



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Perspectiva enfermera en la Atención Primaria a la
población inmigrante**

Estudiante: Soraya Yagüe Ruipérez

Tutelado por: María de los Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 28 de Mayo de 2019

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores”.

R. Colasanti. En: II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990

RESUMEN

Introducción: En los últimos años la inmigración ha experimentado un importante crecimiento en España, lo que ha dado lugar a un gran cambio en la sociedad. El contacto inicial de los inmigrantes con el sistema sanitario son los servicios de Atención Primaria, por lo que es imprescindible que el personal sanitario conozca las características de este fenómeno, así como, las barreras que pueden surgir en la atención a este colectivo y las herramientas disponibles para hacerles frente.

Objetivo: Analizar la perspectiva de los profesionales de la salud de Atención Primaria, en especial de enfermería, respecto al cuidado de la población inmigrante.

Material y métodos: Este trabajo se ha realizado a través de una revisión bibliográfica de la literatura. Se eligieron aquellos documentos que más se adaptaban a las necesidades de esta investigación. Se emplearon: guías de práctica clínica, documentación legislativa, páginas oficiales y bases de datos para la localización de los artículos.

Resultados y discusión: Entre los profesionales de Enfermería de Atención Primaria, al igual que en el resto de población, todavía se encuentran connotaciones negativas en relación al fenómeno migratorio. Además, manifiestan que encuentran numerosos obstáculos en la prestación de cuidados a la población inmigrante debido a la falta de conocimientos y formación en este campo.

Conclusión: Actualmente siguen existiendo prejuicios y estereotipos relacionados con este fenómeno migratorio entre la población española que pueden suponer una barrera en la atención a este colectivo, sumándose a otras barreras como el idioma, la cultura o el bajo nivel socioeconómico. Por último, los profesionales perciben una escasa formación en cuanto a métodos que faciliten la atención al inmigrante, a pesar de que los nuevos planes de estudio han ido evolucionando en respuesta a la nueva sociedad multicultural.

Palabra clave: Inmigración, Atención Primaria, enfermería, cuidados de enfermería y diversidad cultural.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco teórico y conceptualización de la inmigración	1
1.2 Situación actual de la inmigración	1
1.3 Legislación actual de la atención sanitaria al inmigrante en España	2
1.4 Enfermedades asociadas a la inmigración	3
1.4.1 <i>Enfermedades adquiridas</i>	3
1.4.2 <i>Enfermedades reactivas</i>	4
1.4.3 <i>Enfermedades importadas</i>	4
1.5 Redes de vigilancia y control de las enfermedades importadas	4
1.5.1 <i>Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET)</i>	5
1.5.2 <i>El Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMTrop)</i> :	5
1.5.3 <i>El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)</i>	5
1.6 Enfermería y multiculturalidad	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA.....	9
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	10
5.1 Percepción que tiene el personal sanitario sobre la inmigración	10
5.2 Barreras en la Atención Primaria a la población inmigrante	11
5.2.1 <i>Idioma</i>	11
5.2.2 <i>Factores culturales</i>	11
5.2.3 <i>Alfabetización de la salud</i>	12
5.2.4 <i>Desventajas en el estado socio-económico</i>	12
5.2.5 <i>Prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud</i>	13
5.3 Herramientas para hacer frente al primer encuentro con el paciente inmigrante	13
5.3.1 <i>Comunicación e información</i>	13
5.3.2 <i>Formación</i>	14
5.3.3 <i>Cambios en el sistema sanitario</i>	15
6. CONCLUSIÓN	16
7. REFLEXIÓN PERSONAL.....	17
8. BIBLIOGRAFÍA	18

9. ANEXOS	21
Anexo I. Inmigración de población extranjera por nacionalidad	
Anexo II. Estrategia de búsqueda bibliográfica	
Anexo III. Resumen de los artículos seleccionados	
Anexo IV. Tríptico. Conservando la salud al viajar	

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
AP	Atención Primaria
INE	Instituto Nacional de Salud
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico y conceptualización de la inmigración

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en su Estrategia y plan de acción para la salud de refugiados y migrantes de la región Europea, define la migración como “el movimiento de una persona o un grupo de personas de una unidad geográfica a otra para un asentamiento temporal o permanente”. Sin embargo no considera un acto migratorio aquellos viajes de carácter temporal con fines recreativos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa ya que no suponen cambios en el país de residencia. Por otra parte, en cuanto al término migrante, no existe una definición universalmente aceptada. Los migrantes pueden trasladarse a otro país (migrantes de tránsito), viajar de un país a otro (migrantes circulares) o incluso permanecer en el país de origen (colonos)¹.

El proceso migratorio supone un gran cambio en la vida de las personas ya que todo lo que les rodea cambia, marcando un hito en sus vidas. Para comprender lo que significa la pérdida del entorno cultural es necesario conocer qué es la cultura. Artigas y Bannasar² la definen como “un todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y otros hábitos y capacidades adquiridas por el hombre en cuanto a miembro de la sociedad.” Por otro lado el concepto de Interculturalidad puede resultar difícil de comprender debido a que involucra la comprensión del contexto social, histórico y político en el que ocurren las relaciones humanas. No se trata de una simple convergencia de culturas en un momento y espacio determinados, sino que se trata de una interrelación entre culturas, permitiendo la influencia de unas en otras, “llegando a un sincretismo o mestizaje cultural”^{2,3}.

1.2 Situación actual de la inmigración

En la actualidad, las migraciones humanas se han incrementado de forma exponencial debido a fenómenos como el turismo, la ocupación laboral y la globalización. Todo ello unido con las migraciones naturales de algunas especies animales y el cambio climático conlleva un importante riesgo, en ocasiones evitable, de expansión de enfermedades a zonas donde no se consideran endémicas⁴. Según el informe “Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos” desarrollado por la OMS, en el año 2005 aproximadamente 175 millones de personas vivían fuera de sus países de origen de forma temporal o permanente, lo que supone cerca de un 3% de la población mundial⁵. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en su “Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2018” indica que en 2015 había cerca de 244 millones de migrantes internacionales en todo el mundo, es decir, un 3,3% de la

población mundial. De esta manera se puede observar el incremento de las migraciones internacionales que se ha producido en los últimos 10 años, a un ritmo más rápido del que algunos habían previsto. Por ejemplo, el Informe sobre las Migraciones en el Mundo de 2003 sostenía que en el año 2050 el porcentaje de migrantes internacionales representaría el 2,6% de la población mundial, cifra que ya se ha sobrepasado.⁶

España, en concreto, se encuentra ante una sociedad multicultural en la que se convive con un gran número de inmigrantes que poseen unas características socioculturales y unas necesidades de salud concretas⁷. En nuestro país, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2018 el número de extranjeros registrados fue de 4.663.726 lo que supone casi un 10% de la población total⁸. Según las estadísticas migratorias en España la procedencia de los flujos migratorios es muy diversa como se puede observar en el Anexo I, siendo los tres primeros países de procedencia Marruecos (con 29.986 llegadas registradas), Rumanía (con 28.859) y Colombia (con 22.850). En dicho gráfico se realiza una comparación entre el año 2015 y 2016 en el que se aprecia un incremento del número de inmigrantes que llegan a España⁸.

