el tema de estudio hayan tenido mayor tendencia a participar. Sin embargo, el desinterés en el mismo de algunos profesionales puede haber desempeñado un papel en la cifra baja de participación, aunque haya sido mayor que en estudios previos realizados en este campo¹⁷. Por otro lado, al tratarse de un cuestionario *online*, reenviado internamente en cada centro, es posible que algunos profesionales no accedieran al mismo por poco uso de plataformas virtuales o por falta de distribución dentro de los centros. Asimismo, al elaborarse el cuestionario a partir de la adaptación de preguntas de otros estudios (con algunas de elaboración propia), se pudieron generar dificultades en la interpretación de las mismas. También es importante señalar que el estudio se llevó a cabo en un momento histórico concreto, con una legislación en materia de atención sanitaria en proceso de cambio, siendo los resultados representativos del momento en el que se desarrolló.

Conclusiones

En el contexto actual, con un aumento de la población desplazada a nivel internacional y un auge de posturas de rechazo a estos colectivos, parece indispensable garantizar la atención sanitaria en igualdad de condiciones tal y como recomiendan los organismos internacionales referentes¹⁰. Estas posturas de rechazo parten en muchas ocasiones del desconocimiento tanto de las situaciones que la población inmigrante enfrenta como del verdadero impacto que supone su inclusión dentro del SNS. Por ello, las estrategias dirigidas a mejorar la atención de este colectivo deberían contemplar no solo la incorporación de mediadores y la implementación de protocolos, sino también la formación de los profesionales en competencias culturales y determinantes sociales de la salud.

El posicionamiento de los profesionales respecto al acceso universal al SNS y, por ende, el compromiso con los derechos humanos puede desempeñar un papel clave en la lucha por la equidad². Para buscar soluciones de forma conjunta, es imprescindible conocer las percepciones de los distintos actores del sistema sanitario. Este estudio puede servir como punto de partida para otros posteriores con mayor tamaño muestral y llevados a cabo en diferentes ámbitos. Sería fundamental contar con la perspectiva de las personas migrantes y promover la realización de estudios con metodología cualitativa. Estos podrían aportar puntos de vista complementarios que ayuden a los profesionales a ofrecer una atención más adaptada al contexto sociocultural y, al mismo tiempo, contribuir a la mejora del conocimiento del colectivo de inmigrantes sobre sus derechos en materia de sanidad.

Agradecimientos

A todos los profesionales participantes. A la UDMAFyC Sur, por su ayuda en el diseño del estudio como trabajo de fin de residencia. A Isabel del Cura González, por sus aportaciones en la revisión y redacción del artículo en el contexto del curso de Metodología de la Investigación 2019-2020, organizado por la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria-URJC de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. A los autores de los artículos de Esteve et al. y Ruiz-Casares et al. por facilitarnos sus cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mcauliffe M, Ruhs M. World Migration Report (2018). IOM: Geneva: UN; 2017 Dec. (IOM World Migration Report).
2. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The Lancet Commissions The UCL – Lancet Commission on Migration and Health : the health of a world on the move. *Lancet*. 2018 Dec;392(10164):2606-54.
3. Aldridge RW, Nellums LB, Bartlett S, Barr AL, Patel P, Burns R, et al. Articles Global patterns of mortality in international migrants : a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018 Dec; 392 (10164):2553-66.
4. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit*. 2015 Jan;29(1):15-20.
5. Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerda JC. The right of access to health care for undocumented migrants : a revision of comparative analysis in the European context. *Eur J Public Health*. 2014 Oct 1;24(5):712-20.
6. Malmusi D, Gotsens M. Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP, 2014.
7. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit*. 2015 Jul;29(4):244-51.
8. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: Naciones Unidas, 1966.
9. Instrumento de ratificación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (Boletín Oficial del Estado, número 103 de 30 de abril de 1977.)
10. United Nations. Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development . New York: United Nations; 2015.
11. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (Boletín Oficial del Estado, número 98 de 24 de abril de 2012.)
12. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 183 de 30 de julio de 2018.)
13. Yo Sí Sanidad Universal. Informe sobre la exclusión sanitaria un año después del RDL 7/2018. Madrid: Yo Sí Sanidad Universal; 2019.
14. Defensor del Pueblo. Asistencia sanitaria pública para personas en situación de vulnerabilidad social [Internet]. 20/11/2019. [Citado el 12 de enero de 2020.] Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/asistencia-sanitaria-universal/>
15. Watt K, Abbott P, Reath J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):158.
16. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crépeau F, et al. Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. *Matern Child Health J*. 2013 Feb 8;17(2):292-8.
17. Esteve M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención Primaria*. 2006 Feb;37(3):154-9.
18. Estado J. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado. N°10 (12-01-2000).
19. Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos. Informe de Población Extranjera Empadronada en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid; 2018.
20. Román López P, Palanca Cruz M, García Vergara A, Román F, Rubio Carrillo S, Algarte López A. Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Rev Española Comun en Salud*. 2015;6(2):204-12.
21. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, García-Subirats I, Aller M, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Dec;88(6):715-34.
22. Mestres Arnaú J, López Casanovas G, Vall Castelló J. The deadly effects of losing health insurance. CRES-UPF working paper #201804-104. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut; 2018.
23. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(1):9-25.
24. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises). *Gac Médica Bilbao*. 2009 Jan;106(4):122-33.
25. Sequeira-Aymar E, DiLollo X, Osorio-López Y, Gonçalves AQ, Subirà C, Requena-Méndez A. Recomendaciones para el cribado de enfermedad infecciosa, salud mental y mutilación genital femenina en pacientes inmigrantes atendidos en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2020 Mar;52(3):193-205.

Fecha de recepción: 13 de enero de 2020 **Fecha de aceptación:** 2 de junio de 2020

Editora responsable: Micaela Llull Sarralde



Volver

Conocimientos y percepciones de profesionales de Atención Primaria sobre el acceso y la atención sanitaria de la población inmigrante

Sara Yago González, Marta Palomino Gómez, Gonzalo Bustos Herranz y David Parra Blázquez

Comunidad junio 2020;22(2):5

ISSN: 2339-7896

Utilizamos las cookies para asegurarnos de que proporcionamos la mejor experiencia al usuario de nuestra web. Si continúa utilizando este sitio web, asumimos que está de acuerdo con ello.

Dejar un comentario

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)