Las corrientes migratorias actuales comprenden personas con diferentes orígenes, situaciones y trayectorias. De este modo se pueden englobar en dos grandes grupos: inmigrantes sociales (procedentes de países de renta alta como jubilados europeos, turistas o estudiantes) e inmigrantes económicos (procedentes de países en vías de desarrollo que buscan nuevas oportunidades)⁹. A excepción de un volumen importante de los inmigrantes sociales, cuya edad es más avanzada, los flujos migratorios fundamentalmente están compuestos por personas de una edad comprendida entre 20-40 años, lo que está contribuyendo a un rejuvenecimiento de la sociedad española. Se trata de una población joven y sana cuya vulnerabilidad se ve incrementada con algunos hábitos adquiridos y malas condiciones de vida en las que se encuentran una vez asentados en nuestro país. Además se está produciendo una feminización de los movimientos migratorios debido al aumento de la población inmigrante femenina^{2,9}.

1.3 Legislación actual de la atención sanitaria al inmigrante en España

La legislación previa en nuestro país ha aludido en numerosas ocasiones a la universalidad de la atención sanitaria. En este sentido, la Ley General de Sanidad de 1986 establece los principios que han permitido configurar el carácter público y universal del Sistema Nacional de salud haciendo efectivo el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución Española¹⁰.

Hasta el año 2010 se observó un progreso en la mejora de la protección de la salud y el acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante. Sin embargo, con la reducción del gasto público en salud a consecuencia del inicio de la crisis, el gobierno instauró el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, el cuál supuso la exclusión de los inmigrantes irregulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria¹¹. Estas medidas tuvieron consecuencias negativas para este colectivo, repercutiendo a su vez negativamente en la Salud Pública ya que, al limitar el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante irregular se dificultó la detección, control y seguimiento de enfermedades asociadas a la inmigración^{4,12,13}.

La última reforma ha tenido lugar recientemente con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de Julio sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. El presente Real Decreto-ley responde a la necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud y la asistencia universal y en las mismas condiciones a todas las personas que se encuentren en el territorio español independientemente de su nacionalidad, acorde a los precedentes legislativos y a los compromisos internacionales establecidos. De esta manera se cumplen los tratados internacionales y los principios de igualdad, solidaridad y justicia social, propios de cualquier estado democrático que tiene como objetivo garantizar el bienestar integral de todas las personas¹⁴.

1.4 Enfermedades asociadas a la inmigración

Las patologías y procesos más prevalentes entre la población inmigrante se pueden clasificar en: enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades importadas⁹.

1.4.1 Enfermedades adquiridas

Son las más frecuentes e incluyen aquellas enfermedades que adquiere el inmigrante en el país de acogida y que están relacionadas con el entorno en el que vive y los estilos de vida que caracterizan a la nueva sociedad (sedentarismo, obesidad, alcoholismo...). A este grupo pertenecen las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, osteomusculares, dolor abdominal (por alteraciones dietéticas), diabetes, anemia, etc. También incluyen aquellas enfermedades que surgen debido a la precariedad laboral a la que se ve sometido el inmigrante económico al inicio de su estancia y los accidentes laborales derivados de la falta de comunicación y conocimiento del manejo de determinada maquinaria⁹.

1.4.2 Enfermedades reactivas

El paciente inmigrante sufre un proceso de duelo múltiple en el que tiene que asumir numerosas pérdidas y que supone la reorganización de la personalidad. Además, está sometido a una continua tensión producida por la confrontación con una nueva cultura, lo que puede dar lugar a problemas psicológicos, somáticos y sociales. Uno de los problemas más frecuentes en el proceso de adaptación es la crisis de identidad y valores, muchas veces acompañada de una fuerte crisis de angustia, manifestándose principalmente como somatizaciones (cefalea y dolor abdominal) que son los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP)⁹.

1.4.3 Enfermedades importadas

Las enfermedades importadas son aquellas que se han adquirido en lugares donde suelen ser frecuentes, pero que se manifiestan y diagnostican en zonas donde son muy raras o no existen^{2,4,9,15}. Las enfermedades importadas se pueden agrupar en⁹:

- Enfermedades tropicales: su distribución se limita a determinadas zonas, tropicales mayoritariamente. Son difícilmente transmisibles ya que no disponen de un ecosistema que favorezca su propagación. Un ejemplo son las enfermedades transmitidas por gusanos parásitos, como la esquistosomiasis, o por mosquitos, como la malaria y la filariasis^{9,15}.
- Enfermedades cosmopolitas: su distribución es más amplia (existen también en el país de acogida) y se propagan más fácilmente al no necesitar unas condiciones de transmisión tan específicas como las enfermedades tropicales. Generalmente se transmiten vía aérea, vía fecal-oral o por contacto íntimo. Por ejemplo: tuberculosis (TBC), hepatitis, VIH y parasitosis intestinales⁹.
- Enfermedades de base genética: destacan hemoglobinopatías, déficit de glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa y el déficit congénito de lactasa¹⁵.

Las enfermedades importadas son más habituales en algunos colectivos específicos, entre los que destacan viajeros internacionales, niños de adopciones internacionales, inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo y que en ocasiones vuelven a su país de origen de forma temporal a visitar a sus amigos o familiares¹⁵.

1.5 Redes de vigilancia y control de las enfermedades importadas

En los últimos años en España han adquirido una mayor relevancia las enfermedades importadas debido al incremento de viajeros y de inmigrantes. Esta situación hace necesaria la creación de los denominados centros centinela para el control de estas enfermedades. Se trata

de una red cooperativa de centros sanitarios que se encargan de recoger información acerca de enfermedades infecciosas importadas que permite conocer su prevalencia y su evolución, siendo útil para la asistencia clínica, la asignación de recursos sanitarios y desde el punto de vista epidemiológico. De este modo surgen en España 3 principales centros centinela¹⁶:

1.5.1 Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET)

Encargado de apoyar al SNS en el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades tropicales. Está formado por más de 20 grupos nacionales de investigación distribuidos en Almería, Barcelona, Granada, Madrid, Murcia, Salamanca, Tenerife y Valencia. En su cartera de servicios se encuentra disponible la Red de Unidades Hospitalarias de Atención a Inmigrantes y Viajeros (+REDIVI), cuyo centro coordinador se encuentra en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Se trata de una red colaborativa, accesible a través de internet y con una codificación común que está formada por centros hospitalarios y de AP. +REDIVI recoge de forma anónima datos clínico epidemiológicos y ofrece información sobre la patología importada por los inmigrantes y los viajeros de forma más cercana a la realidad^{16,17}.

1.5.2 El Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMTrop):

Surge debido al incremento de la presencia española en programas de cooperación internacional con el fin de reforzar la investigación, la docencia y la asistencia en relación con las enfermedades tropicales. Otro de sus cometidos es asegurar la coordinación de las unidades especializadas en Medicina Tropical en España además de establecer convenios de colaboración a nivel internacional¹⁶.

1.5.3 El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se trata de una pieza clave en la Red de Vigilancia Epidemiológica de cada Comunidad Autónoma para el control y prevención de enfermedades transmisibles, no solo tropicales, sino también aquellas existentes (aunque con menor prevalencia) en el país receptor. Tiene la responsabilidad de establecer una lista de enfermedades que deben declararse de forma obligatoria, además de informar acerca de las distintas modalidades de notificación¹⁶.

1.6 Enfermería y multiculturalidad

La inmigración afecta a muchos ámbitos, entre ellos el sanitario. Los dispositivos sanitarios de España han respondido a este flujo migratorio dotándose de nuevos recursos y medidas para afrontar este nuevo reto que supone la atención a personas con unas diferencias culturales tan significativas³.

Dentro del ámbito sanitario la figura de la enfermera desempeña un papel esencial en el cuidado de este colectivo. El compromiso social de la enfermera en el cuidado individual, familiar y de la comunidad requiere además el conocimiento de la otra persona para conseguir un cuidado holístico. Para que este cuidado sea completamente integral es necesario que la cultura forme parte del proceso de enfermería^{2,3,5}. Esta perspectiva del cuidado se fundamenta en la Teoría de la Diversidad y la Universalidad propuesta por Madeleine Leininger, pionera de la Enfermería Transcultural. Esta forma de cuidado pretende involucrar a la persona, familia o comunidad activamente en el proceso de cuidar favoreciendo la autonomía y la toma de decisiones del individuo. Leininger defiende que el cuidado de enfermería debe ser individual y personalizado además de estar dirigido a la promoción y mantenimientos de la salud y a su recuperación. Para conseguir un cuidado culturalmente competente y eficaz los profesionales deben conocer y comprender las diferencias y semejanzas del cuidado cultural a la hora de asistir a la población inmigrante^{3,18}. Cuanto mayor sean las diferencias entre los valores del paciente y del profesional, mayor será la incidencia de conflictos y estrés³.

Esta Competencia Cultural imprescindible en el marco de una buena práctica enfermera, fue definida en 2007 por la Academia Americana de Enfermería como: “Tener conocimiento, actitudes y habilidades sobre grupos culturales diversos que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente.” Se trata de un proceso continuo que requiere el respeto hacia las diferencias culturales e impide a su vez la excesiva influencia de las creencias personales sobre los que tienen unos valores diferentes a los propios¹⁹.

El primer contacto que el inmigrante tiene con el SNS son los servicios de AP y de urgencias, por lo tanto, es esencial que los profesionales de enfermería de estos ámbitos conozcan las características de este fenómeno, los motivos por los que consultan, los inconvenientes que pueden aparecer en la atención a este grupo y las herramientas disponibles para resolverlos²⁰.

2. JUSTIFICACIÓN

Tras mi paso por el servicio de Urgencias y por la planta de medicina interna en el hospital Santa Bárbara, pude observar la dificultad que supone la atención sanitaria a un paciente de nacionalidad extranjera. Varias enfermeras manifestaban que encontraban numerosos obstáculos a la hora de relacionarse con a este colectivo, considerando el idioma como la principal barrera. Además, muchas de ellas desconocían la existencia de protocolos o herramientas para abordar estas situaciones que viven a diario. Por otro lado, también pude detectar sentimientos y actitudes negativas de algunos profesionales hacia este colectivo debido a la falta de información.

Actualmente vivimos en una sociedad multicultural y las enfermeras deben ser conscientes de que esta situación propicia determinadas situaciones sanitarias a las que deben dar respuesta como responsables del cuidado. La AP, en concreto, es la puerta de entrada al sistema sanitario, de manera que la enfermera de dicho servicio va a ser uno de los profesionales sanitarios que más próximo se encuentra de la población inmigrante. De esta manera se producen encuentros culturales entre la enfermera y el paciente en los que éste va a expresar sus necesidades e inquietudes a través de la comunicación verbal y no verbal. Por lo tanto, en muchas ocasiones, la prevención y promoción de la salud, así como, la adherencia al tratamiento por parte del usuario va a depender en gran medida de la efectividad de ese primer encuentro cultural.

En definitiva, el fenómeno de la inmigración ha supuesto en los últimos años un gran reto para las enfermeras, especialmente en AP, por lo que se puede observar la necesidad de formar a los profesionales de enfermería acerca de las características de este creciente colectivo y sobre las herramientas de las que disponen para que puedan ofrecer un cuidado culturalmente competente.

3. OBJETIVOS

- General:
 - Analizar la perspectiva de los profesionales de la salud de Atención Primaria, en especial de enfermería, respecto al cuidado de la población inmigrante.
- Específicos:
 - Analizar la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca de la inmigración.
 - Describir las principales barreras en la Atención Primaria a la población inmigrante, así como las herramientas disponibles para combatirlas.

4. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos del trabajo se realiza una revisión bibliográfica en el periodo de noviembre de 2018 a marzo de 2019 haciendo especial énfasis en aquellas publicadas en el territorio nacional. Los recursos bibliográficos empleados fueron artículos científicos, material legislativo y páginas web reconocidas oficialmente como la plataforma del INE, la página del MSCBS, del OIM y de la OMS. Para la localización de los documentos bibliográficos y por su relevancia científica se emplearon las siguientes bases de datos: Cinahl, Cuiden, Medline Plus, Scielo y Scopus; además del buscador Google Académico.

Con el objetivo de concretar la estrategia de búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: Atención primaria, enfermería, emigración e inmigración, cuidados de enfermería y diversidad cultural; y los MeSH: Primary Health Care, nursing, emigration and immigration, emigrants and immigrants. Estos descriptores fueron combinados en las distintas bases de datos mediante los operadores booleanos AND y OR con los truncamientos que se describen en la estrategia de búsqueda (ANEXO I) para acotar y especificar los resultados.

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para delimitar la búsqueda y elegir solamente las publicaciones que más se adecuaban a las características de este estudio.

Como criterios de inclusión, se ha tenido en cuenta que los artículos debían reflejar la percepción enfermera en relación al cuidado de la población inmigrante preferiblemente en el ámbito de la AP. La publicación de los documentos no debía exceder los diez años de antigüedad con el fin de que los resultados fueran actuales. Además de prestar especial atención a los documentos publicados a nivel nacional, no se descartaron artículos de distinto país de origen para comparar si existen ciertas diferencias entre la situación existente en distintas zonas. Sin embargo, se excluyeron aquellos artículos que se centraban en el cuidado de alguna enfermedad importada concreta o en el cuidado del niño inmigrante. Por último, se desecharon los documentos que no estaban relacionados con el tema del trabajo y literatura gris.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron un total de 51 artículos potencialmente útiles que fueron seleccionados en función del título o del resumen y se llevó a cabo una lectura crítica de los mismos. Tras esta lectura se eliminaron todos aquellos artículos que no resultaban útiles para responder a los objetivos marcados. El total de recursos bibliográficos empleados para dar respuesta a los objetivos ha sido de 23: 1 documento de carácter legislativo³⁷ y 22 artículos científicos, de los cuales 18 son de origen nacional y 4 han sido publicados en otros países. (Anexo II)

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Percepción que tiene el personal sanitario sobre la inmigración

En la literatura revisada se han podido observar distintos puntos de vista acerca del proceso migratorio por parte de los profesionales de enfermería de AP. Esta percepción tan variada puede influir a la hora de prestar cuidados a este grupo de población, de ahí la importancia de analizar la opinión de los profesionales respecto a este tema.

Algunos profesionales sanitarios de distintos centros de salud (CS) de España, entre ellos de enfermería, afirman que han percibido en los últimos años un incremento de la carga de trabajo debido al creciente número de personas extranjeras que atienden a diario en sus consultas²⁰⁻²². Sin embargo, son numerosos los estudios que demuestran que la realidad es totalmente distinta. De manera que los inmigrantes utilizan en menos ocasiones, que la población autóctona, tanto los servicios de AP, como de atención especializada²⁰⁻²⁵.

La menor utilización de dichos servicios puede estar relacionada con el entramado administrativo necesario para poder acceder a ellos, cuya complejidad podría limitar su uso por cuestiones culturales, lingüísticas, o por las extensas jornadas laborales⁷. Esto no coincide con la perspectiva de los profesionales de AP entrevistados en un estudio realizado por Llosada et al.²² en Barcelona, en el que la mayoría consideran que el acceso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes no presenta ninguna dificultad.

Por el contrario, si se ha observado que los inmigrantes hacen un mayor uso de los servicios de urgencias, lo que concuerda con la percepción de los profesionales que afirman que la continuidad asistencial en paciente inmigrantes es menor que en los autóctonos^{22,7}.

En general, la sociedad tiene una imagen negativa y estereotipada de la inmigración, de la misma forma las enfermeras en ocasiones realizan generalizaciones atribuyendo al inmigrante cualidades relacionadas con conflictividad, pobreza o enfermedad, lo que sugiere la presencia de prejuicios entre los profesionales de enfermería⁵. En cambio, la tendencia general muestra el respeto hacia la igualdad y la libertad por parte de enfermeras que ofrecen cuidados sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, ideología o religión, como se percibe en las actitudes positivas que se encuentran entre las enfermeras entrevistadas en los estudios realizados, en Barcelona, por Martínez y Cayuela²¹ y, en Navarra, por Rodríguez y Xabala⁵, que lo consideran como una situación novedosa que supone un reto pero que a su vez permite la adquisición de nuevos conocimientos y experiencias, contribuyendo así al desarrollo de la Enfermería.

A pesar de la predominante actitud positiva de los profesionales de enfermería hacia la inmigración que se observa en los estudios analizados, existe un elevado número de inmigrantes, mayoritariamente mujeres, que sostienen que los profesionales sanitarios no tienen en cuenta ni sus costumbres ni su religión a la hora de establecer los planes de cuidados. Este porcentaje se ve disminuido a medida que aumenta el tiempo de estancia en el país receptor y por tanto el aprendizaje cultural mutuo.⁷

5.2 Barreras en la Atención Primaria a la población inmigrante

En la literatura revisada se han podido identificar 5 principales barreras en la atención a la población inmigrante: el idioma, los factores culturales, la alfabetización de la salud, las desventajas en el estado socio-económico y los prejuicios de los profesionales sanitarios.

5.2.1 Idioma

El lenguaje es la principal barrera señalada en la literatura y uno de los aspectos más dificultosos en la atención al paciente extranjero^{21,26,27}. Martínez y Cayuela²¹ coinciden con Belintxon y López²⁶ en que las diferencias lingüísticas dificultan la comprensión del sistema burocrático por parte del paciente de manera que influyen en el acceso a los servicios de salud. También están de acuerdo en que la comunicación es crucial para que puedan entender y aplicar los consejos proporcionados a través de la Educación para la Salud, además de influir en su motivación a la hora de realizar actividades de prevención en su vida diaria.

5.2.2 Factores culturales

En este nuevo contexto multicultural otra de las barreras en la atención al inmigrante radica en el choque cultural. La cultura influye en el concepto de salud, en los estilos de vida y comportamientos, en el proceso de enfermedad, en la percepción de problemas y en los tratamientos^{5,26}.

Fuertes et al.²⁸ consideran que generalmente en los profesionales sanitarios existe un etnocentrismo que impide la comprensión de lo diferente. Esta percepción coincide con el punto de vista de Martínez et al.²¹ cuando en su estudio desvelaron que los cuidados se ofrecen en función de lo propio como lo correcto y lo ajeno como inadmisibles. En este mismo estudio, gran parte de las enfermeras entrevistadas destacaron las limitaciones asociadas a la Educación para la Salud orientada a los hábitos alimenticios, ya que la dieta es fundamental en la promoción de la salud. En su experiencia laboral reconocen grandes dificultades en el control de la Diabetes Mellitus en el colectivo asiático y en el control del peso en pacientes sudamericanos y musulmanes debido a que su cultura alimentaria incluye grandes cantidades de alimentos ricos en hidratos de carbono²¹.

Uno de los aspectos en los que más problemática surge debido a la cultura es en la Educación para la Salud. En algunas ocasiones las creencias culturales incluso pueden impedir que las personas soliciten la educación sanitaria, por ejemplo, en aquellas culturas que creen en la curación gracias a las hierbas o que creen que la depresión post-parto es sinónimo de ser una mala madre²⁶.

5.2.3 Alfabetización de la salud

Belitxon y López²⁶ consideran el nivel de alfabetización en la salud una posible barrera en la relación enfermera-paciente. Definen este concepto como “el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información que se proporciona y tomar decisiones de salud apropiadas.” La población inmigrante puede encontrar problemas para manejarse en el sistema de salud debido al desconocimiento acerca del mismo o de cómo utilizarlo. Gómez et al.²⁹ también perciben como una limitación la ignorancia de la presencia de algunos servicios sanitarios junto con el mal uso de los mismos, que genera en muchas ocasiones el colapso de los servicios de urgencias cuando se acude por patologías que podrían ser atendidas en AP. Además, algunos poseen bajos niveles de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud o sobre conceptos como autocuidado y prevención, repercutiendo negativamente en la adopción de estilos de vida saludables.

5.2.4 Desventajas en el estado socio-económico

Otro aspecto considerado como una barrera en la AP es el estado socio-económico. La salud no es considerada una cuestión prioritaria por parte del inmigrante, esto se debe a que muchos de ellos se encuentran en una situación de desempleo que les obliga a dar mayor importancia a la supervivencia^{29,30}.

En un estudio realizado por Aichberger et al.³¹, en Berlín, pudieron observar que gran parte de las familias inmigrantes entrevistadas con un nivel socio-económico bajo verbalizaban que no podían proporcionar a sus hijos altos niveles educativos. De esta manera podemos pensar que la situación de los inmigrantes es similar en distintos países. Por lo tanto, podría explicar que esta población se mantenga en niveles socio-económicos más bajos que el resto de la población y que su principal preocupación no sea la salud a menos que les impida trabajar según consideran autores como Zou et al.³⁰. En Inglaterra datos publicados recientemente han demostrado la vinculación entre la baja efectividad de la educación sanitaria y los bajos niveles socio-económicos²⁶.

5.2.5 Prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud

Entre los documentos revisados, tan sólo tres de ellos reconocen los prejuicios de los profesionales sanitarios como una traba en la prestación de cuidados a este grupo^{26,32,33}. Belintxon y López²⁶ consideran que se pueden dar dos situaciones: por un lado, se pueden realizar generalizaciones de un grupo cultural determinado relacionándolo, por ejemplo, con actos de delincuencia o problemas de salud, impidiendo de esta manera la individualización del cuidado; y por otro lado también existe el riesgo de que el profesional imponga sus creencias a personas de distinta cultura con unas creencias y valores diferentes a los suyos propios.

5.3 Herramientas para hacer frente al primer encuentro con el paciente inmigrante

Una vez abordadas las barreras o dificultades que predominan en la atención a la población inmigrante, a continuación, se desarrollan las principales herramientas o estrategias que se han identificado en la literatura revisada para hacerles frente. Dichas estrategias se pueden agrupar alrededor de tres ejes: comunicación e información, formación y cambios en el sistema sanitario.

5.3.1 Comunicación e información

En primer lugar, la utilización de materiales culturalmente y lingüísticamente adaptados a las personas de diferentes culturas ayuda a franquear la barrera idiomática^{26,27}. En un estudio realizado por Vázquez et al.²⁷ la mayoría de los entrevistados destacaron la necesidad de contar con material traducido sobre educación sanitaria, funcionamiento del sistema sanitario y también documentos administrativos. La creación de póster, imágenes o videos con contenido narrativo puede ser de gran ayuda en la atención y promoción de la salud a este tipo de pacientes. También existen programas educativos vía online, pero para usar estas herramientas es necesario asegurar que la persona tenga acceso a internet y valorar sus habilidades para su uso²⁶.

Algunos autores proponen el uso de personal de traducción cuando se necesite transmitir o conocer información precisa, o cuando lo que se quiere transmitir es muy complejo. El traductor no interviene en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, sino que se limita a traducir tanto al profesional como al paciente literalmente³². Sin embargo, Vázquez et al.²⁷ consideran que su presencia en horarios establecidos es insuficiente ya que no se puede prever cuándo serán necesarios. Existe la posibilidad de acceso telefónico a los traductores para poder acceder a ellos en el momento que se precise, lo que algunos autores consideran da gran utilidad, rapidez y eficacia^{27,32}. Además también existen traductores on-line

que tienen la ventaja de que el profesional lo puede usar en el momento en que se le plantea el problema y no depende de otra persona³².

Por otro lado, se encuentra la figura del mediador cultural, muchas veces desconocida por los profesionales sanitarios. En este caso el mediador interviene en la comunicación³². A pesar de que su utilidad fue cuestionada por algunos de los directivos y profesionales de AP entrevistados en el estudio de Navarrete et al.²⁷ la mayoría consideró que sería de gran ayuda ya que por un lado permitiría al profesional entender la situación del paciente, y por otro lado favorecería la integración progresiva del inmigrante en nuestra sociedad. Sin embargo, Belintxon y López²⁶ consideran que el hecho de que acudan personas que no son profesionales sanitarios a ese encuentro influye en la confidencialidad y la privacidad e intimidad del paciente lo que puede suponer una desventaja.

5.3.2 Formación

A pesar de que gran parte de los documentos analizados hablan de la importancia de la competencia cultural^{7,19,21,32-35} la realidad percibida entre los profesionales es diferente. Por ejemplo, en el estudio realizado por Vázquez et al.²⁷ la mayoría de los entrevistados percibía una gran falta de formación o información sobre aspectos que permitan hacer frente a estas situaciones. Estos resultados fueron similares, posteriormente, en el estudio realizado por Martínez et al.²¹; todo esto a su vez concuerda con la conclusión a la que llegaron Plaza del Pino y Ayala³⁵ al finalizar su estudio cuando manifestaron que “existe un escaso interés desde la Enfermería en sus ámbitos académico, profesional y gestor en la formación de los nuevos profesionales para capacitarlos en el desarrollo de su trabajo en entornos multiculturales.”

En España, a nivel académico el sistema universitario ha reaccionado ante la necesidad de cambio que supone esta nueva realidad a la que se enfrentan los futuros profesionales de enfermería. De manera que los planes de estudios actuales de Enfermería de bastantes universidades han introducido algunas asignaturas optativas en las que se relaciona la enfermería y la cultura, pero sin contenido acerca de herramientas para afrontar la atención al inmigrante, por lo que en este sentido queda mucho trabajo por hacer^{7,36,37}.

Al igual que ocurre en otros países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá o Australia, la formación en competencia cultural ya forma parte de los estudios de grado y de posgrado de Enfermería en España^{34,37}. Así lo estableció el Ministerio de Educación y Ciencia en 2008 en la Orden CIN/2134³⁸ que regula las competencias que los estudiantes de enfermería deben adquirir para el ejercicio de la profesión, cuando defiende que el estudiante deberá “O. 4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función de género,

grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural”. Concretamente, en el plan de estudios del grado de enfermería de la Universidad de Valladolid, una de las competencias transversales que el estudiante debe adquirir es: “C.T. 6. Capacidad para reconocer la diversidad y la multiculturalidad” y dentro de las competencias específicas aparece: “C.E. 53. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores”. Además, en ciertos hospitales también se realizan entrenamientos centrados en la competencia cultural, con el objetivo de reciclar los conocimientos de los profesionales ^{34,37}.

5.3.3 Cambios en el sistema sanitario

Para que las medidas anteriormente nombradas sean efectivas es necesario que se realicen modificaciones también en el sistema sanitario. Los profesionales de la muestra del estudio realizado en Barcelona por Vázquez et al.²⁸ opinan que unas medidas útiles serían una historia clínica única, desarrollo de protocolos y guías asistenciales para el primer contacto con el paciente inmigrante y homogeneizar los materiales a traducir. Estas medidas serían muy útiles aplicadas también a nivel nacional y no solo comunitario.

En el Reino Unido ya se han tomado algunas de estas medidas, como por ejemplo la creación de la “Migrant Health Guide”. Se trata de una guía creada en 2011 gracias a las aportaciones de algunos profesionales de la salud que supone una herramienta gratuita online muy útil en el momento de una primera toma de contacto con el paciente inmigrante. En el año 2017 fue actualizada y ha sido ampliamente usada tanto en el Reino Unido como internacionalmente^{39,40}.

6. CONCLUSIÓN

- Entre los profesionales de la salud también existen prejuicios y estereotipos acerca de la población inmigrante.
- Los profesionales de enfermería, generalmente muestran una actitud positiva hacia la inmigración y ofrecen unos cuidados basados en el respeto y la igualdad.
- A pesar de la actitud positiva que predomina entre las enfermeras, un elevado número de inmigrantes afirma que no se tiene en cuenta ni sus costumbres ni su religión en los planes de cuidados.
- La población inmigrante no utiliza con más frecuencia los servicios sanitarios, sin embargo, si se percibe que acuden con más frecuencia a los servicios de urgencias lo que dificulta la continuidad asistencial.
- El idioma, la cultura, las desventajas socioeconómicas y los prejuicios de los profesionales de salud hacia la población inmigrante son barreras que pueden dificultar la prestación de cuidados a este colectivo.
- Los profesionales de enfermería perciben cierta falta de formación acerca de las herramientas o métodos que permitan hacer frente a las dificultades que surgen en la atención a la población inmigrante.
- En los planes de estudios del grado de Enfermería en España incluye una competencia que hace referencia al respeto hacia la multiculturalidad.

7. REFLEXIÓN PERSONAL

Durante el período de tiempo en el que he desarrollado mi Trabajo de Fin de Grado, he empleado mi estancia en distintos servicios del hospital para conocer en primera persona la verdadera situación a la que se ven expuestos los profesionales de enfermería durante el primer contacto con un paciente inmigrante.

En la mayoría de los encuentros con una persona extranjera, las enfermeras responsables de su cuidado, han conseguido vencer la barrera del idioma gracias a técnicas o métodos que han desarrollado de forma autónoma sin recurrir a ninguna de los recursos disponibles en el complejo hospitalario (traductor de internet, dibujos, búsqueda de imágenes en internet...). Deduje que esto se debía a que muchas de ellas desconocían las herramientas que existen para abordar este problema. Por lo tanto, considero que se debería incidir en promover el conocimiento de los profesionales de enfermería acerca de dichas alternativas mediante cursos o talleres impartidos por expertos. El uso de estos recursos supondría una notable mejora en la prestación de cuidados de calidad, además de disminuir significativamente el tiempo necesario para atender a este colectivo.

Por otro lado, durante la búsqueda de información, pude observar que uno de los grupos que tienen mayor riesgo de padecer una enfermedad infecciosa, son aquellos inmigrantes que una vez asentados en nuestro país, vuelven a su país de origen de forma temporal para visitar a sus amigos y familiares. Este riesgo se podría disminuir en gran medida con una adecuada educación sanitaria impartida al colectivo inmigrante por parte de los profesionales de enfermería en los centros de AP, empleando recursos como el que se muestra en el Anexo IV.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción para la salud de refugiados y migrantes de la región Europea [Internet]. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Comité Regional de Europa de la OMS; 2016 [acceso 18 de abril de 2019]. Disponible en : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
2. Artigas Lelong B, Bennasar Veny M. La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index Enferm.* 2009; 18(1): 42-46.
3. Da Trindade Santos EM, Angel Vargas L, Chad Pellón LH. La interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud enfermedad: contribuciones de la enfermería. *Index Enferm.* 2013; 22(4): 214-218.
4. Barroso Estévez E, Armenteros Berral M.M, Zafra Sánchez M.T, Brell Martín D. Asistencia sanitaria de calidad en inmigración. *Metas Enferm.* 2015; 18(4): 25-32.
5. Dolores Rodríguez Cruz L, Xabala Jauregialtzo A. Actitud ante la inmigración de los profesionales enfermeros de AP de siete Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Pamplona. *Rev Paraninfo digital.* 2012; 16.
6. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo 2018 [Internet]. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2018 [acceso 01 de abril de 2019]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
7. Majdoubi Hajji M, Getino Canseco M. La interculturalidad y las dificultades que se generan al proporcionar cuidados enfermeros. *Rev Paraninfo digital.* 2014; 21.
8. Instituto Nacional de estadística INE. España cifras 2018. [acceso 01 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/cp_j2018_p.pdf
9. Vázquez Villegas J, Fernández García M.R, Martín Laso M.A. Inmigración y Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Editor. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 85-108.
10. Ley Orgánica 14/1986, del 25 de Abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29 de abril de 1986). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499.
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). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403.
12. García González S. El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas.* 2017; 26: 179-187.
13. Vázquez M, Vargas I, Aller M. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. *Informe SESPAS. Gac Sanit.* 2014; 28: 142-146.

14. 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). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>
15. Vázquez Villegas J. Atención de las enfermedades importadas. *Aten Primaria*. 2010; 42 (9): 449-451.
16. Díaz Menéndez M, Pérez Molina J.A, López Vélez R. Estudio sobre la viabilidad de la puesta en marcha de un sistema de vigilancia de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes basado en Política Social; 2010. [acceso 16 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/Estudio_vigilancia_enfermedades_2009.pdf
17. RICET. Red de Investigación Colaborativa de Enfermedades Tropicales. Grupos de investigación [sede Web]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2015. [acceso 27 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ricet.es/grupos-investigacion>
18. Michel T, Seima M.D, Ribeiro Lacerda M, Bernardino E, Lenardt M.H. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1): 131-137
19. Gentil García I. Competencia Cultural en Enfermería: Población Subsahariana. *Cul Cuid*. 2010; 27: 61-67.
20. Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés M.R, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe J.M et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33(2): 179-190.
21. Martínez Cano C, Cayuela Sánchez S. Cuidados y diversidad cultural: un estudio de caso en un centro de Atención Primaria en Murcia. *Cultura de los cuidados*. 2018; 22(50):127-140.
22. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 2012; 44(2):82 -88.
23. Burillo-Putze G, Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33(2): 127-131.
24. Vall Iloera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83(2): 291-307.
25. Carrasco Garrido P, Jiménez García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009; 9: 1-12.
26. Belintxon M, López Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014; 37(3): 401-409.
27. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac. Sanit*. 2009; 23(5): 396-402.

28. Fuertes C, Trujillo E, Pinillos M.A, Balanzó X, Miró Ó, Burillo Putze G. La atención a la diversidad en urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33(1): 149-161.
29. Gómez Luque A, Breña Díaz L, Sanz Martos S, Bermejo Sánchez L, Serradilla Fernández A, Clavijo Chamorro M.Z. Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria. *Enfermería Global.* 2019; 53(1): 583-594.
30. Zou P, Parry M. Strategies for health education in North American immigrant populations. *Int Nurs Rev.* 2012; 59: 482-488.
31. Aichberger M, Bromand Z, Hereida A, Temur Erman S, Mundt A, Heinz A et al. Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German Women living in Berlin. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 10-16.
32. Macipe Costa R.M., Gimeno Feliu L.A. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* 2011; 13(50): 299-319.
33. Sánchez Ojeda M.A, Alemany Arrebola I, Gallardo Vigil M.A. Visión de enfermería hacia el colectivo de pacientes marroquíes. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51(1): 1-6.
34. Castrillón Chamadoira E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los cuidados.* 2015; 19(42): 128-136.
35. Veliz Rojas L, Bianchetti Saavedra A.F, Silva Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(1): 1-11.
36. Plaza del Pino F, Ayala E. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index Enferm.* 2009; 18(3): 190-194.
37. Sánchez Ojeda M.A, Segura Robles A, Gallardo Vigil M.A, Alemany Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. *Index Enferm.* 2018; 27(4): 1-4.
38. Orden ministerial CIN/2134/2008, de 19 de julio, de requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. (Boletín Oficial del Estado, número 174, de 19 de julio de 2008). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
39. Wagner K, Jones J. Guidance for assessing overseas patients who live in the UK. *Primary Health Care.* 2011; 21(9): 25-28.
40. Crawshaw A.F, Kirkbride H. Public Health England's Migrant Health Guide: an online resource for primary care practitioners. *Public Health.* 2018; 158: 198-202

9. ANEXOS

Anexo I.

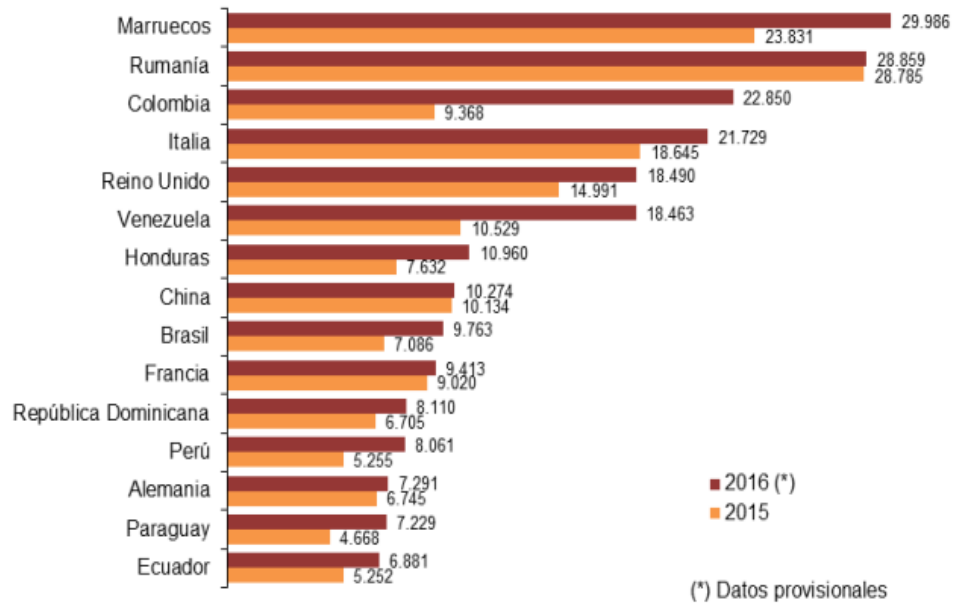


Gráfico 1. Inmigración de población extranjera por nacionalidad.

Fuente: Estadística de migraciones 2016 INE⁷.

Anexo II. Tabla 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS											
Total buscados(B)	Total empleados(E)	SCIELO		CINAHL		CUIDEN		MEDLINE		SCOPUS	
		B	E	B	E	B	E	B	E	B	E
Atención primaria AND (emigración OR inmigración)		24	4	1	0	18	0	0	0	6	1
Primary Health Care AND (emigration OR immigration)		52	1	86	1	9	0	17	4	14	0
Atención primaria AND enfermería AND (emigración OR inmigración)		0	0	0	0	16	1	0	0	0	0
Cuidados de enfermería AND inmigración		9	2	0	0	47	1	0	0	0	0
Enfermedades AND importadas		19	1	7	0	4	0	0	0	2	0
Diversidad cultural AND enfermería AND Atención Primaria		2	0	40	1	10	0	0	0	0	1
Cultural diversity AND nursing AND Primary Health Care		41	3	10	0	53	1	0	0	7	0
TOTAL		11		2		3		4		2	
		22									

Anexo III. Tabla 2: Resumen de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Nº Ref.	TÍTULO	AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO DEL ARTÍCULO	LOCALIZACIÓN
5	Actitud ante la inmigración de los profesionales enfermeros de AP de siete Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Pamplona.	2012	Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se realizó un cuestionario a una muestra de 100 enfermeras.	Identificar la actitud ante la inmigración de los enfermeros de AP de siete Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Pamplona	AP Pamplona
7	La interculturalidad y las dificultades que se generan al proporcionar cuidados enfermeros.	2014	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Valorar cómo influye la cultura en los cuidados enfermeros prestados a la población inmigrante.	AP España
20	Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra.	2010	Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal realizado a 25 médicos, 10 enfermeras, 6 gestores y 2 trabajadores sociales.	Describir la utilización de servicios de AP entre población autóctona e inmigrante y contrastarla con la percepción de los profesionales.	AP Navarra
21	Cuidados y diversidad cultural: un estudio de caso en un centro de Atención Primaria en Murcia.	2018	Tipo de estudio: Estudio cualitativo realizado mediante entrevistas a un grupo de enfermeras en un centro de AP de Murcia	Analizar e interpretar la percepción que un grupo de enfermeras de AP tiene acerca de la diversidad cultural y describir sus actitudes y estrategias en la atención a la salud.	CS Murcia
22	Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales.	2012	Tipo de estudio: Estudio cualitativo, descriptivo y fenomenológico realizado entre septiembre y diciembre de 2007 a 73	Conocer el punto de vista de los profesionales acerca del acceso y uso de los servicios sanitarios de los inmigrantes.	AP Barcelona

			profesionales de AP y hospitalaria.		
23	Desmontando tópicos sobre inmigración y salud.	2010	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Desmontar los tópicos acerca de la inmigración y demostrar que no suponen un problema sanitario.	AP España
24	Inmigración y Salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria de Girona.	2009	Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario a una muestra de 268 usuarios autóctonos y 377 inmigrantes en la región sanitaria de Girona.	Analizar la utilización de los servicios de salud de AP por parte de la población inmigrante según el sexo, edad, origen y condiciones sociodemográficas.	CS de Girona
25	Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain.	2009	Tipo de estudio: Estudio epidemiológico descriptivo transversal mediante entrevistas directas realizadas a una muestra de 29.478 adultos inmigrantes residentes en España	Describir las posibles desigualdades en el uso de los recursos sanitarios entre la población inmigrante y residente en España.	AP España
26	Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura.	2014	Revisión bibliográfica	Conocer los aspectos recogidos en la literatura sobre los retos para los profesionales de la salud respecto a la diversidad cultural y las estrategias utilizadas.	AP España
27	Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante.	2009	Tipo de estudio: Estudio cualitativo descriptivo. Se llevaron a cabo entrevistas individuales	Analizar las necesidades de apoyo expresadas por el personal sanitario en la atención al inmigrante y aportar	Atención primaria y especializada de Cataluña

			en una muestra de 63 profesionales de atención primaria y especializada de cinco ciudades de Cataluña.	sugerencias de mejora.	
28	La atención a la diversidad en urgencias.	2010	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Identificar las barreras en la atención al inmigrante y las principales infecciones en esta población.	AP España
29	Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria.	2019	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Evaluar la presencia de enfermedades importadas y la problemática del inmigrante en el SNS.	AP España
30	Strategies for health education in North American immigrant populations.	2012	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Analizar las barreras y estrategias en la educación a la población inmigrante	AP Norteamérica
31	Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German Women living in Berlin.	2012	Tipo de estudio: Estudio cualitativo descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario a una muestra de 405 mujeres de origen Alemán y Turco.	Examinar la relación entre el estatus socioeconómico y el estrés emocional en mujeres procedentes de Turkía y Alemania.	AP Berlín
32	Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras culturas.	2011	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Identificar las barreras en la atención al inmigrante y buscar soluciones.	AP España
33	Visión de enfermería hacia el colectivo de pacientes marroquíes.	2017	Tipo de estudio: Estudio descriptivo. Se realizó un cuestionario a 63 enfermeras del Hospital Comarcal de Melilla.	Determinar la actitud de los profesionales hacia los pacientes marroquíes.	AP Melilla

34	La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural.	2015	Tipo de estudio: Revisión Bibliográfica	Determinar cómo debe abordar la enfermera el cuidado transcultural.	AP España
35	Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural.	2019	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Reflexionar sobre la importancia del aprendizaje de competencias culturales en los profesionales de AP.	AP España
36	Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI.	2009	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Conocer la oferta formativa a la que tienen acceso los profesionales de enfermería en relación con el cuidado multicultural.	AP España
37	Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España.	2018	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Conocer las Facultades de Enfermería de España en las que se imparte alguna asignatura de Enfermería Transcultural o similar.	Planes de estudios de Universidades de España
39	Guidance for assessing overseas patients who live in the UK. Primary Health Care.	2011	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Describir la utilidad de la Guía de Salud del Inmigrante en la primera consulta.	AP Reino Unido
40	Public Health England's Migrant Health Guide: an online resource for primary care practitioners.	2018	Tipo de estudio: Revisión bibliográfica	Evaluar y analizar la guía de salud del inmigrante.	AP Reino Unido

Anexo IV: Tríptico promoción Conservando la salud al viajar. Fuente: elaboración propia.



Tú salud está en tus manos



Protégete, protégelos

¿DÓNDE ESTAMOS?

Acuda a su Centro de Salud:




Centro de Salud Soria Sur Centro de Salud Soria Norte



Centro de Salud Soria Rural

Contacto:

Teléfono Soria Sur: 975 221 299
 Teléfono Soria Norte: 975 22 15 61
 Teléfono Soria Rural: 975 22 82 82



CONSERVANDO LA SALUD AL VIAJAR



Información para inmigrantes y viajeros internacionales

Cada vez es mayor el número de personas que realizan viajes internacionales a zonas tropicales por diversos motivos. Los viajeros, incluidos aquellos inmigrantes que regresan a su país de origen, se exponen a gran variedad de riesgos para la salud, los cuales pueden disminuir tomando las precauciones adecuadas antes, durante y después del viaje.

LA SALUD TAMBIÉN VIAJA

ANTES DEL VIAJE

Acuda a su:

CENTRO DE SALUD

Al menos con un mes de antelación



SE FACILITARÁ:

- Información sobre vacunas obligatorias o recomendadas.
- Certificado de Vacunación Internacional.
- Información sobre prevención de riesgos relacionados con: Alimentos y bebidas Entorno: insectos, clima, baños...
- Consejos prevención ITS

DURANTE EL VIAJE



Usar mosquitera para dormir



Usar preservativo



Alimentos solo recién preparados



Beber solo agua potable

DESPUÉS DEL VIAJE



Informe a su médico del viaje realizado en los **12 meses** posteriores al mismo.

Si usted o sus hijos presentan síntomas como diarrea, fiebre o problemas de piel

↓

ACUDA A SU CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE