



MANUAL DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Rafael García Galán
Coordinador

CON LA COLABORACIÓN DE
Escuela Andaluza de Salud Pública

Luis Andrés López Fernández
Elena González Rojo

CONSEJERÍA DE SALUD
2007

Ficha catalográfica

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
C/ Max Planck, s/n – Isla Cartuja
41092 Sevilla

ISBN: 978-84-000-0000-0

Depósito legal:

Diseño y maquetación: Germán López. Diseño Gráfico.

ÍNDICE

Autores (por orden alfabético)	7
Presentación	
M ^a Jesús Montero Cuadrado.....	11
I. En el marco del II plan para la inmigración en Andalucía: área socio-sanitaria	
Rafael Muriel Fernández y Rafael García Galán	13
II. Población inmigrante extranjera en Andalucía	
Juan Carlos Fernández Merino y Carmen María Lama Herrera.....	19
III. Aspectos normativos y organizativos sobre la atención sanitaria a inmigrantes	
Salud Ortega Córdoba y Teodoro Izquierdo Díaz.....	43
IV. Orientación de los servicios sanitarios a la diversidad cultural	
<i>A) Conceptos</i>	
José Vázquez Villegas, Pilar Baraza Cano y Nabil Sayed-Ahmad Beirutí.....	53
<i>B) Comunicación con el paciente inmigrante</i>	
Herminia Moreno Martos.....	65
V. La salud y la mujer inmigrante	
María Isabel Oliver Reche, Pilar Baraza Cano y Encarnación Martínez García..	77
VI. Salud infantil e inmigración	
<i>A) Seguimiento de la salud infantil</i>	
Rafael García González.....	107
<i>B) La vacunación en personas inmigradas, características especiales</i>	
Fermín García Rodríguez.....	113
VII. Salud mental	
Nabil Sayed-Ahmad Beirutí, María Jesús Río Benito y Gonzalo Fernández Regidor.....	125
VIII. Aproximación a las patologías más prevalentes	
<i>A) Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes</i>	
Arantza Falces Aramendi, José Vázquez Villegas y Elías Cañas García-Otero.....	145

<i>B) Protocolo inicial de atención sanitaria a la población inmigrante</i>	
José Pelayo Galindo Pelayo y José Vázquez Villegas	157
<i>C) Enfermedades de base genética</i>	
José Antonio Ramos Muñoz.....	169
<i>D) Tuberculosis</i>	
Elías Cañas García-Otero, M ^a Luisa Sánchez Benítez de Soto, José Vázquez Villegas y Ángel Domínguez Castellano	181
<i>E) Hepatitis virales</i>	
Arantza Falces Aramendi.....	205
<i>F) Infecciones de transmisión sexual</i>	
Isabel Pueyo Rodríguez	213
<i>G) Infección por VIH/SIDA</i>	
Ana Belén Lozano Serrano	225
<i>H) Lepra</i>	
José Vázquez Villegas.....	233
<i>I) Paludismo o malaria</i>	
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González.....	239
<i>J) Parasitosis intestinales</i>	
José Vázquez Villegas y José Pelayo Galindo Pelayo.....	247
<i>K) Esquistosomiasis</i>	
José Vázquez Villegas.....	251
<i>L) Filariasis</i>	
Elías Caña García-Otero y Juan Luis Haro González.....	257
<i>M) Leishmaniasis</i>	
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González.....	267
<i>N) Tripanosomiasis</i>	
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González.....	273
<i>O) Dengue</i>	
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González.....	281
<i>P) Fiebres hemorrágicas virales</i>	
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González.....	287
<i>Q) Aproximación sindrómica a las patologías más frecuentes</i>	
Antonio Toro de Federico.....	291

IX. Cuidados en salud

A) Cuidados de enfermería a población inmigrante

Pilar Baraza Cano, Nieves Lafuente Robles y Alejandro Granados Alba 301

B) Cuidados desde el trabajo social a la población inmigrante

Concepción Díaz Gavira y Juana Pérez Villar..... 319

X. Vulnerabilidad del hecho migratorio

A) Mujer y Prostitución

Ifigenia Frías Oncina..... 335

B) Violencia sobre las mujeres

Ifigenia Frías Oncina..... 347

C) Mutilaciones genitales femeninas

María Casilda Velasco Juez y María Isabel Oliver Reche 365

D) Zonas con necesidades de transformación social

Juana Pérez Villar y Concepción Díaz Gavira..... 375

XI. Mediación intercultural

Rafael Muriel Fernández, Rafael García Galán y Pilar de Lasheras Amat 383

AUTORES

(POR ORDEN ALFABÉTICO)

Baraza Cano, M^a Pilar. Enfermera. Responsable de Atención al Usuario del Distrito Sanitario Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Cañas García-Otero, Elías. Médico especialista en Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

De Lasheras Amat, Pilar. Licenciada en Medicina y Cirugía. Delegación Provincial de Salud de Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Díaz Gavira, Concepción. Trabajadora Social. Técnica. Subdirección de Coordinación Asistencial y Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Domínguez Castellano, Ángel. Médico especialista en Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. H.U. Virgen Macarena de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

Falces Aramendi, Arantza. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Clínica de Almuñécar. Distrito Granada Sur. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Fernández Merino, Juan Carlos. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Fernández Regidor, Gonzalo. Sociólogo. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Frías Oncina, Ifigenia. Doctora en Psicología. Psicoanalista. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Galindo Pelayo, José Pelayo. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Torrecárdenas de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

García Galán, Rafael. Trabajador Social. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García González, Rafael. Enfermero. Especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos. Responsable de la sección de enfermedades transmisibles del Servicio de Promoción y Planes Integrales de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

García Rodríguez, Fermín. Licenciado en Medicina. Especialista en Pediatría y Puericultura. Servicio de Promoción y Planes Integrales. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Granados Alba, Alejandro. Enfermero de Enlace Distrito Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Haro González, Juan Luis. Médico interno residente de Medicina Interna. Servicio de Enfermedades Infecciosas. H.U. Virgen del Rocío de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

Izquierdo Díaz, Teodoro. Licenciado en Medicina y Diplomado en Fisioterapia. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Lafuente Robles, Nieves. Enfermera de la Unidad de Educación Diabetológica del Distrito Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.

Lama Herrera, Carmen María. Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Planificación Operativa. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Lozano Serrano, Ana Belén. Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

Martínez García, Encarnación. Matrona. Empresa Pública del Hospital del Poniente. El Ejido (Almería). Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Trabajo «Inmigración y Cooperación al Desarrollo en Salud Reproductiva» de la Asociación Andaluza de Matronas.

Moreno Martos, Herminia. Médico de familia. Técnica de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería. Grupo de Comunicación y Salud de SAMFYC-SEMFYC.

Muriel Fernández, Rafael. Licenciado en Medicina. Especialista en Pediatría y Puericultura. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Oliver Reche, M^a Isabel. Matrona. Dispositivo de Apoyo. Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Trabajo «Inmigración y Cooperación al Desarrollo en Salud Reproductiva» de la Asociación Andaluza de Matronas.

Ortega Córdoba, Salud. Licenciada en Empresariales y Licenciada en Psicología. Servicio de Participación y Acción Social. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Pérez Villar, Juana. Trabajadora Social. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario de Jaén. Centro de Salud La Magdalena. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Pueyo Rodríguez, Isabel. Médico especialista en Dermatología. Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS de Sevilla. Distrito sanitario de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Ramos Muñoz, José Antonio. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Candelaria. Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Atención al Inmigrante Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Río Benito, María Jesús. Psiquiatra especialista del Área Macarena (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Profesora Asociada del Departamento de Ciencias Socio Sanitarias de la Facultad de Medicina de Sevilla. Miembro de la Sección «Migración y Cultura en Salud Mental» de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Sánchez-Benítez de Soto, M^a Luisa. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Tuberculosis del Distrito Sanitario Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo Indal-TB y Unidad de Medicina Tropical del Distrito Poniente.

Sayed-Ahmad Beirutí, Nabil. Psiquiatra Equipo Salud Mental Roquetas. Área de Salud Mental Complejo Hospitalario Torrecárdenas-Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Vicepresidente de la Junta Directiva para Andalucía Oriental y Presidente de la Sección «Migración y Cultura en Salud Mental» de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Toro de Federico, Antonio. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Vícar. Distrito Sanitario Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Atención al Inmigrante Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Vázquez Villegas, José. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de Atención al Inmigrante del Distrito Sanitario Poniente de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Velasco Juez, M^a Casilda. Matrona. Dispositivo de Apoyo. Distrito Metropolitano de Granada. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Grupo de Trabajo «Inmigración y Cooperación al Desarrollo en Salud Reproductiva» de la Asociación Andaluza de Matronas.

PRESENTACIÓN

M^a Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud

Es una satisfacción presentar este manual de atención sanitaria a la población inmigrante que, en el marco del II Plan Integral para la Inmigración de Andalucía (2006-2009), tiene como objetivo servir de instrumento de apoyo a la labor que en este ámbito realizan los y las profesionales sanitarios.

Responder de una manera eficaz a los retos que los procesos migratorios plantean en la actualidad constituye una prioridad de primer orden que, además, ha de ser abordada con carácter intersectorial, en cuanto la integración efectiva de las personas inmigrantes requiere de soluciones integrales.

En este sentido, el I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía concedió un especial énfasis a la asistencia sanitaria, de la que tenía que ser beneficiaria cualquier persona inmigrante con independencia de su situación administrativa. En este contexto se desarrollaron diversos instrumentos —como la tarjeta sanitaria, las derivaciones, la historia clínica portada por los propios usuarios, el primer y el segundo manual para profesionales...— destinados precisamente a facilitar que desde la sanidad pública se pudiese ofrecer a este colectivo unos servicios sanitarios adecuados.

Resulta evidente que las circunstancias han ido evolucionando y planteando nuevos retos que hay que atender en la actualidad, y que al proceso estrictamente asistencial se han de incorporar aspectos de prevención y promoción de la salud. En la misma línea, al objetivo de la integración se suma ahora la necesidad de potenciar la convivencia intercultural de las personas inmigrantes, lo que requiere la puesta en marcha de actuaciones desde una vertiente socio-sanitaria que posibiliten ofrecer una asistencia integral en distintos ámbitos: la familia, la salud reproductiva de la mujer, la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las situaciones especiales de la segunda generación, la atención a los problemas de salud mental derivados de la adaptación cultural, etc. En definitiva, atender situaciones concretas que afectan a un colectivo de personas que comparte la experiencia migratoria, pero dentro del cual es importante también discriminar y dar una respuesta satisfactoria a las especificidades individuales con el fin de proporcionar una atención adecuada y de calidad.

Conscientes de la necesidad de formación en temas relacionados con la interculturalidad, este manual, que es fruto de la experiencia y los conocimientos que diferentes profesionales han ido adquiriendo en su contacto diario con la población inmigrante, se presenta como un instrumento de apoyo, que ofrece respuestas útiles a muchas situaciones ya vividas y resueltas por otros profesionales.

Por ello, quiero agradecer el esfuerzo realizado por las y los profesionales sanitarios que vienen participando de diversa manera en este ámbito de actuación. Su dedicación e implica-

ción han sido decisivas, tanto en lo que respecta a su labor de atención a la población inmigrante como a su capacidad para compartir la experiencia obtenida, y ponerla al servicio de la organización, en forma de valiosa herramienta de trabajo que, sin duda, va a permitir mejorar la salud de muchas personas que llegan para convivir y construir su futuro en nuestra tierra.

I. EN EL MARCO DEL II PLAN PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA: ÁREA SOCIO-SANITARIA

Rafael Muriel Fernández y Rafael García Galán

La inmigración que nos ocupa y preocupa es aquella que surge como consecuencia de la realidad económica y social de muchos hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes y mayores que llegan a nuestro país y, especialmente, en nuestra Comunidad Autónoma, procedentes de países en desarrollo, tras idealizar un modo de vida que supere la pobreza aunque sea a costa de un desarraigo familiar y social.

Tenemos que caer en la cuenta que el proceso de emigrar no es fácil, supone un momento difícil en los proyectos vitales de muchas personas que, en muchos casos, produce graves consecuencias para sus vidas desde el punto de vista de su salud en un sentido amplio y para sus proyectos vitales más específicamente. Es por ello que estamos ante una población inmigrada en Andalucía potencialmente vulnerable en su adaptación al medio y en riesgo de contraer enfermedades transmisibles, laborales, mentales...

Es necesario, por tanto, conocer los problemas más relevantes que se encuentra la persona inmigrante y su familia y que exige medidas de cuidados de salud y de la situación real o potencial de vulnerabilidad y/o «exclusión social» en que se encuentran.

Entre los aspectos más relevantes en la población inmigrante y sus familias podemos destacar:

- La situación de irregularidad y temor a la repatriación que hace que muchas personas no quieran acudir a los servicios de salud, salvo situaciones graves de enfermedad.
- Los bajos ingresos económicos.
- El desconocimiento de los derechos básicos en la primera etapa de su incorporación al país de acogida y la desorientación en su ejercicio, específicamente y con especiales consecuencias en el área de la salud.
- La vida itinerante que les hace adoptar un esquema de utilización de servicios *ad hoc*, generalmente fragmentado, no permitiendo la deseada continuidad de asistencia.
- Las barreras idiomáticas y las diferencias culturales que producen distancia entre los profesionales y los servicios de salud y las personas inmigradas.
- La falta de una visión y atención integral a la familia inmigrada.
- Etcétera.

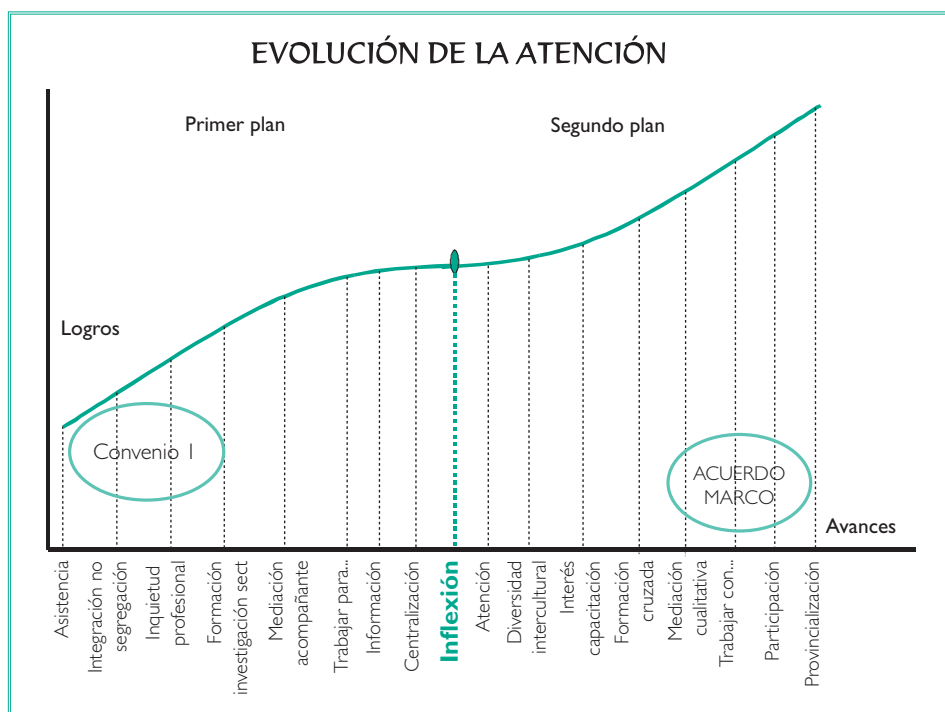
Para articular las respuestas a los problemas de salud de la población inmigrante, en Andalucía desde el año 2001 se constituyó un Plan Integral implicando a varios sectores que tienen que ver con las soluciones coordinadas, de forma, que, garanticen su eficacia. De este modo los sectores más implicados inicialmente como son Asuntos Sociales (hoy Igualdad y Bienestar Social), Salud y Educación están incorporando las aportaciones de vivienda y empleo; como sectores estos últimos más protagonistas de una verdadera integración.

Actualmente se ha aprobado el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, donde queda recogido en el área socio-sanitaria la atención a toda la población inmigrante con independencia de su situación administrativa, especialmente en los dispositivos de atención primaria y de atención especializada, actuaciones centradas en el marco del III Plan Andaluz de Salud.

Los nuevos retos en el que se tiene que articular el área socio-sanitaria en el II Plan son los siguientes: la familia como centro de intervención, la adaptación de programa de salud materno-infantil para estas poblaciones, ya que tiene un porcentaje cada vez más significativo responsable del incremento de la fecundidad. Igualmente incorpora la importancia estratégica de la mujer y los jóvenes y aborda el problema de la prostitución y la salud mental.

Con este II Plan para la Inmigración en Andalucía en el área socio-sanitaria, se pretende conseguir:

- Pasar de la asistencia a la atención, incorporando los programas de prevención y promoción de la salud.
- Sin dejar de centrarse en la integración, se hace necesario establecer relaciones de interculturalidad basada en la especificidad de cada cultura.
- Capacitar a los profesionales de la salud para una mejor atención al emigrado y sus familias.
- Una formación e investigación compartida, interdisciplinar e intersectorial a los profesionales de atención primaria y especializada.



- Pasar de una mediación basada inicialmente en el acompañamiento y la comunicación a una mediación sustancial orientada a la mediación cualitativa.
- Dejar de *trabajar para* la población inmigrante y pasar a *trabajar con* ella en un marco de colaboración mutua y de esfuerzo bidireccional en relación a la cultura acogedora.
- Centrar el Plan en una estructura más provincial (provincialización) y participada.

En definitiva lo que este II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía en su área socio-sanitaria pretende es lo siguiente:

- Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante.
- Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la población inmigrante y sus familias.
- Incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil.
- Ampliar el Plan de Atención a Cuidadores y Cuidadoras adaptándolo a los problemas de salud de las familias inmigrantes.
- Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo.
- Atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución.

El reto está servido, hace falta una gran dosis de profesionalidad y generosidad, así como orientar las actuaciones de las administraciones para responder responsablemente a un colectivo que vive situaciones de alta vulnerabilidad y que una sociedad democrática y en progreso ha de tener en cuenta para reducir en lo posible estos riesgos. Es, por todo ello, que así se estructura el II Plan con el objetivo de dar un salto cualitativo en la Comunidad Autónoma para acoger en las mejores condiciones al mundo de la inmigración.

A photograph of a person sitting on a sandy beach, wearing a dark long-sleeved shirt and white shorts. They are holding a large, striped beach bag. The image is overlaid with a semi-transparent teal filter. The title is centered over the image.

II. POBLACIÓN INMIGRANTE EXTRANJERA EN ANDALUCÍA

Juan Carlos Fernández Merino y Carmen María Lama Herrera

I. INTRODUCCIÓN

La información que aparece en este capítulo está basada, en gran parte, en la publicación «Inmigración extranjera en Andalucía 1991-2001» realizada por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA). Se han actualizado los datos a partir de las tablas de datos hasta 2005, publicados también en el IEA (<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/migracion-internacional/index.htm>).

Habitualmente la opinión pública se refiere a «inmigrantes» como un sinónimo de «extranjeros». Aunque este concepto no es real desde la perspectiva demográfica, está fuera del propósito de este informe la profundización en este aspecto. Sólo a efectos aclaratorios, no se tendrán en cuenta los movimientos migratorios en Andalucía de españoles que tradicionalmente mantienen un saldo migratorio estable, aunque en los últimos años se está produciendo un ligero saldo migratorio negativo (salen más españoles que entran). Conviene tener claro también la relación entre lugar de nacimiento y nacionalidad, ya que se suman muchas situaciones, la de los españoles de origen nacidos en el extranjero, los extranjeros nacionalizados, los extranjeros nacidos en el extranjero y los extranjeros nacidos en España, como se expone en la siguiente tabla.

Nacionalidad	Lugar de nacimiento	
	Nativos*	No Nativos
Nacionales	a) No Inmigrantes – Nacionales	b) Inmigrantes – Nacionales (2ª generación de emigrantes nacionales) (Inmigrantes extranjeros nacionalizados)
Extranjeros	c) No Inmigrantes – Extranjeros (nacidos en el país, de padres extranjeros)	d) Inmigrantes – Extranjeros

Este informe se referirá a los inmigrantes de origen extranjero nacidos o no fuera de España.

Tradicionalmente, el saldo migratorio en Andalucía estaba condicionado por los movimientos migratorios de españoles. Superados los elevados saldos migratorios positivos de los 60 y 70, en los noventa había un saldo neto migratorio ligeramente positivo que empezó a hacerse negativo hacia finales de dicha década. Aunque este movimiento migratorio ha pasado desapercibido, ya que las entradas se compensaban con las salidas, la mayor parte del movimiento migratorio en Andalucía (más del 90%) se ha producido en base a nacionales.

A partir de la mitad de los 90, la inmigración extranjera sí ha supuesto un aporte neto al crecimiento de la población.

También, hay que tener en cuenta que en los primeros años de este fenómeno migratorio actual se daba la situación de que muchos de los extranjeros entraban por Andalucía de paso hacia otras partes de España, mientras que ya se empieza a observar un aumento de movimientos migratorios de extranjeros del resto de España hacia Andalucía.

Como se menciona en la publicación citada, «Andalucía se ha convertido en una región de atracción de inmigración internacional, tanto de ocio (europeos retirados de la actividad económica con la demanda de servicios consiguiente) como de mano de obra (africanos, latinoamericanos en busca de trabajo)».

El capítulo se estructura en tres apartados: población empadronada, población con documentos de reconocimiento temporal a la asistencia sanitaria y ocupación de la población adscrita a la Seguridad Social. Para los dos primeros supuestos se utilizarán datos del IEA y de la Base de Datos de Usuarios (BDU) de Andalucía y Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP). La misma persona puede estar comprendida en ambas poblaciones, ya que el empadronamiento no es condición indispensable para la normalización documental de las personas extranjeras inmigrantes, pero es interesante conocer las características demográficas de cada una de ellas.

En el caso del análisis de la ocupación, se usarán datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (<http://www.mtas.es/estadisticas/anuario2005>) y en este caso hará referencia a la población con tarjeta o autorización de residencia en vigor.

El número de extranjeros con permiso oficial, permiso de residencia fue en 2005 de 326.831. De ellos el 40% dentro del régimen comunitario. Hay que recordar que, con la reciente incorporación de 10 países al régimen comunitario, aquí están incluidos muchos de los inmigrantes de los antiguos «países del Este». En el resto del documento se mantendrán separados los inmigrantes de la Unión Europea de los 15 (UE-15) del resto de europeos. Aunque actualmente esto no es correcto, sí responde a las condiciones sociales de los movimientos migratorios.

Número de extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor por provincia y régimen de residencia. 2005			
	Total	Régimen general	Régimen comunitario
Almería	88.798	70.840	17.958
Cádiz	22.453	9.226	13.227
Córdoba	10.297	7.560	2.737
Granada	35.683	20.627	15.056
Huelva	17.205	14.016	3.189
Jaén	12.314	10.549	1.765
Málaga	111.758	44.170	67.588
Sevilla	28.323	18.570	9.753
Andalucía	326.831	195.558	131.273

Fuente: Ministerio del Interior.

Por último, una breve mención al último proceso de normalización documental ocurrido durante el año 2005. Con fecha 30 de diciembre de 2005 se habían resuelto en España 550.136 solicitudes de forma favorable, de las cuales 67.803 (12,3%) corresponden a Andalucía, siendo la nacionalidad más numerosa Marruecos con el 22,2% del total.

Proceso extraordinario de normalización de extranjeros. 2005				
Provincia	Nº personas	%	País más numeroso	%
Almería	24.762	36,5	Marruecos	37,0
Cádiz	2.304	3,4	Reino Unido	20,1
Córdoba	2.548	3,7	Marruecos	19,0
Granada	6.352	9,4	Marruecos	18,7
Huelva	5.916	8,7	Marruecos	28,6
Jaén	2.097	3,1	Marruecos	39,1
Málaga	18.397	27,1	Reino Unido	23,5
Sevilla	5.427	8,0	Marruecos	15,6
Andalucía	67.803	100,0	Marruecos	22,2

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

2. POBLACIÓN EMPADRONADA

2.1. Distribución de la población

Andalucía, según el Padrón de Habitantes, tenía el 1 de enero de 2005, 7.849.799 habitantes, de ellos 420.207 eran de nacionalidad extranjera. Esto supone el 5,35% de la población andaluza. Este porcentaje ha ido aumentando progresivamente desde hace más de 20 años, como se muestra en la siguiente tabla.

	Población Andalucía	Nacionalidad Extranjera	% extranjeros
1981	6.440.985	30.645	0,48
1986	6.789.772	48.153	0,71
1991	6.940.522	61.985	0,89
1996	7.234.873	89.641	1,24
1998	7.236.459	99.781	1,38
1999	7.305.117	110.114	1,51
2000	7.340.052	128.916	1,76
2001	7.403.968	164.145	2,22
2002	7.478.432	212.202	2,84
2003	7.606.848	282.901	3,72
2004	7.687.518	321.570	4,18
2005	7.849.799	420.207	5,35

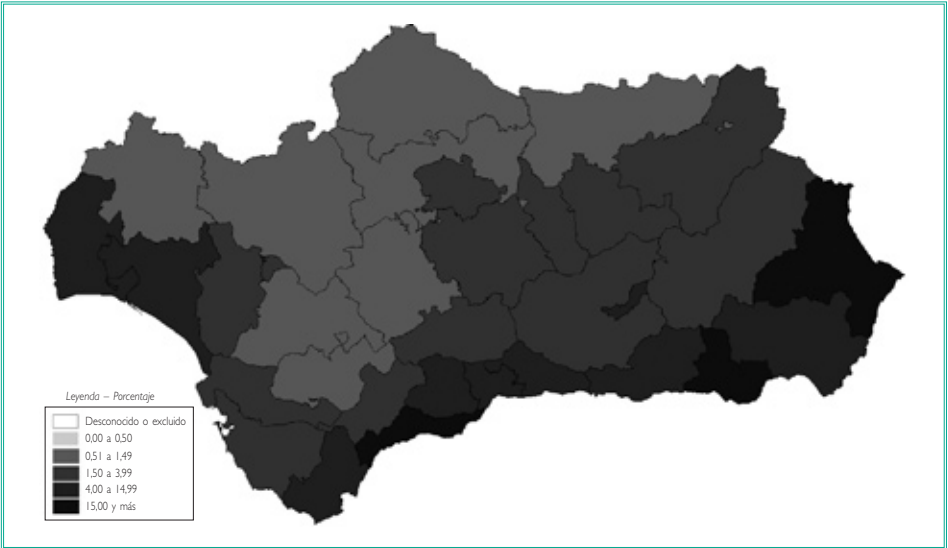
Esta distribución no es homogénea en toda Andalucía. Como se ve en la tabla siguiente, Los valores máximos y mínimos difieren enormemente. Por un lado, el 18,26% de los hombres empadronados en Almería son de nacionalidad extranjera, por el lado opuesto, el 1,3% de las mujeres empadronadas en Jaén son extranjeras.

	Población extranjera		Total	Porcentaje de población andaluza		
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Total
Almería	57.521	35.537	93.058	18,3	12,0	15,2
Cádiz	14.372	13.348	27.720	2,4	2,3	2,3
Córdoba	7.239	6.617	13.856	1,9	1,7	1,8
Granada	19.435	16.883	36.318	4,6	3,9	4,2
Huelva	10.909	7.900	18.809	4,5	3,3	3,9
Jaén	6.968	4.419	11.388	2,1	1,3	1,7
Málaga	92.510	89.079	181.589	12,9	12,1	12,5
Sevilla	18.276	19.193	37.469	2,1	2,1	2,1
Andalucía	227.230	192.977	420.207	5,8	4,9	5,4

Fuente: IEA. Elaboración propia.

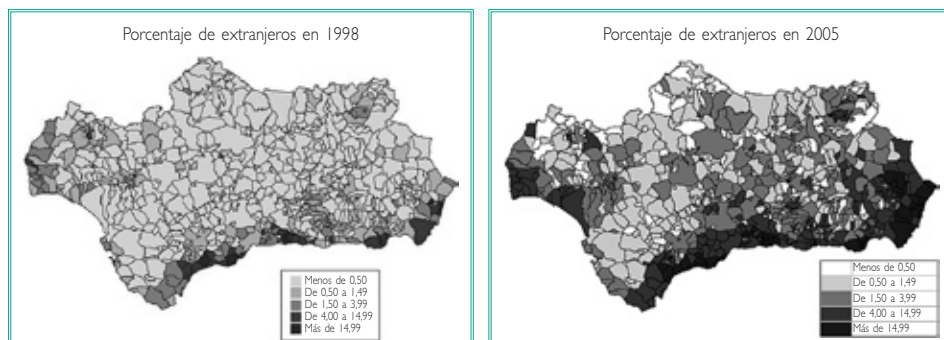
Estas diferencias son mayores si se analiza a nivel de distrito y municipal, como se puede apreciar en los siguientes mapas, por distrito y municipio. Asimismo se puede apreciar la evolución producida desde 1998, comparando los dos mapas municipales.

Porcentaje de población extranjera según Distrito Sanitario de residencia. 2005



Fuente: INE. Elaboración propia.

Porcentaje de población extranjera según municipio de residencia. 1998-2005



Fuente: IEA.

La magnitud de la inmigración en los últimos años se nota también en el número de nacidos hijos de extranjeros. En 2004, el 10% de los nacidos en Andalucía eran de madre extranjera. En Almería éstos suponían el 24,8 del total de nacidos de la provincia.

Nacidos vivos de padres extranjeros residentes en Andalucía por provincia de residencia de la madre						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Almería	475	613	846	1.214	1.510	1.865
Cádiz	524	577	656	727	830	946
Córdoba	136	170	183	334	387	409
Granada	286	316	363	568	715	941
Huelva	105	153	178	296	328	426
Jaén	98	133	176	249	294	350
Málaga	1.100	1.264	1.545	1.992	2.472	2.926
Sevilla	593	586	653	898	992	1.192
Andalucía	3.317	3.812	4.600	6.278	7.528	9.055

Fuente: IEA.

Porcentaje de nacidos de madre extranjera	
	2004
Almería	24,8
Cádiz	6,7
Córdoba	5,0
Granada	9,9
Huelva	8,1
Jaén	5,2
Málaga	17,6
Sevilla	5,6
Andalucía	10,2

Fuente: IEA Elaboración propia.

2.2. Lugar de procedencia

En cuanto a los países de origen, se ha producido un cambio de patrón en los últimos años. Gran parte de los extranjeros residentes hace más de 10 años eran del sector profesional o retirado, actualmente vienen en busca de trabajo. Anteriormente, gran parte de los extranjeros procedían de la Europa de los 15. En 1998, el 58% de todos los extranjeros empadronados en Andalucía eran de los países de la Europa de los 15, mientras que el 21% eran africanos y el 7,2% de América central y del sur y el 3,7% del resto de Europa. En 2005 el 32% son de la Europa de los 15, el 25% de América central y del sur, el 23% de África y el 14,5% del resto de Europa. En 1998 se apreciaba la existencia de inmigrantes de origen africano, especialmente marroquí. En los últimos años se aprecia un aumento considerable de personas de países latinoamericanos.

Número de inmigrantes extranjeros empadronados en 1998 y 2005 y porcentaje relativo según regiones				
	1998		2005	
	Nº personas	%	Nº personas	%
África	21.227	21,3	97.713	23,3
América Central y del Sur	7.276	7,3	104.842	25,0
América del Norte	3.654	3,7	6.886	1,6
Asia	5.535	5,5	14.604	3,5
Europa (UE-15)	58.140	58,3	134.909	32,1
Europa (resto)	3.706	3,7	60.854	14,5
Otros	245	0,2	399	0,1

Fuente: IEA. Elaboración propia.

No obstante, hay que tener en cuenta que este cambio de porcentajes es un cambio relativo dada la enorme magnitud de la inmigración laboral, ya que también ha aumentado de forma considerable el número de personas provenientes de UE-15.

Por países, se ha producido un cambio muy importante, aumentando significativamente el porcentaje de extranjeros procedentes de América latina y países de la antigua Europa del Este.

Número de inmigrantes extranjeros empadronados en 1998 y 2005 y porcentaje relativo según países. 20 primeros países					
1998			2005		
Reino Unido	24.210	24,3	Marruecos	74.743	17,8
Marruecos	16.793	16,8	Reino Unido	64.066	15,2
Alemania	9.761	9,8	Ecuador	27.395	6,5
Francia	4.627	4,6	Rumania	26.126	6,2
Países Bajos	3.074	3,1	Argentina	26.010	6,2
Bélgica	3.011	3,0	Colombia	20.188	4,8
Dinamarca	2.985	3,0	Alemania	17.687	4,2
Estados Unidos	2.945	3,0	Italia	10.803	2,6
Italia	2.650	2,7	Francia	9.667	2,3

Número de inmigrantes extranjeros empadronados en 1998 y 2005 y porcentaje relativo según países. 20 primeros países (cont.)					
1998			2005		
Argentina	2.642	2,6	Ucrania	8.812	2,1
Portugal	2.485	2,5	Bolivia	7.613	1,8
Suecia	2.433	2,4	Rusia	6.959	1,7
Finlandia	1.739	1,7	China	6.395	1,5
China	1.241	1,2	Países Bajos	6.170	1,5
Senegal	1.135	1,1	Bulgaria	5.097	1,2
Suiza	1.107	1,1	Brasil	5.016	1,2
Noruega	1.061	1,1	Bélgica	4.985	1,2
Filipinas	982	1,0	Portugal	4.799	1,1
India	740	0,7	Estados Unidos	4.699	1,1
Argelia	721	0,7	Dinamarca	4.505	1,1

Fuente: IEA. Elaboración propia.

La distribución de personas extranjeras por país de origen ha variado en las distintas provincias. Disminuyendo el predominio de europeos en todas las provincias, manteniéndose como el primer grupo en Málaga sobre todo, y Cádiz. En Córdoba, Granada y Sevilla el grupo mayor es el de los latinoamericanos y en Almería, Huelva y Jaén, los africanos. Se ha apreciado un importante aumento procedente del resto de Europa especialmente en Almería, Córdoba y Huelva y de menor importancia en Cádiz y Málaga.

Porcentaje de inmigrantes según regiones. 1998-2005. Distribución por provincias								
1998	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
África	57,8	25,3	27,5	23,6	32,0	36,7	11,0	24,2
América Central y del Sur	5,9	9,1	20,7	10,6	4,7	10,9	5,5	0,9
América del Norte	1,2	13,0	5,5	3,4	1,4	1,2	2,5	9,4
Asia	1,7	6,1	11,5	6,1	1,7	21,2	5,7	7,1
Europa (UE-15)	31,7	43,8	30,4	51,1	57,4	26,6	70,9	36,1
Europa (resto)	1,7	2,5	4,2	5,0	2,5	2,9	4,1	4,7
Oceanía	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,6
2005	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
África	40,2	24,4	19,8	21,8	31,3	37,2	13,5	21,9
América Central y del Sur	20,1	22,6	39,1	31,5	23,0	30,7	22,2	40,1
América del Norte	0,4	5,5	1,7	1,6	0,6	0,8	1,4	3,9
Asia	1,7	3,6	3,9	3,5	1,6	7,9	3,7	6,0
Europa (UE-15)	16,7	36,1	10,0	24,4	17,4	7,6	49,1	15,3
Europa (resto)	21,0	7,5	25,5	17,2	26,1	15,7	9,9	12,6
Otros	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2

Fuente: IEA. Elaboración propia.

2.3. Perfil por edad y sexo

Hasta mitad de los noventa, existía un relativo equilibrio en la distribución por sexo de los inmigrantes. A partir de entonces, especialmente por la inmigración africana, se ha producido un predominio del sexo masculino. En la tabla se aprecia cómo la razón hombre/mujer es superior a 1 para el total de nacionalidades, sin embargo esto es así casi exclusivamente por los africanos, entre los que residen 2,3 hombres por cada mujer. La proporción elevada de hombres asiáticos no es relevante en cuanto al número total. Se puede apreciar, en sentido contrario, que la proporción de mujeres es mayor entre los latinoamericanos, aunque esta diferencia está disminuyendo en los últimos años, pasando de un índice de 0,7 a 0,9.

Razón de sexo (hombres/mujeres). 1998-2005. Distribución por regiones								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
África	1,9	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	2,0	2,3
América Central	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9
América del Norte	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
Asia	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4
Europa (UE-15)	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Europa (resto)	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0
Oceanía	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	1,0
Total	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2

Fuente: IEA. Elaboración propia.

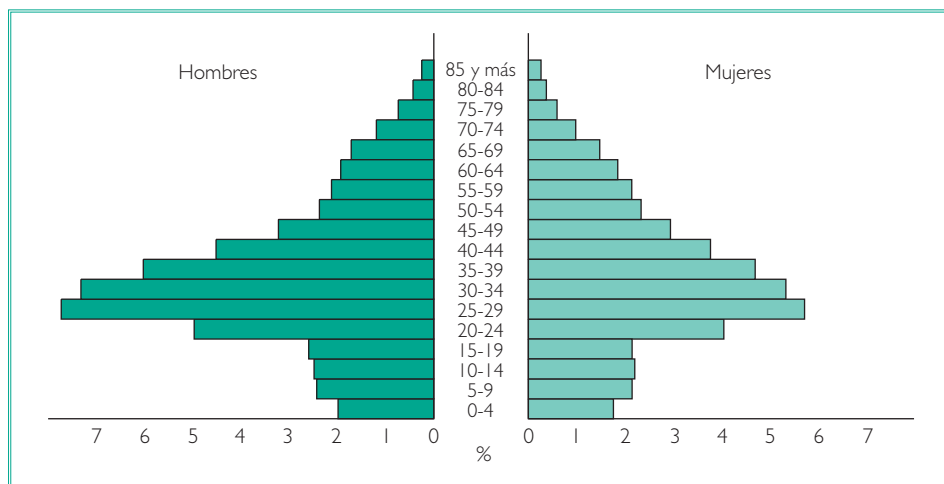
Por provincias, se puede apreciar el mismo comportamiento, aunque en las provincias con un porcentaje más alto de africanos, la razón de sexo es aún más alta.

Razón de sexo (hombres/mujeres). 2005. Distribución por regiones y provincias								
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
África	3,7	1,5	1,5	2,0	3,5	3,4	1,6	1,7
América Central y del Sur	0,5	0,7	0,7	0,9	0,8	0,7	1,0	0,7
América del Norte	0,8	1,6	1,6	0,9	0,7	0,6	1,0	0,9
Asia	3,7	1,3	1,3	1,3	1,6	2,7	1,3	1,0
Europa (UE-15)	1,1	1,1	1,1	1,0	1,1	1,3	1,0	1,1
Europa (resto)	1,0	0,8	0,8	1,0	1,0	1,4	0,8	0,8
Oceanía	0,7	1,1	1,1	1,4	0,7	0,7	0,8	1,4
Total	1,6	1,1	1,1	1,2	1,4	1,6	1,0	1,0

Fuente: IEA. Elaboración propia.

En cuanto a la edad, el grupo predominante es el de 15 a 39. De 1998 a la actualidad ha disminuido la edad media de los inmigrantes. Apreciándose un aumento del porcentaje de los menores de 15 y de 15 a 39.

Pirámide de población inmigrada en Andalucía. Padrón 2005



Fuente: IEA. Elaboración propia.

Porcentajes de población por grupos de edad, hombres y mujeres. 1998-2005								
	Hombres				Mujeres			
	00-14	15-39	40-64	> 64	00-14	15-39	40-64	> 64
1998	9,83	40,39	31,94	17,83	10,02	36,72	35,23	18,02
2005	12,73	52,96	26,25	8,06	13,92	48,37	29,06	8,65

Fuente: IEA. Elaboración propia.

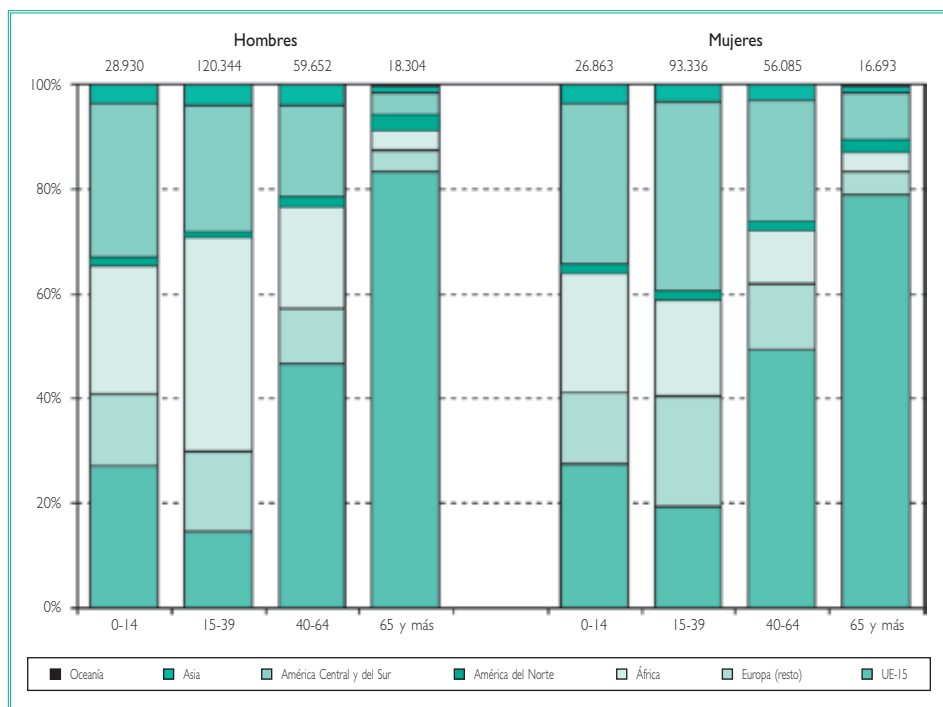
Por provincias, el patrón se repite, excepto en Málaga y Cádiz, donde el porcentaje de personas más mayores es más alto.

Porcentajes de población por grupos de edad, hombres y mujeres. 2005. Distribución provincial								
	Hombres				Mujeres			
	00-14	15-39	40-64	> 64	00-14	15-39	40-64	> 64
Almería	12,54	63,3	20,62	3,54	18,55	52,93	23,85	4,67
Cádiz	15	47,52	31,23	6,25	14,89	50,29	29,03	5,79
Córdoba	13,51	64,21	20,67	1,62	14,07	60,92	22,82	2,19
Granada	11,81	58,62	24,32	5,25	12,76	55,66	25,68	5,91
Huelva	9,19	64,7	22,72	3,4	13,04	58,84	23,8	4,33
Jaén	11,67	67,38	19,8	1,15	14,91	61,92	21,11	2,06
Málaga	13,04	41,2	31,36	14,4	12,54	39,73	34,14	13,59
Sevilla	13,16	61,26	23,05	2,52	12,19	60,48	24,3	3,03

Fuente: IEA. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución por edad, sexo y regiones, en el gráfico adjunto se puede apreciar claramente que los provenientes de la Unión Europea (15) tienen un porcentaje más elevado de mayores de 40 años.

Población extranjera según nacionalidad, sexo y grupos de edad. Andalucía. 2005



Fuente: IEA. Revisión del Padrón municipal de habitantes.

3. POBLACIÓN CON DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO TEMPORAL A LA ASISTENCIA SANITARIA

3.1. Distribución de la población

Desde el año 1999, en Andalucía se ofrece asistencia sanitaria a la población inmigrante sin normalización documental en igualdad de condiciones que el resto de la población andaluza, a través del Documento de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria. Dicho documento se emite en los Distritos de Atención Primaria, es individual y tiene validez para un año, renovable si persiste la misma situación administrativa.

A partir del año 2005, este grupo de población puede identificarse a través de la Base de Datos de Usuarios de Andalucía. Para este año, el número de personas con documentos de reconocimiento temporal a la asistencia sanitaria en activo emitidos por provincias y el total de Andalucía es el siguiente:

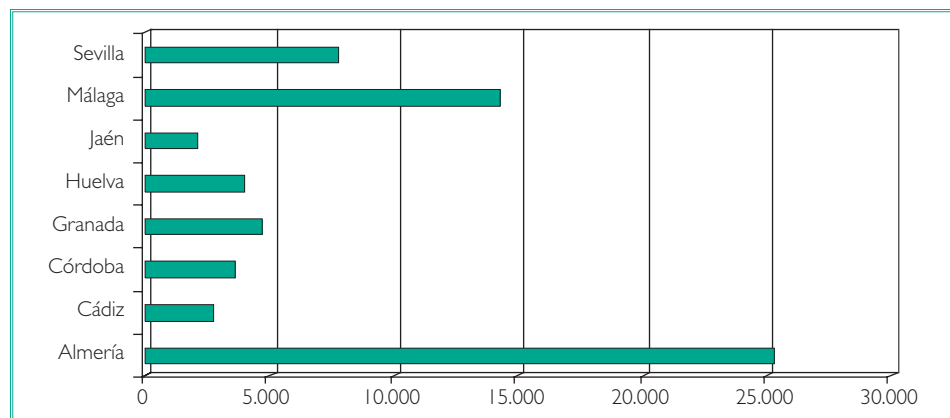
Número de Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria (31 de diciembre 2005)		
Provincia	Nº Documentos	%
Almería	25.367	39
Cádiz	2.870	4
Córdoba	3.578	6
Granada	4.724	7
Huelva	3.968	6
Jaén	1.690	3
Málaga	14.546	23
Sevilla	7.742	12
Total	64.485	100

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

En años anteriores, los datos se registraban en el SIGAP, con la siguiente evolución:

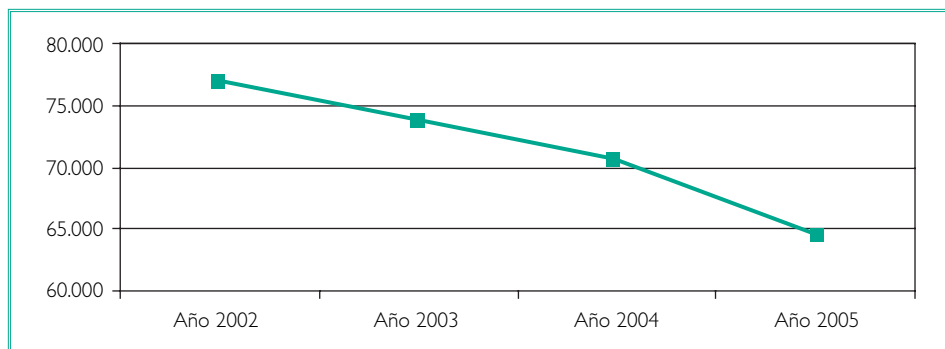
Evolución del número de Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria. Años 2002-2005				
Provincia	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005
Almería	28.569	32.371	28.138	25.367
Cádiz	4.784	2.749	1.312	2.870
Córdoba	7.033	3.877	4.421	3.578
Granada	5.945	7.680	8.607	4.724
Huelva	4.647	3.738	4.425	3.968
Jaén	2.739	1.896	2.071	1.690
Málaga	15.733	15.985	14.295	14.546
Sevilla	7.303	5.299	7.242	7.742
Total	76.753	73.595	70.511	64.485

Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria por provincias. Año 2005



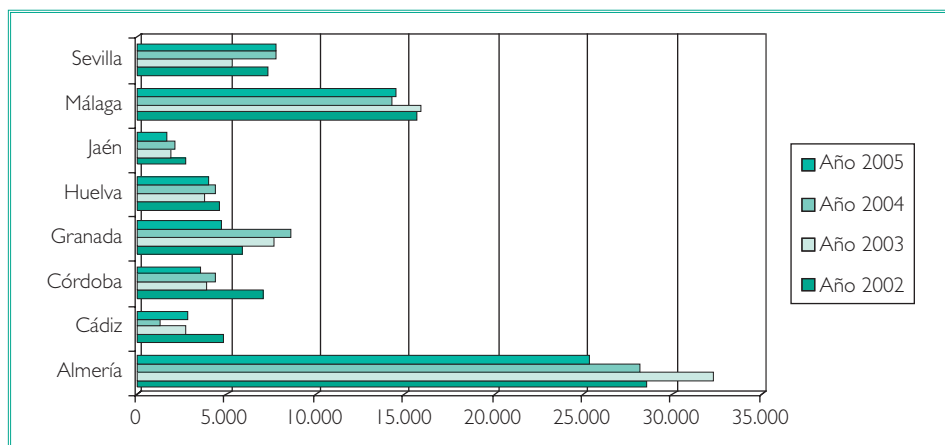
Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

**Evolución en el número de Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria.
Años 2002-2005**



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria por provincias. Años 2002-2005



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Características

- 1.^a El número de Documentos de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria está descendiendo a lo largo de los años. En el año 2005 se produjo un descenso importante con respecto a 2004, coincidiendo con el proceso extraordinario de normalización documental que tuvo lugar en 2005.
- 2.^a La distribución por provincias de esta población es similar a la distribución geográfica de la población inmigrante empadronada, si obviamos las personas procedentes de los países de la Europa Comunitaria-15.
- 3.^a Destacan dos provincias por el número de personas, también similar a la población empadronada, con la misma salvedad anterior. En primer lugar destaca la provincia de Almería, seguida de la provincia de Málaga (aproximadamente la mitad que en Almería) y a gran distancia todas las demás provincias.

Población empadronada y con documentos de reconocimiento temporal por distritos. Año 2005			
Distrito	Padrón	BDU	%
Almería	25.270	6.776	26,8
Levante-Alto Almanzora	23.834	2.926	12,3
Poniente de Almería	43.954	15.647	35,6
Bahía de Cádiz-La Janda	8.799	1.439	16,3
Campo de Gibraltar	13.310	665	5,0
Jerez-Costa Noroeste	4.704	698	14,8
Sierra de Cádiz	907	67	7,4
Córdoba	5.436	1.548	28,5
Córdoba Norte (Área Sanitaria Norte de Córdoba)	1.077	221	20,5
Córdoba Sur	5.690	1.250	22,0
Guadalquivir	1.661	557	33,5
Granada	10.947	168	1,5
Granada Nordeste	2.754	332	12,1
Granada Sur	12.601	2.787	22,1
Metropolitano de Granada	10.016	1.437	14,3
Condado-Campiña	5.804	1.485	25,6
Huelva-Costa	12.030	2.325	19,3
Sierra de Huelva-Andévalo Central	807	144	17,8
Jaén	3.757	852	22,7
Jaén Nordeste	3.219	345	10,7
Jaén Norte	2.799	184	6,6
Jaén Sur	1.613	293	18,2
Axarquía	19.934	1.739	8,7
Costa del Sol	112.020	7.257	6,5
La Vega	3.496	175	5,0
Málaga	32.568	4.598	14,1
Serranía	1.957	132	6,7
Valle del Guadalhorce	11.614	639	5,5
Aljarafe	7.035	1.249	17,7
Sevilla	20.722	4.238	20,4
Sevilla Este (Área de Gestión Sanitaria de Osuna)	1.956	431	22,0
Sevilla Norte	3.494	1.097	31,4
Sevilla Sur	4.422	576	13,0

Fuente: INE y SAS. Elaboración propia.

3.2. Lugar de procedencia

Según el área geográfica de procedencia, la distribución de la población inmigrante no regularizada en el año 2005, para el total de Andalucía y por provincias la podemos observar en las tablas y gráficos siguientes:

Área geográfica	Nº personas	%
Europa no Comunitaria	24.535	38,05
América Central y del Sur	19.099	29,62
África	18.706	29,01
Otros*	2.145	3,32

* Incluye América del Norte, Asia, UE-15, Oceanía y no especificados.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Área geográfica	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Europa no Comunitaria	9.610	589	1.835	2.380	2.381	573	4.148	3.019
América Central y del Sur	2.829	1.561	1.064	1.712	627	482	7.768	3.056
África	12.592	552	453	452	845	439	2.154	1.249
Otros*	366	168	226	180	115	196	476	418

* Incluye América del Norte, Asia, UE-15, Oceanía y no especificados.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Área geográfica	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Europa no Comunitaria	37,9%	20,5%	51,3%	50,4%	60,0%	33,9%	28,5%	39,0%
América del Sur	11,1%	54,4%	29,7%	36,2%	15,8%	28,5%	53,4%	39,5%
África	49,5%	19,2%	12,7%	9,6%	21,2%	25,9%	14,8%	16,2%
Otros*	1,4%	5,8%	6,3%	3,8%	2,9%	11,6%	3,3%	5,4%

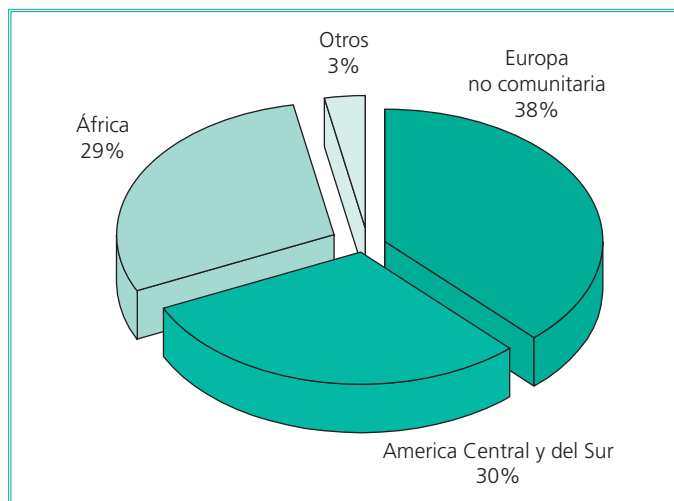
* Incluye América del Norte, Asia, UE-15, Oceanía y no especificados.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

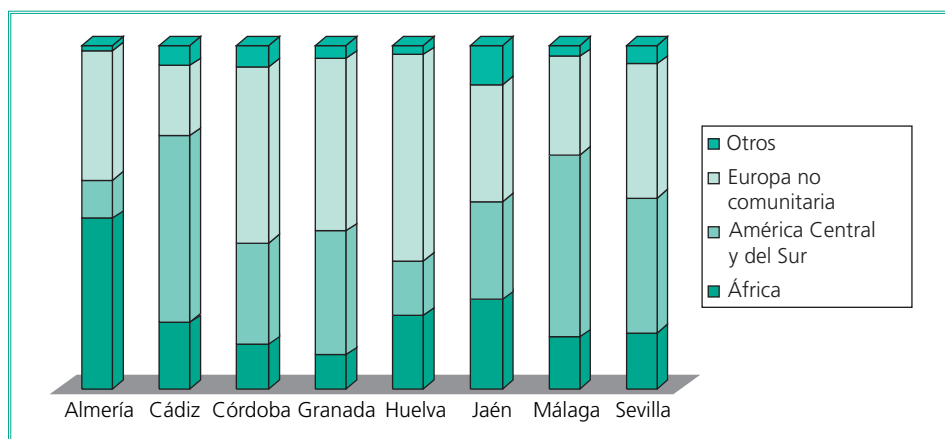
Características

- 1.^a Para el total de Andalucía, el mayor número de personas inmigrantes que se encuentran en situación no regularizada en Andalucía procede de países de la Europa no Comunitaria, antes de la incorporación de los países del Este (Europa-15), con un 38% del total, seguida de América del Sur y Norte de África (países del Magreb).
- 2.^a En el análisis por provincias observamos una gran variabilidad en la distribución de la población inmigrante según el área geográfica de procedencia.
En la provincia de Almería, se da una situación especial, con respecto al resto de provincias, ya que el mayor porcentaje corresponde a personas procedentes de África (alrededor de la mitad) y es en la única provincia donde las personas inmigrantes de África subsahariana tienen un peso muy importante (23,7%). El segundo lugar lo ocupan las personas inmigrantes procedentes de la Europa no comunitaria.

Personas inmigrantes en Andalucía según área geográfica de procedencia. Documentos de reconocimiento temporal a la asistencia sanitaria. Año 2005



Población inmigrante según área geográfica de procedencia. Año 2005



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

En las provincias de Córdoba, Granada, Huelva y Jaén hay un claro predominio de personas de países del Este europeo, mientras que en las provincias de Cádiz y Málaga son las personas procedentes de América del Sur. En segundo lugar se intercambian la procedencia entre estas dos áreas geográficas, excepto en la provincia de Almería.

En la provincia de Sevilla, el porcentaje de personas procedentes de ambas áreas geográficas es similar.

- 3.^a Resalta el alto porcentaje de personas inmigrantes no regularizadas procedentes de países de la Europa no comunitaria (por encima del 50%) en las provincias de Córdoba, Granada y Huelva.

- 4.^a Una situación similar ocurre con personas procedentes de América del Sur en las provincias de Cádiz y Málaga.

3.3. Perfil por edad y sexo

Según el sexo y la edad, la distribución de la población inmigrante no regularizada en el año 2005, para el total de Andalucía y por provincias la podemos observar en las tablas y gráficos siguientes:

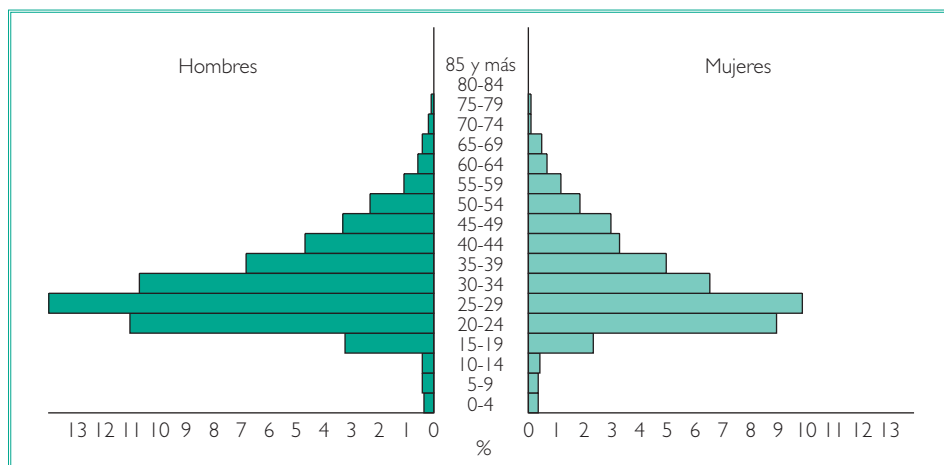
Grupo de edad	Mujeres	Hombres
≤ 4 años	258	247
5-9 años	263	267
10-14 años	299	271
15-19 años	1.533	1.826
20-24 años	5.811	6.940
25-29 años	6.217	9.053
30-34 años	4.272	6.395
35-39 años	3.147	4.183
40-44 años	2.115	2.431
45-49 años	1.858	1.716
50-54 años	1.255	958
55-59 años	769	447
60-64 años	434	239
65-69 años	320	176
70-74 años	161	98
75-79 años	134	58
80-84 años	51	28
≥ 85 años	37	10
Total	28.934	35.343

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Provincia	Mujeres	%	Hombres	%	Razón de sexo
Almería	7.874	31,1	17.475	68,9	2,21
Cádiz	1.733	60,4	1.136	39,6	0,65
Córdoba	1.853	51,8	1.723	48,2	0,92
Granada	2.442	51,7	2.282	48,3	0,93
Huelva	1.723	43,6	2.232	56,4	1,29
Jaén	823	49,2	851	50,8	1,03
Málaga	8.239	56,7	6.301	43,3	0,76
Sevilla	4.248	56,0	3.343	44,0	0,78
Andalucía	28.934		35.343		1,22

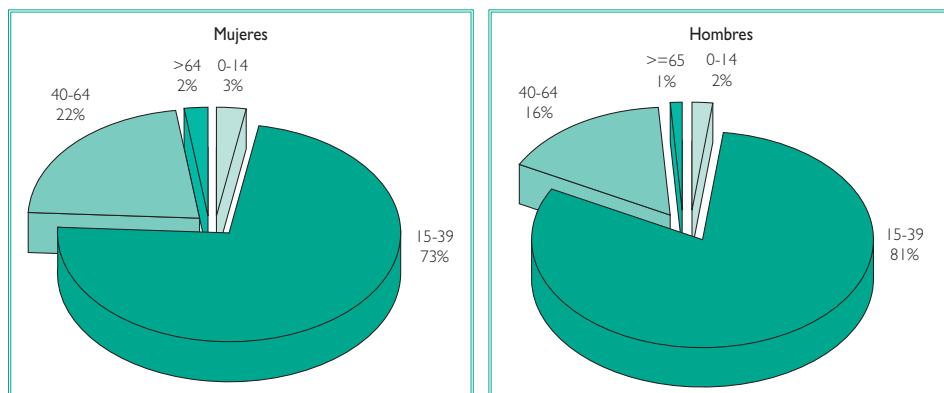
Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

BDU 2005

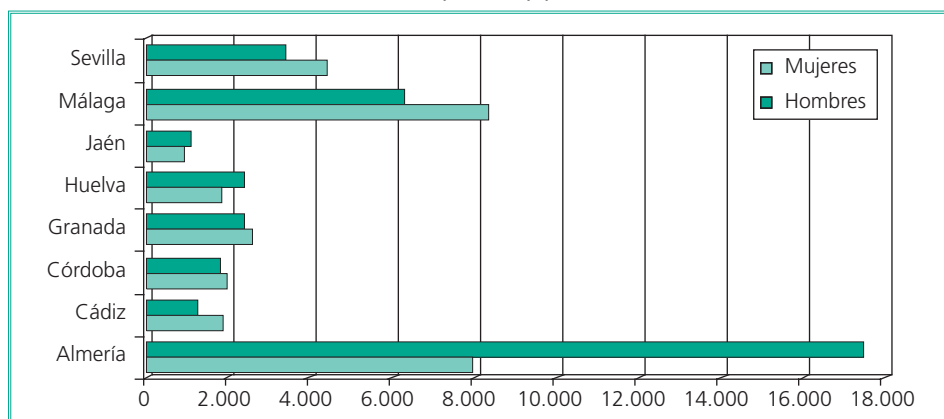


Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

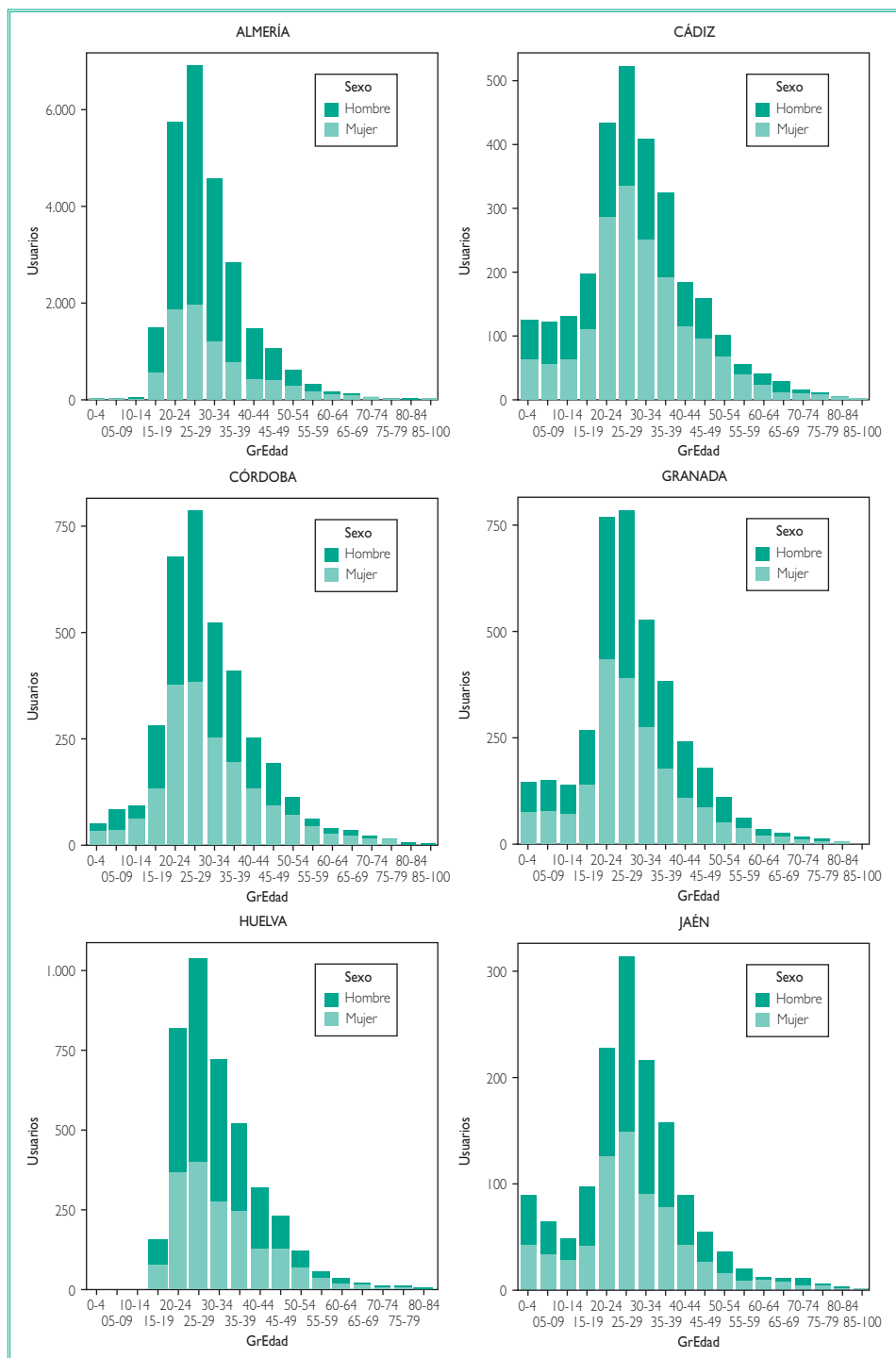
Distribución por sexo y grupo de edad



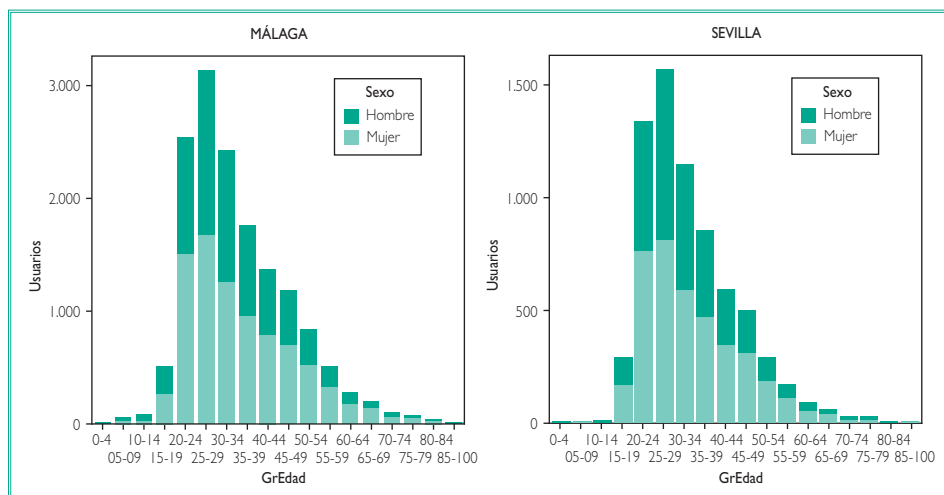
Distribución por sexo y provincias



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Distribución por sexo y edad por provincias

Distribución por sexo y edad por provincias



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. BDU. Elaboración propia.

Características

- 1.^a El grupo de edad más numeroso, tanto en mujeres como en hombres es el de 15-39 años (72,5 y 80,3% respectivamente). El porcentaje de personas de 20 a 29 años de edad se acerca a la mitad de este grupo de población (41,6% en mujeres y 45,2% en hombres).
- 2.^a Existe un mayor porcentaje de hombres en las provincias de Almería (68,9%) y Huelva (56,4%), mientras que el porcentaje de mujeres es mayor en las provincias de Cádiz (60,4%), Málaga (56,7%) y Sevilla (56%). En las provincias de Córdoba, Granada y Jaén la frecuencia de mujeres y hombres es similar.
- 3.^a Hasta los 14 años de edad el porcentaje de niñas y niños es similar. Entre los 15 y los 44 años, predominan los hombres (57,2 versus 42,8%) y a partir de los 45 años esta proporción se invierte (57,4 de mujeres versus 42,6% de hombres).

4. OCUPACIÓN

Si complejo es identificar cuántos personas extranjeras residen en Andalucía, ya que hay que acudir a distintas fuentes, identificar el área de trabajo es aún más complejo, ya que hay multitud de fuentes con datos no comparables.

Trabajadores extranjeros afiliados, en alta laboral por provincias. 2005	
Almería	52.076
Cádiz	8.336
Córdoba	6.295
Granada	16.139

Trabajadores extranjeros afiliados, en alta laboral por provincias. 2005 (cont.)	
Huelva	12.040
Jaén	5.744
Málaga	63.715
Sevilla	17.514
Andalucía	181.859

Fuente: MTA. Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2005.

Nº de trabajadores afiliados a la Seguridad Social. Tipo de régimen. 2003						
Ambos sexos	General	Especial agrario	Autónomos	Empleado de hogar	Trabajadores del mar	Total
África	9.098	18.013	2.514	1.155	235	31.015
América Central	975	152	108	177	2	1.414
América del Norte	596	13	322	15	—	946
América del Sur	9.187	3.539	1.121	2.597	14	16.458
Asia	3.194	505	1.295	409	1	5.404
Europa (UE-15)	17.217	2.380	11.351	105	48	31.101
Europa (resto)	5.435	6.793	608	691	6	13.533
Otras	52	4	36	1	—	84
Total	45.754	31.399	17.355	5.151	306	99.965

Contratos registrados de trabajadores extranjeros según sector de actividad por provincias. 2005					
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	Total
Almería	50.050	2.400	18.457	25.517	96.424
Cádiz	1.129	535	2.313	7.586	11.563
Córdoba	6.696	1.053	1.332	3.115	12.196
Granada	10.073	1.119	5.258	10.596	27.046
Huelva	50.265	403	2.725	4.679	58.072
Jaén	15.960	861	1.434	2.521	20.776
Málaga	4.082	2.474	22.851	55.462	84.869
Sevilla	3.894	1.617	4.232	14.020	23.763
Andalucía	142.149	10.462	58.602	123.496	334.709

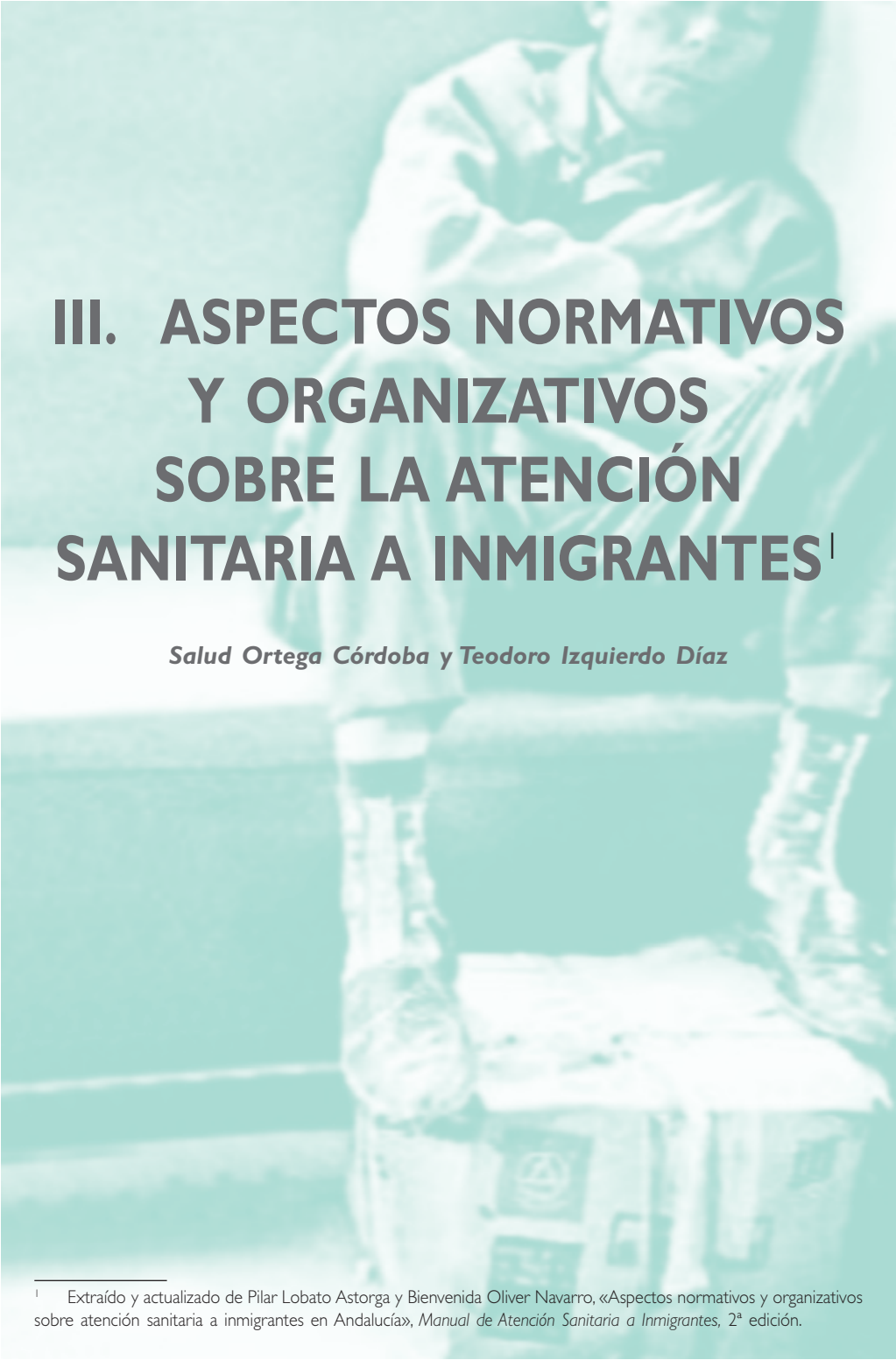
BIBLIOGRAFÍA

Instituto de Estadística de Andalucía. *Inmigración extranjera en Andalucía. 1991-2001*. Sevilla: IEA, 2002.
 INEBASE. INE. Datos Básicos y Tablas. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/migracioninternacional/index.htm> [accedido el 29 de octubre de 2006].

Base de Datos de Usuarios de Andalucía. BDU [datos de 2005 accedidos el 1 octubre de 2006].

Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP). Años 2002-2004.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, 2005. Disponible en URL: <http://www.mtas.es/estadisticas/anuario.htm>.



III. ASPECTOS NORMATIVOS Y ORGANIZATIVOS SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES¹

Salud Ortega Córdoba y Teodoro Izquierdo Díaz

III. Aspectos normativos
y organizativos sobre la atención
sanitaria a inmigrantes

¹ Extraído y actualizado de Pilar Lobato Astorga y Bienvenida Oliver Navarro, «Aspectos normativos y organizativos sobre atención sanitaria a inmigrantes en Andalucía», *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*, 2ª edición.

1. INTRODUCCIÓN

Los derechos fundamentales de la persona, recogidos tanto en múltiples Tratados y Convenios internacionales como en la propia Constitución Española, se reconocen a todos los inmigrantes. El derecho a la protección de la salud, y así se contempla en la propia Ley General de Sanidad, no discrimina entre los españoles y los extranjeros que residen regular o irregularmente en territorio español, si bien, la asistencia sanitaria, está condicionada al cumplimiento de determinados requisitos (como la inscripción en el padrón municipal o el desempeño de un trabajo). La amplitud en el reconocimiento de los derechos sociales así como su contenido y alcance pueden variar entre comunidades autónomas.

En Andalucía, la atención sanitaria está garantizada en todo momento y circunstancia; los inmigrantes irregulares, no empadronados, pueden acceder a los servicios sanitarios; sólo se requiere poseer la Tarjeta de Reconocimiento de Asistencia Temporal, renovable, que ha de ser solicitada en los propios centros de salud. Así, nuestra Comunidad se sitúa al frente del resto de comunidades en cuanto a prestaciones sanitarias.

2. BARRERAS ESPECÍFICAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

Puede hablarse de cuatro grupos de factores específicos que condicionan la normal integración de esta población al sistema sanitario público:

a) *Las barreras normativas y administrativas*, entendidas como las especiales dificultades que puede atravesar esta población para acogerse oficialmente a los derechos fundamentales de los que goza la población autóctona. La población más susceptible de correr este riesgo son los extranjeros en situación irregular:

El Sistema Sanitario Público Andaluz cuenta, como en todas las otras Comunidades Autónomas, con un sistema para acoger de forma oficial las situaciones de riesgo social de los nacionales con la colaboración de los Ayuntamientos en los que residan. Sin embargo, con los extranjeros, aunque la Ley 4/2000 de extranjería reconozca su derecho, una vez empadronado, a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los nacionales, pueden encontrarse con diversas formas de exclusión.

El término «en igualdad de condiciones que los nacionales» ya ofrece una limitación puesto que los nacionales que sólo cuentan con el empadronamiento, pero que no tienen alta en la seguridad social, deben presentar un certificado de Hacienda que avale su carencia de recursos económicos. Es decir, que por el hecho de estar empadronados los extranjeros adultos únicamente cuentan con el acceso a la asistencia sanitaria de urgencias, y sólo de forma integral y completa los menores y las embarazadas.

El empadronamiento que se requiere para el normal ejercicio de este derecho también puede suponer otra vía de exclusión dado que algunos Ayuntamientos ponen trabas para empadronar a personas residentes en chabolas, en infraviviendas o en asentamientos no controlados ni urbanizados.

La consecuencia más directa de la falta de empadronamiento o de la situación irregular es la especial dificultad para normalizar la cobertura del Derecho de Asistencia Sanitaria de Seguridad Social que tramita el INSS y la Tesorería Territorial. Esta alta es el que da lugar a la asignación de claves, médico y régimen de farmacia. Aquellas personas que no tienen esta alta no son contempladas a efectos presupuestarios ni retributivos.

Otro condicionante para el acceso al sistema público es el miedo que puede sentir el extranjero en situación irregular a acudir a unos servicios públicos oficiales donde pueden detectar su situación de irregularidad y comunicarlo a la Policía, o donde pueden detectarle una enfermedad y denegarle el permiso de residencia o ser extraditado o marginado del mercado laboral.

La reciente normativa, que accesibiliza los listados de empadronamiento a la Policía, puede favorecer además un abandono de esta práctica para los inmigrantes sin permiso de residencia.

b) *Las barreras lingüísticas y de comunicación*, especialmente evidentes en las personas extranjeras procedentes de países de habla diferente al español. Este elemento añade una especial dificultad en el proceso de atención sanitaria, tanto para la expresión de las necesidades y problemas por parte de los extranjeros como para la comprensión por parte de los profesionales, es decir, del común entendimiento del que depende tanto el acceso a los servicios sanitarios necesarios, como el diagnóstico y tratamiento. El idioma, en definitiva, añade complejidad a la atención de extranjeros y riesgos sobreañadidos a esta población en todos los sectores sociales y especialmente sobre la salud tanto individual como pública, familiar, comunitaria o laboral.

c) *Las barreras culturales y religiosas*, especialmente relevantes entre los extranjeros procedentes de países islámicos y entre los procedentes de países con un sistema de protección social y sanitario muy diferente al nuestro. Entre estos últimos el riesgo de exclusión viene derivado sobre todo por el desconocimiento de nuestro sistema, de sus derechos y obligaciones y de las vías de acceso y procedimientos. Los riesgos derivados de la diversidad cultural y religiosa vienen determinados por las diferencias en la forma de entender la salud y la enfermedad en sus culturas de origen y la desconfianza que puedan tener sobre nuestro respeto de sus creencias. Las mujeres inmigrantes tienen una especial consideración dentro de este grupo de factores ya que los condicionantes de tipo cultural o religioso de los que parten pueden ser sustancialmente diferentes de los nuestros. En todos los casos el periplo migratorio incorpora el desarraigo cultural y afectivo como un riesgo sobreañadido para la salud mental de las personas.

d) *El rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitarios*. La atención sanitaria a esta población tiene una especial complejidad como ya se ha dicho. A los motivos de orden administrativo se unen los lingüísticos y culturales que abonan en muchos casos actitudes de rechazo pasivo (no asunción de la responsabilidad) cuando no de xenofobia o racismo. A esto se le une la falta de formación de los profesionales en la atención a la diversidad cultural y en la atención de enfermedades no comunes en nuestro medio y la ausencia de incentivos para su atención. Todos son factores que agravan el riesgo de exclusión de los extranjeros (selección adversa) de cualquier sistema sanitario público.

3. NORMATIVA BÁSICA

Se relacionan a continuación algunas referencias legales que sustentan el derecho de los inmigrantes a recibir asistencia sanitaria así como las pautas establecidas en Andalucía para la asunción de este cometido por el Sistema Sanitario Público Andaluz.

Hay que decir inicialmente que, aunque la normativa en materia de derechos humanos, libre circulación de individuos e inmigración es muy extensa en el ámbito internacional, y ha sido altamente cambiante en el nacional, a los efectos que nos ocupa en este Manual cabe resaltar que se limita a un artículo de la Ley 4/2000, no modificado en las sucesivas reformas que ha tenido esta legislación básica.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (no se reforma el articulado de derecho a asistencia sanitaria). Establece:

Art. 12: Derecho a la asistencia sanitaria

1. Los que se encuentren inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los menores de dieciocho años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto.

Ley de Salud en Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de junio)

Art. 3:

1. Tienen derecho a lo establecido en la ley los españoles y extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía.
2. Los no residentes en Andalucía pero con residencia establecida en el territorio nacional, con el alcance de la legislación estatal.
3. Los nacionales de la Unión Europea según los tratados, convenios y normativa de derecho comunitario.
4. Los no europeos: según leyes, tratados y convenios suscritos por España con sus respectivos países.
5. Para todos: las prestaciones vitales de emergencia.

Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, aprobado por Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre. Establece que:

1. Cualquier ciudadano, no comunitario, que desee obtener un visado de residencia en nuestro país debe presentar un «certificado médico, para acreditar que no padece ninguna de las enfermedades susceptibles de cuarentena previstas en el Reglamento Sanitario Internacional» (Art. 35.2.c).

2. «Todas aquellas personas que pretendan entrar en territorio español deberán presentar en los puestos fronterizos un certificado sanitario expedido en el país de procedencia por los servicios médicos que designe la misión diplomática u oficina consular española, o someterse a su llegada, en la frontera, a un reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios españoles competentes, para acreditar que no padecen ninguna de las enfermedades susceptibles de cuarentena previstas en el Reglamento Sanitario Internacional, así como en los compromisos internacionales sobre la materia suscritos por España, sin perjuicio de lo que se disponga, al efecto, por la normativa de la Unión Europea» (Art. 9). Igualmente debe acreditar que dispone de cobertura sanitaria para cubrir los gastos médicos y la repatriación asociados a un accidente o enfermedad repentina (Art. 28.1.d).
3. Podrá ser denegada la autorización de salida en «los supuestos de padecimiento de enfermedad contagiosa que, con arreglo a la legislación española o a los convenios internacionales, impongan la inmovilización o el internamiento obligatorio en establecimiento adecuado» (Art. 20.1.d).
4. En la Disposición adicional séptima del Reglamento se establecen la exigencia, normativa y convenios en materia sanitaria.
 1. Lo establecido en este Reglamento no excluye la vigencia y cumplimiento de lo dispuesto en los reglamentos y acuerdos sanitarios internacionales, en los artículos 38 y 39 y disposición final octava de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior; y en las demás disposiciones dictadas para su aplicación y desarrollo.
 2. La Administración General del Estado, a los efectos de la realización de cuantas actuaciones y pruebas sanitarias pudieran derivarse de la aplicación de este Reglamento, suscribirá, a través de los departamentos ministeriales en cada caso competentes, los oportunos convenios con los correspondientes servicios de salud o instituciones sanitarias.

En resumen, a los inmigrantes se les exige para obtener el permiso de residencia o trabajo, que acrediten que poseen cobertura sanitaria y que presente un certificado médico que avale que no padecen enfermedad cuarentenable (cólera, peste y fiebre amarilla).

Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre por el que se extiende la Cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin recursos económicos suficientes.

Este Decreto reconoce la asistencia sanitaria para todas aquellas personas que carezcan de recursos económicos, por lo que a falta de otra cobertura por cualquiera de los medios anteriores, los inmigrantes en situación irregular y no empadronados podrían acceder en igualdad de condiciones que las personas empadronadas a los servicios sanitarios.

4. OTROS ASPECTOS NO NORMATIVOS

Se refieren aquí otros aspectos no estrictamente normativos pero que configuran el marco de actuación en Andalucía en el tema de Inmigración. En este sentido, se han realizado en nuestra comunidad una serie de esfuerzos y actuaciones, plasmados en los siguientes planes y convenios, que han permitido superar algunas de las barreras de acceso al sistema que siguen persistiendo en otros territorios.

II Plan integral para la inmigración en Andalucía

Aprobado por Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 9 de mayo de 2006 establece como objetivos favorecer la integración social, laboral y personal de los inmigrantes, como sujetos de derechos y deberes en el seno de la sociedad andaluza, así como asegurar el acceso de este colectivo, en condiciones de igualdad, a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica.

III Plan Andaluz de Salud 2003-2008

Aprobado por Decreto del Consejo de Gobierno el 4 de noviembre de 2003. Entre otros aspectos más generales establece como objetivo específico en relación a los inmigrantes la normalización de su acceso al SSPA y la captación de los colectivos que presenten riesgo especial de exclusión del sistema de protección social.

En la segunda meta de dicho Plan se establece como compromiso contribuir desde el sector sanitario, a través de acciones intersectoriales, el desarrollo de políticas redistributivas de carácter internacional con especial atención a los colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social.

Acuerdo de colaboración en materia de atención sanitaria a inmigrantes. Suscrito entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales

Constituye el objeto de este Acuerdo de colaboración «facilitar el acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante, procurando los medios necesarios para que su atención se dé en las mismas condiciones y calidad que dispone la población andaluza. Se destaca como prioridad de este objeto, además de la asistencia, incrementar la participación de población inmigrante en los programas de promoción de Salud y prevención de enfermedad, incorporando las perspectivas de sus grupos culturales a las actuaciones y revisiones de los diversos programas, con especial énfasis en los destinados a la Salud mental, materno-infantil y de los jóvenes».

A) Participantes

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Dirección General de Salud Pública y Participación
- Organizaciones No Gubernamentales:
 - Cruz Roja Española en Andalucía.
 - Federación Andalucía Acoge.
 - Asociación para la Cooperación y Desarrollo con el Norte de África.
 - Comisión Española de Ayuda al Refugiado.
 - Médicos del Mundo.
 - Fundación Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía.
 - Asociación Comisión Católica Española de Migraciones.

- Federación Mujeres Progresistas de Andalucía, como representantes de la parte asociativa para el sector socio-sanitario del Foro Andaluz de la Inmigración.
- Sindicatos
 - CC.OO.
 - U.G.T.

B) *Obligaciones de las Partes*

- La Consejería de Salud:
 1. Trasladar a las entidades participantes en este Acuerdo de Colaboración, las informaciones, innovaciones y adaptaciones que se vayan produciendo en el sistema sanitario público que afecten a la salud de los inmigrantes.
 2. Posibilitar la formación en mediación intercultural a los profesionales sanitarios para su actualización y capacitación, así como facilitar vías de investigación para el incremento de la calidad en la atención.
 3. Facilitar la comunicación entre los usuarios inmigrantes y los profesionales de los centros públicos, mediante el diseño, edición y traducción de cuantos documentos internos, materiales u otros medios de apoyo sean necesarios para el entendimiento mutuo.
 4. Establecer la coordinación autonómica para la adecuación de las acciones a la realidad de la inmigración en su ámbito territorial, para el sostenimiento de las actividades y para el seguimiento y evaluación de los objetivos de salud del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía.
 5. Organizar para una mejor atención a los inmigrantes cuantos eventos y encuentros sean necesarios para facilitar los avances profesionales y la participación de las asociaciones implicadas.
 6. Colaborar con otros sectores públicos y otros actores de la acción local para la reducción de desigualdades en aquellos barrios y/o zonas con necesidades de transformación y donde se concentran un número significativo de personas inmigrantes.
- Las entidades firmantes representantes de la parte asociativa para el sector socio-sanitario del Foro Andaluz de la Inmigración:
 1. Complementar la información a los inmigrantes sobre el funcionamiento del sistema sanitario público andaluz, sus ofertas y cartera de servicios, así como las medidas preventivas necesarias para la recuperación y mantenimiento de su salud.
 2. Facilitar la comprensión y la comunicación entre los centros sanitarios, sus profesionales y los usuarios inmigrantes, a través de la traducción y otros medios cuando las situaciones lo requieran.
 3. Realizar funciones que faciliten la accesibilidad a los servicios, siempre con la perspectiva de la autonomía del inmigrante y su familia.
 4. Realizar funciones de acompañamiento durante el tiempo que sea necesario, siempre con la perspectiva de la autonomía del inmigrante y su familia.
 5. Apoyar la formación de mediadores y voluntarios adecuándola a la realización de sus servicios en el campo sanitario con el principio de interculturalidad.
 6. Favorecer actividades que permitan incorporar hábitos y comportamientos saludables con grupos de población inmigrante, en compatibilidad con su cultura de origen.

7. Elaborar y presentar programas y proyectos que den respuestas a los compromisos anteriores, para su financiación y sostenimiento, según su pertinencia y disponibilidad presupuestaria.
8. Establecer mecanismos de cooperación y colaboración en los planes de zonas donde el colectivo inmigrante sea significativo para la reducción de desigualdades.

- Ambas partes:

1. Hacer constar en las publicaciones o proyectos realizados, que los mismos son el resultado de la colaboración de las partes firmantes.
2. Designar, para el control y seguimiento de las actividades objeto de este Acuerdo de Colaboración a los representantes que formen parte de los órganos que vienen recogidos en la estipulación TERCERA del mismo, que se regirán por las disposiciones para los órganos colegiados que aparecen en la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
3. Cooperar en el desarrollo de la formación y los planes de capacitación.

C) *Objetivos específicos*

- 1º Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante.
- 2º Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la persona inmigrante y su familia.
- 3º Incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil.
- 4º Incluir en el plan de atención a cuidadores y cuidadoras a personas inmigrantes cuando concurren estas circunstancias, adaptando el plan a las características diferenciadoras de esta población.
- 5º Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo.
- 6º Atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución.
- 7º Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas y las adicciones entre personas de origen extranjero mediante medidas adaptadas a los patrones de consumo y las características culturales y lingüísticas de esta población.
- 8º Impulsar el acceso y la adaptación de la atención socio sanitaria y la promoción de la salud a las personas de origen extranjero con problemas de drogodependencias y adicciones.

Estos objetivos se acompañan de una serie de medidas, desarrolladas en el Acuerdo, para facilitar su consecución.

D) *Comisión de Seguimiento Autonómica*

Para agilizar la coordinación, trámites de colaboración y actividades de seguimiento del presente Acuerdo, se creará una Comisión a nivel autonómico compuesta por:

- Cinco representantes de la Consejería de Salud.
- Cinco representantes del Servicio Andaluz de Salud.

- Un representante por cada una de las organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales firmantes del Acuerdo.

E) Comisión de Seguimiento Provincial

Para mejorar la gestión y coordinación de todo el programa y acercar el análisis y la operatividad a las entidades que actúan a nivel provincial, existe una Comisión de Seguimiento Provincial compuesta por:

- Un representante por cada una de las organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales firmantes del Acuerdo.
- En representación de la Administración Sanitaria el mismo número de miembros que el de la suma de los representantes de la otra parte firmante, haciendo equilibrado el número de componentes.

Adicionalmente, fuera del marco del acuerdo, existen otros instrumentos que facilitan el acceso de la población a los servicios sanitarios:

Tarjetas Sanitarias

Son Tarjetas de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria que se entregan provisionalmente en los servicios sanitarios del SAS a los inmigrantes que, teniendo necesidad, no tienen cobertura oficial regular, con el fin de asignarles médico y régimen de farmacia. En Andalucía no es necesario el empadronamiento para obtenerla.

Carpeta de Salud

Carpeta que se entrega al inmigrante, sea regular o irregular, que contiene información sobre los servicios sanitarios públicos de Andalucía en cinco idiomas (español, francés, inglés, árabe y ruso), así como una Historia Clínica Portátil, útil para que los profesionales que le atienden puedan anotar las actuaciones sobre la salud individual del inmigrante, permitiendo su continuidad allí donde se encuentre.

IV. ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A LA DIVERSIDAD CULTURAL

A) *Conceptos*

José Vázquez Villegas, Pilar Baraza Cano y Nabil Sayed-Ahmad Beirutí

I. INTRODUCCIÓN

El incremento en los últimos años de la población inmigrante en la Comunidad Andaluza plantea a los servicios sanitarios una nueva situación para la que hay que encontrar propuestas creativas que disminuyan las dificultades que se establecen tanto en el acceso a los servicios como en el proceso de relación profesional-usuario.

El proceso de inmigración implica tanto a los inmigrantes como a la sociedad receptora. Los servicios de salud ponen en contacto a población inmigrada y autóctona, constituyendo un lugar privilegiado para los encuentros interculturales. Desde este planteamiento es una oportunidad para ambos por:

- El intercambio de valores culturales.
- El conocimiento de otras costumbres y hábitos.
- El autoconocimiento y la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro.
- La aceptación y el respeto a la diferencia y la diversidad.

Por otra parte, la atención a la población inmigrante plantea dificultades de captación, comprensión, diagnóstico, elaboración de planes de tratamiento y de cuidados, así como de adherencia a los mismos, nos hace por tanto plantearnos nuevas preguntas para nuevas situaciones, así, podemos plantearnos entre otras estas cuestiones:

Los pacientes no regularizados consultan con menor frecuencia por:

- ¿«Miedo»?
- ¿Desconocimiento del funcionamiento del Sistema Sanitario?
- ¿Ser resuelto el problema en los Dispositivos de Urgencias?
- ¿Recurrir a tratamientos tradicionales de su cultura?

El colectivo regularizado, consulta con mayor frecuencia por:

- ¿... Llevar más tiempo en España y conocer mejor el Sistema Sanitario, no tiene miedo?
- ¿... presentar más morbilidad?

El II Plan Andaluz de Salud identificó la necesidad de captar a la población inmigrante en las actividades realizadas en los centros sanitarios, incidiendo dentro de ellos en aquellos colectivos con mayor vulnerabilidad (inmigrantes irregulares, trabajos inapropiados, etc.). Así mismo en el III Plan se incorpora como novedad la atención a las familias inmigrantes con el fin de conseguir la normalización de su atención y su aproximación a la recibida por las

personas autóctonas. Estos aspectos se han contemplado en el II Plan de Inmigración que recoge las intervenciones en salud necesarios para que el colectivo se integre en la sociedad andaluza.

Por último el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud (2005-2008) recoge dentro de sus propuestas de mejora, entre otros, los siguientes procesos estratégicos:

- I. Asumir las necesidades y expectativas de las ciudadanas y ciudadanos:
 - Adaptar los servicios a los ciudadanos: accesibilidad, gestión del tiempo, garantía de la continuidad asistencial.
 - Atender y gestionar las relaciones con los usuarios: proporcionarles información y desarrollar cauces de participación.
- II. Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios:
 - Gestionar la calidad de los servicios: sistema sanitario más flexible, estrategia de mejora continua.
 - Servicios que ofrecen resultados en salud.
- III. Garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública:
 - Las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: impulsar su mejora continua, lograr una mayor implicación profesional, fomentar hábitos saludables, impulsar estrategias para el abordaje de situaciones de exclusión social.
- IV. Gestionar el conocimiento.

Para llevar a la práctica las premisas anteriores es necesario identificar previamente cuáles son las dificultades que se establecen en la atención sanitaria a la población inmigrante.

2. DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

En el proceso de Atención Sanitaria a las personas inmigradas podemos encontrarnos las siguientes dificultades que influyen tanto en la accesibilidad como en el propio proceso asistencial:

Respecto a los inmigrantes:

- Situación administrativa.
- Diferencias idiomáticas.
- Desconocimiento de la oferta del sistema sanitario.
- Diferencias culturales respecto al *continuum* salud-enfermedad.
- Problemas socioeconómicos y laborales.

Respecto a los profesionales:

- Desconocimiento del idioma.
- Falta de formación en aspectos clínicos y competencia cultural.
- Presencia de actitudes xenófobas o hiperprotectoras.

Por último, la estructura de los servicios sanitarios también plantea dificultades:

- Problemas legislativos.
- Problemas organizativos: horarios, programas no adaptados culturalmente, etcétera.
- Dificultades de coordinación con la red social.

De la interacción entre inmigrantes-profesionales y estructura del sistema sanitario surgen los siguientes problemas:

- De captación.
- De atención:
 - Barreras idiomáticas por desconocimiento de los códigos comunicacionales, lenguaje no verbal y la circularidad en la interacción, que conllevan entrevistas más dificultosas y que van a requerir más tiempo.
 - Dificultades diagnósticas por patologías no frecuentes en nuestro medio.
 - Dificultades en la elaboración de planes de tratamiento y de cuidados y la adherencia a los mismos.
 - Déficit de competencia cultural:
 - ◊ Actitudes de los profesionales: la existencia de prejuicios negativos de los profesionales sobre los hábitos de cuidados de otras culturas, rechazados por no adecuados, por nocivos o simplemente por ser distintos, producen en ocasiones en los profesionales dos tipos de actitudes no deseadas:
 - * Actitudes hiperprotectoras, compasivas y caritativas que inducen a la limitación del proceso de maduración personal.
 - * Actitudes de rechazo, xenofobia y racismo, que provocan sentimientos de miedo, de aislamiento social, así como dificultades de captación.
 - ◊ Falta de comprensión del significado cultural de algunos comportamientos y síntomas.
 - ◊ Desconocimiento del sistema de valores.
 - ◊ Formación deficitaria en los aspectos socioculturales de los procesos patológicos.
- Red de Apoyo Socio-Familiar deficitaria o inexistente.

3. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

El objetivo final que hay que plantearse es proporcionar una atención sanitaria semejante a la ofrecida a población autóctona, culturalmente competente y adaptada en la medida de lo posible a la idiosincrasia de la persona. Para conseguir este objetivo se plantean algunas propuestas estratégicas en el abordaje de las dificultades existentes en la atención a la población inmigrante, que en base a las experiencias realizadas han resultado más positivas. Para una mejor interpretación se pueden sistematizar de la siguiente forma:

- 1) Organización de los Servicios:
 - Captación.
 - Accesibilidad.
 - Horarios.
 - Instrumentos de apoyo.

- 2) Orientación de los profesionales:
 - Competencia cultural.
 - Actitud.
 - Formación en: conocimientos y habilidades.
- 3) Adaptación de las actividades y programas a la población diana.
- 4) Orientación a la comunidad: trabajo en el espacio socio-sanitario.

Las acciones se resumen en:

- Mejoras de la accesibilidad y captación:
 - Disminución de las barreras administrativas, idiomáticas y culturales, se deben recoger las opiniones y sugerencias de los usuarios, agentes sociales –haciendo especial hincapié en las asociaciones de inmigrantes y asociaciones de acogida– y profesionales, utilización de mediadores y agentes comunitarios de salud
 - Incorporar como objetivo de la organización la facilitación de la atención a grupos con desigualdad social: adaptación de horarios, disponibilidad de los profesionales, gestión eficiente del recurso tiempo.
- Facilitación de la comunicación: utilización de traductores, mediadores, agentes comunitarios de salud, traducción de las informaciones y recomendaciones a los pacientes a diversos idiomas, utilización de material de apoyo traducido (hojas de entrevista clínica, hojas de tratamiento, cuidados).
- Mejora de la competencia cultural de los profesionales: inclusión dentro de los programas de formación continuada de módulos que recojan temas específicos sobre competencia cultural, dificultades y soluciones, patología específica, dificultades diagnósticas y nociones sobre patología vinculada a los factores culturales.
- Adaptación cultural de los procesos y programas existentes.
- Espacio socio-sanitario:
 - Formación específica en temas sanitarios y de educación para la salud de los agentes comunitarios y mediadores interculturales.
 - Trabajar en equipo, no sólo entre los profesionales, sino con el resto de organizaciones sociales que desarrollan su actividad con la población inmigrada.

Hay que tener en cuenta que la población extranjera residente en España tiene características socio-demográficas, económicas, culturales y situaciones de vida muy diferenciadas. Por tanto, los factores de riesgo, así como la adaptación a nuestro entorno sociocultural, varían según la región de origen, procedencia rural/urbana, etnia, edad, nivel educativo y el grupo social de pertenencia, que determinan necesidades y aproximaciones diferentes, por lo que no pueden ser considerados de forma homogénea. No tiene nada que ver la inmigración de los países de Europa Occidental con la inmigración económica procedente de países en vías de desarrollo, ni tampoco con los exiliados y refugiados políticos. Además, dentro de las personas procedentes de la misma región o país, existen también diferencias considerables (Oliver Reche, 2002).

Es necesario establecer mejoras adaptadas a la situación real de los inmigrantes (horarios, documentación, tarjeta sanitaria, etc.), así como elaborar estrategias de captación activa, que

faciliten el acceso a las instituciones sanitarias de los usuarios inmigrantes. Si esto se produjera, es de esperar que los cambios que se promuevan en la cultura organizativa originen resultados positivos a corto/medio plazo en la relación demanda-respuesta en la atención a los inmigrantes, evitando así la divergencia entre sus expectativas y las respuestas que se les ofertan. La incorporación de la mejora de la atención a los usuarios inmigrantes como objetivo de la organización sanitaria y sociosanitaria en su conjunto, y de los equipos y dispositivos, podría generar interesantes debates internos, y favorecer cambios positivos en el conocimiento y actitudes de los profesionales.

Ante la existencia de una considerable diversidad de servicios de atención: sanitarios, sociales, laborales, educación, justicia, asociaciones, ONGs, etc., pertenecientes a distintas organizaciones con diferentes culturas, es necesario «trabajar en red», es decir «trabajar en y desde el reconocimiento de la diversidad de culturas, de objetivos, de deseos, etc.». Es necesario crear espacios de coordinación intersectorial y de intercambio de los diferentes puntos de vista, para facilitar el encuentro entre las distintas organizaciones y los profesionales. Esto posibilitaría llegar a acuerdos que permitan la articulación de las actuaciones y recursos, teniendo en cuenta la peculiaridad de las instituciones y de las personas. Conseguir una visión integrada significa articular la diversidad de los enfoques para que todas las actuaciones sean a la vez diferentes, complementarias y enriquecedoras, lo que sin duda repercutiría en un aumento de la calidad y de los resultados de las prestaciones sanitarias, sociosanitarias y sociales. Trabajar de este modo, en red, significa admitir la existencia y la necesidad de más de una organización asistencial y centrar la tarea en el usuario, aceptando la complejidad de las situaciones y las necesidades individuales y colectivas de las personas, dándole una importancia de primer orden a dar respuestas integradoras que requieren de «la construcción de elementos éticos y técnicos compartidos».

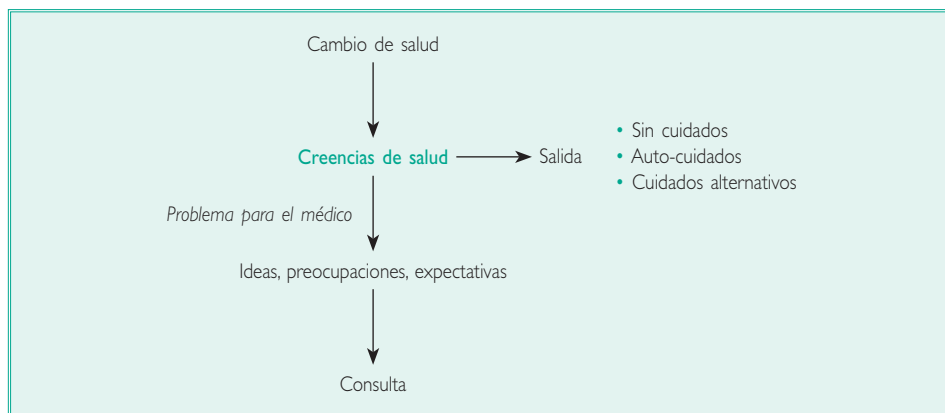
4. VALORACIÓN CULTURAL

En la interacción profesional sanitario-paciente son perceptibles diferencias entre sus propias culturas, su nivel social y educación, diferencias de género e incluso de edad que no pueden ser obviadas. Existen diferencias idiomáticas, con un fondo cultural distinto al nuestro donde, según sus costumbres, educación y tradiciones, se definen otros conceptos e ideas sobre la enfermedad, etiología, diagnóstico y expectativas sobre nuestra atención y solución de sus problemas. Son las interferencias sociales de la distancia cultural amplia paciente-profesional de Pendelton (Fig. 1).

Cuando las diferencias son más evidentes, como ocurre en la interacción con inmigrantes recientes, o cuando sanitario y enfermo son conscientes de la existencia de una distancia cultural, todos estos elementos adquieren un protagonismo especial.

Al atender inmigrantes, nuestro objetivo debe ser una atención sanitaria culturalmente apropiada, eficiencia clínica culturalmente competente, respetuosa, flexible y sensible. Debemos tener en cuenta que la concepción de la salud y de la enfermedad puede ser diferente a la nuestra.

Existen múltiples definiciones de la competencia cultural, pero de una manera simple, sería «el proceso en que el profesional de la salud se esfuerza por lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del individuo, familia o comunidad» (Purnell, 1990).

Fig. 1. Antecedentes de la consulta según Pendelton

Fuente: tomado de Simón-Talero Martín M. La entrevista clínica. Manual de metodología del trabajo en Atención Primaria. Alicante: Universidad de Alicante; 1997. p. 321-48.

Dula Pacquiao en su modelo teórico –síntesis de las ideas de otros autores– de reciente creación define a la competencia cultural bajo tres asunciones principales:

- Adaptable en varios niveles, es decir, no está únicamente limitada al profesional sino también a la organización sanitaria y a la comunidad.
- Los seres humanos tienen derecho a que se tomen decisiones éticas culturales y competentes.
- Se necesitan tres niveles de asistencia cultural: paciente/familia, organizacional y comunitario.

Esta definición nos aporta dos conceptos nuevos a la competencia cultural: la perspectiva «ética» y el «nivel institucional».

La competencia cultural no sólo contribuye a una mejora en el proceso de los cuidados en salud y una mayor satisfacción del paciente sino que también puede ser coste-eficiente y efectiva debido a que:

- Permite al profesional obtener una información más específica y más completa para hacer un diagnóstico más apropiado.
- Facilita el desarrollo de planes de tratamiento seguidos por los usuarios y apoyados por sus familias.
- Reduce los retrasos en la atención sanitaria y permite un mayor y mejor uso de los servicios sanitarios.
- Hace hincapié en la comunicación y la interacción clínica entre el paciente y el profesional.
- Hace hincapié en la compatibilidad entre la medicina occidental y la medicina alternativa.

La mayor parte de los profesionales de la salud piensan que el inmigrante es el que debe adaptarse a los valores, creencias, usos y costumbres de nuestro país, incluidos los referentes a la medicina occidental. Otros son conscientes de que existen unos factores diferenciadores sociales y culturales, distintos según procedencia y que se asocian a unos valores y formas de comportarse. Unos pocos piensan que si demuestran respeto y una actitud expectante

con el paciente evitarán todos los problemas culturales. Y finalmente, sólo una minoría cree necesario adquirir y desarrollar conocimientos para poder realizar una valoración cultural individualizada del inmigrante en la consulta con habilidades y técnicas específicas para que la relación médico/paciente sea eficaz en ambas direcciones.

La aceptación y respeto por las diferencias, la sensibilidad para entender cómo éstas influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural se pueda consolidar. Así, cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

Pero tampoco hay que aceptar todo lo ajeno como correcto, así pues, la comprensión entre culturas no debe eludir la crítica y la autocrítica dirigida a todos aquellos aspectos que menoscaban la dignidad humana, la mutilación genital femenina, por ejemplo.

5. MEDICINA OCCIDENTAL Y MEDICINA TRADICIONAL

Cuando atendemos pacientes de otra raza/cultura, deberemos prever la participación de medicinas alternativas o prácticas indígenas y populares (curanderos, chamanes, remedios naturales, etc.) que pueden parecernos extrañas, irracionales o simplemente erróneas y que impiden una atención sanitaria correcta. Es lógico que estas tradiciones se mantengan, por mucha adaptación que tengan a su nueva situación. Las personas que han estado inmersas en su medicina popular a lo largo de sus vidas, suelen mostrarse recelosas por la biomedicina. Al rechazar los profesionales médicos sus creencias tradicionales, es posible que los pacientes eviten recibir la atención que se les ofrece. Por lo tanto, lograremos una asistencia adecuada al combinar la biomedicina y la medicina popular o folklórica (Tabla 1). Esta situación obliga a una tolerancia frente al encuentro de culturas y a una comprensión de lo que es clave en los conceptos de las medicinas de las culturas originarias o nativas (etnomedicinas), por ejemplo: en algunas culturas orientales es habitual que se sienta que la salud es un equilibrio entre elementos «calientes y fríos», así los anticonceptivos orales son considerados como calientes ya que detienen el flujo menstrual (secan el útero).

Definiremos, entonces, *medicina transcultural* como los conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre un profesional sanitario de un determinado grupo étnico y un paciente de otro y que abarca tanto aspectos físicos, psicológicos y sociales como aspectos de la cultura, religión o etnia.

Tabla 1. Sistemas médicos tradicionales	
Acupuntura	Terapia de origen chino practicada desde hace miles de años. Por medio de finas agujas se punzan determinados puntos situados sobre los circuitos de energía, llamados meridianos, que surcan la superficie del organismo.
Aromaterapia	Uso terapéutico de los aceites esenciales de las plantas, bien sea por su penetración a través de la piel (masajes), por vía digestiva o por las vías respiratorias (con aerosoles o difusión de aromas).
Balneoterapia	Tratamiento llevado a cabo en los balnearios con aguas micromedicinales naturales del lugar, bien sea con baños, ingestión, inhalación, chorros, lodos u otros métodos.

Tabla I. Sistemas médicos tradicionales (cont.)

<i>Dietética</i>	Aplicación controlada de los principios de una alimentación sana con objeto de potenciar la salud o curar la enfermedad. Hay numerosos sistemas dietéticos como el vegetarianismo, veganismo, la macrobiótica, el crudivorismo o la dicta.
<i>Reiki</i>	Método terapéutico de canalización de la energía cósmica, a través de la imposición de manos. El reiki actúa utilizando ciertos ritos o iniciaciones que deben ser transmitidos por un maestro de esta disciplina para la activación de la energía, y usa símbolos antiguos para canalizarla y orientarla.
<i>Fitoterapia</i>	Uso curativo de las propiedades medicinales de las plantas. La fitoterapia utiliza numerosos procedimientos de preparación de las partes de las plantas empleadas, como infusión, decocción, tinturas, extractos o pulverización.
<i>Flores de Bach</i>	Sistema creado por el doctor Edward Bach (1880-1936). Mediante la exposición al sol las flores silvestres puestas en agua, los remedios florales de Bach (originariamente 38) recogen la fuerza vital suministrada por éstas.
<i>Herbalismo</i>	Se fundamenta en la aplicación de múltiples recetas a partir de plantas que son algunas comercializadas y otras caseras.
<i>Homeoterapia</i>	Sistema basado en el principio de similitud: «lo semejante cura lo semejante». Un remedio que en grandes dosis producirá un determinado cuadro morboso, es capaz de curar esa misma enfermedad cuando es administrado en diluciones muy pequeñas (Remedios homeopáticos).
<i>Macrobiótica</i>	Concepción dietética basada en la filosofía extremo-oriental que pretende lograr un equilibrio energético yin-yang en el plano nutricional y en el resto de los hábitos vitales.
<i>Medicina ayurvédica</i>	La medicina ayurvédica considera al hombre un ser unitario integrado de cuerpo, psiquis y alma. El esquema directriz del diagnóstico y su terapia es la llamada Tridosha o las tres fuerzas cósmicas, aire, agua y fuego, que se encuentran en una relación variable dentro del ser humano.
<i>Medicina natural</i>	Considera a la naturaleza como el agente curativo por excelencia. Por un lado, son las fuerzas curativas naturales del individuo las que le protegen o le hacen superar la enfermedad. Por otro lado, para ayudar a estas fuerzas naturales internas, sólo cabe utilizar procedimientos curativos naturales, como alimentos, el ejercicio, el agua, el aire, el sol, la arcilla o las plantas medicinales.
<i>Medicina tradicional africana</i>	Estudia los problemas de salud, partiendo de las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del hombre, vinculadas a raíces socioculturales y a la práctica médica, en muchas etnias asociadas a situaciones mágico-religiosas.
<i>Medicina tradicional china</i>	Se basa en una concepción global y energética del ser humano y de sus relaciones con el Cosmos, en la que el equilibrio de las energías yin y yang es la clave de la salud. Comprende numerosas disciplinas, como la acupuntura, una farmacopea específica, masaje, gimnasia curativa, etcétera.
<i>Quiropraxia</i>	Método de manipulación vertebral que intenta corregir los segmentos espinales mal alineados con el objetivo de descomprimir los nervios raquídeos y restablecer la transmisión normalizada del impulso nervioso.
<i>Reflexoterapia</i>	Estimulación de zonas específicas de la piel y de las mucosas llamadas zonas reflejas, que actúa terapéuticamente sobre los órganos y funciones corporales asociados a aquéllas por vía reflejo nerviosa. Las principales zonas reflejas se encuentran en: planta de los pies, palma de las manos, pabellón de la oreja, mucosa nasal, iris del ojo, lengua, rostro, columna vertebral, pecho, espalda y abdomen.
<i>Talasoterapia</i>	Curación por medio de baños con agua de mar. El clima marino de las diferentes regiones costeras y el efecto e la hidroterapia y de la mineralización del agua está en la base del efecto terapéutico de este sistema.

Tabla I. Sistemas médicos tradicionales (cont.)

Teoría humoral	Utiliza la clasificación de caliente y frío, no sólo para la alteración física sino para las características propias de cada sustancia, en contraposición con las que se deben mantener en equilibrio.
Vegetarianismo	Alimentación a base de vegetales.

Modificado de M.E. Herrera Rodríguez, *La medicina tradicional en los programas de estudio de las ciencias médicas: definiciones y estrategias*, Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zarate Ruiz.

BIBLIOGRAFÍA

- II Plan Andaluz de Salud.
- III Plan Andaluz de Salud.
- II Plan de Calidad de la Consejería de Salud.
- I Plan Integral de Inmigración de la Junta de Andalucía.
- II Plan Integral de Inmigración de la Junta de Andalucía.
- Baraza Cano MP, Vázquez Villegas J, Merino Pérez E, Aparicio Esteban MJ, Cazorla Espinosa C, Fernández Moya G. Estrategias para la captación de mujeres inmigrantes en situación de riesgo. Comunicación presentada en las *III Jornadas Internacionales de cultura de los cuidados*, junio 2004.
- Castillo S. La salud de la población inmigrante. En: Garay J, Fernández C, García MA, coords. *La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante*. 1ª edición. Madrid: Comunidad de Madrid y Fundación CESM, 2002.
- Declaración de Ámsterdam.
- Lillo Crespo M, Galao Malo R, Casanova Martínez I, Mora Antón MD. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia*. 2004 sept-dic;1(3). Disponible en URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>.
- Martincano Gómez JL. *Manual de Medicina Transcultural*. 1ª edición. Madrid: IM&C, S.A., 2003.
- Mazarrasa L, Catillo L. Salud, género y migración. *Salud 2000*. 1999;71:18-21.
- Oliver Reche MI, Velasco Juez MC. *Matronas Profesión*. 2002;7:26-32.
- OMS. *Informe de Inmigración Internacional, Salud y Derechos humanos*, nº 4, 2003.
- Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria*. 2ª edición. Barcelona: Masson, 1994.
- Sayed-Ahmad N, Tesoro Amate A. Salud Mental y Migración: dificultades y soluciones para la adherencia y continuidad de cuidados (cap. 20). En: *La Continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Asociación Española de neuropsiquiatría, 2006, pp. 377-98.
- Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartolomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. *Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en otros países europeos. El caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; junio de 2004.



IV. ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A LA DIVERSIDAD CULTURAL

B) Comunicación con el paciente inmigrante

Herminia Moreno Martos

I. INTRODUCCIÓN

La comunicación es multidimensional: por un lado, se puede distinguir las dimensiones de contenido que hacen referencia, sobre todo a las palabras, el lenguaje verbal y a la información que los mensajes pretenden transmitir y que el profesional y el paciente intercambian en su encuentro y, por otro, hablamos de la dimensión de relación, es decir la actitud que mantiene el uno con respecto al otro y los sentimientos y las emociones que se expresan mutuamente.

Los problemas con los que se enfrenta el profesional sanitario en cuanto a la atención al paciente inmigrante son sobre todo:

- Problemas lingüísticos.
- Interferencias culturales.
- Interferencias emocionales.

La comunicación con el paciente inmigrante se basa en: competencia cultural y técnicas de entrevista clínica.

¿Por que se necesita la competencia cultural?

- La enfermedad varía según culturas.
- Existen creencias distintas sobre el bienestar; la salud y sistemas de curación.
- Las actitudes culturales afectan a las relaciones con médicos y otros profesionales.
- Los pacientes buscan servicios de salud complementarios y alternativos.
- Hay una escasez de profesionales que procedan de las minorías a los que acudir.
- Abundan los abandonos y faltas de adherencia a los tratamientos, planes y seguimientos.
- Aumenta la satisfacción y facilita la continuidad asistencial.

Existen varios modelos de tareas propuestos para la relación clínica, quizás el mejor modelo para poder llevar a cabo una buena entrevista clínica con el paciente inmigrante, se basa en el modelo de comunicación centrada en el paciente.

El método clínico centrado en el paciente de Western Ontario

Este modelo define las siguientes tareas:

- I. Exploración de la enfermedad y la dolencia (la experiencia de estar o sentirse enfermo).
 - a) La exploración de la enfermedad, mediante anamnesis, examen físico, pruebas complementarias.

b) En la exploración de la dolencia deben de buscarse cuatro elementos:

- Las ideas del paciente acerca de lo que le sucede.
¿Que piensa usted que le está pasando?
- Los sentimientos del paciente, especialmente los miedos.
¿Qué es lo que más le preocupa de todo este problema?
- Las expectativas del paciente acerca del profesional.
¿Hay alguna cosa que usted piense que podríamos hacer para ayudarlo?
- El impacto que la sintomatología o sus vivencias tienen en su vida
¿Cómo afecta esto a su vida cotidiana?

La exploración de la enfermedad en los pacientes inmigrantes no difiere del resto de pacientes, quizás donde tenemos que prestar más atención es en la dolencia de la enfermedad, la manera como se vive la enfermedad es siempre una construcción social, cultural y la manera como una persona experimenta una determinada enfermedad es única.

2. Comprensión de la persona.

El abordaje de todo paciente debe incorporarlo a él y a su contexto familiar, social, laboral, cultural, económico, etc. Al paciente inmigrante debemos considerarlo: primero, como persona, como individuo; en segundo lugar, como miembro de una minoría y, finalmente, como miembro de un grupo étnico específico. No se debe asumir que la identidad étnica de una persona determina cuáles van a ser sus valores o modelos de conducta.

3. Buscar puntos comunes respecto al plan.

Es deseable que haya acuerdo en las siguientes áreas:

- Definición del problema.

Si no hay acuerdo sobre la naturaleza del problema, es difícil establecer un plan de manejo aceptable para ambos. Todas las personas tienen algún modelo explicativo de su dolencia y es necesario investigarlos. Los modelos explicativos del médico y del paciente acerca de un problema de salud pueden ser convergentes, lo que facilita las prescripciones e indicaciones de manejo, o pueden ser divergentes, lo que hace necesario un proceso de *negociación* con el paciente, donde es importante no personalizar el rechazo del paciente a su idea sino evaluar más ampliamente la experiencia del paciente o sus expectativas.

- Establecer objetivos y metas del tratamiento.

Este paso se relaciona con el conocimiento de las expectativas que el paciente tiene de la consulta. Conocer los recursos de los que dispone el paciente, sean éstos emocionales, de apoyo social o económicos, es también una condición para llegar a acuerdos. El establecimiento de objetivos y metas también deben tener en cuenta las soluciones que ya ha intentado el paciente sea por sí mismo o por intermedio de otros profesionales. Si no se reconoce la agenda del paciente no se pueden lograr acuerdos.

Al atender pacientes inmigrantes, tenemos que prever la participación de la medicina alternativa o prácticas medicinales indígenas y populares.

4. Incorporar la prevención y la promoción de la salud.

Este modelo incorpora elementos como mejora de la salud en su concepto más amplio, reducción de riesgos, detección temprana de enfermedades y disminución de su efecto.

5. Incrementar la relación médico-paciente.

El tipo de relación que se propone en este modelo es de colaboración entre el profesional y el paciente. Un aspecto esencial en la relación es reconocer las diferencias y particularidades de cada persona. El profesional debe mantenerse abierto y alerta a las necesidades cambiantes por parte del paciente.

6. Ser realista.

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. Ser realista implica no abordar utopías de salud, saber a qué está dispuesto un paciente, cuál es su compromiso y con qué recursos cuenta.

Las peculiaridades del paciente inmigrante debemos tenerlas en cuenta en toda la relación clínica:

Barreras lingüísticas:

Hay muchos pacientes que acuden a nuestras consultas sin conocer nuestro idioma, tras constatar ese desconocimiento, y si el paciente viene acompañado, podemos dirigirnos al acompañante, por si nos puede servir de traductor. Hablemos dirigiéndonos siempre al paciente que es con el que mantenemos el contacto, evitando la tendencia natural de mirar al traductor.

En caso de que tanto paciente como acompañante desconozcan nuestro idioma, se puede acordar un lenguaje común, y utilizar instrumentos que faciliten la comunicación, tales como gestos, anamnesis dirigida traducida a varios idiomas, carpeta de salud para inmigrantes, hoja autocumplimentada de motivos de consulta...

El paciente en nuestra consulta

Los profesionales de la salud debemos tener un hábito de trabajo basado en unas tareas, a esta agrupación de tareas la llamamos **entrevista semiestructurada** que consta de una parte exploratoria y una parte resolutive.

Parte exploratoria

1. *Recibimiento cordial*

Es fundamental cómo realizamos la acogida, demostrar al paciente en el primer minuto que le dedicamos toda nuestra atención, debemos mostrar cordialidad sobre todo con la comunicación no verbal, mirar con atención al paciente mientras sonreímos, mencionar su nombre y modular adecuadamente el tono de voz para dar calidez a la relación.

Hacer preguntas para situarnos en la realidad del paciente inmigrante: ¿quién es el paciente? ¿De dónde procede? ¿Por qué ha emigrado? ¿En qué situación se encuentra aquí?

Algunas peculiaridades:

- No hablar frente a frente, no extender la mano a una musulmana o evitar mirarse a los ojos son signos de respeto.

- Mirarse a los ojos en algunas regiones sólo se realiza de un igual a otro igual, en Asia se considera que mirar a un superior a los ojos es irrespetuoso, no debemos pensar en desinterés o falta de honestidad cuando nuestra mirada directa es evitada, sino conocer que puede tener otro significado.
- En Japón, el espacio personal es importante, por ello las personas no se acercan o conversan.
- En Marruecos no mantienen distancias y mientras conversan se tocan la ropa o apoyan sus manos sobre el brazo o el hombro de su interlocutor. Pero se evita tocar a las personas del otro sexo.
- En entrevistas a mujeres musulmanas hay que tener en cuenta que suelen venir asistidas por su marido. En estos casos, si se observa que él habla por ella, nuestras preguntas irán dirigidas al marido.
- Con las personas provenientes de América Latina el trato frecuente es «usted», dar el «tú» es visto poco considerado (en Centroamérica incluso en la familia).

De este primer acercamiento depende el desarrollo posterior de nuestra relación, la alianza terapéutica y determinar nuestra capacidad de toma de decisiones.

2. *Delimitación de la consulta*

Averiguar el motivo de consulta por el que acude el paciente. A veces es oportuno hacer un mapa de todas las demandas y quejas del paciente porque el dibujo global puede aportar datos para el diagnóstico.

Peculiaridades:

- Los pacientes asiáticos no suelen hablar de cosas abstractas y suelen ser muy directos sobre lo concreto de su visita.
- Los pacientes sudamericanos suelen divagar más.
- La mujer musulmana rechaza hablar de su actividad sexual aunque si el profesional es femenino será más fácil abordar el tema.

3. *Escucha activa*

La escucha activa lleva consigo una serie de técnicas que persigue el vaciaje de la información preelaborada que trae el paciente de sus problemas. También se pueden ver influenciadas por las barreras idiomáticas. Estas técnicas están enfocadas tanto al intérprete como al propio paciente. Entre ellas podemos utilizar:

- a) *Empatía*, es una técnica verbal («*Comprendo como se siente*») o no verbal (una sonrisa, el contacto con la mano de un paciente moribundo) con la que expresamos solidaridad emocional con el paciente.
- b) *Facilitaciones*, son conductas del entrevistador, verbales («*y qué más?*», «*sigas, por favor*») o no verbales (cabeceros que indiquen «*continúe, le escucho*»). Con las cuales intenta ayudar al paciente a seguir su relato, sin indicar, sugerir o prejuzgar los contenidos del mismo.
- c) *Frases por repetición* consisten en repetir una palabra o frase acabada de pronunciar por el paciente a fin de orientar la atención del mismo hacia aquel aspecto. Si, por ejemplo, el paciente dice: «*todo esto empezó cuando llegué a España*» y el profesional repite

«¿cuándo llegó a España?», provoca que el consultante medite sobre la significación de ese acontecimiento.

- d) *Clarificaciones*, es una intervención verbal («¿qué entiende usted por...?») o no verbal (expresión de extrañeza) que obligan a explicar el sentido de un término o idea. Muy importantes en inmigrantes sudamericanos, en los que no existen barreras de idioma pero sí diferencias en cuanto a cómo ellos expresan la sintomatología. Ejemplo: en una consulta con una persona inmigrante sudamericana «*verá, doctor, me parece que tengo gripa*», el profesional pone expresión de extrañeza y pregunta «¿gripa? ¿y qué es gripa?», el inmigrante responde «*gripa, es en mi tierra, Uruguay, lo que ustedes llaman gripe*».
- e) *Señalamientos*. Esta técnica pone de manifiesto emociones o conductas. Ello puede hacerse mediante una observación del estado de ánimo del paciente («*Parece como si estuviera...*») o una conducta reciente («*ha pasado mucho tiempo desde la última vez que vino...*»). Por ser una técnica muy potente hasta el punto de que puede transformar la relación asistencial.
- f) *Silencios funcionales*, se entiende por tal la ausencia de comunicación verbal, y tiene por objeto proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, o actuar de catalizador de determinadas reacciones emocionales que pudieran aparecer en el curso de la entrevista. Por ejemplo, en una entrevista donde han aparecido reacciones de llanto o de tristeza se pueden dejar unos segundos para que el paciente se tranquilice.

Cada «cultura» posee un lenguaje propio, lo que deriva en la utilización de metáforas propias de esa cultura en particular y en su aplicación. Tendremos que usar a menudo clarificaciones, a nivel de síntomas, signos, diagnósticos y tratamientos, para asegurarnos que entendemos la información que nos proporcionan.

4. *Averiguar y completar datos*

El gran reto para esta parte de la entrevista es obtener datos de calidad, para ello es importante que sean datos *reales*: este paciente ¿me cuenta cosas que en efecto le han sucedido?, *fiabes*: otra persona que entrevistase ¿obtendría similares respuestas? y *válidos*: ¿son los datos que trato de obtener para llegar a una orientación diagnóstica útiles para este paciente y esta situación clínica? Para ello usaremos diferentes técnicas:

- Preguntas abiertas: dejan libertad para responder cómo se crea más conveniente en un determinado tema. Permite obtener una gran información a la vez que dejan al paciente contar su propia historia. *Explíqueme, por favor ¿cómo es ese dolor que tiene?*
- Menú de sugerencias: *¿el dolor es punzante, opresivo, como un pinchazo?*
- Preguntas cerradas: el paciente cuenta con muy pocas opciones de respuesta y generalmente responde con un sí o un no. *¿Has tenido fiebre hoy?*

A veces en la entrevista con el paciente inmigrante, ante la barrera del idioma y las interferencias culturales tenemos tendencias a hacer *preguntas con respuestas inducidas* que hacen que el paciente tenga tendencia a responder lo que quien entrevista quiere o espera que responda, debemos evitarlas, aunque en un principio nos ayude para iniciar o estimular la conversación, nos pueden inducir a falsos diagnósticos.

5. *Sumario de la información obtenida*

Es ofrecer al paciente un resumen de los datos obtenidos, y acabando con una pregunta, *¿cree que este resumen refleja bien lo que sucede?* Con esta técnica el paciente se siente escuchado y se refuerza el flujo de comunicación y calidad de los datos.

6. *Exploración física*

Se realiza una frase puente que acomode al paciente a la exploración que se le va a realizar, entendiendo que se espera de él o ella durante la misma y los motivos por los cuáles es necesario.

Esto es especialmente delicado cuando la persona inmigrante viene desde una cultura musulmana (p. ej., subsaharianos y magrebíes) y el profesional es de sexo opuesto.

Especial atención merecen las personas que acompañan (intérpretes) a los que se debería invitar a salir de la consulta para salvaguardar la intimidad del paciente, salvo que éste manifieste lo contrario.

Parte resolutiva

1. *Informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación*

La enunciación del problema de salud consiste en dar un diagnóstico o definir el problema de salud. Aspectos formales en la emisión de mensajes informativos:

- Frases cortas: las frases deben ser cortas, y con pausas.
- Vocabulario neutro: utilizar palabras de bajo contenido emocional.
- Dicción clara y entonación adecuada: las palabras quedan suficientemente subrayadas y su dicción permite comprenderlas sin esfuerzo, evitar una voz inaudible y monótona.
- Complemento visual-táctil: añadir a la información verbal información de tipo visual o táctil.
- Usar ejemplos.

2. *Proponer un plan de acción*

En general los profesionales de la salud somos prácticos y a la vez que disponemos de un tiempo muy escaso para atender a cada paciente, nuestra eficacia depende, en gran parte, de que nuestros pacientes cumplan con el tratamiento indicado. Cuando ya tenemos una idea del diagnóstico (o posible diagnóstico) del paciente tenemos que proponerle un plan que puede ser desde tomar una medicación, hacer ejercicio, llevar una dieta, realización de determinadas pruebas...

Tendremos que tener en cuenta en nuestros pacientes inmigrantes:

— Hábitos dietéticos:

La dieta es un hecho cultural y sabio adaptado a las circunstancias, necesidades y recursos íntimamente relacionados con las gentes. Debemos conocer algunas peculiaridades de los hábitos dietéticos para que podamos intervenir en la salud, para conservarla o mejorarla.

Durante el Ramadán, algunos pacientes, y a pesar de no estar obligados a cumplirlo, pueden ser reacios a tomar medicación o a comer durante el día. Si ajustamos nuestras

pautas de tratamiento a antes del alba y después de la puesta de sol facilitaremos su cumplimiento.

— Fármacos:

Un paciente inmigrante puede seguir utilizando sus remedios simultáneamente a los que les dispensemos aquí, con la consiguiente exposición peligrosa a la multitterapia. Raramente estos pacientes nos lo comunicarán si no indagamos directamente.

3. *Explicar el tratamiento y la evolución previsible*

Técnicas:

- Racionalidad de la medida terapéutica, consiste en explicar al paciente cómo funciona el tratamiento que le hemos recomendado. Ejemplificaciones.
- Resaltar lo importante.
- Repetir. Lo que se repite se recuerda mejor.
- Detallar las instrucciones y cambios conductuales y dar las instrucciones por escrito.

El profesional no detalla cambios: «estas pastillas las tomará cada 8 horas».

El profesional detalla cambios: ¿a qué hora se levanta por la mañana?

Paciente: A las ocho.

Profesional: Pues a esa hora se toma la pastilla, y ¿A qué hora suele almorzar?

Explicar la evolución previsible es importante para aumentar la controlabilidad del paciente sobre su proceso terapéutico, controla su ansiedad y evita que vuelvan a los pocos días.

4. *Comprobar la asimilación por parte del paciente*

Por último, comprobar si el paciente o su acompañante han entendido bien el tratamiento, si tienen alguna duda. Intentar que el paciente repita el tratamiento, esto sirve para recordarlo y podemos comprobar si el paciente ha entendido la información que le hemos dado.

Debemos intentar individualizar las explicaciones a cada enfermo y asegurarnos de cómo se entienden. Debemos estar atentos a las dudas no verbales del paciente y del acompañante y estimularlos a que las verbalicen.

5. *Tomar precauciones y cerrar la entrevista*

El profesional informa al paciente de una posible evolución desfavorable y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación. Un buen cierre provoca un refuerzo en la alianza terapéutica, minimiza riesgos y regula la carga asistencial y el seguimiento del paciente.

Esto es importante en la población inmigrante, ya que algunas personas que están en situación administrativa irregular acuden a las consultas con miedo y sólo en caso de necesidad, desconocen nuestro sistema sanitario y si no disponen de información relativa a los servicios, y no encuentran en el profesional interés hacia su problema, pueden interpretar algunos hechos como rechazo o falta de atención, lo que desembocaría en una disminución de la frecuentación a las consultas de este colectivo en situaciones de necesidad, o bien que acudan a urgencias para problemas básicos de salud.

Consultas pediátricas

En las consultas pediátricas, cada una de estas fases tendrá dos vertientes: la comunicación con la persona que hace la demanda y la comunicación con el niño o la niña, lo cual le otorga unas características especiales.

- Los primeros minutos de la visita son claves para hacer sentir a la familia cómoda. La presentación debe hacerse con un saludo cordial a todos y conviene dar el saludo adecuado a la edad del menor.
- La exploración es un momento decisivo en la visita pediátrica. Ha de explorarse en función de la edad del paciente respetando la proximidad padres/hijos en los más pequeños y la intimidad en los adolescentes.
- No debe olvidarse informar también al niño/niña en función de su edad, conocimiento y maduración.
- La entrevista con el paciente adolescente merece una mención especial dada la complejidad existente.

En muchas ocasiones, existen desacuerdos familiares entre padres e hijos que dificultan la entrevista y el seguimiento posterior del adolescente. En este grupo de edad a veces es necesario realizar una entrevista familiar seguida de una entrevista a solas con el adolescente, para acercarnos con respeto y asegurarle confidencialidad.

Negociación

Los conflictos pueden surgir por diferencias de opiniones respecto a los contenidos de la consulta o sobre cuál es la mejor forma de conseguir los objetivos planteados. El proceso de resolver conflictos es lo que se reconoce como el proceso de negociación.

Cuando el paciente nos manifiesta su opinión de no estar de acuerdo o, en pacientes con barreras lingüísticas, su comunicación no verbal sugiera estar en desacuerdo podemos continuar como si nada hubiera ocurrido, dando una respuesta justificativa, enfatizando más nuestros argumentos (poca efectividad), o bien podemos detenernos y dar una **respuesta evaluativa** para evaluar las dudas que tiene el paciente. *¿Te veo dudoso? ¿Quieres comentarme algo al respecto?*

Posibilitándole al paciente que nos cuente sus creencias o sus argumentos.

Técnicas básicas de negociación

- Enunciación de problemas: el profesional emite de forma abierta su opinión sobre el problema o los problemas de salud por los que se le ha consultado.
Ejemplo: *«Usted tiene dos problemas: un resfriado y un dolor de espalda».*
- Cesión real e intencional: el profesional acepta una petición o sugerencia para aplicarla de manera inmediata (cesión real) o a nivel de intenciones futuras (cesión intencional).
Ejemplo: *«Me parece bien hacer...» (real), «estoy de acuerdo con usted en hacer una radiografía, aunque de momento...» (intencional).*

- Reconversión de ideas: el profesional discute las creencias del paciente, mostrando las contradicciones y contraponiéndolas a otra información. Debe hacerse en un clima empático, sin vencedores ni vencidos y facilitando cambios de actitudes.
Ejemplo: «La vacuna no es mala, sería peor si tuviera esa enfermedad por no ponérsela y se la contagiara a alguien de su familia».
- Reconducción por objetivos: el profesional evita discusiones periféricas y centra de nuevo la entrevista en lo esencial: cómo mejorar el estado de salud del paciente.
Ejemplo: «En este momento no vamos a discutir si ha pedido o no cita. Vayamos a lo más importante que es pensar en lo que podemos hacer para mejorarle ahora».
- Doble pacto: el profesional negocia ceder en un punto a cambio de otra cesión.
Ejemplo: «Comprendo su situación, si usted se toma el tratamiento y acude a la consulta en una semana podemos considerar no realizar reposo y que siga usted trabajando, ¿que le parece?».
- Paréntesis: El profesional pospone la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o terapia, o posponiendo otra medida solicitada por el paciente.
Ejemplo: «De momento no le doy ningún medicamento para esas molestias hasta que no sepamos los resultados de una analítica que voy a pedirle».
- Transferencia de responsabilidad: La persona que realiza la entrevista deriva la petición del paciente a otros profesionales o instituciones.
Ejemplo: «Para estas lesiones en la piel voy a mandarle al dermatólogo...».
- Propuesta de nueva relación: Indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico.
Ejemplo: «Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico».

A MODO DE RESUMEN

- La comunicación con la persona inmigrante se basa en competencia cultural y técnicas de entrevista clínica.
- Los conocimientos, las habilidades y actitudes con relación a la comunicación asistencial se pueden aprender.
- El modelo de la comunicación centrada en el paciente, se ha mostrado como la forma más útil de abordaje comunicacional en la población inmigrante.
- Las técnicas de entrevista clínica que usamos en nuestras consultas se pueden aplicar a la población inmigrante teniendo en cuenta su idiosincrasia.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrel F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1988.
- Borrel i Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC Ediciones, 2004.
- Esteban Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*. 2001;27:25-8.
- Farias Huanqui P. *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*. 2ª edición revisada. Edita Artur, S.A., 2001.

- Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Sis. Sanitario Navarra*. 2006;29(supl 1):9-25.
- Martincano Gómez JL. *Manual de Medicina Transcultural*. 1ª edición. Madrid: IM&C, S.A., 2003.
- Rico i Busquets MM. La interculturalidad en la relación asistencial. *FMC*. 2003;10(6):393-8.
- Romani Oriol. La salud de los inmigrantes y la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC*. 2002;9(7):498-504.
- Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: SEMFYC Ediciones, 2004.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Grupo de trabajo. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. *Documentos SEMFYC* nº 17, 2002.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). *Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria*. Barcelona: SEMFYC, 2001. Disponible en URL: <http://www.semfyc.es>.
- Trigub A, Cantale C. *Medicina centrada en el paciente*. Disponible en URL: <http://www.familymed.com.ar/diplomatura/arc/assets/claseprueba/a.pdf> [accedido el 10/10/2006].
- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz, JA, Lorente Serna J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Med Fam (And)*. 2000;2: 162-8.



V. LA SALUD Y LA MUJER INMIGRANTE

*María Isabel Oliver Reche, Pilar Baraza Cano
y Encarnación Martínez García*

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está observando un incremento en el número de mujeres procedentes de países en vías de desarrollo que llegan a nuestro medio; es decir, una feminización en los flujos migratorios. Las mujeres inmigrantes conforman una población joven, mayoritariamente en edad fértil. Se estima que más de la mitad se encuentran en edad reproductora, lo que hace que sus demandas prioritarias de salud y sus necesidades socio-sanitarias estén estrechamente vinculadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad. Los datos procedentes de los hospitales públicos españoles son reveladores al respecto, mostrando el progresivo aumento en la atención a embarazadas y parturientas foráneas durante los últimos años.

Aunque los estudios sobre la salud de las mujeres inmigrantes son aún poco numerosos, existiendo aspectos sanitarios sin abordar, las investigaciones disponibles señalan ya déficits y desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, que en el caso del embarazo y parto se traducen en mayores riesgos y en unas mayores cifras de morbilidad materno-infantil, situación que en parte es debida a las dificultades en el uso y acceso a los servicios sanitarios que en general tiene el colectivo, con particularidades específicas, culturales y de género, en el caso de las mujeres inmigrantes.

La atención a mujeres inmigrantes de tan diversas procedencias afecta de manera directa a los servicios sanitarios, planteándole nuevos retos. La importancia numérica de este colectivo en nuestra región, justifica que desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía se adopten políticas adaptadas en materia de salud, estrategias tendentes a mejorar la calidad y la eficacia en la atención, considerando tanto las necesidades como las especificidades culturales de las mujeres inmigrantes.

2. INMIGRACIÓN FEMENINA

Hasta hace poco tiempo existía en nuestro medio un predominio numérico de varones inmigrantes, fundamentalmente solteros y jóvenes. Sin embargo, en los últimos años se está observando una presencia y participación cada vez mayor de las mujeres en los flujos migratorios internacionales. De este modo, actualmente en Andalucía existe un 45% de mujeres extranjeras regularizadas, frente a un 55% de varones, composición muy parecida a la media nacional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Esta feminización de la inmigración es debida, básicamente, a dos motivos:

- a) Al fenómeno conocido como reagrupamiento familiar; consecuencia del asentamiento previo de varones inmigrantes.

- b) A la existencia de un creciente número de mujeres que inician en solitario y de manera autónoma su proyecto migratorio.

En el primer caso, la reunificación familiar se ha visto favorecida por la legislación española, que permite que los trabajadores y trabajadoras inmigrantes traigan a su cónyuge, hijos e hijas menores, una vez estén establecidos a nivel económico, laboral y legal. Según la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, éstos tienen derecho a la vida en familia. Por ello, los familiares de las personas extranjeras que residan en España, tienen derecho a reagruparse con el residente, entre los que se incluye el/la cónyuge, siempre que no se encuentren separados de hecho o de derecho. En ningún caso podrá reagruparse más de un cónyuge aunque la ley personal del extranjero admita esta posibilidad, como es el caso del derecho familiar de algunos países musulmanes que permiten la poligamia.

Las mujeres reagrupadas son, por tanto, mujeres casadas, sobre todo de origen africano. Son consideradas como «inmigrantes pasivas», puesto que abandonan su país de origen para unirse con el marido y reunificar la unidad familiar en el país de acogida. Con frecuencia proceden de áreas rurales y ambientes tradicionales, presentando un fuerte arraigo a sus patrones culturales de origen.

El reagrupamiento familiar no es la única vía de emigración femenina. En los últimos años está aumentando el número de mujeres solteras que llegan a nuestro país con un proyecto migratorio autónomo. En general, son de origen urbano y presentan un buen nivel social y educativo, además de una mayor emancipación que las mujeres reagrupadas. La existencia de estas mujeres rompe con los estereotipos que se tienen en Occidente respecto de las mujeres inmigrantes, definidas como analfabetas y dependientes de sus maridos. También rompen con el extendido estereotipo que apunta a que los hombres son más móviles geográficamente, mientras que las mujeres se caracterizan por permanecer de por vida en el lugar donde han nacido (Juliano, 2004).

Al igual que otros fenómenos sociales, las migraciones también están atravesadas por las desigualdades existentes entre ambos sexos. Aunque actualmente en España la población inmigrante femenina representa un proporción similar a la masculina, la visibilidad social de estas mujeres es inferior a las de sus homónimos varones. Las investigaciones sobre migraciones, así como las políticas de integración, con frecuencia olvidan que también existen mujeres inmigrantes.

Esta invisibilidad puede ser debida a la tradicional concepción sobre los roles sexuales, visión que define al hombre por su protagonismo en la esfera pública y por el ejercicio de tareas productivas y económicas, mientras que la mujer se enmarca en la esfera privada del hogar y la familia, con un rol social y reproductor. Consecuencia de esta dicotomía, que continúa operativa en las sociedades occidentales, «*la mujer va a aparecer dentro de las migraciones como un ser social y privado, y el hombre como un ser económico y público*» (Gregorio, 1998). De este modo, los gobiernos de los países occidentales entienden que la inmigración es un fenómeno económico asociado únicamente con obreros masculinos, identificando a las mujeres en relación a sus maridos.

3. ABORDAJE DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRANTES

3.1. Definición y ámbitos de la salud reproductiva

Hasta hace poco tiempo en los foros internacionales se hablaba de «Salud Materno-Infantil», un término que remarca el rol de las mujeres como cuidadoras y responsables de

la salud de los niños. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, se sustituyó el término anterior por el de «Salud Reproductiva y Sexual», definiéndola como *«un estado de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear o de contraer enfermedades de transmisión sexual, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia»* (Pérez de Armiño, 2001).

Desde una perspectiva de género, esta nueva definición amplía los límites de la salud de las mujeres, orientándola, además de a los aspectos meramente reproductivos, a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones personales. Por tanto, para hacer frente a las necesidades en salud sexual y reproductiva, los servicios sanitarios deben incluir información y servicios de planificación familiar; interrupción del embarazo; información y atención al embarazo, parto y post-parto; educación sobre paternidad/maternidad responsable; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA; detección precoz del cáncer ginecológico; asesoramiento en materia de infertilidad; atención a la adolescencia y la menopausia, así como la atención y el consejo relacionado con la violencia doméstica o la desigualdad entre los sexos.

Aunque el término de derechos sexuales y reproductivos no aparece en los acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Pekín, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por lo que los afirma como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales: *«Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo sostenible, que exigen que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos de problemas tales como la violencia, el abuso sexual y la violación de mujeres y los niños; el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, niños abandonados, prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina, el crecimiento de la población, la feminización de la pobreza, la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de las personas»* (Alcalá, 1995).

3.2. Salud reproductiva e inmigración

El abordaje de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes resulta fundamental en nuestro medio, dado que conforman una población joven, encontrándose la mayoría (entre un 60 y 80%) en edad reproductora o fértil. La situación de juventud, a la que se añade la feminización en los flujos migratorios, hace que las necesidades socio-sanitarias y las demandas prioritarias de salud en el colectivo inmigrante estén muy relacionadas con la atención infantil y la salud reproductiva: ginecología, anticoncepción, atención al embarazo, parto y puerperio, etc., aspectos invisibilizados en los estudios sobre inmigración y salud.

Es una realidad que en los servicios socio-sanitarios españoles, la atención a mujeres extranjeras embarazadas y parturientas ha aumentado y se ha diversificado en el transcurso de los últimos años. Mientras que en la población autóctona prevalecen las especialidades médicas y quirúrgicas, la más visitada por la población inmigrante es la obstétrico-ginecológica, que

constituye el mayor motivo de hospitalización en este colectivo (Salazar y cols., 2003). En el ámbito concreto de Andalucía, algunos centros hospitalarios alcanzan cifras de atención al embarazo y parto en torno al 30%, cifras que presentan además una clara tendencia al alza.

A pesar de que los temas de salud en poblaciones inmigrantes están cobrando una especial relevancia, y que las mujeres representan actualmente en España casi un 50% de la población total extranjera, existe un gran desconocimiento de las necesidades en materia de salud que presenta el colectivo de mujeres, debido a que las investigaciones que analizan específicamente los aspectos sanitarios son incipientes y poco numerosos. Esto condiciona que no existan políticas sanitarias adaptadas a las necesidades de esta población, y que la asistencia sanitaria no esté lo bien enfocada que debiera en materia de salud reproductiva.

La situación sanitaria de estas mujeres no es debida simplemente a su situación de inmigrantes, sino a las condiciones socio-económicas que padecen, a veces rozando la precariedad y la marginalidad. Se admite, así mismo, que la cultura por un lado, y la situación social de la mujer por otro, junto a factores estructurales y sanitarios de origen, juegan un papel importante en la forma de entender los fenómenos asociados a la reproducción y a la maternidad (Oliver, 2005). Por tanto, a la hora de abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes, es preciso tomar en cuenta la influencia que pueden estar ejerciendo tres factores:

- a) Las desigualdades en salud basadas en cuestiones de tipo socio-económico, que afectarían igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo de exclusión social.
- b) Las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino.
- c) La situación socio-cultural y sanitaria existente en el país de origen, que va a influir en la aceptación de los patrones sanitarios vigentes en el entorno de recepción.

3.3. Aspectos culturales y estructurales en salud reproductiva

Los aspectos culturales son especialmente importantes en el caso de todos los fenómenos asociados a la reproducción. La fecundidad y la maternidad no son sólo fenómenos demográficos y biológicos, sino también hechos simbólicos, cuyo sentido es producido y reproducido en un determinado contexto, estando cargados de significados socio-culturales. La maternidad tiene una doble dimensión biológica y social, dónde se articulan cultura e ideología (Esteban, 2000). Cada sociedad contempla los fenómenos asociados a la reproducción de modo diferente según sus patrones culturales vigentes, el sistema político, factores socio-económicos, la organización social, etcétera.

Por tanto, la diversidad cultural afecta a la salud reproductiva. Los comportamientos reproductivos, las cuestiones obstétrico-ginecológicas y los potenciales problemas sanitarios relacionados con estos aspectos, trascienden el marco de la fisiología y de la biología, dependiendo en gran medida del bagaje educativo y cultural que traen las mujeres de sus zonas de origen.

Evidentemente, las mujeres inmigrantes procedentes de países con menor grado de desarrollo económico, obtienen considerables mejoras en la calidad y en el acceso a la asistencia sanitaria en España, viendo disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus lugares de procedencia. Sin embargo, esto no impide que durante la atención sanitaria en nuestro medio manifiesten contradicciones respecto a las concepciones socio-culturales interiorizadas desde origen, situación que puede agravarse por determinadas actitudes de incompreensión de los profesionales sanitarios que les atienden.

Aunque los aspectos culturales y estructurales de origen podrían estar jugando un papel importante en la percepción y aceptación de los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes, en sus pautas y comportamientos en salud reproductiva (hábitos sanitarios, vivencia de la maternidad, lactancia, patrones reproductivos, actitudes ante la anticoncepción, etc.), intervienen tanto estas concepciones socio-culturales y sanitarias de origen, previas a la inmigración, como las concepciones socio-sanitarias existentes en el país de destino; o sea, el marco socio-cultural previo y posterior a la inmigración.

Parece probado que, al igual que sucede con otros aspectos cotidianos, en la migración se producen cambios y transformaciones en los patrones culturales de origen, que modifican los comportamientos sanitarios en materia reproductiva. Existen varios grados de adhesión a los valores de las sociedades occidentales de acogida: normalmente no se produce una total asimilación que las lleve a abandonar definitivamente sus costumbres, sino que las suelen conciliar con los códigos de la nueva situación, modificando algunos comportamientos y manteniendo otros.

Por ello, aunque algunas particularidades que plantea la atención a mujeres inmigrantes en nuestro medio deben entenderse en el contexto global de origen, las cuestiones culturales no pueden ser tomadas de forma categórica, rígida y estereotipada. No existen comportamientos y manifestaciones culturales estancos: las mujeres no están únicamente modeladas por su cultura de origen, existiendo así mismo una gran variabilidad individual.

El colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo: al igual que sucede con otros aspectos de integración socio-cultural, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socio-laborales, nivel educativo, social, características culturales, religiosas y nivel de desarrollo de su lugar de origen, relaciones de género, patrón migratorio, procedencia rural o urbana, aspiraciones personales, tiempo de asentamiento en el país, manejo del castellano, etc. También hay que tener en cuenta que algunos de esos cambios ya se han iniciado en el país de origen, de modo que aquí más bien se reproducen y afirman.

Por tanto, para hacer una aproximación a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, además de la situación socio-económica que viven en el contexto migratorio, que influye poderosamente en las desigualdades en salud, también es preciso tener en cuenta la situación sanitaria de partida, marcada por desequilibrios importantes con respecto a las sociedades desarrolladas occidentales. Dada la relevancia de los determinantes estructurales y culturales de origen, puede resultar explicativo conocer el contexto de partida, que se articula con las prácticas existentes en el contexto de recepción.

3.4. Desigualdades de género y salud

Un determinante de las desigualdades en salud son las cuestiones de género, que tienen una influencia capital en las cuestiones sanitarias. Mientras que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas dadas por el hecho de nacer hombre o mujer, el género es el significado cultural que en una determinada época y sociedad se atribuye a lo masculino y a lo femenino. El género atraviesa factores económicos, sociales, políticos, jurídicos, y sanitarios, filtrando las oportunidades y limitaciones que derivan para las mujeres y los hombres. Las cuestiones de género determinan la salud y la enfermedad, influyendo en el acceso desigual a los recursos económicos, sanitarios y sociales.

Según la perspectiva de género, la condición de la mujer en una sociedad determinada, resulta una variable determinante de la salud reproductiva. Por ello, para la comprensión y el abordaje de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, resulta útil conocer sus características socio-culturales desde una perspectiva de género. En el caso concreto de la inmigración femenina se pone de manifiesto una doble desigualdad de oportunidades: de género y con respecto a la población autóctona. Por una parte, muchas mujeres procedentes de zonas subdesarrolladas o en vías de desarrollo están sujetas en sus países de origen a fragantes desigualdades de género, que en mayor o menor medida se siguen reproduciendo en el contexto migratorio. Por otro lado, la situación socio-laboral en el país de acogida las relega al último escalafón social. Por ello están sujetas a una doble discriminación: como mujeres y como inmigrantes. Estas dos situaciones, entre otras, limitan su autonomía, impidiéndoles el pleno acceso a los servicios sanitarios.

4. DIVERSOS ASPECTOS SANITARIOS EN MUJERES INMIGRANTES

4.1. Pautas reproductivas/fecundidad

Estudios realizados en Europa Occidental afirman que las comunidades inmigrantes tienen tasas de natalidad superiores a las de la población autóctona. Dado que en Europa el número de hijos ha disminuido a lo largo de las últimas décadas, este hecho se ha interpretado como un beneficio para los países receptores, puesto que las mujeres foráneas pueden aportar una tasa de natalidad que no tienen las autóctonas.

En el caso concreto de España, en los últimos años las mujeres inmigrantes están realizando una aportación positiva a la fecundidad. El aumento en los nacimientos observado en nuestro país se ha debido a la incorporación de las mujeres extranjeras en edad fértil: una aportación considerable, dado lo exigua que resulta la fecundidad de las mujeres españolas. Al crecimiento en el número de nacimientos de madres extranjeras, se ha sumado la baja mortalidad que presenta este colectivo, factores que han hecho un rico aporte al crecimiento natural o vegetativo en nuestro país. La estructura por edad de la población extranjera favorece el saldo vegetativo positivo, dado que su natalidad es el doble y su mortalidad está dos puntos por mil más baja que en la población nacional (Izquierdo, 2003).

En nuestro medio, las pautas reproductivas de estas mujeres se conocen de manera parcial. Un estudio realizado en Almería (Oliver y cols., 2004a) con el objetivo de conocer las pautas de fecundidad de las mujeres inmigrantes que acudieron a dar a luz a los hospitales públicos de esta provincia entre los años 2002-2003, las diferencias que presentaban en función de la procedencia geográfica, y las pautas diferenciales con respecto a las mujeres autóctonas, encontró que:

- En cuanto a la edad de acceso a la maternidad, las mujeres inmigrantes tenían a sus hijos a edades más tempranas que las autóctonas (27,15 años frente a 28,68), y en general tenían su primer hijo antes (24,79 frente a 26,62). La edad de acceso diferiría en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres de Europa del Este eran madres más tempranamente que las de Latinoamérica y las del Magreb.
- Aunque se tiene la sensación de que las mujeres inmigrantes presentan un mayor número de hijos que la población autóctona, se encontró que la paridad de las mujeres extran-

geras era ligeramente superior a la de las mujeres autóctonas (1,78 frente a 1,72 hijos). La mayoría (un 80%) no tenían más allá de dos hijos y las diferencias entre autóctonas y extranjeras eran mínimas.

Sin embargo, la tendencia a la larga es incierta. Si la edad de la primera maternidad, que supone un indicador respecto a la fecundidad alcanzada al final del ciclo reproductor, es superior a la presentada por las mujeres autóctonas, las extranjeras examinadas, con edades jóvenes, podrían continuar teniendo más hijos en un futuro próximo.

- En cuanto a la paridad en función de la procedencia, se observaron diferencias, siendo las mujeres procedentes de Europa del Este quienes tenían un menor promedio de hijos (1,52) que las africanas (1,73) y latinoamericanas (1,91), presentando un mayor porcentaje de primiparidad.

Otros estudios anteriores, han evidenciado diferencias en el número de hijos en función de la zona de procedencia, de modo que las mujeres de Europa del Este y las del Cono Sur americano, con una edad marital superior a los 23 años, tienen un tamaño familiar reducido, con uno o dos hijos en promedio, mientras que las mujeres del resto de Latinoamérica, subsaharianas y magrebíes, que tienden a casarse antes de los 22 años y presentan un corto intervalo entre la menarquia y el matrimonio, tienen un mayor tamaño de la unidad familiar (Prado y cols., 1997).

Aunque algunos autores encuentran una fecundidad diferencial producida por el arrastre de la misma desde la sociedad de origen (tres o más hijos por mujer en caso de las africanas y latinoamericanas), no está claro que estas diferencias permanezcan, que se mantengan durante toda la vida fértil de las mujeres inmigradas, o que se modifiquen, aproximándose al comportamiento reproductivo de las mujeres autóctonas. Según la experiencia de otros países europeos receptores de inmigración, las mujeres extranjeras que se instalan de manera permanente, a medida que la duración de su estancia se prolonga tienden a acercar el tamaño de su prole al de las autóctonas.

La alta fecundidad en origen decrece con el paso del tiempo dentro del contexto migratorio, con un número de hijos por matrimonio inferior a la media de las parejas en sus países de origen, situación que se atribuye a cambios en los patrones de nupcialidad y a un mayor control de los nacimientos con métodos anticonceptivos fiables. También hay que tener en cuenta que las condiciones económicas y laborales de este colectivo no les permite tener un mayor número de hijos y que los primeros pasos en la integración se produce en los ámbitos del comportamiento social y de los hábitos de consumo. De este modo, independientemente de la procedencia de las mujeres, en el contexto migratorio se producen cambios en los patrones reproductivos, en cuanto a la paridad y la edad a la que acceden a la maternidad, marcando rupturas importantes con respecto al patrón reproductivo existente en sus sociedades de origen.

En los ambientes de muchas sociedades tradicionales, la mujer tiene como misión fundamental la reproducción y la maternidad, valorándose un elevado número de hijos. Las familias numerosas son la norma en algunas zonas de origen de estas mujeres, sobre todo de África y Latinoamérica, que presentan unos índices sintéticos de fecundidad algo superiores a los tres hijos por mujer. En Marruecos, por ejemplo, el ISF se sitúa en 3,4 hijos por mujer, oscilando entre 5,0 en mujeres de clases desfavorecidas rurales y 1,6 en clases sociales altas del medio urbano (Abdelkhalek y cols., 2000). El comportamiento de la fecundidad en este país está

vinculado con la clase social, residencia rural o urbana, niveles de pobreza, y fundamentalmente con el nivel de escolarización, factores que condicionan el acceso y el uso de métodos de planificación familiar (Mernissi, 1996).

Las mujeres inmigrantes se encuentran a caballo entre la cultura de la reproducción en sus lugares de origen y las circunstancias personales, laborales y económicas en el contexto migratorio. Los cambios en los modelos reproductivos se explican en función del cambio de circunstancias socio-económicas, culturales y religiosas en el contexto migratorio, que no favorece la imitación del patrón reproductivo que habían tenido sus madres o tienen las compatriotas que viven en el país de origen:

- Incorporación de la mujer inmigrante, venga sola o reagrupada, al mercado de trabajo.
- Elevado coste económico que supone criar a los hijos en España, situación agravada por la escasa retribución que ofrecen los «nichos laborales» que ocupan las mujeres inmigrantes y sus parejas, y por la precariedad en los empleos.
- Falta de redes familiares y sociales que cuiden de los hijos y carencia de guarderías públicas o subvencionadas.
- Cambio de valores y priorización de las necesidades personales, laborales, de formación e independencia, a la maternidad y la crianza de los hijos.

Como ha observado Adriana Kaplan (1997), analizando los comportamientos reproductivos de mujeres inmigrantes procedentes de Senegal y Gambia, en la migración, una situación de desplazamiento compleja, se producen continuidades, pero también readaptaciones y cambios, de modo que es claramente perceptible la voluntad que tienen las mujeres para controlar su propia reproducción, mediante una mayor capacidad de decisión y una más compartida responsabilidad con los hombres.

4.2. Anticoncepción

El acceso a la planificación familiar constituye una importante demanda sanitaria en el colectivo inmigrante. El conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos por parte de estas mujeres varía en función del nivel de desarrollo de sus respectivas zonas de procedencia, de su origen rural o urbano, de sus creencias religiosas, de su percepción propia o adquirida sobre los efectos de los distintos métodos, de su nivel educativo, de su situación administrativa, y del tipo de relación de pareja estable o esporádica que mantengan. Por tanto, tenemos que contemplar todos estos aspectos cuando queremos captar a la población inmigrante a las prestaciones de planificación familiar en España.

En un estudio realizado en el Distrito Poniente de Almería entre mujeres que solicitaron un IVE, se observó que el uso previo de anticonceptivos modernos era más alto en mujeres autóctonas que en mujeres inmigrantes: un 76,4 frente a 55,3% (Soler y cols., 2004). Así mismo, en el estudio sobre Diagnósticos de Enfermería en población inmigrante realizado en el Distrito Poniente se detectó el diagnóstico Patrón Sexual Inefectivo en relación con el desconocimiento de métodos anticonceptivos eficaces o su uso inadecuado (Baraza y cols., 2005).

En general, las mujeres que proceden de entornos rurales en países en vías de desarrollo, han tenido más dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos por carecer de servicios de planificación familiar; mientras que las que proceden de zonas urbanas o de países con un mayor nivel de desarrollo (América del Sur o Europa del Este) están familiarizadas con los

modernos métodos de planificación familiar; los conocen y han podido utilizarlos, acudiendo de manera más o menos regular a las revisiones y controles ginecológicos en nuestro medio. Sin embargo, hay mujeres que aún conociendo los métodos anticonceptivos modernos, los usan sin sistemática ni control médico, quizás porque esa es la norma en sus países de origen.

Un estudio realizado en Madrid con mujeres marroquíes, peruanas y dominicanas, apunta que más de la mitad de las mujeres estudiadas afirman conocer la gama de métodos modernos y haber controlado la natalidad en su país, sobre todo las mujeres con escolaridad secundaria o universitaria, siendo más alto el uso de métodos anticonceptivos efectivos (hormonales, DIU y preservativo) en las mujeres marroquíes y peruanas que en las dominicanas (62 y 52 frente al 46%, respectivamente). La escasa elección del preservativo y la alta preferencia hacia la ligadura de trompas en todos los grupos, refleja que las mujeres evitan tanto los embarazos como su planificación y que la responsabilidad del control de la natalidad en sus países de origen recae fundamentalmente sobre las mujeres (Bravo, 2002). Igualmente, otro estudio realizado en esa Comunidad Autónoma sobre población inmigrante latinoamericana, muestra que alrededor del 60% de los encuestados utilizaban métodos anticonceptivos, siendo el de mayor utilización el preservativo, seguido de los contraceptivos orales y del DIU.

En cuanto a las mujeres musulmanas de origen magrebí, un estudio realizado en Granada, muestra que el uso de los métodos de planificación familiar varía en función del nivel de estudios y del grado de islamización. Las mujeres menos islamizadas (las más «occidentalizadas») y las que tienen estudios medios o superiores, conocen los modernos métodos anticonceptivos (hormonales, de barrera y quirúrgicos), y aunque los han usado en algún momento de su vida reproductiva, lo han hecho sin constancia ni control médico previo ni posterior. Por el contrario, las mujeres sin estudios no los usan por desconocimiento y por falta de información. Las más tradicionales o islamizadas, son reacias a adoptar cualquier tipo de método; sin embargo, a pesar de no utilizar métodos de eficacia reconocida, la práctica de la lactancia materna prolongada, junto con el *coitus interruptus* y el método Ogino, constituyen estrategias que les permiten controlar su fecundidad sin contradecir sus convicciones religiosas (Molina, 1999).

Según Ana Bravo y Montserrat Molina algunas mujeres manifiestan un rechazo explícito a los métodos anticonceptivos fiables, a los que dicen encontrarles muchos efectos perversos, sobre todo a los anovulatorios. Relatan experiencias negativas en el uso de anticonceptivos, que se perciben como perjudiciales para la salud por sus efectos secundarios, sobre todo en lo referido a la píldora y al dispositivo intrauterino. Se piensa, por ejemplo, que las «pastillas son malas» porque producen dolor de cabeza, ansiedad («dan nervios»), aumento de peso («engordan») y esterilidad. En cuanto al preservativo, no es muy aceptado por los hombres.

Según el informe Tendencias de Salud Reproductiva en Europa del Este y Euro-Asia (Asford, 2003), en los países de la antigua Unión Soviética es difícil obtener métodos anticonceptivos y los que se utilizan son de baja calidad, en contraste con el aborto, que ha sido el método más promovido. En los últimos años los gobiernos y las ONG han contribuido a elevar el uso de los métodos modernos. En los estudios realizados se observa que existe una gran variabilidad en el uso de métodos de planificación familiar modernos (entre un 55% de Kazakastan y un 12% de Azerbaiyán, o un 30% de Rumania), estando siempre por debajo del porcentaje de uso en Europa Occidental. El método más usado suele ser el DIU y los métodos tradicionales (*coitus interruptus*). Aunque actualmente hay más mujeres que usan

métodos anticonceptivos, relativamente pocas toman la píldora, debido a la creencia que conlleva sobre los riesgos para la salud.

Respecto a las mujeres de origen subsahariano, aunque no hay demasiados estudios al respecto, en nuestra experiencia en el Poniente Almeriense hemos observado que conocen el preservativo, quizás debido a las campañas sobre prevención de VIH-SIDA realizadas en sus países por los Organismos Sanitarios Internacionales que allí trabajan. Un aspecto a comentar es que algunas mujeres subsaharianas que trabajan en prostitución toman diariamente derivados de penicilina para la prevención de sífilis, a la cual le atribuyen un valor anticonceptivo. Por ello, será necesario en estos casos clarificar a que pastillas nos referimos cuando les preguntamos sobre la anticoncepción oral.

En los países de origen, el coste y la limitación de los anticonceptivos a las mujeres solteras supone una importante dificultad. En Marruecos, por ejemplo, sólo se proveen anticonceptivos a las mujeres que demuestran estar casadas, para lo cual han de entregar en el centro de planificación familiar una copia del certificado matrimonial. En estos centros se distribuyen gratuitamente anticonceptivos hormonales sin realizar los controles analíticos de rigor. Por todo ello, muchas mujeres no tienen más remedio que acudir a la medicina privada, que limita el acceso a las mujeres sin recursos económicos. Además, en las ciudades pequeñas las mujeres han de esconderse para no ser vistas por personas conocidas cuando acuden a estos centros privados. Otros factores son la falta de información y asesoramiento en esta materia, las creencias religiosas, sobre todo en las mujeres procedentes de sociedades de tradición católica, y la idea de que la maternidad aumenta el cariño del marido y evita la separación en la pareja.

Las mujeres inmigrantes suelen acceder a las consultas de planificación familiar, pero el seguimiento de los métodos modernos genera dudas y dificultades. Al principio de su estancia en nuestro país el desconocimiento del idioma y de los servicios sanitarios se presenta como una dificultad añadida en las mujeres que utilizaban anticoncepción hormonal o espermicidas, ya que desconocen cual es en el mercado español su equivalente, por lo que en ocasiones abandonan el tratamiento o se lo hacen mandar de su propio país. Todos los estudios consultados expresan que una vez que llevan un tiempo en España la utilización de métodos eficaces aumenta por el incremento del uso de los servicios de planificación familiar y por la necesidad de controlar su natalidad, dadas las dificultades añadidas que supondrían tener un gran número de hijos.

Las razones de tipo religioso pueden influir en la preferencia de un método contraceptivo sobre otro. En mujeres magrebíes residentes en Cataluña, se ha observado un elevado interés por la anticoncepción hormonal intraparenteral, y en cambio, una baja aceptación del DIU (Jansá y Villalbí, 1995). Así como el Islam permite los métodos anticonceptivos, y de hecho en El Corán no existe ningún rechazo explícito a la anticoncepción, la menstruación es percibida como un tabú, de modo que está prohibido que la mujer menstruante realice las prácticas religiosas preceptivas (rezos y ayuno en el mes de Ramadán), al ser considerada la sangre menstrual como un elemento impuro (Holgado, 1998). De este modo, serán mejor aceptados los métodos que acorten los días de sangrado menstrual.

Son evidentes las dificultades que las mujeres inmigrantes tienen en el acceso a los servicios de planning y en el uso de métodos anticonceptivos en nuestro medio. Las barreras culturales son importantes en este sentido, ya que la práctica de la anticoncepción está cargada de significados culturales. La masculinización de la asistencia ginecológica puede influir nega-

tivamente en la asistencia de las mujeres musulmanas a las consultas de planificación familiar, quizás por motivos de pudor. Algunas de estas mujeres, pueden desear proteger su privacidad, ocultando el hecho de haber usado métodos anticonceptivos o haber tenido una vida sexual activa en el pasado, sobre todo al margen del matrimonio. Esta situación, que puede conducir a un diagnóstico incorrecto o a la prescripción de un método no adecuado, es más patente cuando la mujer que no habla castellano acude a la consulta con el marido. Puede darse el caso que la mujer no exprese sus preocupaciones ginecológicas o de planificación familiar delante de su pareja (Bravo, 2000).

Aunque en los años ochenta existía en Andalucía un gran desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la puesta en marcha de servicios dispensarizados con equipos concretos de Planificación Familiar, consiguió que el uso de métodos efectivos aumentase considerablemente. Actualmente, en la mayoría de los centros públicos no existen consultas como tales, dado que la prestación se incluye en la consulta médica a demanda, salvo las consultas para jóvenes. Este hecho, que indica una normalización de dicha prestación, a nuestro juicio puede dificultar la información y el asesoramiento sobre los métodos, sobre todo en poblaciones con especificidades culturales. Se requiere un mayor tiempo de dedicación a la vez que recursos formativos, por lo que sería conveniente establecer mecanismos que garantizaran dicha orientación.

El desconocimiento de la red asistencial, y la falta de información y de asesoramiento sexual, suponen factores restrictivos para esta población. Las barreras lingüísticas y la ausencia de materiales específicos adaptados y traducidos a las lenguas vernáculas, hace que muchas mujeres carezcan de información, verbal o escrita, al respecto. A esto se suman las dudas y dificultades en el seguimiento de los tratamientos debido a los déficits comunicativos que se producen entre el personal sanitario y las mujeres.

Ante estas dificultades, es preciso que el sistema sanitario articule estrategias encaminadas a facilitar el acceso y la utilización de los servicios ofertados. Por eso, además de hacer una captación activa, es importante adecuar los programas de planificación familiar al nivel de comprensión y a las especificidades culturales, no sólo de las mujeres inmigrantes, también de las pertenecientes a minorías étnicas autóctonas, tomando en cuenta sus valores y experiencias previas y sus puntos de vista, factores que son decisivos en el uso de la anticoncepción.

4.3. Interrupción voluntaria del embarazo

En el estudio titulado «La interrupción voluntaria de embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes», realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (publicado en 2006 con datos de 2004), se destaca que la tasa de IVE en España se situó en 8,94% en el 2004, siendo la más baja de la Unión Europea, y que el incremento producido se debió al mejor registro y al aumento en población inmigrante. Por ejemplo, en Suecia es de un 17% y en Rumania de un 50%. Ha influido el año de despenalización, la restrictividad de su regulación legislativa, las costumbres y condicionamientos culturales, y la presencia o ausencia de políticas de planificación familiar. En cuarenta y nueve países del mundo (41% de la población mundial) no hay restricciones en cuanto a la razón o a la edad gestacional para la práctica del IVE.

Los estudios existentes en la actualidad, procedentes de diversas fuentes, apuntan que la IVE es una práctica más frecuente entre las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2004, el 53,3 de las IVEs notificadas correspondían a mujeres no españolas (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005). En los estudios realizados en los distintos Distritos Sanitarios de la provincia de Almería, se observa que el mayor porcentaje de mujeres que accedieron al IVE eran de origen extranjero. En el Distrito Levante el 52,7% (Barroso y cols., 2005), en el Distrito Poniente un 66,4% de mujeres extranjeras de diecinueve nacionalidades (Soler y cols., 2004). Los datos procedentes de la Clínica GineAlmería, que realiza todas las IVEs de menos de doce semanas derivadas por los centros del Servicio Andaluz de Salud de esa provincia, revelan que el 49,8% corresponde a mujeres extranjeras, predominando las procedentes de los países del Este de Europa, seguidas por las de América del Sur.

De todo ello se deduce, según el estudio del Ministerio de Sanidad, que en la actualidad entre un 40 y un 50% de las IVEs practicadas en España corresponden a mujeres no españolas, estimándose las tasas totales de IVE de las mujeres inmigrantes de hasta un 30%, muy superior a la española de un 6%. Ello reforzaría la hipótesis de la relación con la dificultad de las mujeres inmigrantes de acceder a los servicios sanitarios y a los métodos anticonceptivos.

En el estudio cualitativo realizado por CIMOP (2005), en algunas jóvenes sudamericanas cabe asociar los embarazos no deseados a su proceso de integración en la sociedad española; es decir, se acumulan los riesgos de la cultura de origen a la española, sin haber desarrollado una gestión responsable de la anticoncepción. Además, hay culturas de origen que prescriben un gran número de hijos como modelo de realización personal y social; también se recoge en este estudio que las jóvenes se sienten presionadas para no utilizar el preservativo. Otro estudio cualitativo identifica los horarios como una dificultad de acceso a los servicios de planificación familiar; sobre todo en mujeres inmigrantes que ejercen de cuidadoras. Otras circunstancias relacionadas con el IVE es la negativa de la pareja a utilizar el preservativo, el desconocimiento de los métodos más idóneos, la falta de pareja, etcétera.

Se constata como algunas mujeres inmigrantes llegan a utilizar el aborto como un método contraceptivo en ausencia de planificación con otros métodos fiables y sistemáticos, siempre que el embarazo suponga una dificultad en sus vidas y sientan que está justificado por motivos económicos, de autorrealización personal, por carencia de apoyo socio-familiar; etc. Es un recurso que tienen presente ante un embarazo no deseado, realizándolo en ocasiones por su cuenta, sin acudir a ningún centro sanitario. Se han detectado algunos casos de mujeres inmigrantes que han acudido a las urgencias hospitalarias con intensas hemorragias debidas a la auto-introducción en la vagina de fármacos dilatadores del cuello uterino. El uso de estos fármacos puede guardar relación con las prácticas abortivas popularizadas en origen, dado que en algunos países latinoamericanos se han venido usando desde hace unos años como métodos contraceptivos. Lo curioso es que estas mujeres conozcan estos fármacos, de uso hospitalario, y no sean capaces de ponerse en contacto con las instituciones sanitarias que les puedan realizar el aborto en condiciones seguras.

Habría que preguntarse por los motivos que las empujan. Podría ser el resultado de las restricciones bajo los tres supuestos, a las dificultades de acceso que experimentan a la hora de acudir a los servicios sanitarios, o a que sea una práctica habitual con la cual están familiarizadas en sus lugares de procedencia, a pesar de que muchas legislaciones nacionales prohíben el aborto. Además, hay que tener en cuenta que aunque todas las mujeres manifiestan conflictos, contradicciones, y ambivalencias, las prácticas abortivas no tienen los mismos significados sociales y culturales, ni las mismas connotaciones de culpabilidad en todas las socieda-

des. En el Magreb, por ejemplo, con frecuencia se recurre a métodos abortivos tradicionales, tanto en los medios rurales como en los urbanos. La farmacopea tradicional usada con fines abortivos es una dimensión importante de la medicina popular, advirtiendo de la preocupación de las mujeres por resolver el problema de una excesiva prole y controlar así su fecundidad.

El aumento de embarazos indeseados es una realidad que hay que abordar desde los servicios sanitarios como una de sus prioridades en la atención a población inmigrante (Jansá y García de Olalla, 2004). En relación con todo lo expuesto, y en base a nuestra experiencia en la atención a mujeres inmigrantes que solicitan IVE, sugerimos a los profesionales sanitarios tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evitar posturas etnocentristas, intentando deslindar cuales son los prejuicios que los profesionales tenemos ante las practicas abortivas, de la prestación asistencial ofertada.
- No emitir juicios de valor al respecto, ni juzgar moralmente.
- Obtener toda la información posible que nos permita determinar cuál es la causa del IVE y qué componentes intervienen: cultura, costumbres, método anticonceptivo usado, etcétera.
- Si la mujer tiene pareja, intentar que esté presente durante la entrevista.
- Escucha activa, y en caso de dificultades idiomáticas, proponer la presencia de un acompañante de su confianza que conozca el idioma.
- Evaluar cuál es su actitud ante los distintos métodos anticonceptivos y cuál es su método de preferencia.
- Informar sobre los métodos anticonceptivos y la forma de obtención (citar para una próxima visita tras la realización del IVE). Si observamos que puede tener dificultades para acudir nuevamente, es preciso dedicar el tiempo necesario y solicitar pruebas complementarias necesarias para el método de elección. Si este método es el DIU, derivar a la consulta correspondiente.
- Cuando se trata de una menor, realizar parte de la entrevista sin la presencia de los padres, aunque posteriormente se le informe de las orientaciones indicadas y se potencie nuestra mediación intergeneracional, ya que es necesaria su colaboración.
- Prestar una especial atención a las menores que no disponen de recursos familiares.
- Cerrar la entrevista reiterando nuestra disponibilidad de ayuda e información.

4.4. Control prenatal

Un aspecto central en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes es la atención al embarazo. Los estudios epidemiológicos constatan que los programas de atención prenatal, cuyo origen está en los modelos desarrollados en Europa a principios del siglo XX, consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto. Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica, así como el fomento de la lactancia materna. La OMS indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles, y al hecho de recibir una atención al parto adecuada.

El establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención prenatal en nuestro medio, ha permitido que se alcancen unos niveles de calidad, que en términos de morbi-mortalidad infantil y materna nos sitúan en los niveles más desarrollados de nuestro entorno. El Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio establecido en la sanidad pública andaluza, pretende extender la oferta asistencial con equidad a toda la población, teniendo además en cuenta las expectativas y necesidades de las mujeres gestantes. El protocolo de dicho proceso establece diez visitas, cuatro en atención especializada y seis en la primaria, además de diversas actividades de educación maternal. Una de las características de calidad del proceso consiste en asegurar el cumplimiento del programa en sus contenidos y en los tiempos establecidos. La incorporación precoz de la gestante al programa, así como el número de visitas realizadas, constituyen indicadores de seguimiento (Dueñas, 2002).

Tanto las características de calidad establecidas por el proceso de atención al embarazo en Andalucía, como los mínimos establecidos por la evidencia científica en cuanto a la atención prenatal, pueden verse comprometidas en determinados colectivos. En nuestro medio, existen mujeres embarazadas adolescentes, de etnia gitana, e inmigrantes, que no se benefician de los programas prenatales en la misma medida que el resto de la población.

En el caso de los Estados Unidos, en concreto en el estado de California, en la pasada década se produjeron repetidos intentos de negar a las mujeres inmigrantes en situación irregular el acceso al cuidado prenatal, en la idea de que estas mujeres no eran ciudadanas estadounidenses, y aludiendo que el acceso a estos cuidados alentaba la inmigración ilegal (Inda, 2003). No es ésta la situación de los países europeos, que independientemente del estatus legal de las mujeres extranjeras, ofrecen cuidados prenatales sin ningún tipo de discriminación.

Sin embargo, diversos estudios realizados tanto en España como en otros países de Europa Occidental receptores de inmigración, coinciden en señalar que las embarazos inmigrantes presentan un déficit de atención prenatal, haciendo una menor utilización de los servicios preventivos de atención sanitaria, tanto primaria como especializada durante el embarazo, con una menor utilización de los servicios de preparación al parto, consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas que las autóctonas (Alvarado, 1997; Morales, 1998), realizando un menor número de pruebas complementarias (cribados bioquímicos, amniocentesis, analíticas, etcétera).

Un estudio comparativo realizado en el Hospital Torrecárdenas de Almería, entre los años 2002-2003 (Oliver y cols., 2003), desveló diferencias significativas en la utilización de servicios de atención prenatal entre mujeres autóctonas e inmigrantes, de modo que las primeras accedieron más precozmente (83,3% de acceso precoz, en autóctonas frente a un 56,6% en inmigrantes,) y realizaron un mayor número de visitas (8,66 frente a 7,12). De este modo, las tasas de buen control fueron más frecuentes en las autóctonas que en las inmigrantes. Así mismo, se observaron diferencias en el uso de los servicios en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres latinoamericanas realizaban unos mejores cuidados prenatales que las europeas del Este y las africanas, hecho que en parte puede ser explicado por la ausencia de barreras culturales e idiomáticas.

La falta de control prenatal afecta a todos los grupos de mujeres inmigrantes. Estas mujeres se encuentran con obstáculos en la atención, incidiendo situaciones que las afectan de distinta manera, independientemente de su país de origen, de su nivel educativo o de su grado de emancipación. De este modo, la mayoría presenta dificultades en el acceso y la utilización de

los servicios sanitarios, beneficiándose en menor medida que las autóctonas de los recursos sanitarios existentes en nuestro medio.

Este déficit de atención prenatal, que repercute en los resultados perinatales (Vintzileos y cols., 2002), no sólo afecta a las mujeres inmigrantes, sino también a las autóctonas de baja instrucción y/o insertas en bolsas de pobreza. En general, las mujeres con bajo nivel socio-económico, tienen un peor seguimiento y adherencia a los programas de embarazo que las mujeres con mayores recursos (Dueñas y cols., 1997). En Estados Unidos son conocidas las diferencias en los cuidados prenatales entre mujeres blancas y negras, con una clara desventaja de las segundas, lo cual se relaciona con desigualdades socio-económicas (Tossounian y cols., 1997; Frisbie y cols., 2001). Sin embargo, aunque existen sectores desfavorecidos de población autóctona, los indicadores presentados por las mujeres inmigrantes son peores que los de la población general (Herrera de la Muela, 1999).

Las clases de educación maternal constituyen un espacio que favorece tanto las actividades de promoción de la salud, como las relaciones interculturales y la integración social de estas mujeres. Sin embargo, la asistencia a estas sesiones es anecdótica en el caso de las mujeres inmigrantes, aunque depende mucho de las estrategias de captación que se lleven a cabo en los respectivos centros de salud: información adecuada, presencia de mediadoras interculturales durante las sesiones, etcétera.

4.5. Barreras en el acceso al control prenatal

Aunque todos los estudios constatan un déficit de atención prenatal, los perfiles epidemiológicos que las suelen categorizar de una manera rígida como mujeres inmigrantes o por su lugar de procedencia, muestran limitaciones, al no tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentadas en cuestiones socio-económicas, educativas, culturales y sanitarias, que influyen en el acceso y el uso de los servicios de salud y en la morbilidad materna y perinatal (Delvaux y cols., 2001). Además, los aspectos epidemiológicos no recogen información de cómo la diversidad cultural afecta a los problemas de salud reproductiva.

¿Cuáles son las razones que dificultan el acceso al control prenatal?, ¿qué factores están influyendo en el menor uso de servicios preventivos durante el embarazo? El acceso normalizado a los servicios de salud durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras (administrativas, lingüísticas, culturales y socio-laborales) que el colectivo inmigrante en general; sin embargo, en las mujeres se añaden particularidades culturales y de género. Un estudio destinado a conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios durante la gestación por parte de las mujeres inmigrantes, en comparación con las autóctonas, analizó los factores que mediaban en la forma de usar esos servicios (Oliver, 2004):

- **Situación administrativa en España.** A pesar del derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras durante el embarazo y parto, la irregularidad administrativa condiciona negativamente el acceso.
- **Tipo de pareja.** Las mujeres extranjeras emparejadas con varones españoles, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, tienen mejores tasas de control que aquellas cuya pareja es también inmigrante.
- **Lugar de residencia.** La ubicación de la vivienda influye en el control prenatal, determinando en gran medida la accesibilidad a los servicios de salud. Las mujeres residentes en

casas-cortijo diseminados, aisladas social y vecinalmente, situación frecuente en la población ligada al trabajo agrícola, acceden más tardíamente y tiene un menor grado de control que aquéllas que viven en la ciudad o en pueblos dotados de servicios.

- **Desconocimiento del derecho a la prestación sanitaria y de la red asistencial.** A pesar de la cobertura legal proporcionada por nuestra legislación, que asegura el derecho a la asistencia sanitaria, a veces desconocen el derecho a las prestaciones sanitarias, y sobre todo, la existencia y el funcionamiento de los programas de atención prenatal en nuestro medio, sobre todo cuando son recién llegadas y no tienen redes sociales que les informen y apoyen.
- **Tiempo de residencia en España.** En general, a mayor tiempo de residencia en España y mayor estabilidad laboral, administrativa y económica, existe mayor posibilidad de acudir de forma normalizada a los servicios sanitarios.
- **Motivos socio-laborales.** El proyecto migratorio de los inmigrantes económicos se centra en el trabajo y el ahorro. Tanto para hombres como para mujeres, las trabas laborales, la precariedad laboral, los horarios rígidos o el temor al despido, constituyen dificultades de acceso a los servicios sanitarios. En el caso concreto de mujeres embarazadas en situación administrativa irregular, incluso pueden llegar a ocultar el embarazo por miedo a perder el empleo, situación que dificulta el control prenatal.
- **Barreras lingüísticas relacionadas con el idioma.** Los problemas derivados de la comunicación constituyen la mayor dificultad en la atención sanitaria a este colectivo, que imposibilitan, sobre todo, la explicación de determinadas pruebas diagnósticas que requieren una información detallada y el consentimiento de la embarazada, tales como las analíticas de *screening* prenatal, la amniocentesis y la analgesia epidural.

Las dificultades lingüísticas son desfavorables para el buen desarrollo de la anamnesis, de forma que las consultas y los exámenes ocupan más tiempo y son más estresantes para el personal sanitario y para las mujeres, que tienen dificultades para desvelar su historial. Es una realidad que las historias clínicas de las mujeres extranjeras están en muchas ocasiones vacías y faltas de datos, no registrando apenas antecedentes médicos, alérgicos, obstétricos y familiares.

En la mayoría de los casos, los problemas lingüísticos se solucionan mediante el acompañamiento de sus parejas, familiares o amigas, que hacen de intérpretes, e incluso con mediadoras informales que surgen de manera espontánea, y que conocen el idioma y el funcionamiento del sistema sanitario. Muchas veces las acompañan hijas e hijos, que al estar escolarizados tienen un buen manejo del castellano, y que abandonan la escuela para atender a sus madres y servirles de intérpretes, situación que podría estar generando un problema de absentismo escolar. El uso de estos intérpretes puede crear problemas, debido a las inhibiciones que les supone a algunas mujeres contar sus problemas obstétrico-ginecológicos delante de los niños y adolescentes, e incluso de sus maridos, pudiendo llegar a omitir información.

Además de las barreras lingüísticas en la comunicación verbal, en la asistencia a mujeres foráneas también se aprecian diferencias en los modelos comunicativos (Oliver, 2002). Las cuestiones de género, es decir, los roles adoptados por mujeres y hombres, influyen en este sentido. En ocasiones, la comunicación con las mujeres musulmanas únicamente se puede establecer a través del marido. La expresión a través de sus parejas responde a un patrón cultural según el cual el varón es el encargado de las relaciones exteriores.

Debido a la segregación sexual de los espacios en las sociedades tradicionales musulmanas, mientras que al hombre le corresponden los espacios públicos, la mujer permanece en los espacios privados. Estas mujeres pueden tener interiorizado el silencio en los ámbitos extra-domésticos y extra-familiares, e incluso variar su patrón de comunicación según si se dirige a ellas un varón o una mujer.

Existen también diferencias en los estilos de comunicación no verbal. En cuanto al contacto físico, el tacto apropiado está conceptualizado a nivel cultural. Hay culturas que son más táctiles que otras, existiendo tabúes en relación al tacto. Más allá de su funcionalidad diagnóstica, el contacto físico se usa con mucha frecuencia en el ámbito asistencial. Un problema frecuente es vincular a personas de culturas donde mujeres y hombres no se tocan, con profesionales sanitarios de salud del sexo contrario. Por ello, algunas mujeres pueden sentirse incómodas al ser exploradas por personal sanitario masculino.

- **Cuestiones de género.** Las desigualdades de género dificultan el acceso a los recursos sanitarios, constituyendo una barrera específica de las mujeres inmigrantes. En el contexto migratorio, se pueden reproducir valores y comportamientos tradicionales de origen, tales como los conceptos relacionados con la jerarquía familiar, que concede al varón la preeminencia en el grupo familiar y la representatividad exterior.

Algunas mujeres que vienen por reagrupamiento familiar tienen una autonomía limitada, dependiendo de sus parejas para acudir a los servicios sanitarios de atención prenatal, sobre todo cuando se dan situaciones de aislamiento social y residencial, o cuando las mujeres no dominan el castellano. Estas situaciones de dependencia colocan a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando existen problemas y complicaciones durante el embarazo.

La consideración de los fenómenos reproductivos como eventos totalmente femeninos en algunas culturas, puede dificultar que ciertos varones inmigrantes se impliquen activamente en los cuidados durante la gestación. En general, aún los hombres más tradicionales adquieren un mayor grado de co-responsabilidad en el contexto migratorio, asumiendo ciertas responsabilidades en cuestiones reproductivas que hubieran resultado impensables en su país de origen, lo que a la larga puede dar lugar a cambios en la dinámica familiar.

- **Pautas estructurales y culturales de origen.** Las creencias y la información que tienen las mujeres sobre el proceso gestacional condicionan una actitud distinta ante la necesidad del cuidado prenatal, percepción influenciada por la forma de tratar la salud en el país de origen. Mientras que en los países occidentales el embarazo se ha «medicalizado» de tal forma que constituye un acontecimiento vital que siempre transcurre dentro del sistema sanitario, en muchas zonas con menor grado de desarrollo, los cuidados profesionales durante el embarazo y parto no son sistemáticos, con una oferta de salud pública deficitaria y una escasa cultura de prevención.

Las nociones previas sobre la importancia de los controles de embarazo puede estar jugando un papel importante en la utilización de los recursos sanitarios. El déficit de atención prenatal en mujeres inmigrantes puede ser debida a la escasez de recursos sanitarios en su país de origen, que las hace tener una «cultura restrictiva o conservadora» del uso de los servicios sanitarios. Por esta razón, la falta de utilización de los servicios prenatales está probablemente relacionada con la percepción del embarazo como una situación que no requiere atención médica. Algunas mujeres inmigradas, poco familiarizadas con la asistencia prenatal, siguen actuando como en el lugar de origen, no utilizando los servi-

cios preventivos prenatales a menos que sea estrictamente necesario. A más edad de la mujer, menor nivel de escolarización, procedencia rural, y más hijos nacidos en su país de origen al margen de las instituciones sanitarias, tienen menos posibilidades de realizar los controles prenatales.

- **Cuestiones religiosas.** Los motivos religiosos, en concreto la práctica del Ramadán, puede interferir en los controles prenatales y en la asunción de determinados cuidados durante el embarazo. Aunque el Islam no obliga a las mujeres embarazadas a realizar esta práctica religiosa, la mayoría lo practican, existiendo dificultades para realizar determinadas pruebas diagnósticas y procedimientos estandarizados (analíticas, vacunas, exploraciones ginecológicas, etc.). La práctica del Ramadán plantea problemas adicionales en caso de mujeres embarazadas con problemas de salud que precisan la toma de medicamentos. También en caso de diabetes gestacionales, en las cuales se prescribe una alimentación fraccionada, existen dificultades. A veces, se presentan problemas con las mujeres insulino-dependientes (Oleffe, 1995).
- **Necesidades percibidas diferentes.** Desde los círculos sanitarios se insiste en la importancia de los controles del embarazo. Sin embargo, en muchos casos las mujeres inmigradas, que son jóvenes y se sienten sanas, no sienten la necesidad de usar los servicios de salud tal y como lo hacemos las autóctonas, que en ocasiones establecemos una relación de excesiva dependencia. A través de sus discursos muestran más preocupación por otros aspectos de su existencia en España: obtención de papeles, el trabajo, la vivienda, la falta de redes sociales, etc. La salud es un bien de uso, un medio para trabajar y atender a los demás, frente a un bien de consumo, de modo que «a la salud se le reconoce como valor cuando se ve la enfermedad, cuando la pérdida de salud es tan grave que imposibilita el ejercicio de las funciones diarias» (Castillo y Mazarrasa, 2001). En este contexto, los temas de prevención y promoción de la salud, centrales en los controles prenatales, adquieren un carácter secundario.

El control de embarazo que se realiza actualmente en nuestro medio pone un especial énfasis en los adelantos técnicos, sobre todo en el uso de la ecografía y otras técnicas novedosas, reflejo de un modelo de sociedad altamente tecnificada. Éste es el modelo que queremos aplicar unívocamente a todas las mujeres, sin tener en cuenta que las necesidades percibidas de las gestantes foráneas pueden ir por otros derroteros. Por ejemplo, se tienen muy poco en cuenta aspectos tales como la atención psico-social durante esta etapa vital, que es una de las cuestiones que más les preocupa a las mujeres inmigrantes, dado el deficitario apoyo social y familiar que suelen experimentar en la emigración.

- **Percepción de los servicios sanitarios.** Las experiencias, tanto positivas como negativas, que tienen los usuarios acerca de los servicios sanitarios, influyen en su utilización, de modo que dejan de acudir si perciben que no se les trata adecuadamente. Sin embargo, las mujeres inmigrantes se sienten bien atendidas por los servicios de salud españoles, valorándolos muy positivamente. En muchos países de procedencia, aunque los adelantos científico-médicos están disponibles, son accesibles a una minoría privilegiada, existiendo grandes variaciones en la atención en función de los ingresos económicos. Por tanto, estas mujeres se encuentran contentas con la sanidad pública, que está garantizada incluso en situaciones de irregularidad administrativa, y que es totalmente gratuita.

En definitiva, las barreras en la accesibilidad están en relación, tanto con las condiciones de vida como con la cultura de origen, que, aunque importante, no debe ser tomada en

cuenta como un factor totalizador y homogéneo, dado que se produce una gran gama de diferencias entre mujeres oriundas de la misma zona geográfica y la misma cultura. Desde la sanidad pública andaluza se debe favorecer el acceso a los servicios de salud, implantando mecanismos tendentes a disminuir las desigualdades y los problemas sanitarios de las mujeres inmigrantes. Habría que tomar en cuenta el contexto migratorio global y las distintas variables socio-económicas, culturales, administrativas y de género, que inciden sobre estas mujeres, para introducir servicios adaptados a sus necesidades.

Intervenciones socio-sanitarias para promover el acceso a los servicios de atención prenatal

El déficit en el control de embarazo que presentan las mujeres inmigrantes podría solucionarse con diversas estrategias: campañas de información de los recursos asistenciales y de difusión del control prenatal, introducción de mediadoras interculturales para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios, materiales de educación y promoción de la salud en diferentes idiomas, campañas activas de captación que impliquen a las distintas ONGs y a los servicios de atención a inmigrantes, adaptación de los servicios a las necesidades de las gestantes foráneas, y abordaje de los factores contextuales de tipo socio-económico que condicionan la salud de estas mujeres.

La atención durante el embarazo debe adaptarse a las necesidades concretas de las gestantes inmigrantes, mediante la cercanía geográfica, la flexibilidad en los horarios, y el acercamiento de los servicios. Se podría rentabilizar también el número de visitas realizadas. La evidencia científica acerca de la atención prenatal en embarazadas de bajo riesgo concluye que las reducciones pequeñas del número de consultas son compatibles con buenos resultados perinatales, estimando que en embarazadas de bajo riesgo la cantidad mínima es de cuatro. Por tanto, son factibles intervenciones durante el embarazo en menor número de consultas sin arriesgar la eficacia, no poniendo tanto énfasis en el número de controles como en la implementación de aquellas prácticas cuya eficacia está demostrada científicamente (Villar y Khan-Neelofur, 1998). En este sentido, sería factible reducir las visitas a mujeres, tanto inmigrantes como autóctonas, que tienen problemas de acceso a los servicios sanitarios. Para ello se les podría aplicar el modelo de control prenatal propuesto por Organización Mundial de la Salud para gestantes que no presentan factores de riesgo, que limita el número de consultas a aproximadamente 4-5 y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquéllos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales (Villar, 2003).

4.6. Morbilidad asociada al embarazo y parto

La morbi-mortalidad materna es un indicador sensible de la condición jurídica y social alcanzada por la mujer en la sociedad. La tasa de mortalidad materna, que sigue estando en cifras escandalosamente altas en muchas regiones del mundo, es el indicador socio-sanitario que más elevadamente señala la desigualdad Norte-Sur. En la mayoría de los países pobres, las complicaciones del embarazo y parto son la mayor causa de defunción de mujeres en edad de procrear, al no disponer de personal cualificado para la atención al parto, de atención de emergencia, ni de buena atención pre y post natal, alcanzando niveles en torno a las mil muertes maternas por cien mil nacidos vivos, frente a 6-25 defunciones maternas registradas en países desarrollados (PAI, 2001).

Aquellas mujeres inmigradas procedentes de zonas con escaso despliegue en los servicios de salud reproductiva, obtienen ventajas considerables en la atención sanitaria recibida en nuestro contexto sanitario, donde el índice de riesgo reproductivo es de los más bajos del mundo, viendo drásticamente reducida la morbi-mortalidad materna y perinatal sufrida en origen. Sin embargo, un derecho fundamental como es la salud, y en concreto la salud reproductiva, puede presentar desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, déficits que pueden ser evitados.

Investigaciones realizadas en países occidentales que acogen inmigración, revelan la existencia de desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes con respecto a las autóctonas, presentando las primeras mayores tasas de natalidad, más factores de riesgo durante el embarazo y parto, así como una mayor morbi-mortalidad materno-perinatal asociada al embarazo.

Los estudios que analizan las características sanitarias de las mujeres inmigrantes y de sus recién nacidos son aún incipientes en nuestro país, en parte por lo novedoso que tiene el fenómeno de la inmigración, y en parte, por la dificultad de identificación de las mujeres extranjeras en las fuentes de información sanitarias. Además, los resultados publicados con respecto a la morbilidad gestacional, obstétrica y perinatal, son limitados y controvertidos.

Con respecto a las complicaciones durante el embarazo, análisis realizados en el Hospital de Poniente de El Ejido entre 1996 y 2001 encontraron que de una muestra de 1048 gestantes inmigrantes, el 76% presentó algún factor de riesgo durante el embarazo, de éstas un 20,5% sumaron dos, y un 14% tres o más. El más frecuente con un 24,6% fue el embarazo no controlado (cuando se ha realizado por parte de la embarazada una o ninguna visita sin llegar a realizar ninguna prueba complementaria) y mal controlado (cuando han sido menos de cuatro las visitas prenatales y de tres las determinaciones analíticas). Le seguía las infecciones maternas graves con un 23,4%. De éstas un 49,1% eran portadoras del *Streptococo* del Grupo B, y un 22,7% presentaban infecciones del tracto urinario. A mayor distancia se encontraba el factor de riesgo edad <18 o >35 años y la diabetes (11,8 y 9,6% respectivamente). Entre un 6 y 6,5% se hallaron varias complicaciones como amenaza de parto prematuro (6%), malos antecedentes obstétricos (6,2%), anemia (6,2%) y problemas sociales (6,5%). La última de estas principales patologías detectadas fue la cirugía uterina anterior al embarazo con un 4,6% (Martínez, 2003).

Al comparar con mujeres autóctonas, en estudios posteriores se halló diferencias significativas en cuanto al número y a la distribución de los factores de riesgo. Así, entre las 494 mujeres inmigrantes que dieron a luz en el mismo centro durante el año 2002, el 81,7% presentaron algún factor de riesgo asociado al embarazo, de las que un 26% sumaron dos riesgos, y un 16% tres o más, mientras que entre una muestra igual de mujeres autóctonas un 71,8% tuvieron alguna patología durante la gestación, un 21% acumularon dos factores de riesgo, y un 13,3% alcanzaron tres o más. Los más frecuentes con significación estadística para el grupo de las inmigrantes fueron los problemas sociales, el embarazo no controlado y las captaciones tardías, las infecciones maternas, bien tomadas en su conjunto, como específicamente la detección de lúes, estado de portadora de hepatitis B, la colonización vaginal o rectal por el *streptococo* del grupo B, y otras infecciones (Martínez y López, 2004).

Atendiendo a colectivos concretos de gestantes extranjeras, en un grupo de 115 magrebíes en el Hospital de Palamós de Girona en el año 2000, se encontraron diferencias significativas en cuanto a control del embarazo, colonización vaginal o rectal por *streptococo* del grupo B, e hiperemesis. Así, en un 28% de las magrebíes se diagnosticó un mal control del embarazo,

el 29% estaban colonizadas por SGB, y se presentaron cuatro casos de hiperemesis grave frente a un 4%, 10% y ningún caso, respectivamente, en autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002). Sin embargo, en una muestra de 203 mujeres inmigrantes en su mayoría de países latinoamericanos, que parieron en el hospital 12 de Octubre de Madrid entre diciembre de 2000 y marzo de 2001, los controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo fueron similares a las de las gestantes españolas (Sánchez y cols., 2003).

Parece, por tanto, que el área geográfica de procedencia de las mujeres puede estar jugando un papel importante en la presencia de morbilidad durante la gestación, así como en la diferente distribución de las prevalencias. Una correcta identificación del origen permitiría una monitorización más acertada de los factores de riesgo entre los distintos colectivos, así como un enfoque más apropiado a la hora de desarrollar determinadas intervenciones sanitarias.

La incidencia de colonización vaginal por SGB ha demostrado una marcada variación étnica y geográfica, estimándose en general que afecta al 12-40% de las embarazadas. En población norteamericana, por ejemplo, fue encontrado en el 13,7% de los cultivos vaginales en población blanca, 21,2% en las afroamericanas y 20% de las hispánicas. Además, la colonización es mayor en mujeres con múltiples parejas sexuales y en las de menor nivel educacional, no existiendo relación con la edad, paridad y otras infecciones bacterianas vaginales (Spaetgens y cols., 2002), si bien existe en la bibliografía cierta controversia en este último aspecto. El que algunos grupos de mujeres inmigrantes hayan presentado mayor colonización que las autóctonas puede estar justificado por su procedencia geográfica y étnica, y por los otros factores asociados pero que hasta el momento desconocemos y que, por tanto, deberían ser objeto de una mayor investigación. Con respecto al resto de procesos infecciosos como lúes y hepatitis B hay que tener en cuenta que puede estar ocurriendo como en numerosas regiones de Europa Oriental y Central donde hay una mayoría de varones que emigran solos, y donde se está observando una incidencia creciente de estas afecciones, asociado a un comportamiento sexual que incluye el contacto con trabajadoras sexuales. Además en el caso de la hepatitis B se trata de una enfermedad endémica en África subsahariana y África del Sur aspecto a tener en cuenta entre estos colectivos (Vázquez y cols., 2000).

Los factores sociales también se han relacionado con las gestantes inmigrantes. Estos factores, bien de índole económica, como son el bajo nivel de ingresos, irregularidad administrativa, como de tipo cultural y de tipo de vida como el bajo nivel de estudios, edad, intervalo corto entre embarazos, falta de apoyo familiar; estrés físico y psíquico, deberían de tenerse más en cuenta, ya que pueden tener también repercusión en los resultados perinatales.

En cuanto a los resultados en el parto, aunque en algunos estudios se observan porcentajes algo más elevados de cesáreas entre las inmigrantes, estas diferencias no muestran significación estadística. Lo que si se ha encontrado es una menor utilización de la analgesia epidural durante el parto en mujeres magrebíes, no precisando ningún tipo de anestesia en más ocasiones que las autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002), lo que puede estar en relación con las dificultades en la comunicación y en la explicación de esta técnica analgésica, que precisa el consentimiento informado de la parturienta.

La frecuencia de prematuridad varía en los distintos estudios, siendo en general similar en ambos grupos (López y cols., 2005), aunque algunos estudios andaluces muestran una diferencia significativa entre un 7,89% de partos pretérmino entre inmigrantes frente a un 4,25 entre nacionales, así como más postérmino (2,83 vs. 0,6%) (Martínez, 2003). La media

de peso de los recién nacidos de origen magrebí se ha descrito mayor que la de los hijos de madres nacionales (3.503,51 g frente a 3.318,58 g), mientras las prevalencias de nacidos con bajo peso (<2.500 g) y muy bajo peso (<1.500 g) han sido parecidas entre inmigrantes y no inmigrantes. Tampoco se ha descrito una mayor mortalidad perinatal entre los primeros. Aunque los valores de los índices de Apgar se muestran similares con respecto a los hijos de madres nacionales, en unas unidades neonatales se ingresan más nacidos de origen extranjero que en otras (Pérez y cols., 2004).

El hecho de que en general los hijos de madres inmigrantes no presenten peores resultados que los de madres autóctonas, coincide en gran medida con los datos obtenidos en diferentes países de fuerte inmigración como Estados Unidos, Bélgica o Francia. Podría explicarse por una parte por la teoría del emigrante sano, consistente en la auto-selección espontánea que se produce entre quienes deciden emigrar; que suelen ser quienes disfrutan de un alto patrimonio de salud, lo que influiría en estos buenos resultados. Por otro lado, podrían actuar ciertos aspectos culturales como factores de protección. Un gran apoyo cultural hacia la maternidad y una dieta tradicional saludable, causan que las latinas inmigrantes en Estados Unidos tengan comportamientos menos arriesgados como fumar cigarrillos o beber alcohol, lo que podrían estar sucediendo con las mujeres inmigrantes en nuestro país. Con respecto al hábito tabáquico, un factor que incide sobre el peso al nacer de los bebés, un estudio belga comprobó que las mujeres inmigrantes norteafricanas embarazadas fumaban menos que las belgas: un 5 frente a un 29%, respectivamente (Delvaux, 1997). Finalmente, la importancia de la red de apoyo social entre las extranjeras, que consta de redes informales y el traslado del conocimiento intergeneracional, también podría estar contribuyendo a estos hallazgos (Wingate y Alexander, 2006; Madan y cols., 2006; Mcglade y cols., 2004).

4.7. Atención al parto

Los datos aportados por nuestros hospitales son reveladores, dándonos una idea de la dimensión de la atención al parto en mujeres inmigrantes y la evolución en el número de nacimientos de madres extranjeras. Es una realidad que en nuestros servicios sanitarios la atención a mujeres inmigrantes está aumentando año tras año, con una importante diversificación, heterogeneidad y proporción de población extranjera atendida, alcanzando cuotas de atención que en algunos centros hospitalarios andaluces alcanza el 30%. En un estudio realizado en Almería sobre el porcentaje de partos y las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en los hospitales públicos de la provincia, entre los años 2002-2003, un 18,84% de los nacimientos ocurridos en la provincia correspondían a madres extranjeras. La incidencia en la atención variaba entre un 15 y un 30% en función de los hospitales, con una tendencia al alza en rápido crecimiento, y una composición por procedencia desigual, en función de las características de la inmigración en las respectivas zonas de influencia de cada centro sanitario: así, mientras en unos hospitales predominaba el colectivo africano, en otros era el latinoamericano, con características socio-culturales muy diferentes (Oliver y cols., 2004b).

Estos datos proceden de investigaciones específicas, dado que en la actualidad existe una escasa información de esta población y una gran variabilidad en los datos. Existen errores de base a la hora de calcular el número de mujeres extranjeras atendidas en los centros asistenciales, dado que no existen datos numéricos oficiales ajustados a la realidad por las

lagunas existentes en los sistemas de registro, que generalmente no contemplan la variable nacionalidad. Esta situación condiciona el desconocimiento de la magnitud del fenómeno. Sin embargo, a la hora de plantearse mejoras en la atención a este colectivo, es preciso realizar una aproximación cuantitativa, tanto al porcentaje de atención como a las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en nuestros servicios sanitarios. Estos estudios deben ser realizados en cada centro, dada la heterogénea presencia de la población extranjera y su desigual distribución territorial.

El peso numérico de las mujeres inmigrantes, así como sus diversas procedencias geográficas, hace que el trabajo cotidiano de los profesionales de las áreas de obstetricia se desenvuelva en un entorno multicultural. Dada la influencia que tienen los factores culturales durante el parto, esta situación plantea nuevos retos a los servicios sanitarios, que han de adaptarse a la demanda existente. Durante la atención al parto en el medio hospitalario, algunos problemas en la atención sanitaria derivan de los déficits de comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres inmigrantes debido a barreras lingüísticas y culturales, que dificultan la relación terapéutica. En el caso concreto del parto, existen diferencias sociales, culturales, religiosas y de género en las prácticas sanitarias, que afectan a la vivencia del parto y a la interacción con el recién nacido, aspectos que los profesionales sanitarios han de tener en cuenta en la prestación de cuidados (Luque y Oliver, 2005).

5. PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES INMIGRANTES

5.1. Mejora en la investigación

Existen estudios epidemiológicos en España en torno a la salud y a la conducta reproductiva de las mujeres inmigrantes, pero las lagunas en muchos aspectos son considerables. Por tanto, en un momento en el que la atención a mujeres inmigrantes es especialmente significativa, se hacen necesarias investigaciones que conduzcan a un mejor entendimiento de las necesidades, acceso al sistema sanitario, situación de salud, prácticas y conductas que en cuanto a la salud reproductiva tiene la población femenina inmigrante.

Los perfiles epidemiológicos por sí mismos muestran limitaciones, dado que categorizar a las mujeres de manera rígida por su condición de inmigrantes, sin tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentadas en cuestiones socio-económicas, educativas, culturales y sanitarias. Por ello, es preciso complementar los estudios cuantitativos con estudios basados en metodología cualitativa, para que sean las propias mujeres quienes expresen sus necesidades y expectativas en materia de salud, las dificultades que tienen para acceder a los servicios sanitarios, así como sus opiniones y experiencias en este sentido. Estos discursos pueden proporcionar fundamentos objetivos a la planificación de intervenciones de prevención y de promoción de la salud orientadas a mejorar la calidad de los cuidados a este grupo de mujeres (Castillo y cols., 2001).

5.2. Mejora en los registros sanitarios

Resulta fundamental, de cara a la investigación y al conocimiento de esta población una mejora en los registros sanitarios, que deberían contemplar la variable nacionalidad.

5.3. Elaboración de materiales de promoción de la salud adaptados

Dada la heterogeneidad de la población atendida, así como las dificultades lingüísticas derivadas del idioma, los materiales sobre promoción, educación, e información sanitaria, tendrían que estar adaptados. Resulta necesaria la realización de materiales específicos para las mujeres inmigrantes, adaptados y traducidos los idiomas vernáculos mayoritarios: información sobre anticoncepción, cuidados básicos durante el embarazo, información y consentimientos informados de analgesia epidural y otros procedimientos obstétricos, explicación de pruebas diagnósticas y pruebas especiales de laboratorio, etcétera.

5.4. Abordaje de los aspectos culturales y de género

Es importante tener en cuenta ciertos aspectos culturales para dispensar una atención acorde a las concepciones que tienen las mujeres inmigrantes acerca de las cuestiones reproductivas, y favorecer así la integración en cuestiones sanitarias, sobre todo en las cuestiones de pudor; en la feminización de la asistencia sanitaria, etc. Dados los condicionamientos culturales, que además pueden ser muy variables en función de las individualidades, es importante preguntar siempre por las preferencias específicas, y fomentar que las mujeres se expresen, tanto en el caso de las mujeres inmigrantes como en el de las autóctonas.

El abordaje de las desigualdades de género es un aspecto fundamental, pero difícil de llevar a cabo desde los servicios sanitarios; por ello, sería preciso introducir la mediación intercultural en determinados colectivos, para que trabajen con las mujeres con el objetivo de que se sientan capaces y legitimadas para tomar decisiones que les permitan controlar su propia salud, y desarrollen habilidades con el objetivo de adquirir mayor influencia y poder de negociación en la familia y en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdelkhalek A, Ajbilou A, Fazouane A. Pauvreté, besoins de base et comportements démographiques au Maroc. *Rapport du Social*. Okad, 2000, pp. 41-61.
- Alvarado (1997), Morales (1998) *Mujeres migrantes y salud reproductiva*. Disponible en URL: <http://www.estadonacion.or.cr/Info98/nacion4/rec-7-8.htm.6k> [accedido el 2-3-2003].
- Alcalá MJ. Definición de Conceptos y Derechos. *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Nueva York: Family Care International, 1995, pp. 16-7.
- Asford L. *Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euroasia*, 2003. Disponible en URL: <http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement>.
- Baraza Cano MP, Lafuente Robles N, Granados Alba A. Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería. *Enfermería Comunitaria*. 2005;1(1):18-23.
- Barroso P y cols. Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres de un Distrito Sanitario de Almería, período 1998-2002. *Revista Española de Salud Pública*. 2005;79(4).
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, nº 3, volumen II, marzo 2005.
- Bravo Moreno A. *Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva*. Estudio realizado mediante ayuda otorgada por el Instituto de la Mujer, expediente nº 6/99. Madrid: Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 2002.
- Castillo S, Mazarrasa L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. *OFRIM*, 2001, suplementos 8. Disponible en URL: <http://www3.upco.es/pagnew/iem/newweb/actividades> [accedido el 1-8-2003].

- Castillo S, Mazarrasa L, Sanz, B. Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategias para promocionar su salud. *Index de Enfermería*. 2001;34:9-14.
- CIMOP. *Estudio sobre las IVEs en jóvenes en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Comisión de migraciones, refugiados y demografía. *Condiciones sanitarias de los inmigrantes y refugiados en Europa*. Asamblea Parlamentaria, Consejo de Europa Doc 8650, 2000.
- Delvaux T. Datos perinatales de la población de emigrantes norteafricanos en Bélgica. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997, pp. 177-9.
- Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med*. 2001; 21(1):52-9.
- Dueñas RM, Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, Fernández MJ, Lora N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Atención Primaria*. 1997;19(4):188-94.
- Dueñas JL (coord.). *Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio*. Sevilla: Consejería de Salud, 2002.
- Esteban ML. La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre la lactancia materna y el cuidado infantil. En: Perdigüero E, Comelles JM, editores. *Medicina y Cultura*. Barcelona: Bellaterra, 2000, pp. 207-26.
- Frisbie WP, Echevarría S, Hummer RA. Prenatal care utilization among non-hispanic whites, african americans, and mexican americans. *Matern Chil Health J*. 2001;5(1):21-3.
- García Gallego y col. Estudio comparativo y descriptivo de adolescentes e inmigrantes en relación a la IVE. *Página web Clínica GineAlmería*.
- Gregorio Gil C. *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Narcea, 1998, p. 23.
- Hernando V y cols. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Sanidad y Consumo*, semana 8-9, vol. 13, nº 4/37-48. ISSN:1135-6286.
- Herrera de la Muela M y cols. Control inadecuado del embarazo. Resultados en el Hospital Maternal La Paz. *Prog Obstet Ginecol*. 1999;42:487-93.
- Holgado I. La mujer inmigrante marroquí en Barcelona. En: Moga V, Ahmed R. *Mujer tamazight y fronteras culturales*. Melilla: Servicio de Publicaciones, 1998, pp. 129-37.
- Inda JX. El biopoder, la reproducción y el cuerpo de la mujer inmigrante en los Estados Unidos. En: Checa F, Arjona A, Checa JC, editores. *La integración social de los inmigrantes. Modelos y experiencias*. Barcelona: Icaria, 2003, pp. 39-60.
- Izquierdo Escribano A, López de Lera D. La huella demográfica de la población extranjera en España. *Sistema*. 2003;175-176:181-200.
- Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Atención Primaria*. 1995;15(5): 320-7.
- Jansa J, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18(supl 1):207-13.
- Juliano D. Los nuevos modelos de investigación y la migración de las mujeres. *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Cátedra, 2004, pp. 173-216.
- Kaplan A. Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población migrante senegambiana residente en Cataluña. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997, pp. 153-7.
- López MF, Gómez T, Manzanares S, Martínez E, Puertas A, Montoya F. Parto prematuro e inmigración. *Cienc Ginecl*. 2005;4:203-8.
- Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Culture differences on perceiving and living delivery: the case of immigrant women. *Index de Enfermería* (digital edition). 2005;48-49. Disponible en URL: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49e9-13.php>.

- Madan A, Palaniappam L, Urizar G, Wang Y, Fortmann SP, Gould JB. Sociocultural factors that affect pregnancy outcomes in two dissimilar immigrant groups in the United States. *J Pediatr*. 2006;148(3):341-6.
- Marqueta JM, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clin Invest Gin Obst*. 2002;29(9):318-28.
- Martínez E. Embarazo y riesgo en mujeres inmigrantes. *Conceptos básicos en Obstetricia y Ginecología*. Granada: Ed. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Poniente de Almería, 2003.
- Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 2004;5(17):12-8.
- Mcglade MS, Saha S, Dahistrom ME. The Latina Paradox: An opportunity for restructuring prenatal care delivery. *Am J of Public Health*. 2004;2062-5.
- Mernissi F. ¿Es concebible una planificación de la natalidad sin democracia? *El poder olvidado: Las mujeres ante un Islam en cambio*. Barcelona: Icaria, 1996, pp. 91-120.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 30 de junio de 2006*. Madrid, julio de 2006.
- Molina González M. *Adaptaciones etno-culturales en pautas de salud reproductiva de mujeres inmigrantes marroquíes*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999 (trabajo realizado en el XIV Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria).
- Oleffe-Van Dierdonk L. El Hospital y el espacio social: el problema concreto de los inmigrantes. *Hospitalaria*. 1995;3:33-40.
- Oliver Reche MI. Comunicación intercultural: Comunicándonos con mujeres de otras culturas. *Matronas Profesión*. 2002;9:21-7.
- Oliver MI, Jiménez J, Carmona E, Oliver J, Reinoso M. Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigradas residentes en Almería. Comunicación presentada en el VIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, Almería, noviembre de 2003.
- Oliver Reche MI, Martínez García E, Segura García MH, Aceituno Velasco L. Fecundidad de las mujeres inmigradas en la provincia de Almería. Comunicación presentada en el VIII Congreso de Inmigración. «Menores y juventud, nuevos retos», Almería, Laboratorio de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Almería, 2004 (2004a).
- Oliver Reche MI, Martínez García E, Segura García MH, Aceituno Velasco L. Incidencia de partos en mujeres inmigradas en la provincia de Almería. Comunicación presentada en el IV Encuentro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC: Adaptando los cuidados a los cambios sociales: inmigración y envejecimiento, Adra (Almería), 28 de mayo de 2004 (2004b).
- Oliver Reche MI. Dificultades, retos y propuestas de mejora en la atención sanitaria a mujeres inmigradas embarazadas en la provincia de Almería. Trabajo de Investigación correspondiente al Programa de Doctorado «Estudio y Análisis de los Movimientos Migratorios», Universidad de Almería, 2004.
- Oliver Reche MI. *La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España*. Almería: Diputación de Almería (Servicio Provincial de Mujeres)-Instituto de Estudios Almerienses, 2005, pp. 29-33.
- PAI. *Mundos diferentes: salud y riesgos sexuales y reproductivos*. Informe del Popular Action International. Virginia: Stephenson Printing, 2001.
- Pérez de Armiño K. *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Párrafo 7.2. de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Barcelona: Icaria-Hegoa, 2001, p. 490.
- Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Payas CR, De la Cruz J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60(1):3-8.
- Prado C, Marrodán MD, Sánchez-Andrés A, Gutiérrez E, Azevedo P, Sebastián J. Ciclo y patrones reproductivos en las mujeres emigrantes en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997, pp. 159-69.
- Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, González A, Gosálvez E, Moya MJ, Palau P, Roig FJ, Romero R, Taberner F, Vicente P. Diagnósticos al alta hospitalaria de las perso-

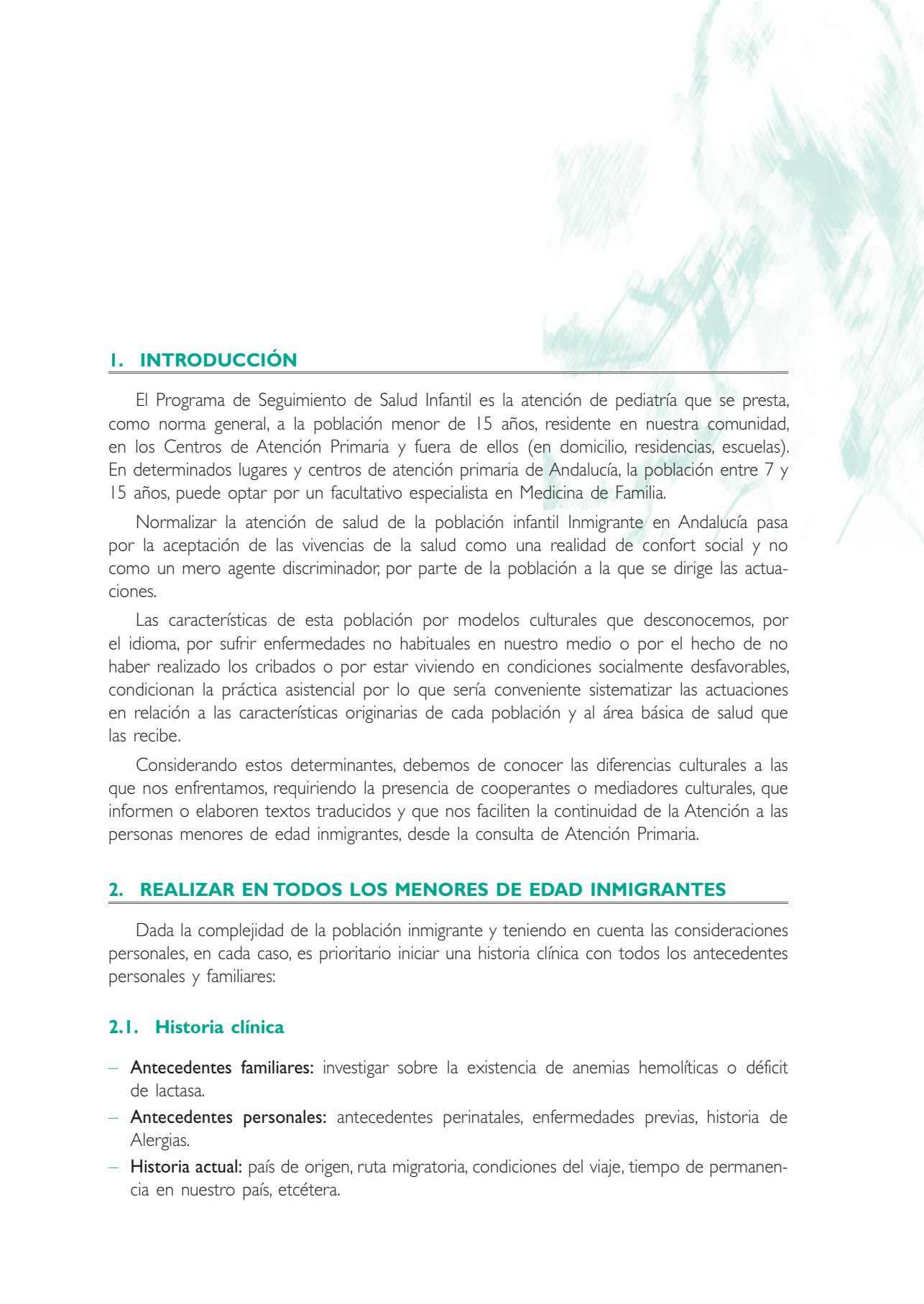
- nas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Revista Española de Salud Pública*. 2003;77: 713-23.
- Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Avalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Payas-Alonso CR, De la Cruz-Bértolo J, García-Burguillo A. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46(10):441-7.
- Soler Núñez M, Vázquez Villegas J, Baraza Cano P, y cols. Análisis de las características diferenciales entre usuarias autóctonas e inmigrantes que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito Poniente de Almería. Comunicación presentada en el XXIV Congreso de la SEMFyC, Sevilla, diciembre de 2004.
- Spaetgens R y cols. Perinatal antibiotic Usage and Changes in colonization and resistance rates of group B streptococcus and other pathogens. *Obs and Gynec*. 2002;100(3):525-32. **StreptococoGrupoB**. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/obstetricia/AltoRiesgo/estreptoc.html>.
- Tossounian SA, Schoendorf KC, Kiely JL. Racial differences in perceived barriers to prenatal care. *Matern Child Health J*. 1997;1(4):229-36.
- Vázquez J y cols. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Med Famil (And)*. 2000; 1(2):162-8.
- Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Library*, Sigue 3. Oxford: Update Software, 1998.
- Villar J (coord.) *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Vintzileos AM, Ananth CA, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: Heterogeneity by High-risk conditions. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;99(3):483-9.
- Wingate MS, Alexander GR. The Healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social Science & Medicine*. 2006;62:491-8.

A young girl with dark hair is sitting on a light-colored, textured rock. She is wearing a dark, short-sleeved shirt and dark shorts. She is looking towards the camera with a slight smile. Next to her is a large, striped bag with horizontal bands of dark and light colors. The background is a blurred, natural setting with more rocks and some greenery.

VI. SALUD INFANTIL E INMIGRACIÓN

A) Seguimiento de la salud infantil

Rafael García González



1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Seguimiento de Salud Infantil es la atención de pediatría que se presta, como norma general, a la población menor de 15 años, residente en nuestra comunidad, en los Centros de Atención Primaria y fuera de ellos (en domicilio, residencias, escuelas). En determinados lugares y centros de atención primaria de Andalucía, la población entre 7 y 15 años, puede optar por un facultativo especialista en Medicina de Familia.

Normalizar la atención de salud de la población infantil Inmigrante en Andalucía pasa por la aceptación de las vivencias de la salud como una realidad de confort social y no como un mero agente discriminador; por parte de la población a la que se dirige las actuaciones.

Las características de esta población por modelos culturales que desconocemos, por el idioma, por sufrir enfermedades no habituales en nuestro medio o por el hecho de no haber realizado los cribados o por estar viviendo en condiciones socialmente desfavorables, condicionan la práctica asistencial por lo que sería conveniente sistematizar las actuaciones en relación a las características originarias de cada población y al área básica de salud que las recibe.

Considerando estos determinantes, debemos de conocer las diferencias culturales a las que nos enfrentamos, requiriendo la presencia de cooperantes o mediadores culturales, que informen o elaboren textos traducidos y que nos faciliten la continuidad de la Atención a las personas menores de edad inmigrantes, desde la consulta de Atención Primaria.

2. REALIZAR EN TODOS LOS MENORES DE EDAD INMIGRANTES

Dada la complejidad de la población inmigrante y teniendo en cuenta las consideraciones personales, en cada caso, es prioritario iniciar una historia clínica con todos los antecedentes personales y familiares:

2.1. Historia clínica

- **Antecedentes familiares:** investigar sobre la existencia de anemias hemolíticas o déficit de lactasa.
- **Antecedentes personales:** antecedentes perinatales, enfermedades previas, historia de Alergias.
- **Historia actual:** país de origen, ruta migratoria, condiciones del viaje, tiempo de permanencia en nuestro país, etcétera.

2.2. Vacunación: Comprobar el estado de vacunación y la cumplimentación del calendario vacunal en función del país de origen; una vez dispongamos de una historia clínica y el país de procedencia, realizando las correcciones oportunas al calendario. Ante la duda, empezar de cero.

2.3. Exploración física completa para la detección de alteraciones y riesgo social. Se debe incluir la valoración de la edad cronológica en los casos de dudas. Debemos de tener en cuenta que determinados síntomas pueden ser considerados normales, por estar habituados a ellos (prurito, dolor abdominal, fiebre intermitente, diarrea).

2.4. Valoración del estado de nutrición, peso, talla, perímetro craneal, desarrollo puberal. Control de la curva de peso y talla. Si en 6 meses o un año no aparece «catch up» en niños malnutridos buscar otra patología. Con frecuencia pueden mostrar signos de déficit nutricional causado por los hábitos alimenticios de su país de origen, la escasez de medios, el desconocimiento de las necesidades dietéticas o las infecciones de repetición, que merman sus condiciones físicas y psíquicas.

Una buena herramienta para garantizar una alimentación adecuada y equilibrada, es la *Guía para la promoción de la alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años*, editada por la Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, así como el fomento de la lactancia materna, que generalmente es bien valorada en todas las culturas, aunque se debe recordar que es necesaria una alimentación complementaria a partir del 5º-6º mes de vida. Si es posible, aconsejar a la madre sobre las necesidades nutricionales y aquellos alimentos que puede tomar durante la lactancia. Un estado nutricional equilibrado, proporciona una evolución positiva del aspecto general, y puede cambiar el percentil en la curva de crecimiento.

Debemos reseñar que es importante que no administre ningún medicamento, vitamina o sustancia natural que culturalmente esté implantado, sin conocimiento de los profesionales sanitarios.

2.5. Valoración de aspectos fundamentales del desarrollo psicomotor por el test de Denver. Reevaluar en las citas del programa del niño sano. Determinación de la agudeza visual y auditiva (cribado de Hipoacusia en menores de 6 meses).

2.6. Pruebas de laboratorio.

- Mantoux.
- Test de Metabolopatías en menores de 6 meses.
- Pruebas de función tiroideas en mayores de 6 meses.
- Hemograma.
- Bioquímica completa.
- Ferritina.
- Sedimento urinario.
- Coprocultivo.
- Parásitos en heces (3 muestras siempre que sea posible).

En adoptados, los expertos recomiendan además: VDRL, serología de VIH, serología de hepatitis B. Si proceden de China, Rusia, Europa oriental o Asia suroriental, también serología de hepatitis C.

Si proceden de África subsahariana o sospecha clínica: considerar derivar para investigar *plasmodium*.

2.7. Valoración de problemas psicológicos: antecedentes sugerentes de maltrato, carencias emocionales, problemas de conducta...

2.8. Incluir en el programa del niño sano.

2.9. Favorecer una alimentación saludable y un ejercicio físico ajustado a las necesidades de los menores y familia.

2.10. Favorecer la integración de la población inmigrada

Especial mención reviste la importancia de las visitas programadas, para controlar no sólo el estado de salud de los menores, sino también informarse sobre la escolarización, la alimentación y los problemas o dudas que planteen en relación a la convivencia familiar, y el seguimiento del Calendario Vacunal de nuestra comunidad.

Un problema de salud prevalente es el sedentarismo y la obesidad infantil. Un informe del OIA reciente sostiene que el 14,4% de la población infantil menor de 16 años presenta obesidad y el 13% sobrepeso y el sedentarismo en el año 2003 respecto a 1999 ha aumentado, siendo mayor en chicas con un 31%, que en chicos con un 22,6%, respectivamente.

Si bien es verdad que esta circunstancia aparece en hijos de inmigrantes nacidos en el país acogedor, según mantienen diversos autores, los desequilibrios nutricionales que presenta esta población infantil son, en gran parte, debido a factores económicos familiares y culturales. A esta situación se une el escaso tiempo para cocinar y comprar alimentos y bebidas que poseen, debido a las interminables jornadas laborales, optando por la adquisición de comidas que necesitan poca elaboración y los envases aptos para el consumo directo.

Una característica que puede marcar el fracaso de la asistencia a los servicios sanitarios es la facilidad de movimiento geográfico en busca de mejores ofertas laborales, por lo que debemos establecer la importancia que tiene mantener un contacto en el nuevo lugar de trabajo, para que continúe con la rutina de visitas programadas y el calendario de vacunación.

Esta circunstancia de mantener una residencia irregular y precaria en la mayoría de los casos, condicionada por los constantes cambios, deriva en situaciones de soledad y marginación que conducen a estados de salud, causantes de elevados índices de mortalidad infantil, amén de otras concurrentes por un estado higiénico-sanitario en el que malviven el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Arbeláez Rudas M. Inmigración y salud: La protección de la salud frente a la diversidad cultural. Revista de *Bioética y derecho* nº 7, junio 2006. Disponible en URL: www.bioeticayderecho.ub.es.

Atención Primaria, Instituto Madrileño de Salud, Atención al Niño Extranjero. Disponible en URL: www.aepap.org/inmigrante/area11.pdf.

Consejería de Salud. *Guía de Atención a la infancia con Problemas Crónicos de Salud*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1997.

- Consejería de Salud. *Guía de Salud Infantil y del Adolescente*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1999.
- Fundación Progreso y Salud. *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. 2ª edición. Sevilla: Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2004.
- Hernández Merino Á. *Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid)*. Actualizado en mayo de 2003. Disponible en URL: www.aepap.org/inmigrante/.
- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18(supl):207-13. Disponible en URL: www.doyma.es.
- López Vélez R. *La salud del inmigrante*, con especial referencia a la población pediátrica, 2006.
- Martín Cerdeño VJ. Alimentación e inmigración. Un análisis de la situación en el mercado español. *Revista Distribución y Consumo*. marzo-abril 2005, Universidad Complutense de Madrid.
- Masvidal i Aliberch RM. Protocolo de Atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. *ABS Raval Nord*. Barcelona: Revista de la AEPap. Disponible en URL: www.aepap.org.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. Nota informativa 21/02/2002: *Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía*. Observatorio de la Infancia en Andalucía, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Disponible en URL: www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia.
- Pediatría e Inmigración, Plan de Atención al niño Inmigrante, web de la AEPap de Andalucía. Disponible en URL: www.pediatrasandalucia.org/docs/PediatriaEInmigracion.doc.
- Plan de Atención al niño Inmigrante. *Pediatría e inmigración*. Disponible en URL: www.pediatrasandalucia.org/docs/PediatriaEInmigracion.doc.
- Sección de Pediatría Social, Asociación Española de Pediatría. Informe SIAS 4. Sevilla: Fundación El Monte, 2005.
- Servicio Andaluz de Salud. *Carta de Servicio de Atención Primaria 2003*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.
- Vall Combelles O. *La familia Inmigrante*. Sección de Pediatría Social, Informe SIAS 2. Sevilla: Asociación Española de Pediatría, 1999.
- Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad. *Editorial SEMFYC, Aten. Primaria*. 2006;37(5):249-50. Disponible en URL: www.semfyc.es y www.doyma.es.



VI. SALUD INFANTIL E INMIGRACIÓN

B) La vacunación en personas inmigradas, características especiales

Fermín García Rodríguez

I. LA VACUNACIÓN EN PERSONAS INMIGRADAS, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

El número de adultos y menores procedentes de áreas con menos recursos que, tras un tiempo de separación, cuando sus progenitores han conseguido una situación más o menos estable, realizan una reagrupación familiar se ha incrementado mucho en la última década. También ha aumentado, en los últimos años, la llegada de menores que han sido adoptados, procedentes de otros países.

Las principales características de las vacunaciones en población inmigrada y sus diferencias con la población autóctona se pueden resumir en las siguientes:

- En muchas ocasiones se desconoce el estado vacunal de los menores, o en ocasiones se sabe que se hallan insuficientemente vacunados.
- Los adultos, pero sobre todo los menores, están expuestos a infecciones comunes ante las cuales la mayoría de población autóctona se encuentra inmunizada o la han padecido por ser endémica en nuestro medio (p. ej., Varicela).
- Al mismo tiempo, pueden constituirse en agentes transmisores de tales enfermedades (un ejemplo ilustrativo es su posible papel transmisor de la hepatitis A, al llegar procedentes de áreas en que esta enfermedad es endémica). Estos menores, por otra parte, pueden haber padecido, en sus países de origen, enfermedades transmisibles inmunizables que deben ser conocidas para evitar su difusión, la hepatitis B es la más frecuente.
- En otras ocasiones, la precariedad residencial, legal y laboral constituye un obstáculo para su acceso a los servicios médicos públicos. Su posible asistencia a servicios privados es inconstante e insuficiente para corregir este déficit. Consecuencia de todo ello son las permanentes bajas coberturas vacunales en estos menores.
- Esta situación favorece la posibilidad de presentación de casos de enfermedades susceptibles de vacunación en estos colectivos, e incluso que puedan extenderse al resto de la población.
- En los recién nacidos hijos de inmigrantes resulta especialmente conveniente la vacuna contra la hepatitis B. Antes de su administración se deberán realizar pruebas serológicas. La vacunación neonatal contra la hepatitis B en hijos de madres portadoras de HBsAg se aplica en ocasiones pasada la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical del virus.
- Si no se tiene constancia clara de que una vacuna ha sido administrada, no existe un registro escrito o éste es confuso o impreciso, debe considerarse que la vacuna no ha sido

aplicada y que el niño no está bien vacunado, debiéndose proceder a la administración de la vacuna.

- Debe aprovecharse cualquier contacto con el sistema sanitario, ya que a veces es difícil que acudan, especialmente si el niño está sano, para introducir las inmunizaciones necesarias, como se expondrá posteriormente al hablar de las «oportunidades perdidas».

Para evitarlo es necesario:

- Plantear acciones informativas dirigidas a estos colectivos.
- Esforzarse desde los servicios médicos para conocer la situación vacunal de estos menores.
- Solicitar a las personas inmigrantes o a sus representantes legales una documentación oficial sobre el tipo y secuencia de las inmunizaciones recibidas.
- Aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para regularizar su estado de vacunación.
- Iniciar o completar de inmediato el calendario vacunal pertinente, siguiendo la pauta habitual cuando sea posible o adoptando pautas aceleradas cuando sea preciso.
- Examinar e investigar paralelamente su estado de salud, para detectar a los portadores de enfermedades transmisibles, y tomar las medidas profilácticas oportunas.
- Indicar las vacunas que sean necesarias para viajar al país de origen o de sus padres.
- Reevaluar su situación al retorno de viajes de su país de origen.
- Emplear un sistema de registro ágil que permita conocer el estado de vacunación y evitar revacunaciones innecesarias dentro de la Comunidad Autónoma.

2. MENORES EN ADOPCIÓN

La adopción de menores procedentes de otros países plantea problemas de cobertura de vacunación similares a los derivados de la inmigración. Como con los menores inmigrantes, también aquí sería deseable disponer de la certificación oficial de las series vacunales recibidas con anterioridad, para orientar las pautas vacunales a seguir:

De todas formas, ha de tenerse presente la escasa fiabilidad de los certificados oficiales de ciertos países, lo que puede exigir variaciones en las estrategias vacunales. Las dudas planteadas en estos casos deben soslayarse investigando por cribado serológico su estado inmunológico específico o, si no es posible o adecuado, administrando la totalidad de las vacunas propias de su edad. En este sentido, conviene tener en cuenta algunas incorrecciones vacunales concretas, no infrecuentes:

- Mundialmente se administra a todos los menores tres dosis de vacunas de difteria, tétanos y tosferina (DTP), tres dosis de polio y una de sarampión en el primer año de la vida; pero siguen existiendo diferencias importantes en lo que respecta a la vacunación sistemática contra rubéola, parotiditis, hepatitis B, hepatitis A, *Haemophilus influenzae* tipo b y enfermedad meningocócica, además de otras vacunas. Por lo que suele ser necesario vacunar a los menores de 5 años de edad contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, ya que esta vacuna no se administra de forma sistemática. Lo mismo ocurre con la vacuna conjugada contra el meningococo C.

- La vacuna antisarampión administrada en estos países es, a menudo, monovalente, por lo que no aporta protección frente a la rubéola y la parotiditis, y se administra muchas veces antes del año de edad, habitualmente a los 9 meses, por lo que es importante revisar este dato y administrar una dosis de vacuna triple vírica si el niño ya ha cumplido los 15 meses.
- La mayoría de menores han recibido la vacuna contra la tuberculosis en la primera semana de vida. Este dato se puede comprobar buscando la escara en el deltoides y tiene importancia a la hora de interpretar una prueba tuberculínica.

3. VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS QUE VAN A VIAJAR

- Los menores inmigrantes o hijos de inmigrantes se desplazan con relativa frecuencia a sus países de origen, por períodos de tiempo largos, para conocer y visitar a familiares. Si se prevé esta posibilidad, se deberían administrar además las siguientes vacunas:
 - a) Vacuna contra la hepatitis A para menores mayores de un año, ya que la prevalencia de esta enfermedad es mucho más elevada en los PBR; se puede valorar la administración de esta vacuna a nivel individual, según el riesgo y la edad.
 - b) Vacuna contra la fiebre amarilla. Si proceden de un país endémico y van a viajar allí y el niño tiene más de 9 meses.
 - c) Vacuna antimeningocócica preferentemente la A, C, Y y W135. Se deberá administrar a los menores mayores de 3 meses (ya que confiere protección para el serotipo A, a partir de esta edad) para desplazarse a países del África subsahariana, La Meca y algunos países de Sudamérica (Brasil). El intervalo adecuado entre la administración de la vacuna antimeningocócica C conjugada y la antimeningocócica A+C es de 2 semanas, mientras que si se ha administrado primero la vacuna A+C se debe esperar 6 semanas antes de administrar la vacuna C conjugada.
 - d) Vacuna triple vírica, si el niño tiene más de 6 meses y menos de 15 y se desplaza a un PBR.
 - e) Vacuna BCG. Aunque proporciona una protección baja y variable contra la infección tuberculosa, reduce la incidencia de meningitis tuberculosa y es una protección real contra la lepra, si el niño va a viajar más de un mes a una zona de alta endemidad se considerará la posibilidad de administrar esta vacuna. Si no se trata de un lactante, estará indicado practicar una prueba tuberculínica antes de su administración.
 - f) Vacuna antitifoidea. La prevalencia de fiebre tifoidea en los PBR es mucho más alta que en nuestro país; y aunque la eficacia de la vacuna es sólo de un 70%, es aconsejable la vacunación, sobre todo si se viaja al subcontinente Indio, África y ciertas zonas de Sudamérica. La vacuna oral de microorganismos vivos no se debe administrar en menores de 6 años, a éstos se les administrará la vacuna de polisacáridos por vía intramuscular.
 - g) Vacuna contra la rabia. Se recomienda en menores que van a vivir en áreas rurales en PBR, o cuando su viaje por estos países se vaya a prolongar más de 30 días.
 - h) Vacuna contra la encefalitis japonesa, se recomienda la vacunación en menores que van a vivir en áreas endémicas o epidémicas por un período considerable de tiempo.
 - i) Paralelamente, debe aconsejarse sobre la quimioprofilaxis y otras medidas de control para la malaria, a todo menor inmigrante que se desplace a una zona endémica.

4. OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN

Entre los motivos más importantes en países desarrollados para no alcanzar coberturas vacunales máximas se encuentran las oportunidades perdidas de vacunación. Si esta situación se da con relativa frecuencia entre la población autóctona, entre la población inmigrada es aún más manifiesta, por cuanto la imposición de muchas trabas puede condicionar que un colectivo ya de por sí no proclive a la vacunación, se despreocupe de este importante aspecto de la salud.

En 1983, el «Expanded Programme on Immunization, Global Advisory Group» recomendó que se evaluara y buscaran modos de reducir estas oportunidades desaprovechadas de vacunación. Las causas de pérdida de esas oportunidades varían según se trate de menores o adultos y según las condiciones socio sanitarias. En general las más frecuentes son:

Tabla 1. Causas habituales de falta de aprovechamiento de oportunidades de vacunación (tomada de Tregnaghi y Arístegui)
• Falsas contraindicaciones de las vacunas. • No detectar la necesidad de vacunar. • No disponer de la historia de vacunación del niño. • Desconocimiento de los calendarios de vacunación (p. ej., intervalos prolongados entre dosis). • No administrar varias vacunas simultáneamente. • Falsas creencias de los padres respecto a las vacunas. • No disponer de las vacunas necesarias. • Miedo injustificado a la vacunación.

El impacto de las oportunidades perdidas de vacunación en la cobertura vacunal depende de otros factores relacionados; así, una oportunidad perdida en personas que consultan frecuentemente tiene menor impacto que si lo hacen esporádicamente.

Además las oportunidades perdidas de vacunación tienen mayor importancia en las áreas de cobertura vacunal baja. En estudios norteamericanos las oportunidades perdidas de vacunación suponen una disminución de la cobertura vacunal infantil entre el 4 y el 16%.

Uno de los principales motivos de oportunidades perdidas de vacunación son las falsas contraindicaciones, entre las que se encuentran, las que figuran en la tabla 2.

Tabla 2. Falsas contraindicaciones de la vacunación (tomada de Tregnaghi y Arístegui)
• Infección febril menor o diarrea moderada en un niño sano. • Tratamiento antimicrobiano en la actualidad. • Convalecencia de una enfermedad aguda, infecciosa o no. • Reacción (no anafiláctica) a una dosis previa de vacuna. • Prematuridad. • Madre o contacto íntimo embarazada. • Lactancia materna. • Antecedentes familiares de convulsiones. • Antecedentes familiares de acontecimientos adversos postvacunación. • Malnutrición. • Tratamiento de desensibilización alérgica.

Recomendaciones para no desaprovechar oportunidades de vacunación

Es responsabilidad de los profesionales reducir las oportunidades perdidas de vacunación, para ello puede ser necesario aumentar los conocimientos del tema e introducir cambios en las prácticas y actitudes de trabajo.

- Cada vacuna puesta cuenta. No es necesario reiniciar una y otra vez las pautas de vacunación (p. ej., en tétanos o en hepatitis B), lo importante es que cada persona tenga el número de dosis según su edad.
- Reconsiderar la estrategia de vacunar únicamente en las consultas programadas.
Para ello se puede programar visitas en los horarios en los que pueden acudir personas con amplias jornadas laborales e incluso aprovechar las unidades de urgencia. Cualquier visita es buena.
- Investigar la situación inmunitaria de cada persona que acuda a un centro sanitario.
- Utilizar vacunas combinadas.
- Contar con puntos de vacunación de fácil acceso y con escasa espera.
- No se requiere la exploración completa por parte del médico para vacunar a una persona.
- Asegurar el suministro adecuado de vacunas en todos los centros sanitarios.
- Educar a todos los profesionales sanitarios sobre la práctica de la vacunación, con información objetiva para que sean capaces de contrarrestar los temores a las vacunas y los falsos argumentos de los grupos de presión antivacunas.
- Proporcionar información veraz a los individuos y a los padres de menores.
- Divulgar periódicamente datos sobre las oportunidades perdidas de vacunación a todos los centros sanitarios.
- Llevar a cabo programas comunitarios de formación sobre la importancia de la vacunación para eliminar las creencias erróneas y las falsas contraindicaciones.
- Aceptar únicamente las contraindicaciones verdaderas.
- Utilización de procedimientos precisos de registro.

4.1. Estrategias para incrementar la cobertura vacunal

Entre la población autóctona ha desaparecido el temor a múltiples enfermedades que ya no se recuerdan, como el sarampión o la difteria, y que en su día causaron mucha mortalidad y morbilidad. Esta situación es aún más evidente cuando llegan personas a las que hay que convencer de que es preciso la vacunación frente a enfermedades que ni siquiera han oído (vacunación frente al *Haemophilus influenzae* b o meningococo C).

La situación actual de la interrelación enfermedad, vacunas y seguridad vacunal quedó perfectamente descrita por David Salisbury: «si se teme a la enfermedad pero no a las vacunas, el argumento provacunación está claro. Si no se teme ni a una ni a otra, la vacuna se puede recibir por inercia. Pero cuando no se teme a la enfermedad, pero sí a las vacunas, se rechazará la inmunización».

Tabla 3. Líneas generales para aumentar la cobertura de vacunación (ERIC)	
Acción	Características
Evaluación	• Evaluación de registros de vacunación para determinar la cobertura de un grupo definido. • Diagnóstico de problemas potenciales.
Retroalimentación	• Información a los proveedores sobre sus actuaciones. • La retroalimentación crea el estímulo necesario para los cambios conductuales.
Incentivos y reconocimiento	• Recompensas extrínsecas. • Incitan a pasar a la acción. • Potentes motivadores.
Intercambio	• Permite el acceso a más experiencias de las que un individuo puede acumular. • Motiva a mejorar. • Coordina esfuerzos y recursos.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. Immunization strategies for health care practices and providers. In: Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (The Pink Book). 7th edition. Washington DC: Department of Health and Human Services, Public Health Foundation, p. 23-38.

Lo que se intenta es motivar a la población para que, tanto ellos como los menores que estén a su cargo, reciban las vacunas correspondientes. Probablemente se tendrá que incidir muy especialmente en la población adolescente y adulta sana en la que la percepción del riesgo es menor que en otros segmentos de población, así como en determinados colectivos de personas inmigradas, como se expone posteriormente.

Tabla 4. Estrategias de captación para población inmigrante
<i>Vacunadores:</i> • Conocimiento de calendarios de los países de origen (1). • Existencia de protocolos de vacunación en ausencia de documentación. • Revisión del estado inmunitario y aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario. • Administrar múltiples vacunas en mismo acto (triple vírica, Td). <i>Clientes:</i> • Captación en las maternidades (screening metabólico). • Carta de presentación del Programa*. • Certificados de vacunación en la escolarización*. • Cuestionario prevacunal*. <i>Organizaciones no gubernamentales:</i> • Estímulos al cumplimiento del calendario vacunal.

* Edición en varios idiomas.

Al conocimiento de los calendarios de los países de origen se le ha dado mucha importancia, ya que nos puede «orientar» sobre vacunaciones administradas en un país; pero tiene bastantes problemas prácticos a la hora de su aplicación en un caso concreto, como es, saber cuáles son las vacunas que ha recibido la persona de la que queremos conocer su estado de vacunación. Entre estos problemas destacan:

- Los calendarios de diferentes países pueden no estar actualizados.
- No sabemos el calendario vigente cuando nació esa persona (p. ej., un joven de 14 años).
- El que una vacuna figure en el calendario no significa que se le haya aplicado a esa persona en concreto a pesar de que puedan existir elevadas coberturas de vacunaciones en el país de origen.

- Las condiciones de las vacunas, cadena de frío, técnicas de administración, etc. A veces no son las idóneas para obtener una buena inmunización, según que país.

De todas formas si se quiere conocer el calendario de cualquier país del mundo se puede consultar en las siguientes páginas web de la OMS:

<http://www.who.int/countries/es/index.html>

http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

Tabla 5. Intervenciones según tipo y circunstancias de la consulta	
Circunstancias	Tipo de vacuna
Salas de urgencias	• Antitetánica y antidiftérica. • Antineumocócica si mayor de 65 años o menor con riesgo. • Antigripal en temporada si mayor de 65 años o menos con riesgo. • Vacunas rutinarias de la infancia.
Consultas de obstetricia	• Triple vírica tras el parto. • Antigripal en 2º o 3º trimestre de gestación.
Consultas externas	• Antitetánica y antidiftérica. • Antineumocócica si mayor de 65 años o menor con riesgo. • Antigripal en temporada si mayor de 65 años o menos con riesgo. • Vacunas programadas pretrasplante. • Vacunas rutinarias de la infancia.
Consultas de cirugía	• Antineumocócica, <i>antihaemophilus</i> y antimeningocócica antes de la esplenectomía.
Consultas de dispensación de opiáceos	• Hepatitis A y B.
Consultas del «SIDA»	• Hepatitis A y B. • Antitetánica y antidiftérica.

Las visitas domiciliarias suponen una excelente oportunidad para proceder a la vacunación debido al contacto estrecho que se establece entre proveedor y cliente. En éstas se puede incidir en la educación, evaluación del calendario, remisión al centro para recibir la vacuna o bien administrársela *in situ* a convivientes, trabajadores y trabajadoras (personas ancianas institucionalizadas, menores con minusvalías, residencias de personas «sin techo», etcétera).

5. CALENDARIO DE VACUNACIONES DE ANDALUCÍA 2006/2007 (ORDEN DE 1 DE SEPTIEMBRE 2006, PUBLICADO EN BOJA 13 SEPTIEMBRE)

Recién nacido	Hepatitis B
2 meses	Hepatitis B, Meningococo C, Hib, DTPa, VPI
4 meses	Hib, DTPa, VPI, Meningococo C
6 meses	Hepatitis B, Hib, DTPa, VPI
15 meses	Hib, DTPa, VPI, Meningococo C, Triple Vírica
3 años	Triple Vírica
6 años	DTPa
12 años	Hepatitis B (3 dosis en no vacunados con anterioridad) Varicela (si no ha padecido la enfermedad ni está vacunado correctamente contra la misma)
14 años	Td

Términos que figuran en el calendario:

Hepatitis B	Vacuna frente a la hepatitis B (los hijos de madre portadoras recibirán la 2ª dosis al mes de vida, más inmunoglobulina específica).
Hib	Vacuna frente al <i>Haemophilus influenzae</i> b.
DTPa	Vacuna frente a la difteria, tétanos y tos ferina.
VPI	Vacuna frente a la polio inactivada.
Meningococo C	Vacuna conjugada frente al Meningococo C.
Triple vírica	Vacuna frente a: sarampión, rubéola y paperas (parotiditis).
Varicela	Vacuna frente a la varicela.
Td	Vacuna frente a tétanos y difteria tipo adulto.

6. PAUTAS CORRECTORAS DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES DE ANDALUCÍA 2006-2007

Ejemplo de vacunación en cada visita para menores que no estén correctamente vacunados:

Edad	Meses contados a partir de la primera visita				
	0	1	2	6	12
< 24 meses	DTPa + Hib ⁽¹⁾ + VPI + Hepat B Meningo C ⁽²⁾ Triple vírica ⁽³⁾	DTPa + Hib + VPI + Hepat B Meningo C (recomendado intervalo de dos meses para < 12 meses)		DTPa + Hib + VPI + Hepat B	DTPa + Hib + VPI Meningo C Continuar con el calendario. A los 3 años Triple vírica...
24 meses a 6 años	DTPa + Hib + VPI + Hepat B Meningo C Triple vírica	DTPa + Hib + VPI + Hepat B Triple vírica ⁽⁴⁾		DTPa + VPI Hepat B	DTPa + VPI Continuar con el calendario
7 a 18 años	Td VPI Hepat B Meningo C Triple Vírica Varicela ⁽⁵⁾	Td VPI Hepat B Triple Vírica		Td VPI Hepat B Continuar con las vacunaciones recomendadas para el adulto	

DTPa: difteria, tétanos y tos ferina; Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b; VPI: vacuna de polio; Hepat B: Hepatitis B; Meningo C: meningococo C; Triple vírica: sarampión, rubéola y parotiditis (paperas); Td: tétanos difteria tipo adulto.

⁽¹⁾ Según la edad de inicio de vacunación: < 12 meses (4 dosis); 12-14 meses (2 dosis); > 15 meses (1 dosis).

⁽²⁾ Para menores de 12 meses: dos dosis durante el primer año de vida y una tercera en el segundo año. Para mayores de 1 año sólo 1 dosis.

⁽³⁾ La primera dosis de triple vírica a partir del año de vida.

⁽⁴⁾ La segunda dosis de triple vírica se puede administrar a las 4 semanas de la primera o esperar a los tres años de vida y continuar calendario.

⁽⁵⁾ En 6º de primaria a los no vacunados ni que hayan padecido la varicela.



BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services and Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Increasing immunization coverage. *Pediatrics*. 2003;112:993-6.
- Arístegui J (ed.). *Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.
- Campins M, Torres M, Bayas J, Serra C, Bruguera M. La vacunación del personal sanitario. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:583-91.
- Chen LH, Barnett ED, Wilson ME. Preventing infectious diseases during and after international adoption. *Ann Intern Med*. 2003;139:371-8.
- Corretger JM. Viajes y enfermedades transmisibles. En: Campins M, Moraga F, editores. *Vacunas*. Barcelona: Prous Science, 1999, pp. 39-47.
- Díez J. Oportunidades perdidas de vacunación. En: Arístegui J, editor. *Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.
- Fumadó MV, Corretger JM. Vacunación de menores inmigrantes y vacunados internacionalmente. En: Arístegui J, editor. *Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.
- Navarro JA. Estrategias para incrementar la cobertura vacunal. En: Arístegui J, editor. *Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.
- Navarro J, Bernal P, Níguez J. Analysis of factors influencing vaccine uptake: perspectives from Spain. *Vaccine*. 2002;20:S13-S15.
- Orenstein W, Rodewald L, Hinman A. Immunization in the United States. In: Plotkin, Orenstein, editors. *Vaccines*. 4rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2004, pp. 1357-87.
- Salleras L (ed.). *Vacunaciones preventivas, principio y aplicaciones*. 2ª edición. Barcelona: Ed. Masson, 2003.

Recursos en Internet

<http://www.juntadeandalucia.es/salud>

<http://www.aev.es/aev/html/congresos/icongreso/ponencias/Camara.pdf>

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4808.pdf>

<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0040662/m0040662.asp#head00100000>

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4901a2.htm>

<https://www.docsimmunize.org/immunize/cdcmanual/Chapter03/Chapter03.asp>

<http://www.aap.org/policy/s060014.html>

<http://www.thecommunityguide.org/vaccine/vpd-ajpm-recs.pdf>

<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>

http://www.childredivaccine.org/files/Pink_Book_ImmStrategies.pdf

VII. SALUD MENTAL

*Nabil Sayed-Ahmad Beirutí, María Jesús Río Benito
y Gonzalo Fernández Regidor*



1. INTRODUCCIÓN

La inmigración en Andalucía constituye un fenómeno reciente, dinámico y rápidamente cambiante. Con la incorporación de España en la Unión Europea en 1986 (entonces Comunidad Económica Europea) la entrada regular de trabajadores extracomunitarios quedó subordinada a la situación nacional del empleo. La situación económica cada vez más preocupante en grandes regiones del mundo (continente africano, Latinoamérica y la Europa del Este), la mejora de las comunicaciones, la persistencia en España de una situación económica con altos niveles de precariedad y economía sumergida, unido a la poca utilización de los contingentes laborales; favorecen la llegada a nuestro país de una inmigración en condiciones de irregularidad. En Andalucía la distribución geográfica de la inmigración sigue la demanda laboral en la agricultura intensiva de regadío almeriense y en menor medida en Huelva, de la oferta turística en la costa malagueña y del auge de la construcción. Según datos de IOE (2005), la evolución de los trabajadores de alta muestra una progresión constante de los inscritos en el Régimen General con pérdida de importancia de los trabajadores autónomos y empleados del hogar y en menor grado agrarios. Andalucía cuenta con una población extranjera de características diferentes en la costa malagueña donde el mayor porcentaje de extranjeros está constituido por población con una media de edad elevada, procedente de la Europa Comunitaria (Reino Unido sobre todo).

La migración es un fenómeno cada vez más extendido que supera las fronteras. Los flujos migratorios son inevitables, mientras permanezcan las diferencias económicas y sociales entre el norte y el sur. Las características del proceso de adaptación y de la incorporación social dependen tanto de los inmigrantes como de las políticas migratorias, de los estados receptores y emisores, así como del grado de aceptación de la población de acogida.

La migración no es en sí misma una causa de trastorno mental. Es un factor de riesgo: 1) si el inmigrante no está sano o padece discapacidades, 2) si el medio de acogida le es hostil, y 3) si se dan ambas circunstancias.

2. EL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL HECHO MIGRATORIO¹

Hemos de recordar que no existe en psico(pato)logía una visión unificada ni un único modelo que explique los diversos trastornos mentales existentes, o la dinámica de los con-

¹ Basado en Sayed-Ahmad Beirutí N, Vicente Gázquez J, Río Benito M^ª. Salud Mental: el proceso de adaptación al hecho migratorio y problemas de salud derivados (Cap. 5). En: Lobato Astorga P, Regato Pajares P, Iglesias Arrabal C, Vázquez Villegas J, editores. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. 2ª edición. Fundación Progreso y Salud y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2004, pp. 59-70.

flictos psíquicos y sociales. En la práctica, hay una diversidad de modelos teóricos, algunos se complementan y otros resultan incompatibles.

El fenómeno migratorio está caracterizado por una serie de situaciones conflictivas, crisis psicosociales, etc. que se asemejan al duelo y que conllevan como característica común la ambivalencia, que se extiende a lo largo de todo el proceso de inmigración. Las características y el grado de elaboración de esta ambivalencia, tanto por el inmigrante como por la comunidad receptora, van a definir el nivel de adaptación y/o integración vincular; considerada ésta como la relación de integración y de aceptación mutua inmigrante-comunidad receptora.

El proceso de adaptación se puede dividir en varias etapas: de preparación del proyecto migratorio, de la llegada, de la adaptación y de la encrucijada. En términos psicológicos podemos hablar de un proceso caracterizado por conflictos y actitudes/estrategias de solución a los mismos. Antes de la partida, en plena situación de debate interno sobre la conveniencia de emigrar, se produce un conflicto caracterizado por la coexistencia de problemáticas socioeconómicas y personales con las expectativas que, desde lo individual, se plantean como solución a esos problemas. Durante este período se elabora el proyecto migratorio, que influye positivamente en la toma de decisión a favor de emigrar, y lleva en su seno el germen de la ilusión y también del duelo migratorio. Proyecto cuya característica común es la vuelta a corto, medio o largo plazo, es decir, en la mayoría de los casos, no está contemplada la permanencia definitiva en el país de acogida, hecho que va a determinar e influir en el proceso de asentamiento y adaptación.

Estas expectativas tienen una doble vertiente: a) individual: representada por las características de personalidad del sujeto, así como la cuantía y gravedad de los problemas que tiene, y b) social o mediática: derivada y procedente de los medios de comunicación –fundamentalmente televisión– que presentan alternativas sociales y económicas vividas o interpretadas por el futuro inmigrante como «paradisíacas» y, en gran cantidad de casos, reafirmadas por otros inmigrantes que regresan temporalmente a su país dando una imagen –real o aparentada– de éxito y bienestar económico.

Esto es lo que denominamos «paradoja del triunfo», consistente en la necesidad de recibir la aprobación por sus compatriotas de su nuevo estado de bienestar y que probablemente está muy relacionada con mecanismos de reparación de culpa del que un día decide abandonar su familia, sus amigos, su cultura e irse a otra distinta. Esta necesidad del que regresa actúa a modo de potenciador de expectativas para el que piensa irse creando un importante estado motivacional no exento de problemas, en la medida en que éste choca con las emociones derivadas de su experiencia, sus vivencias y afectos hacia los suyos y, por qué no decirlo, del miedo subyacente a todo cambio.

Las consecuencias de este problema se expresarán de forma general en términos de estrés y de angustia, con los consiguientes sentimientos de indefensión y desamparo y acompañarán todo el proceso migratorio, presentándose de forma más o menos intensa en función de las propias características de vulnerabilidad y de personalidad del sujeto. Esta supuesta solución al problema que no está racionalizada sino basada en expectativas, ilusiones, etc., sigue dando paso a la ambivalencia cuando la persona decide finalmente marcharse.

La llegada expone al inmigrante a la situación que vamos a denominar *conflicto de encuentro*, que genera angustia, crisis de identidad, alteraciones del comportamiento y de la convivencia debido a la desestructuración de la vida psíquica del sujeto. Ya que al principio el sujeto se

encuentra inmerso en una situación que se puede calificar de *anómica*, debido al conflicto que se puede generar entre las normas propias y las de la sociedad receptora. En este momento las características de la ambivalencia vienen dadas por la coexistencia de emociones positivas (abandonar la pobreza, expectativas de mejora de vida, etc.) con las negativas provenientes de las propias circunstancias de la acogida, así como de la percepción que la persona inmigrante realiza de ésta, de tal forma que su actitud puede pasar desde lo que sería una visión idealizada a un rechazo generalizado de la sociedad receptora, con los consiguientes sentimientos de frustración e, incluso agresividad hacia lo vivido como «represor» de sus expectativas. Es el fenómeno reconocido como reactividad psicológica, caracterizada por la aparición de la agresividad hacia el represor y frustración por las expectativas insatisfechas.

Es, en este momento, a nuestro entender, cuando la comunidad acogedora y específicamente su administración juega un papel crucial al poder orientar tanto las expectativas de la persona inmigrante como la evolución del proceso de adaptación, facilitando el acceso a todo lo necesario (documentación, contrato de trabajo, vivienda, protección de la salud, etc.) para acomodarse e iniciar la convivencia en la sociedad receptora, cumpliendo de este modo con su papel de «acomodador». La respuesta dada puede crear disociación entre las expectativas y las necesidades que las sustentan, por lo que hay que identificarlas para evitar efectos paralizantes sobre el proceso y calidad de la adaptación. Un apoyo comunitario e institucional de este tipo llevaría a un primer momento de acomodación en el que el inmigrante iniciaría un proceso de «estar en», consistente en «buscar su sitio» en la nueva comunidad. La no renuncia de su cultura de origen y los esfuerzos de adaptación a la nueva por parte del inmigrante, así como la facilitación de ese momento por parte de la administración, iniciarían un proceso de integración (proceso de «ser en»), donde no se produciría una elección de cultura sino una coexistencia de la propia con la de acogida, no entrando en contradicción con la legalidad vigente del país receptor. En el polo opuesto, si a la ambivalencia propia y descrita del inmigrante se añade otra de las instituciones receptoras (su ambivalencia conlleva confusión en la comunidad potenciando estereotipos sociales), se origina un proceso de freno sobre la elaboración racional de expectativas y estado de continua frustración, dando lugar a un estado de ambivalencia colusional, caracterizado por el juego patológico confianza-desconfianza, —descrito por Laing, en su libro «yo y los otros» (1978)—, o autoengaño mutuo, que impide se inicie el proceso de acomodación facilitando la entrada en la marginación. En este segundo caso, la angustia y el duelo se harían realmente irresolubles; volver es el fracaso y la renuncia, quedarse es mantenerse en el conflicto. En una situación así las normas importan poco, las expectativas cambian de signo y la percepción de su entorno se torna en peligroso, yendo la conducta en consonancia.

De igual modo son importantes la comprensión y la promoción, por parte de la sociedad receptora, de la acogida, el apoyo y la orientación, de los recién llegados, por parte de las redes sociales de inmigrantes de su propio país, por ejemplo las asociaciones culturales. Basadas en el principio de reciprocidad (Sánchez, 2005), estas redes facilitan la adaptación de los recién llegados al orientarles y explicarles las normas sociales, culturales, legales y el funcionamiento de las instituciones; así también por ayudarles en la búsqueda de vivienda, trabajo y todo lo necesario para iniciar su nueva vida.

El proceso de adaptación es *bilateral* (interdependiente), es decir depende de la interacción entre inmigrantes y sociedad de acogida; es *heterogéneo*, depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, de género, edad, etc. Por tanto, la integración se produce sólo cuando hay

interés tanto por parte de las personas inmigradas como por parte de la sociedad receptora. Si nuestra sociedad no proporciona medios para la elaboración del duelo vincular, no sólo estamos generando marginación social, sino que estamos afirmando nuestra incompetencia social, lo que explicaría nuestras carencias como comunidad receptora.

Para estudiar y comprender mejor las especificidades del proceso de adaptación y hallar las soluciones más adecuadas, habría que diferenciar distintos grupos según edad, género, motivos de inmigración, existencia de barrera lingüística o no, religión, costumbres y hábitos, etc. El proceso de adaptación es distinto si se pertenece a una religión/cultura cercana a la de la sociedad receptora, si se tiene el mismo idioma, o, si por el contrario, se pertenece a otra muy diferente (hispanoamericanos, europeos o norteafricanos), por tanto a mayor distancia cultural se requiere mayor esfuerzo adaptativo y viceversa. Tampoco es lo mismo si es niño, niña, mujer, o si los motivos son por necesidades económicas, por estudio o exilio forzoso. En este último caso la salida del país no es voluntaria, es un «mal menor», suele emigrar toda la familia, no hay perspectivas de retorno a corto plazo y esto depende de circunstancias ajenas a su voluntad; la actitud de la sociedad receptora y su administración suele ser algo más solidaria.

Los valores y las normas que constituyen la cultura de un grupo étnico influyen en su peculiar forma de adaptación, en la manera de elaboración del duelo y en su modo de interacción, por ello es muy importante el conocimiento y comprensión de la cultura religiosa de los inmigrantes por la comunidad receptora. También ayudaría la comprensión de las costumbres, hábitos, estructura funcional de la familia, así como el conjunto de comportamientos culturalmente determinados de los inmigrantes. Como dice Bastide (1978) «La religión, aún la no vivida, incluso la olvidada, ha modelado la cultura de un pueblo de generación en generación, ha arquitecturado las costumbres según sus reglas ocultas y muy particularmente su manera de educar a los niños. La fe ha podido morir, pero la cultura seguirá siendo su máscara mortuoria».

3. LOS HIJOS DE LOS INMIGRANTES

Dentro de este grupo es conveniente diferenciar entre los nacidos en el país de origen y los nacidos en el país de acogida, los llamados de 2ª generación, y la edad de emigrar, ya que a pesar de los problemas comunes existen rasgos específicos de cada uno de estos subgrupos. Los menores y adolescentes, por el hecho de hallarse entre dos culturas y dos países, pueden mostrar sentimientos y vivencias ambivalentes, debido entre otras cosas a la ausencia de una identidad de base fuerte.

La imagen que nos hacemos del niño es en gran parte cultural. Esta representación aparece antes del nacimiento, se construye en el deseo de hijos, en la anticipación de la función parental y después durante el embarazo.

Presentamos a continuación algunas de las aportaciones de la doctora Marie Rose Moro (2003) y su escuela de Avicenne (París) sobre la psicoterapia transcultural del menor y sus padres. Del análisis realizado por la citada autora de las terapias padres-hijos en situación de migración, destacan tres parámetros culturales funcionales que generan un discurso acerca del menor y que constituyen para ella verdaderos soportes del *insight*. Se trata de las matrices ontológicas, las teorías etiológicas y las lógicas del hacer, que pasamos a describir someramente. Las matrices ontológicas designan las representaciones que los padres tienen

del niño y de su naturaleza: su identidad, su origen, las modalidades de su desarrollo, de sus necesidades y de sus lazos con la familia. A partir de esta primera matriz se desarrollan las teorías etiológicas, los relatos que dan sentido a lo que no tiene sentido (Zempléni, 1985). Estos relatos se refieren al sentido, no a la causa. Es a partir de estos dos niveles que puede establecerse un acto terapéutico por alguien culturalmente habilitado para dotar de sentido la experiencia de la desgracia.

La Dra. Moro destaca cuatro factores en el proceso del desarrollo del niño migrante: vulnerabilidad, competencia, resiliencia² y creatividad. Como para otros autores, los hijos de migrantes son vulnerables, reseñando tres momentos de especial riesgo: *la fase postnatal* en que el bebé y la madre tienen que adaptarse el uno al otro, *el momento de los grandes aprendizajes* en la escuela (cálculo, lectura y escritura) cuando el niño se inscribe en la sociedad de acogida, y *la adolescencia*, época en que se plantean las cuestiones de la filiación y la afiliación. Los otros tres factores antes citados permiten el beneficio extra (enriquecimiento) que pueden obtener estos niños de la situación transcultural. La competencia hace alusión a las capacidades de adaptación activa del lactante a su entorno, la resiliencia a los factores internos o externos de protección (Cyrułnik, 1999), y la creatividad a la potencialidad de algunos niños para inventar nuevas formas de vida a partir de la alteridad o el trauma.

Es especialmente delicada la situación de los adolescentes porque viven una doble crisis: la de su propia edad con su particular problemática psicofisiológica, y la derivada de los conflictos debidos al desarraigo y rechazo. Se encuentran en la encrucijada entre dos edades y dos culturas produciéndose doble crisis de identidad, que se manifiesta en el proceso de afirmación de sí mismo, la adaptación sexual y la conquista de su autonomía que, habitualmente, se acompaña de ruptura con la familia, la cultura y la sociedad así como la búsqueda del grupo de pertenencia en la pandilla (debido a la importancia del grupo de iguales en el desarrollo de la identidad social y el papel protector que juega).

Este proceso natural se ve complicado en la situación de inmigración por las actitudes de rechazo (de la sociedad de acogida, del propio entorno cultural y del adolescente hacia ambos), la marginación y/o automarginación y los sentimientos de confusión, a causa de tener que elegir entre una única, ninguna o doble pertenencia (la identificación con una cultura es independiente de la identificación con otra). La aculturación puede incrementar su marginación intracultural, la no adaptación puede producir situaciones de marginación y rechazo de parte de la sociedad de acogida y la ausencia de una pandilla bien definida culturalmente podría llevar a graves confusiones y alteraciones en el proceso de identificación y posibles problemas de comportamiento, asimismo, la ausencia de una pandilla mixta dificultaría el proceso de adaptación.

Los adolescentes que emigran con sus padres, son los que presentan mayores dificultades de adaptación, debido a que su proceso de socialización se interrumpe bruscamente, y que el aprendizaje de nuevas estructuras culturales resulta dificultoso debido a la pérdida de la plasticidad infantil. La interrupción de su proyecto vital en el país de origen, la ausencia de

² La resiliencia es la capacidad de sobreponerse a los traumatismos. Este término, tomado prestado de la física, designa la vuelta al estado inicial de un elemento deformado. Se adoptó por parte de los psiquiatras americanos especializados en la primera infancia en los años 90, popularizándose en Francia por Boris Cyrułnik. Para este autor la resiliencia cuenta con elementos innatos y adquiridos. En sus palabras «Traer un niño al mundo no es suficiente, es necesario hacerle un sitio en el mundo».

proyecto migratorio propio, las posibles actitudes negativas de la sociedad de asentamiento y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral; todos ellos son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación. Sin embargo para los nacidos en la sociedad de acogida, su conflicto consiste en que ellos viven en la sociedad de nacimiento, han adquirido ampliamente su cultura, pero la sociedad no les considera como ciudadanos suyos de pleno derecho, manteniendo cierto grado de rechazo y marginación. Esta actitud junto a las exigencias de su grupo cultural de un comportamiento de acuerdo con sus normas, dificultan bastante el proceso de socialización, la adquisición de una identidad sólida y el acceso a una vida normalizada. Asimismo, les condena, en la mayoría de los casos, a vivir en barrios marginales y a ocupar lugares más bajos en la escala social, por impedirles el acceso a la educación, al mercado laboral y por reducir al mínimo sus posibilidades de promoción y participación en la vida colectiva (Sayed-Ahmad, 2006).

Los principales problemas psicosociales encontrados en los hijos de inmigrantes son (Pechevis, 1995):

- Importante fracaso escolar.
- Aislamiento social, lingüístico y cultural.
- Escasas o casi nulas posibilidades de promoción.
- Pobreza del ambiente sociofamiliar.
- Dificultades de comprensión de las normas socioculturales.
- Tendencia a la «deculturación».

4. LA MUJER INMIGRANTE

La salud mental de las mujeres inmigrantes que llegan a España va a depender no sólo de sus factores individuales de personalidad y de las diferencias culturales, sino de las condiciones de trabajo, del grado de apoyo social y de la posibilidad de poder conciliar sus papeles de madres y trabajadoras. Las mujeres al tener menos recursos económicos, menor autonomía y, por tanto, mayor dependencia del hombre, padecen, más que ellos, situaciones de estrés y dificultades psicológicas que se manifiestan con trastornos adaptativos y afectivos.

En numerosos estudios realizados en España se pone de manifiesto que si bien en los años ochenta se relaciona a la mujer inmigrante con su papel de reagrupada en el proyecto migratorio de su compañero, en los noventa se reconoce su papel activo en los procesos migratorios convirtiéndose en jefas del hogar. Los procesos de deslocalización industrial conllevan cada vez menor necesidad de mano de obra extranjera para las actividades del Norte, puesto que los procesos de producción se trasladan al Sur. Así la población inmigrante ha dejado de cumplir su papel de mano de obra industrial para pasar a cubrir los empleos en el sector servicios. La migración de mujeres del Sur al Norte responde a esa demanda creciente de mano de obra en el sector servicios para ocupar empleos abandonados por las autóctonas, las tareas productivas más desvalorizadas socialmente: el servicio doméstico, los servicios de cuidado personal y los servicios sexuales (Bonelli, 2001).

E. Martín y A. Sabucco (2006) reflexionan sobre este mismo tema desde una perspectiva feminista, incluyendo otra realidad de algunas de las mujeres inmigrantes: los matrimonios aceptados por las mujeres a fin de regularizar su situación administrativa y en los que pueden encontrarse finalmente presas del agradecimiento hacia los hombres que las han elegido.

Otras autoras, como Carrasco (2001), ponen de manifiesto la desigualdad mujer-mujer, sobre la que se sostiene el desequilibrio entre sexos. Salazar (2001) analiza las experiencias de las mujeres filipinas en Roma y Los Ángeles que trabajan en el servicio doméstico, concluyendo que existen familias ganadoras, las de las empleadoras, que ganan en intimidad a costa del formato de los hogares transnacionales de sus trabajadoras domésticas, y perdedoras, las familias filipinas a las que se niega la intimidad. Resultados similares han sido obtenidos por Río (2005) en su estudio sobre las mujeres inmigrantes trabajadoras en el servicio doméstico en Sevilla, con cambios importantes en los roles de mujeres y hombres en el seno de la familia, y el dolor por la pérdida afectiva de sus hijos (cedidos en muchos casos a sus familiares en los países de origen) y por sus proyectos profesionales previos.

En el caso de las mujeres procedentes del Magreb, además de la migración tradicional de las mujeres dentro de los procesos de reunificación familiar, en los últimos años existe una migración de mujeres jóvenes de forma autónoma, escapando de la opresión y buscando un proyecto de emancipación que supone la ruptura con la cultura de origen. Estas dos variantes de migración favorecen para Casal (2001) que las mujeres del Magreb sean valoradas desde dos modelos polarizados tanto en las sociedades de origen como en las receptoras, generando dinámicas de exclusión o inclusión en ambas comunidades.

En nuestra tarea como clínicos, proponemos (Río, 2003) escuchar las quejas de estas mujeres con una mirada integradora que contemple los movimientos migratorios, las nuevas relaciones laborales en la era de la globalización, las relaciones salud-género y la cultura.

5. EL DUELO MIGRATORIO

Es el conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida, la frustración o dolor (Tizón, 1997). En el caso de la inmigración, se trata de la frustración de expectativas del proyecto migratorio y de la pérdida de múltiples objetos (de objetos, personas, paisajes, de su propia identidad...) que ponen en marcha un proceso de reorganización de la personalidad. Se trata, por tanto, de procesos psicológicos y psicosociales continuos que nos acompaña a lo largo de nuestra vida, «es, sobre todo y ante todo una realidad colectiva, social y cultural» (Tizón, 2004).

La inmigración como todo cambio social y personal tiene su parte de duelo, por la pérdida múltiple, el dolor y la frustración de expectativas, que genera el hecho de trasladarse de un sitio con vínculos afectivos a otro nuevo al que tiene que adaptarse y desarrollar nuevos vínculos. El duelo migratorio supone, mantener y reelaborar vínculos con los objetos perdidos, así como adoptar y desplegar nuevos vínculos con la sociedad de acogida. Se trata de una reacción emocional y vivencial natural en el ser humano, y se caracteriza por ser debido a múltiples pérdidas, no sólo una como ocurre en el duelo habitual, así también por ser parcial (no hay desaparición completa de los objetos), vincular, ambivalente y transgeneracional.

El duelo migratorio, se puede considerar como un síndrome, vinculado a la cultura en su manera de manifestarse, porque la cultura canaliza el modo de expresar las emociones y los síntomas. Sus consecuencias se expresarán de forma general en términos de estrés y de angustia, con los consiguientes sentimientos de indefensión y desamparo que acompañarán todo el proceso migratorio, presentándose de forma más o menos intensa en función de las propias características de vulnerabilidad y de personalidad del sujeto, y de las circunstancias sociales en su nuevo medio. La ansiedad durante este proceso se manifiesta de tres formas

esenciales, según Grinberg (1984): 1) depresiva por las experiencias de pérdida, 2) paranoide como respuesta a las exigencias de adaptación y 3) confusional debido a los sentimientos de ambivalencia.

Las manifestaciones más frecuentes son: síntomas depresivos, síntomas de ansiedad por el estrés, somatizaciones, síndromes confusionales de desorientación y pérdida de memoria. Asimismo, en situaciones críticas y de inestabilidad emocional puede manifestarse en forma de síntomas psicóticos.

Elaboración del duelo: se trata de una serie de procesos psicológicos y mentales que, comenzando con la pérdida y su impacto afectivo y cognitivo, concluyen con la aceptación de la nueva realidad externa, la adaptación a la misma, la reorientación de la actividad mental y la organización del mundo interno (Tizón, 2004). La forma de elaborar el duelo migratorio, influye en la forma de adaptarse al entorno sociofamiliar, al trabajo y a las nuevas emociones.

El *duelo bien elaborado* ayudará a integrar de manera crítica las nuevas circunstancias; es decir las dos culturas, dos países, los dos grupos, etc. Esto da lugar a la consolidación y reorganización del sentimiento de identidad sin renunciar al anterior, logrando así mejor autoestima y estabilidad emocional. Para esto es necesario, que el sujeto tenga en buen estado sus capacidades personales de afrontamiento y resolución de conflictos, que el entorno sea favorable y solidario; igualmente que su situación administrativa sea regular, con acceso normalizado a vivienda, trabajo, educación y salud pública. Todo lo cual le permitirá desarrollar y llevar a buen término su proyecto migratorio.

Cuando el individuo, por causas internas y/o externas, no logra superar ni resolver psicológicamente los conflictos internos y externos que le supone su nueva situación, nos encontramos ante lo que podemos llamar *duelo mal elaborado o complicado*. Esta situación afectaría su autoestima, su capacidad de adaptación y de afrontar las dificultades, generando en él sentimientos de frustración y fracaso. Estos conflictos no resueltos podrían dar lugar a trastornos mentales adaptativos ansiosos, depresivos e incluso psicóticos.

6. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: ENFERMEDADES MENTALES REACTIVAS Y DE ADAPTACIÓN

En la actualidad se admiten diferentes perspectivas ideológicas aplicables a la gestión y al estudio de la diversidad étnico-cultural y que subyacen a la interpretación y tratamiento de los trastornos mentales. La moderna psiquiatría transcultural, se apoya en la interculturalidad como encuentro y diálogo de culturas. Esta visión no se limita al estudio de los elementos culturales identitarios de cada grupo sino que repara especialmente en los aspectos socioeconómicos como principales determinantes de las desigualdades étnicas en salud mental (Lurbe i Puerto, 2003).

Desde la perspectiva transcultural podemos señalar: a) que «*no hay no cultura*» (Sayed-Ahmad, 2002) en lo que se refiere a la salud o enfermedad mental o física, b) que las tradiciones culturales determinan, en parte, cómo los individuos ven su salud mental y física y c) aunque los trastornos mentales aparecen en todas las culturas, su formato y expresión pueden variar a menudo porque, en cierto modo, están ligados a los sistemas de creencias culturales. «Todos los trastornos mentales se forman, de alguna medida, por los factores culturales» (Bastide, 1978).

La inmigración constituye un importante factor de riesgo para la salud mental de la población inmigrante, debido al esfuerzo y estrés que genera el proceso de adaptación a la nueva situación, la ruptura de los lazos socio-familiares, el proceso de multidelio y las frecuentes situaciones críticas a lo largo de todo el proceso de adaptación. Todo esto puede generar una serie de sentimientos que son:

1. Sentimientos de soledad, de incomunicación y aislamiento por el desconocimiento del idioma y de los códigos de comunicación culturales.
2. Sentimientos de culpa por haber abandonado a sus familiares, amigos, país, etcétera.
3. Sentimientos de nostalgia y deseos de volver.
4. Miedo al futuro, al fracaso y a la pérdida del proyecto migratorio con sus expectativas.

Éstos, y otros sentimientos y situaciones, generan un estado de estrés crónico que podría mermar o anular la capacidad de adaptación y resolución de conflictos del inmigrante, afectar seriamente su autoestima, su salud mental y física produciendo una serie de reacciones y trastornos. Es conveniente tener en cuenta que las experiencias negativas de superación de conflictos en el pasado, los trastornos de personalidad o mentales previos suponen un factor de riesgo añadido. No obstante, «en general, el inmigrante posee una capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una cierta esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo» (Achotegui, 2002).

Una de las reacciones más frecuentes durante los procesos de adaptación y de duelo, es la crisis de identidad y de valores que con mucha frecuencia va acompañada de fuerte crisis de angustia y la sensación de que se ha llegado al límite de las propias capacidades, manifestándose fundamentalmente por somatizaciones (dolores abdominales y cefaleas), siendo estas manifestaciones el principal motivo de consulta en Atención Primaria por parte de este colectivo.

Los trastornos mentales más frecuentes tanto en hombres como en mujeres, son los *Trastornos adaptativos* (F40, según criterios CIE-10), seguidos de los *Trastornos afectivos* (F30, según criterios CIE-10).

Las reacciones psicósomáticas son frecuentes y expresan el sufrimiento mental debido el estrés crónico y la ansiedad, así como la forma cultural de manifestar el malestar en que se encuentra el sujeto. Las más frecuentes son: malestar general, cefaleas, parestesias, mareos, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño y alteraciones de funciones fisiológicas básicas. Estas reacciones pueden devenir verdaderos trastornos hipocondríacos.

Aunque menos frecuentes, pueden presentarse trastornos de la conducta y de la personalidad, en particular los comportamientos defensivo-agresivos, paranoides o disociativos. Debido a las transformaciones culturales rápidas, el cambio del sistema de referencias valorativo, junto a la crisis de identidad que provocan, parece actuar como un factor básico de inseguridad, capaz por sí mismo de provocar una situación psicótica (Castilla, 1980). Estas reacciones pueden ser de tipo paranoide, esquizofrénico, maniaco, etc., o manifestarse como una actitud de desconfianza y temor.

Dentro de las manifestaciones depresivas cabe destacar lo que Achotegui (2002) llama el «Síndrome del inmigrante con estrés crónico» (síndrome de Ulises). «Se trata de una sintomatología depresiva con características atípicas en la que los síntomas de tipo depresivo se entremezclan con los de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo». Y que está relacionado

con las tensiones que caracterizan a la migración y con el estrés migratorio que suele ser de tipo crónico.

Es conveniente el conocimiento básico de los síndromes específicos vinculados a la cultura, las interpretaciones y explicaciones que los sostienen, y que la mayoría de ellos cursan con sintomatología ansiosa, depresiva, somatomorfa y disociativa, muy pocas con síntomas psicóticos. Este conocimiento nos es útil para la comprensión de la sintomatología, las creencias culturales que la generan y sostienen, discernir lo patológico de lo que es expresión cultural. Así también resulta útil para el mejor conocimiento de los remedios y cuidados culturalmente concebidos para su abordaje. A continuación mencionamos algunos de estos síndromes (Sayed-Ahmad, 2002):

- Nervios, nerfeza, nerves, episodios crónicos de tristeza y ansiedad con somatizaciones (cefaleas, mialgias, insomnio, fatiga, náuseas...) se da en Sudamérica, norte de Europa, Grecia y Egipto.
- Susto, espanto, cursa con somatizaciones crónicas: falta de apetito, fiebre, diarrea, ansiedad, tristeza e insomnio. Es atribuido a la creencia de perder el alma por un miedo intenso de origen sobrenatural. Se da en Latinoamérica.
- Ataque de nervios, es frecuente entre los latinos tanto en el mediterráneo como en América. Se manifiesta con sintomatología disociativa y ansiosa: bochornos, inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento.
- Ufufuyane, se manifiesta por sollozos, gritos, pérdida de conocimiento y convulsiones..., es frecuente en el sur de África y en Kenya. Es atribuido al efecto de pociones mágicas.
- Mal de ojo, cursa con manifestaciones psicósomáticas: cefaleas, fiebre, vómitos, diarreas y mal estar general. Se da en la cuenca mediterránea.
- Sangre dormido, los síntomas más frecuentes son: dolores, convulsiones, ceguera, infecciones, alteraciones del estado de conciencia..., se da entre la población portuguesa de Cabo Verde.
- Ansiedad maligna, se da en África (Nigeria), es un estado de ansiedad intensa debida al estrés por el esfuerzo de adaptación a las situaciones vitales y los frecuentes cambios culturales. Se manifiesta por intensa ansiedad, agitación, irritabilidad y miedo.
- Vudú (Voodoo), es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por la ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería. Los síntomas más frecuentes son: gran angustia, intenso miedo, alteraciones neurovegetativas, sintomatología delirante-alucinatoria y confusiones. Se da en África, Sudamérica, Australia y las Islas del Pacífico.
- Otros síndromes, que se dan en las culturas indochinas (China, Malasia, Indonesia, Tailandia, India...) como, por ejemplo, el Koro, Pa-leng, Amok, Dhata, Latah, etc. Asimismo todos aquellos síndromes debido a la creencia en la posesión por espíritus, que cursan con síntomas parecidos a los ansiosos y disociativos.

7. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En la atención a los problemas de salud mental de pacientes inmigrantes existen dificultades en todo el proceso, es decir desde la captación hasta el alta. Lo que conlleva problemas en

la adherencia al tratamiento y cuidados. Estas dificultades son debidas, entre otras cosas, a las creencias, existentes en muchas culturas, que consisten en que las manifestaciones mentales son debidas a la acción desde el exterior (mal de ojo, brujería, etc.) o a factores internos (mala acción, la responsabilidad del origen de la enfermedad, etc.), a la no separación entre mente y cuerpo en la mayoría de las culturas. Así también por la falta de conciencia de enfermedad en los trastornos mentales graves, la larga duración y alta frecuencia de los tratamientos y cuidados.

Estas dificultades las podemos concretar en cuatro niveles (Sayed-Ahmad y Tesoro, 2006) bien diferenciados:

1. Organización del sistema de atención a Salud Mental: problemas de acceso inherentes al modelo y orientación de los dispositivos. Así también en lo referente a los espacios socio-sanitarios.
2. Ámbito profesional: los prejuicios, las actitudes de rechazo y las paternalistas. Junto a los problemas de comunicación, el tiempo y a la falta de competencia cultural. Esto implica dificultades en el diagnóstico y en el acceso de los inmigrantes a programas de tratamiento, de cuidados o de promoción de la salud; limitando en la mayoría de los casos la intervención al tratamiento con psicofármacos.
3. Entorno de la persona inmigrante: el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, las diferencias entre la cultura sanitaria y de cuidados española y de sus países de origen. Las barreras lingüísticas y del sistema de valores. La salud no es prioritaria en la nueva situación de precariedad económica y laboral.
4. Contexto sociolaboral: la situación administrativo-legal, el trabajo precario y no cualificado, la falta de vivienda y el consiguiente hacinamiento, etc. Es decir, todas aquellas situaciones que generan en los inmigrantes estrés y miedo, obligándoles a vivir de espaldas a la sociedad en barrios marginales, que se traducen en la ausencia de búsqueda activa de atención sanitaria.

Para mejorar la accesibilidad y la continuidad de la atención en salud mental al inmigrante debemos actuar sobre los factores antes mencionados.

1. A nivel organizativo, tener en cuenta que la cultura de la organización influye en su respuesta a las demandas y las modula (Onnis, 1996). Los cambios que se pretende introducir deberían integrar en su seno las diversidades de las diferentes culturas, favoreciendo la coexistencia y el intercambio entre las mismas, sin renunciar a los valores culturales propios ni a los avances logrados. Además considerar «la conveniencia de la creación de un **equipo especializado en la atención a la población inmigrante**, integrado dentro del sistema de salud público y la red de salud mental, sin que en ningún momento propongamos una red paralela» (Sayed-Ahmad y Tesoro, 2006). Con funciones asistenciales (en los casos graves), de asesoramiento, de promoción y prevención de la salud en la población inmigrante, de docencia y formación y de investigación.
2. A nivel profesional, mejorar el conocimiento de los aspectos socioculturales y de su influencia en el proceso salud-enfermedad. La consideración de todas las culturas como iguales y por tanto el respeto hacia las mismas, evitando actitudes de prepotencia basadas en la creencia errónea de que la cultura occidental es superior; negando de esta manera las aportaciones de las otras culturas a la cultura occidental. Disponer de más tiempo

y de mediadores culturales para mejorar el nivel de nuestra atención; no obstante es conveniente tener en cuenta las limitaciones inherentes a la profesión de intérpretes y mediadores y además sus actitudes hacia los temas tratados en la entrevista.

3. A nivel de los inmigrantes y del contexto social, es imprescindible la mejora de las condiciones de vida de los inmigrantes, mediante actuaciones en el marco de la política migratoria, cumpliendo por parte de la sociedad e instituciones con su papel de acomodador; facilitando el acceso al mercado laboral, y el resto de las instituciones (salud, educación...). Fomentar que los inmigrantes tengan mejor conocimiento de las costumbres y hábitos culturales en general, y en particular de aquéllos relacionados con la salud y asistencia sanitaria, mediante cursos informativos.

8. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

En Andalucía, la Reforma Psiquiátrica se inició oficialmente en 1984 con la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), que dio lugar a la sustitución de los 8 hospitales psiquiátricos provinciales y las 69 consultas ambulatorias de neuropsiquiatría de la Seguridad Social por una red diversificada de servicios, capaz de abordar todos los problemas de salud mental. Actualmente esta red está formada por:

- 72 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), estos equipos son el pilar básico de la asistencia a la salud mental,
- 20 unidades de Hospitalización de Salud Mental en Hospital General (UHSM-HG),
- 9 unidades de Rehabilitación, centros de día con programas de rehabilitación psicosocial (en zonas urbanas).
- 14 Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) que atienden a los pacientes menores de edad,
- 7 Hospitales de Día (H.D.), que son dispositivos de hospitalización parcial (de día) para procesos mentales graves de larga evolución, con carácter de recurso intermedio,
- 13 Comunidades Terapéuticas (C.T.), son centros de atención intensiva con hospitalización de media y larga estancia.

Además, a partir de 1994, viene funcionando la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), se trata de una institución socio-sanitaria, por los programas que desarrolla en coordinación con los servicios sanitarios de salud mental y los servicios sociales de la comunidad.

Este modelo, a pesar de su complejidad, es válido también para la población inmigrante, si bien habría que incluir algunas modificaciones y adaptaciones a la nueva situación de diversidad cultural. Debido a la mayor fragilidad y vulnerabilidad del enfermo mental, y a la estigmatización que recae sobre el enfermo y la enfermedad mental, es necesario «llevar al paciente de la mano» con el fin de garantizar la continuidad asistencial y potenciar la adhesión al tratamiento, en este sentido los mediadores interculturales juegan un papel importante, es fundamental la formación de más mediadores y convendría potenciar su papel en todos los niveles de la red de salud mental y mejorar la accesibilidad a sus servicios. Este modelo adolece de muchas deficiencias para la atención a los inmigrantes sobre todo en los dispositivos, llamados de tercer nivel y especiales (C.T., HD) que requieren más atención social y familiar; intervenciones

psicoterapéuticas, y podemos decir que en la práctica los pacientes inmigrantes no acceden a los mismos por las dificultades idiomáticas, culturales y la red sociofamiliar deficitaria, entre otras causas. Huelga decir que la dificultad es, todavía, mayor en aquellos dispositivos socio-sanitarios como los pisos, residencias, talleres, etcétera.

En el momento actual nuestra Comunidad se enfrenta al reto de la construcción de un sistema de atención en salud mental para una sociedad caracterizada por la multiplicidad, la diferencia y progresivamente por el mestizaje; Para hacer frente a este reto ha de tener presentes las características propias de Andalucía y de la inmigración que recibe y aprender de la experiencia de otros países.

El sistema andaluz de salud mental es público, universal, centrado en la atención comunitaria, pendiente de la completa implantación de los procesos asistenciales integrales (con un enfoque más dimensional que categorial), basado en la evidencia científica, privilegiando la terapia farmacológica y, en los últimos tiempos, con un compromiso con la eficiencia y la excelencia. Los criterios de evaluación de la eficiencia son hasta la fecha principalmente cuantitativos, y valorando positivamente los resultados en relación a la atención universal y preferente a los trastornos mentales graves; quedan pendientes una evaluación cualitativa de los servicios, la promoción real de los espacios psicoterapéuticos, un aumento de recursos sociales para los enfermos con diagnóstico de trastorno mental grave, así como el impulso de una investigación y docencia de calidad. En este contexto en el momento presente nos planteamos la atención a la diversidad cultural en salud mental en Andalucía.

Existe un debate muy rico sobre la psiquiatría cultural a nivel internacional. Las diferencias observadas en los distintos sistemas de salud mental deben comprenderse según Baubet (2003) en el contexto sociopolítico e histórico de cada país. Rechtman (1998) expone las diferentes formas de articulación entre la clínica y la antropología, que presentamos en el cuadro siguiente:

Modelos nosológicos	Epidemiológico	Estudio de las enfermedades utilizando las categorías occidentales
	Etnomédico	Estudio de las enfermedades utilizando las categorías locales
Modelo antropológico	Estudio de la enfermedad como experiencia cultural y subjetiva	

De la psiquiatría comparada introducida por Kraepelin surge la psiquiatría transcultural (*Cross-Cultural Psychiatry*) interesada en estudios epidemiológicos de los diferentes trastornos psiquiátricos considerados como manifestaciones de una disfunción orgánica en los que la cultura influiría tan sólo en su expresión. Para algunos autores como Kirmayer y Minas (2000) el abordaje de la cultura por el DSM IV y el apéndice dedicado a los síndromes ligados a la cultura (*Culture – Bound Syndromes*) derivan de esta concepción. La nueva psiquiatría transcultural, corriente nacida a finales de los años 70 a partir del artículo de Kleinman (1977) dedicado a la depresión, sigue el modelo antropológico. Kleinman atribuye gran importancia a las narrativas de enfermedad (*illness narratives*) para captar la experiencia subjetiva de la enfermedad y al contexto global sobre el que se inscribe la experiencia; imponiéndose progresivamente la apelación de psiquiatría cultural.

En Francia, uno de los países donde el debate acerca de la psiquiatría transcultural es mayor, conviven modelos muy diferentes. Fassin y Rechtman (2005) los revisan desde una perspectiva antropológica analizando las condiciones sociales e históricas que favorecieron su

aparición y continuidad. Tras la segunda guerra mundial y para atender a los refugiados procedentes de los países del Este Eugène y Françoise Minkowski abrieron el Dispensario Popular de París para ofrecerles atención universal en la propia lengua. Zulméro de Almeida en los años 70 fundó el Comité Médico Social para la Salud de los Inmigrantes, hoy la Asociación Migraciones – Salud, para formar a profesionales en los campos social y de la salud a fin de mejorar los derechos de los inmigrantes desde un enfoque de «psiquiatría de las migraciones». En los años 90, Tobie Nathan, apoyándose en el soporte teórico del complementarismo de Georges Devereux, propone un modelo centrado en la alteridad cultural y en la importancia de las etiologías «tradicionales» desde una posición muy crítica con el sistema público. El complementarismo, entendido por sus seguidores como un principio metodológico, base del etnopsicoanálisis, se basa en la necesidad de los discursos complementarios, no simultáneos, psicoanalíticos y antropológicos en la obtención de datos en la historia clínica. El etnopsicoanálisis o etnopsiquiatría se basa en dos principios: la universalidad psíquica y la especificidad cultural. En la actualidad ocupa un lugar más relevante la etnopsiquiatría moderada liderada por Marie Rose Moro, alumna de Devereux, que conserva el grupo de coterapeutas de diferentes orígenes y la visión etnomédica de las representaciones de la enfermedad; si bien en colaboración con el sistema público.

De los debates existentes en otros países nos surgen las siguientes preguntas que deberemos intentar responder: ¿Cómo integrar los avances de las neurociencias y los estudios culturales? ¿Cómo ofrecer los mejores servicios de atención en salud mental a los inmigrantes? ¿Cómo mantenernos fieles a nuestra vocación de aliviar el sufrimiento psíquico sin olvidar las implicaciones políticas de nuestra práctica y sin sentirnos prisioneros de ellas?

Exponemos a continuación las reflexiones recientes de L. Kirmayer (2006), director de la División de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill (Montreal, Canadá), acerca de las condiciones necesarias en el futuro de la Psiquiatría Transcultural:

- Multidisciplinarietà, incluyendo epidemiología psiquiátrica, antropología médica y sociología, ciencias cognitivas y psicología social; acabando con la dicotomía naturaleza/cultura permitiendo una visión integradora de la cultura en el corazón de la biología humana.
- Centrada en los procesos psicológicos, entendidos éstos como individuales y sociales.
- Posicionada críticamente al examinar la interacción entre los sistemas de conocimiento y poder tanto a nivel local como global.

9. CONCLUSIONES Y ACTUACIONES

La inmigración debe ser considerada como Acontecimiento Vital Estresante y como tal podría ser un factor de riesgo para la salud mental de los inmigrantes.

Es importante el conocimiento y la comprensión de la cultura religiosa de los inmigrantes por la comunidad receptora, y viceversa. Esto es debido a que los valores y las normas que constituyen la cultura de un grupo étnico, influyen en su peculiar forma de adaptación, la manera de elaboración del duelo y en su modo de ver el mundo y en su interacción; además configura su cultura de salud y de cuidados.

Es básico el fomento de la actitud intercultural y promover la competencia cultural, entre los profesionales que atienden a los inmigrantes, entre ellos los sanitarios.

Es conveniente considerar la inclusión de la atención sanitaria a los pacientes inmigrantes, como objetivo del Programa de Salud Mental y por consiguiente de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental de Andalucía, porque se trata de un grupo de especial riesgo tanto por la situación de inmigración como por padecer enfermedad mental y, sobre todo, aquéllas más graves.

Actuaciones generales

- Promover la acogida social (cultura receptora), el agrupamiento familiar; la creación y la utilización de grupos de apoyo.
- Evitar las actitudes compasivas y de sobreprotección que dificultarían la independencia y la adaptación.
- Procurar la mejora de la situación sociolaboral: vivienda, hacinamiento, trabajo, situación administrativa («papeles»), actividades lúdicas con otros inmigrantes y autóctonos, etcétera.
- Hacer partícipes a los pacientes (inmigrantes) y sus familiares en las distintas etapas de los cuidados, asegurando de esta manera el mejor cumplimiento del plan terapéutico integral (tratamiento médico, cuidados de enfermería y apoyo social).
- Utilizar los recursos sociales existentes: FAISEM, servicios sociales comunitarios, ONGs, sindicatos, etcétera.
- Facilitar el acceso al aprendizaje del idioma y el conocimiento de la cultura receptora.
- Facilitar el acceso a los servicios sanitarios y el conocimiento de los mismos, su funcionamiento y la cultura sanitaria existente.
- Estudiar las necesidades reales de los inmigrantes y revisar los objetivos de las instituciones.
- Readaptar el modelo asistencial de salud mental a las nuevas circunstancias, necesidades y exigencias.

Actuaciones específicas

1. Contención emocional e intervención en crisis. En situaciones críticas como crisis de ansiedad, crisis de identidad o crisis ansioso-depresiva con inestabilidad emocional, etcétera.
2. Tener en cuenta los factores estresantes en el proceso de adaptación en la inmigración (aislamiento, sentimientos de soledad y culpa, incomunicación lingüística, hostigamiento y rechazo, etcétera).
3. Realizar exploración física y psicológica básica.
4. Aceptar las explicaciones y el significado cultural de los síntomas.
5. No intentar convencer al paciente del significado psicológico de sus síntomas, en la primera entrevista, sino en las sucesivas aprovechando el establecimiento de la relación terapéutica y la posible mejoría.
6. Iniciar tratamiento sintomático cuando el cuadro esté ya estructurado como trastorno: trastorno de ansiedad, somatizaciones, depresiones, trastornos psicóticos, etc. y en las revisiones valorar la posibilidad de otro tipo de abordaje.
7. Tener en cuenta, las creencias culturales y religiosas, costumbres y hábitos de cuidados, los síndromes vinculados a las culturas y adaptar nuestras técnicas e intervenciones a sus necesidades reales respetando lo esencial de las mismas y además sus creencias.

8. Recordar que la inmigración es un hecho, generalmente traumático y estresante, pero no es una enfermedad.
9. Que el duelo migratorio, en principio, no es patológico y sólo precisa contención emocional y acompañamiento. No obstante hay que estar alerta debido a la fácil complicación del mismo en parte por sus características y, en parte, por la situación de privación de apoyo sociofamiliar, de hostigamiento y aislamiento social en la que se encuentra el inmigrante.

Contención emocional e intervención en crisis

Se llama «crisis» a un estado agudo de desequilibrio psíquico en el que la persona se siente incapaz de afrontar la realidad de un modo razonable (Dietrich, 1986). En esta situación, el Sistema Sanitario debe atender al inmigrante con los siguientes objetivos:

- Ayudarle a enfrentar la crisis: facilitarle que hable de sus miedos, manifieste su angustia, afligirse e incluso llorar.
- Ayudarle a que enfrente la crisis en pequeñas dosis:
 - La crisis no se debe evitar y el tiempo sólo no cura.
 - Fomentar el apoyo y la comprensión de los acompañantes.
 - Suministrar ansiolíticos en pequeñas dosis.
- Ayudarle a descubrir y conocer la realidad de los hechos.
- Tener en cuenta las limitaciones comunicacionales tanto verbales y no verbales y la influencia de nuestras actitudes en la comunicación.
- Tener paciencia y transmitir la sensación de «no hay prisa» facilitando así el desarrollo de una relación de confianza.
- Informarle con veracidad. No darle falsas seguridades sino reconocer la magnitud del problema y que con ayuda y su esfuerzo podría superar la situación. No necesita consuelo sino recuperar la confianza en sí mismo.
- No alentarle a culpar a otros. Es posible que culpar a otros le ayude a aliviarse pero no le ayuda a afrontar la crisis y a salir fortalecido al resolverla.
- Motivarle a aceptar la ayuda, convenciéndole de que tiene problemas y animándole a reconocerlos. Aceptar la ayuda le será útil y, además, es un signo de madurez y sana capacidad de manejo de situaciones difíciles.
- Adoptar un enfoque pragmático, favoreciendo la solución de desafíos vitales inmediatos, reconociendo las causas y necesidades que hay en el origen de la crisis actual, evitando así la discrepancia entre necesidades y soluciones.
- Tener en cuenta el contexto cultural en el que se encuentra inmerso el paciente, para que no se produzcan desequilibrios significativos entre las soluciones recomendadas y las distintas formas de actuación de cada cultura.

A MODO DE RESUMEN

- La migración es un Acontecimiento Vital Estresante, con tendencia a la cronificación. El colectivo de inmigrantes es un grupo potencialmente de alto riesgo tanto social como sanitariamente.

- Es muy importante que la sociedad y las instituciones cumplan con su papel de *acomodador*. Asimismo potenciar el papel de las redes sociales de los propios inmigrantes.
- El proceso de adaptación es: bidireccional (interdependiente), heterogéneo, y culturalmente dependiente.
- Los hijos de inmigrantes presentan diferentes problemas psicosociales como son el importante fracaso escolar; el aislamiento social, lingüístico y cultural, escasas o casi nulas posibilidades de promoción, etcétera.
- La salud mental de las mujeres inmigrantes depende no sólo de sus factores individuales de personalidad y de las diferencias culturales, sino de las condiciones de trabajo, del grado de apoyo social y de la posibilidad de poder conciliar sus papeles de madres y trabajadoras.
- Las barreras culturales son tan importantes como las idiomáticas.
- Es básica la formación en Competencia Cultural de los profesionales y de los agentes sociales. Asimismo el fomento, entre ellos, de la actitud intercultural.
- El conocimiento de los aspectos socioculturales y de su influencia en el proceso Salud-Enfermedad, ayuda a disminuir las barreras culturales y optimiza la calidad de la atención prestada.
- Adaptar nuestras intervenciones a las características culturales e individuales, así también hacer partícipes a los pacientes (inmigrantes) y sus familiares en las distintas etapas de los cuidados, ayudaría a conseguir mejores resultados en la atención sanitaria.
- El duelo migratorio es: parcial, múltiple, vincular; transgeneracional, cultural y con tendencia a la cronicidad. En principio no es patológico pero puede conllevar a trastornos mentales si no se elabora bien.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui Loizate J. *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ed. Mayo, 2002.
- Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. XXI, 1978.
- Baubet T. Évolutions et Perspectives de la Psychiatrie Culturelle. En: Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et Migrations*. Paris: Masson, 2003.
- Bonelli E. *Tráfico e Inmigración de Mujeres en España. Colombianas y Ecuatorianas en los Servicios Domésticos y Sexuales*. Madrid: ACSUR-Las Segovias, 2001.
- Carrasco C. La Sostenibilidad de la Vida Humana: ¿Un Asunto de Mujeres? *Mientras Tanto*, nº 82. Barcelona: Icaria Editorial, 2001.
- Casal Cacharrán M. *Entre el Magreb y España. Voces y Miradas de Mujeres*. Madrid: ACSUR-Las Segovias, 2001.
- Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general, Psiquiatría clínica*. Madrid: Ed. Alianza Editorial, 1980.
- Cyrulnik B. *Un Merveilleux Malheur*. Paris: Odile Jacob, 1999 (citado en Baubet T, Moro MR: *Psychiatrie et Migrations*. Paris: Masson, 2003).
- Dietrich G. *Psicología general del counseling*. Herder, 1986.
- Fassin D, Rechtman R. An Anthropological Hybrid: The Pragmatic Arrangement of Universalism and Culturalism in French Mental Health. *Transcultural Psychiatry*. 2005;42(3). Montreal, Canada: Sage Publications, McGill University.
- Grinberg L, Grinberg R. *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza editorial, 1984.

- IOÉ Inmigrantes Extranjeros en España: ¿Reconfigurando la Sociedad? *Panorama Social*. 2005 junio;1: 32-47.
- Kirmayer LJ, Minas H. The Future of Transcultural Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* (Ottawa, Canada). 2000;45:438-46.
- Kirmayer L. Beyond the "New Cross-Cultural Psychiatry": Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*. 2006;43(1):126-44. Montreal, Canada: Sage Publications, McGill University.
- Kleinman A. Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry". *Soc Sci Med*. 1977;11:3-10.
- Laing RD. *El yo y los otros*. Fondo de cultura económica, 1978.
- Lurbe i Puerto. La Dimensión Político Ideológica de los Dispositivos de Interpretación y Tratamiento de la Diferencia Étnica en la Salud Mental. Comunicación presentada en el II Encuentro Internacional Migración y Salud Mental que se celebró en Madrid en abril de 2003.
- Martín Díaz E, Sabucco A. Las Mujeres en la Globalización: el Nuevo Tráfico de Alianzas y Mercancías. *Colección Monografías*, nº 19. Caracas, 2006.
- Moro MR. Parents – Enfants en Situation Migratoire: Une Nouvelle Clinique des Métissages. En: Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et Migrations*. Paris: Masson, 2003.
- Onnis Luigi. *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Barcelona: Ed. Paidós, 1996.
- Pechevis M. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, vol. VII, cap. I, pp. 19-34. Madrid: Ed. Biblioteca nueva, 1995.
- Rechtman R. Anthropologie Médicale et Psychiatrie: de Nouveaux Paradigmes de Recherche. *Pour la Recherche* (17). Paris: Fédération Française de Psychiatrie, 1998.
- Río Benito MJ, Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las Mujeres Inmigrantes en Sevilla: Salud y Condiciones de Trabajo. Una Revisión desde la Medicina Social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 104, oct-dic 2003. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Río Benito MJ, Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Les Femmes Immigrantes qui Travaillent comme Femmes de Ménage à Séville (Espagne). Présentation des Résultats des Interviews aux Personnes Rélais et des Histoires de Vie. *Migrations-Santé* nº 122-123, 2005. Paris.
- Salazar Parreño R. *Servants of Globalization*. Stanford, California: Stanford University Press, 2001.
- Sánchez Molina R. Mandar a traer: *Antropología, migraciones y transnacionalismo. Salvadoreños en Washington*. Madrid: Ed. Universitas, S.A., 2005.
- Sayed-Ahmad Beirutí N. Trastornos mentales específicos de determinadas culturas. En: Cangas AJ, Maldonado AL, López M, editores. *Manual de Psicología Clínica y General*, vol. II: Psicopatología, cap. 22, pp. 481-92. Granada: Alborán Editores. ISBN: 84-607-6075-8. 2002
- Sayed-Ahmad Beirutí N. Los hijos de los inmigrados, «la segunda generación», en la encrucijada. Publicado en la página web del XVI Congreso de la SAMFYC celebrado en Almería del 8 al 10 de mayo de 2006. Disponible en URL: <http://www.samfycalmerica2006.net> y <http://www.samfycongresos.com/pdfs/hijosinmigrados.pdf>.
- Sayed-Ahmad Beirutí N, Tesoro Amate A. Salud mental y migración. Dificultades y soluciones para la adherencia y continuidad de cuidados. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*, cap. 20. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/35, 2006, pp. 377-98. ISBN: 84-95287-30-7.
- Tizón JL, San-José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, vol. I. Barcelona: ed. Herder, 1997.
- Tizón JL. *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Ed. Paidós, 2004.
- Zempléni A. La "maladie" et ses "causes". Introduction. *L'Ethnographie*, nº 81, 1985 (citado en Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et Migrations*. Paris: Masson, 2003).

VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

A) Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes

*Arantza Falces Aramendi, José Vázquez Villegas
y Elías Cañas García-Otero*

1. INTRODUCCIÓN

En Andalucía, el mayor volumen de inmigrantes procede de países desarrollados (extranjeros), pero los que van a ocupar nuestro interés son los denominados inmigrantes económicos procedentes de países en vías de desarrollo (África, Latinoamérica, Europa del Este y Sudeste asiático).

Por regla general, el inmigrante económico es un trabajador manual, joven y sano, con un nivel de salud superior al de su país de origen. Sin embargo, la situación en que viven en el país receptor (condiciones sociales, hacinamiento, marginación, soledad, etc.) les convierte en una población «vulnerable» desde el punto de vista sanitario, es decir, un grupo de riesgo para adquirir y/o desarrollar enfermedades transmisibles, laborales, mentales...

2. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA INMIGRACIÓN. CONCEPTOS

Históricamente las migraciones y desplazamientos de las poblaciones humanas han supuesto la entrada y/o diseminación de enfermedades de otros países. Uno de los problemas que pueden aflorar es la de provocar actitudes y políticas de rechazo hacia este colectivo. Por esto es preciso matizar algunos aspectos:

Las enfermedades infecciosas procedentes de otros países forman parte de la denominada **«patología importada»**, que no es exclusiva de la población inmigrante, sino que también nos puede llegar a través de otros colectivos, como los viajeros o cooperantes. Precisamente, los episodios agudos de algunas enfermedades importadas «tropicales» son más frecuentes en estas poblaciones que en la población inmigrante.

Los largos trayectos migratorios, y el mismo proceso de la inmigración, hace que sean las personas física y psicológicamente más fuertes los que se decidan a migrar. El proceso migratorio es un fenómeno selectivo, en el que sólo los más sanos llegan a su destino.

La salud de la población inmigrante recién llegada es un reflejo del nivel de salud de sus países de origen. No obstante, algunos problemas de salud que acaban padeciendo se deben más a las condiciones de vida y actividades de riesgo que sufren en el país de acogida que a la prevalencia de esas enfermedades en sus países de origen. La mayoría de las enfermedades infecciosas importadas que padece la población inmigrante tiene importancia individual y no va a tener ningún impacto, o muy escaso, en términos de salud pública, ya que su transmisión es imposible o muy difícil en nuestro medio.

Desde un punto de vista conceptual y en sentido amplio, se denominan **«enfermedades relacionadas con la inmigración»** a aquellos procesos, transmisibles o no, que se adquieren

en un determinado país o área geográfica bioclimática, y que se manifiestan clínicamente y/o se diagnostican en otro país o área diferente. A su vez, estas enfermedades se pueden dividir en dos grandes grupos: las «**enfermedades tropicales**» y las «**enfermedades cosmopolitas**». Las primeras, cuya distribución está limitada a determinadas áreas geográficas, tropicales o subtropicales en la mayoría de los casos, se caracterizan por requerir de la confluencia de unas circunstancias ecológicas específicas para su transmisión: la presencia simultánea de determinados vectores, huéspedes intermediarios y/o reservorios. Se trata, pues, de enfermedades relativamente exigentes para que su cadena de transmisión sea efectiva, de modo que ésta se ve mermada o imposibilitada cuando faltan uno o más eslabones. Por el contrario, las «enfermedades cosmopolitas» son menos exigentes desde el punto de vista ecológico (no precisan de la presencia simultánea de vectores, huéspedes intermediarios y/o reservorios específicos en el espacio y en el tiempo), por lo que su distribución es más amplia (incluyendo los propios países de acogida) y con frecuencia mundial. En general, se trata de enfermedades o infecciones que se transmiten por vía aérea, por contacto personal estrecho, o por vía fecal-oral.

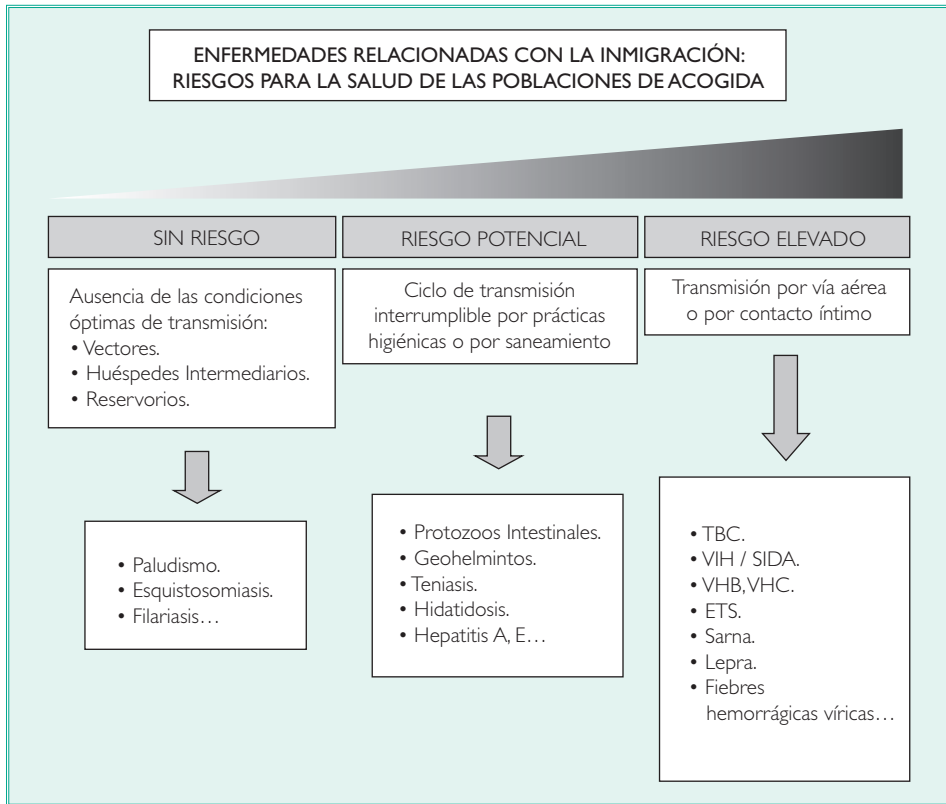
Ejemplos de enfermedades infecciosas tropicales estrictas serían el paludismo, la esquistosomiasis o las filariasis, mientras que entre las infecciones cosmopolitas destacan la tuberculosis, las hepatitis víricas, las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo la infección por el VIH/SIDA), la lepra y la mayoría de las parasitosis intestinales de transmisión fecal-oral.

Por lo tanto, muchas de las enfermedades relacionadas con la inmigración ya existen en los países de acogida, si bien su frecuencia es baja o inferior a la de los países de origen de los inmigrantes. Esta diferenciación es importante, por cuanto el término «relacionada con la inmigración» no debe utilizarse exclusivamente referida a la población inmigrante, y sobre todo, no debe ser sinónimo de «riesgo para la salud» de las poblaciones autóctonas de los países de acogida. De hecho, prácticamente todas las enfermedades tropicales implican un riesgo mínimo o despreciable para las sociedades de acogida, dado que en ellos no existen los elementos o circunstancias ecológicas necesarias para su transmisión efectiva, por lo que deben considerarse como enfermedades de «bajo o nulo riesgo» de transmisión a las poblaciones de acogida.

Por el contrario, la mayoría de las enfermedades relacionadas con la inmigración cosmopolita pueden suponer un riesgo «potencial» o «actual» de transmisión para la población general de los países de acogida. Así, en un estudio efectuado en Mataró (Barcelona), sólo el 38% de las infecciones diagnosticadas en inmigrantes tenían potencial de transmisión en nuestro país. Destaca el hecho de que la mayoría de estas enfermedades con potencial epidémico no son enfermedades exclusivamente tropicales, sino de distribución cosmopolita.

Dentro del grupo de enfermedades «riesgo potencial» de transmisión a la población de acogida, se situarían las infecciones de transmisión fecal-oral (como la hepatitis A, la amebiasis, la giardiasis o la mayoría de las parasitosis intestinales), que son difícilmente transmisibles a la población general siempre que no se rompan las normas de higiene o las redes de saneamiento ambiental existente en las sociedades desarrolladas.

Por el contrario, las infecciones relacionadas con la inmigración con «riesgo elevado o actual» de transmisión a la población autóctona, serían aquellas infecciones, la mayoría de ellas cosmopolitas, con capacidad de transmitirse directamente de persona a persona por vía aérea o por contacto personal íntimo, como es el caso de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual o las hepatitis por virus B y C. Es evidente que este último grupo de infecciones cosmopolitas requiere, en la mayoría de los casos, un contacto íntimo y prolongado, y su

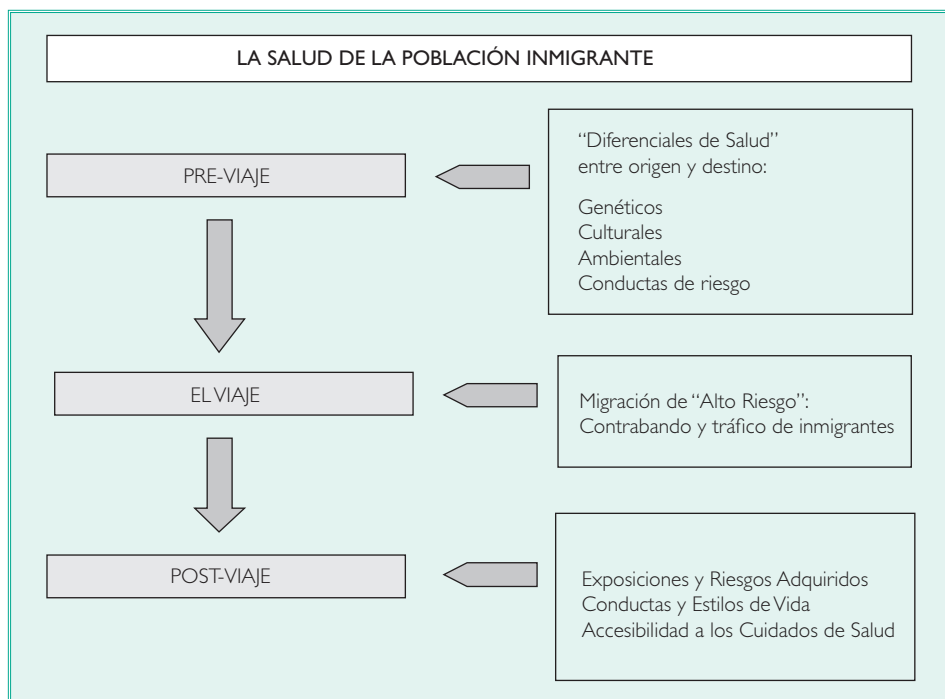


transmisión se ve favorecida por aquellas circunstancias que hacen de la población inmigrante un grupo de elevada vulnerabilidad sanitaria, no sólo por las condiciones habitualmente precarias en las que viven (sociales, laborales, hacinamiento, marginación, soledad), sino también por la existencia de barreras para el acceso y utilización de los cuidados y servicios de salud.

3. LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE. ETAPAS EVOLUTIVAS

El proceso migratorio puede considerarse como un riesgo acumulativo para la salud del individuo, que se desarrolla en varias etapas cronológicas y evolutivas, cada una de las cuales tiene sus propios determinantes y manifestaciones clínicas.

En la primera etapa, que abarcaría hasta los primeros 2-5 años de estancia del inmigrante en el país de acogida, cobran especial protagonismo las enfermedades relacionadas con la inmigración, tanto las tropicales o endémicas como las cosmopolitas. Esta etapa estaría condicionada fundamentalmente por la historia de vida previa de la persona y la prevalencia de las distintas enfermedades en los respectivos países de procedencia. El límite de 2-5 años se correspondería con el período de incubación de la enfermedad y/o de la supervivencia media del agente etiológico en el huésped fuera del ecosistema originario, así como con el período de pérdida gradual de la inmunidad específica frente a determinados agentes una vez que la persona no se ve expuesta a estímulos antigénicos repetidos de forma continua. Excepciones



a esta barrera temporal son las enfermedades o las infecciones crónicas, tanto tropicales como cosmopolitas, que se caracterizan, en primer lugar, por poseer períodos de latencia (subclínicos) y/o infectividad prolongados, en segundo término, por tener capacidad de reactivación tardía. Ejemplos de estas entidades serían la tuberculosis, la infección VIH/SIDA, algunas filarias o las complicaciones crónicas no infecciosas de la sífilis (tabes dorsal), lepra (neuropatía), hepatitis B (hepatocarcinoma), esquistosomiasis (carcinoma de vejiga, fibrosis hepática o pulmonar) o la enfermedad de Chagas (cardiopatía o megasíndromes digestivos).

La segunda etapa evolutiva estaría representada por los problemas de salud inherentes y/o derivados del propio proceso migratorio y tiene unos límites temporales imprecisos, ya que puede iniciarse antes de la llegada de la persona inmigrante al país de acogida (en el caso de tránsitos y/o estancias prolongadas en países intermedios) y prolongarse durante muchos años, a veces incluso durante varias generaciones, dependiendo del grado de integración social en los países de destino. Esta etapa está condicionada, entre otras, por las condiciones de vida de la población inmigrante en los países receptores, por la precariedad laboral propia de la inmigración económica y por factores psicológicos que configuran el denominado «duelo migratorio».

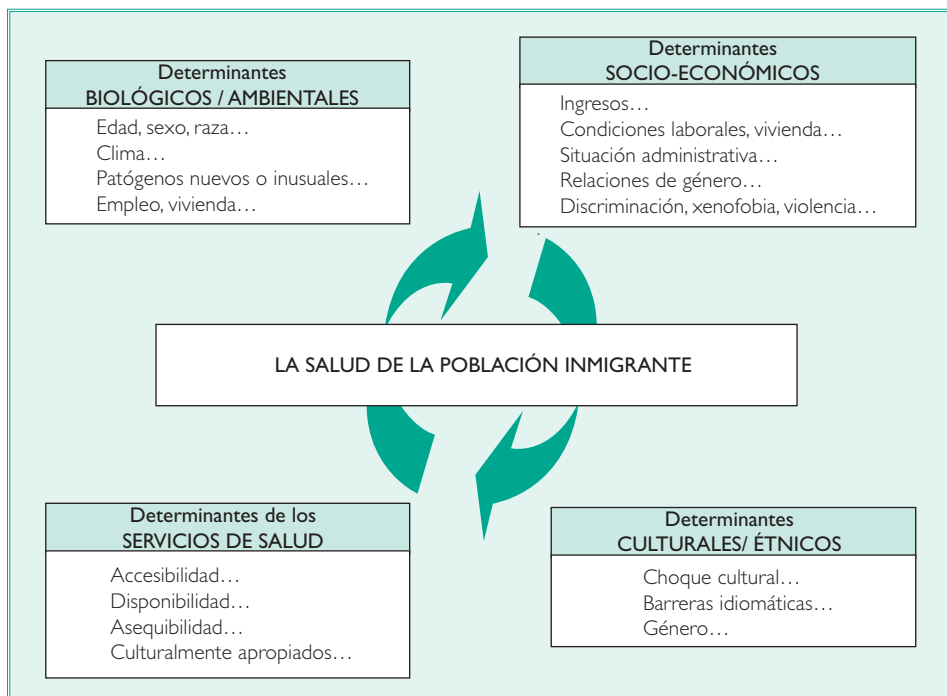
Finalmente, una vez concluida la integración social de la persona inmigrante, sus problemas de salud cada vez se aproximan más a los propios del país de acogida, y vienen determinados, por una parte, por la adopción de estilos de vida propios de éstas (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, enfermedades cardiovasculares...) y, por otra, por el grado de acceso y utilización de los servicios sanitarios, tanto asistenciales como preventivos. Hay estudios que contemplan incluso una cuarta etapa evolutiva ulterior, que ocurre con el regreso posterior y definitivo de la población emigrada a sus países de origen.

Naturalmente, estas tres etapas pueden mostrar cierto grado de solapamiento y coexistir durante determinados períodos de tiempo, por lo que este esquema debe tomarse como orientativo.

4. DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Profundizando en los condicionantes de salud enumerados en el apartado anterior, se pueden considerar cuatro grupos de factores determinantes de la salud de la población inmigrante:

- 4.1. Determinantes biológicos o ambientales,** entre los que se encuentran la edad, el sexo, la raza, los antecedentes epidemiológicos y personales, así como el cambio climático (generalmente la adaptación a un clima más frío) y el contacto con nuevos patógenos inexistentes o poco prevalentes en su país de origen.
- 4.2. Determinantes socio-económicos,** como la precariedad laboral, un nivel económico bajo, viviendas poco saludables, hacinamiento, discriminación y racismo, ruptura con el soporte social previo, la situación administrativa de residencia del inmigrante en el país (regularizado o no), el conocimiento del idioma y las relaciones de género desiguales.
- 4.3. Determinantes culturales,** desde la óptica de que tanto la salud como la enfermedad son «construcciones» antropológicas y culturales que están determinadas, en parte, por



creencias, representaciones y modelos culturales propios del contexto donde se han generado, que inevitablemente acompañan a la población inmigrante durante el proceso migratorio y que con frecuencia entran en conflicto con las existentes o predominantes en las sociedades de acogida. Las creencias sobre salud y enfermedad, sobre el proceso de curación o incluso sobre el funcionamiento y objetivos del propio sistema sanitario, están muy mediatizadas por condicionantes culturales, y adicionalmente, están íntimamente relacionadas con otros órdenes sociales como la familia, el trabajo o lo político (leyes, sistemas, derechos...). Las percepciones de la persona sobre la salud en sentido general (la salud en abstracto) y particular (su propia salud individual), las expectativas sobre los cuidados de salud, la elección entre diferentes tratamientos, la cumplimentación de los mismos o la participación en actividades preventivas de salud son ejemplos ilustrativos de cómo los determinantes culturales y antropológicos de la población inmigrante, entendidos más allá de las simples barreras idiomáticas, juegan un papel importante en el proceso de curación.

4.4. Determinantes del sistema sanitario, fundamentalmente entendidos como la existencia de barreras en el acceso y/o en la utilización de los servicios.

La importancia relativa de cada uno de estos grupos dependerá, lógicamente, de la etapa en la que se encuentre cada inmigrante concreto, y más precisamente, del tiempo de estancia en nuestro país y del grado de integración en la sociedad de acogida.

5. PATOLOGÍAS Y PROCESOS MÁS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Desde la perspectiva de la persona inmigrante, los cinco mayores problemas con los que se va a enfrentar durante su período inicial de residencia en el país de acogida son la falta de acceso a un trabajo normalizado, una situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma.

Teniendo en cuenta que la atención sanitaria no constituye una de las prioridades para los inmigrantes, salvo cuando la patología les impida trabajar, se observa que la información epidemiológica de la que disponemos en nuestro país es aún escasa. No obstante, los estudios existentes resaltan que las enfermedades tropicales «clásicas» no constituyen el motivo principal de consulta de la población inmigrante, y que la mayoría de aquéllas se centran en problemas de salud propios del entorno y similares a los de la población en la que se integran (infecciones respiratorias, problemas osteomusculares, dolores abdominales...), y que, por el contrario, existe una elevada prevalencia de problemas de salud reactivos o de adaptación (con especial protagonismo de síntomas psicósomáticos, trastornos de ansiedad, depresión y toxicomanías), todos ellos en íntima relación con las condiciones de precariedad laboral a las que habitualmente están sometidos (accidentes laborales, exposición a pesticidas y a otros productos químicos...), de infra-vivienda y problemas de salud reproductiva en las mujeres.

De forma esquemática, los problemas de salud de la población inmigrante los podríamos agrupar en los tres grandes apartados (Tabla 1):

Tabla I. Clasificación de las enfermedades relacionadas con la inmigración

1. Enfermedades prevalentes en los países de origen:
 - a) Enfermedades de base genética.
 - b) Enfermedades cosmopolitas.
 - c) Enfermedades tropicales o endémicas.
2. Enfermedades reactivas o de adaptación.
3. Enfermedades adquiridas en el país de acogida:
 - a) Orgánicas.
 - b) Laborales.

Especial mención merecen los problemas de **salud laboral**, puesto que al inicio de su estancia en el país de acogida, suelen desempeñar empleos temporales de baja cualificación y en condiciones precarias. La falta de comunicación y de conocimiento del funcionamiento de las maquinarias (su trabajo frecuentemente se considera como de corta duración o temporal, por lo que no son adecuadamente entrenados) les coloca en una situación de alto riesgo de accidentes laborales. De esta forma se estima que presentan un riesgo de sufrir lesiones mortales y no mortales por accidente laboral cuatro veces superior al de los trabajadores autóctonos. Para las mujeres, este riesgo es cinco o seis veces superior; y en el caso de los inmigrantes de menos de 5 años de estancia en el país, esta cifra se llega a multiplicar por 15, tanto para lesiones mortales como no mortales. En Alemania y Francia se calcula que el 30% de todos los accidentes laborales que terminan en incapacidad laboral permanentes ocurren en inmigrantes. Como ejemplo, los empleados y empleadas en la agricultura intensiva de invernadero, en expansión en nuestra Comunidad y que mayoritariamente son inmigrantes, presentan problemas de salud derivados de la exposición a altas temperaturas (causantes de deshidrataciones, miopatías o trastornos cardiovasculares) y a pesticidas químicos (implicados en la aparición de cefaleas, trastornos neurológicos, depresiones o abortos durante el trabajo).

6. MIGRACIONES DE ALTO RIESGO. EL FENÓMENO DE LAS PATERAS

Si algo caracteriza al fenómeno migratorio es su naturaleza dinámica y cambiante, en continua adaptación a los dictados económicos y derivas políticas del mundo actual. Aunque las migraciones son tan antiguas como la especie humana, en los últimos años el proceso de globalización económica y ecológica imperante ha motivado cambios cuantitativos y cualitativos importantes en el fenómeno migratorio. Entre los primeros merece la pena señalar que, en la actualidad, más del 10% de la población mundial se desplaza fuera de su lugar habitual de residencia, de los cuales cerca de 200 millones lo hacen por motivos económicos. Respecto a los segundos, los cambios cualitativos, que probablemente hayan sido más decisivos, se podrían mencionar cuatro como los más representativos de los acaecidos en las últimas décadas. El primero de ellos se refiere a la diversificación de los trayectos migratorios; así, junto a la corriente migratoria predominante Norte-Sur (desde los países de baja renta hacia las economías más desarrolladas), se ha producido un incremento explosivo de las migraciones Sur-Sur, y dentro de los propios países, desde las áreas rurales a las urbanas, con el consiguiente crecimiento explosivo de las megaciudades de implicaciones ecológicas y sanitarias evidentes. El segundo cambio cualitativo hace referencia a la diversificación de los motivos que alimentan el fenómeno migratorio; así, junto a las migraciones de raíz económica o laboral,

hemos asistido a un aumento exponencial de las migraciones forzadas originadas conflictos armados, causas políticas y crisis humanitarias. En tercer lugar, se está produciendo una creciente feminización del fenómeno migratorio, que conlleva no sólo la emergencia de las redes de prostitución femenina, sino, a corto y medio plazo, motiva reagrupamientos familiares y la aparición posterior de segundas y terceras generaciones de inmigrantes en el seno de los países de acogida. Por último, estamos asistiendo impunes a la criminalización del hecho migratorio por los gobiernos y las sociedades de los países receptores, que se traduce gráficamente, en el término coloquial de «inmigración clandestina o ilegal» (ningún ser humano es ilegal). En la actualidad se estima que aproximadamente existen en el mundo unos 10-15 millones de inmigrantes «indocumentados» en situación administrativa irregular en los países de destino, lo cual constituye una faceta nueva y creciente del fenómeno migratorio.

De esta forma, paralelamente al endurecimiento de las fronteras externas de los países ricos se ha desarrollado un lucrativo comercio de tráfico y contrabando de seres humanos, que ocasiona una mayor complejidad y peligrosidad de los trayectos migratorios con repercusiones evidentes sobre la salud física y mental de la población inmigrante clandestina. Estas fronteras políticas en algunos casos se corresponden con fronteras físicas bien definidas, como la del Río Bravo entre México y Estados Unidos, o el Estrecho de Gibraltar y el Mar Mediterráneo en la confluencia de tres continentes (Europa meridional, África septentrional y Asia Menor). En otras ocasiones corresponden a fronteras geográficas peor delimitadas, como las que separan, respectivamente, a Europa occidental o a las economías prósperas insulares del Pacífico y Oceanía del resto de Eurasia o del continente asiático. Esta nueva cara del fenómeno migratorio provoca muertes evitables. A modo de ejemplo, se calcula que al menos 2.500 personas perecieron en el período 1995-2004 intentando cruzar ilegalmente la frontera sur de Estados Unidos (fundamentalmente en relación con las condiciones climáticas adversas), o que cerca de 1.400 personas fallecieron ahogados cuando intentaban cruzar el Estrecho de Gibraltar clandestinamente en «pateras» entre 1997 y 2003. Estas frías cifras multiplican por 30 y por 15, respectivamente, el número de personas que perdieron la vida al intentar cruzar el muro de Berlín en sus más de 30 años de existencia.

Andalucía está situada en la frontera exterior sur de la Europa próspera. Lo que antaño fue un puente para el intercambio y enriquecimiento mutuo de civilizaciones se ha convertido en la actualidad en una de las zonas permanentemente mejor vigiladas del Planeta. Desde esta posición de observatorio privilegiado del fenómeno migratorio general y de las migraciones de alto riesgo en particular, hemos asistido a la llegada de miles de personas a nuestras costas, muchas de las cuales han presentado problemas de salud relacionados directamente con esta modalidad de trayecto migratorio (lo que algunos han dado en denominar el **«síndrome de la patera»**): hipotermia, deshidratación hiponatrémica y rhabdomiolisis (debida a la inmovilidad prolongada en el espacio reducido de las embarcaciones), ocasionalmente complicada con fallo renal agudo y trastornos hidroelectrolíticos graves. Otros problemas de salud relacionados son los ocasionados por la exposición prolongada al sol (quemaduras, insolaciones, problemas oculares...) y las quemaduras químicas cutáneas (similares a una quemadura de segundo grado) y de vías respiratorias por el contacto directo o la inhalación de la mezcla tóxica del agua salada con el tetractilo de plomo de los gasóleos de navegación derramados durante el trayecto.

Con la implantación del Sistema Integrado de Vigilancia Exterior (SIVE) en las costas de Cádiz desde mediados del 2002, esta inmigración de alto riesgo se ha desplazado progresi-

vamente hasta la costa mediterránea oriental y, sobre todo, hacia las Islas Canarias, lo que en la práctica ha supuesto trayectos más largos y complejos (con travesías de más de 500 km en mar abierta) con el consiguiente aumento en su peligrosidad.

Inmigración y salud: ideas clave

- El perfil del inmigrante económico es el de una persona joven y sana que tiende a presentar problemas de salud similares a los de la población de acogida en la que vive y trabaja. No obstante, este perfil es cambiante. Adicionalmente los inmigrantes presentan una situación de vulnerabilidad social y sanitaria que constituye el principal determinante de su salud, y que les convierte en población de alto riesgo para determinados problemas de salud transmisibles, de salud laboral, de salud mental y de salud sexual y reproductiva.
- La migración representa un proceso de riesgo acumulativo para la salud del inmigrante que se desarrolla en varias etapas sucesivas, y que se inicia antes del viaje (etapa pre-viaje), continúa durante el mismo (etapa del viaje o trayecto migratorio) y se prolonga tras la llegada al país de acogida (etapa post-viaje).
- Las enfermedades relacionadas con la migración se pueden agrupar en tres grandes categorías: las prevalentes en los países de origen (que pueden ser de base genética, tropicales o cosmopolitas), las enfermedades reactivas o de adaptación, y las adquiridas en los países de acogida.
- Sólo las enfermedades relacionadas con la migración con capacidad de transmisión directa de persona a persona por vía respiratoria o por contacto íntimo pueden representar un riesgo para la salud de la población general de los países de acogida.
- La inmigración *per se* no representa un riesgo para la salud de la población general siempre que seamos capaces de garantizar el acceso efectivo de la población inmigrante a los cuidados y servicios de salud (en condiciones de equidad respecto al resto de los ciudadanos e independientemente de su situación administrativa de residencia) y de ofrecerles, como sociedad, la oportunidad de integrarse y alcanzar unas condiciones de vida dignas similares a las de la población autóctona.

En los últimos años estamos asistiendo a la aparición de «migraciones de alto riesgo», motivadas por la criminalización del hecho migratorio por los gobiernos y a la existencia de redes de tráfico y contrabando de personas, lo que da lugar a trayectos migratorios más complejos y peligrosos. En Andalucía, el fenómeno de las «pateras» constituye un ejemplo.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía. *Derechos humanos en la Frontera Sur 2006*. Informe sobre la inmigración clandestina durante el año 2005. Sevilla: enero 2006. Disponible en URL: <http://www.apdha.org/documentos/informeinmigra2005.doc>.
- Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC*. 1996; 1278.
- Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and Health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*. 1998;3:936-44.
- Carballo M, Mourtala M. *International migration and health*. Global Commission on International Migration, Ginebra, 2005. Disponible en URL: <http://www.gcim.org/attachements/TPI3.pdf>.
- Corvalan CF, Driscoll TR, Harrison JE. Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia. *Scand J Work Environ Health*. 1994;5:364-70.
- Gámez Gámez E, Galindo Pelayo JP et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. *Documentos SEMFYC*, 2002;17.
- Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21(10):535-9.
- Gushulak BD, MacPherson DW. Population mobility and infectious diseases: the diminishing impact of classical infectious diseases and new approaches for the 21st century. *Clin Infect Dis*. 2000 sep;31(3): 776-80.

- Jansá JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:466-8.
- Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004; 18(supl):207-13.
- Lacalle Rodríguez-Labajo M, et al. Resultados de la aplicación de un examen de salud en la población inmigrante. *Aten Primaria*. 2000;25:634-8.
- López-Vélez R. *Inmigración y salud*. PBM S.L., 2002. ISBN: 84-932484-1-X.
- MacPherson DW, Gushulak BD. Irregular migration and health. *Global Migration Perspectives* nº 7, October 2004. Global Commission on International Migration. Ginebra, 2004. Disponible en URL: <http://www.gcim.org/gmp/Global%20Migration%20Perspectives%20No%207.pdf>.
- MacPherson DW, Gushulak BD. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology*. 2006;3:3.
- Pascual D. Los inmigrantes sufren más accidentes laborales. *El País Digital*. 6/4/2006.
- Roca Saumell C, et al. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:215-7.
- Tizón J, et al. La migración como factor de riesgo para la salud (I). *Gac Sanitaria*. 1986;5:149-55.
- Vall Combéis O, García-Algar O. Inmigración y Salud. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60(1):1-2.
- Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:54-60.
- Vázquez Villegas J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia (And)*. 2000;2:162-8.
- Vázquez Villegas J. Inmigración y Salud. ¿Un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006;37(5):249-50.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

B) Protocolo inicial de atención sanitaria a la población inmigrante

José Pelayo Galindo Pelayo y José Vázquez Villegas

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Aparte de las consideraciones especiales en la entrevista ya destacadas en el capítulo correspondiente, existen otras consideraciones acerca de la atención sanitaria al inmigrante:

- a) En general, la población inmigrante tiene un elevado concepto de la figura del profesional sanitario y es receptiva a sus recomendaciones.
- b) Con algunos colectivos se hace difícil conseguir que acudan a la consulta para realizar un seguimiento. Debe aprovecharse el primer contacto para realizar una mínima historia clínica y la petición de pruebas complementarias recomendadas, así como para iniciar cualquier vacunación si se necesitara. La historia clínica se completará cuando venga a recoger los resultados de las pruebas.
- c) Si la persona inmigrante accede desde una ONG o sindicato, adjuntará un modelo de historia portátil. Se trata de una carpeta diseñada en atención al carácter itinerante de este colectivo. El objetivo es informarles y asegurar la transmisión de datos relevantes de su salud a otros sanitarios de una manera fiable y confidencial.

Contiene una breve información para el usuario relativa a los servicios sanitarios, así como direcciones de interés. Si no la aportara, en los Centros de Salud, también se dispone de ellas.

- d) Datos de filiación. Es importante reseñar el país de origen.
- e) La aplicación de este protocolo a cualquier persona inmigrante se debe hacer de forma independiente al motivo de consulta, dependiendo del lugar de procedencia y del tiempo de estancia en nuestro país. Siempre necesitaremos un consentimiento informado, con la absoluta certeza de que se entiende lo que pretendemos hacer y sus consecuencias.

2. PROTOCOLO INICIAL DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

El cribaje de las personas asintomáticas es conveniente realizarlo en la primera consulta, siempre que sea posible, dada la gran movilidad de la población inmigrante. Los objetivos serán prevenir posibles problemas de salud y, al mismo tiempo, asegurar la administración de los tratamientos adecuados a los problemas detectados, siempre individualizando cada caso.

2.1. Antecedentes personales

En el apartado de antecedentes personales debemos prestar especial atención a los siguientes datos:

- País de origen y última estancia en él, si es que ha regresado en alguna ocasión.
- Países que ha recorrido en su trayecto migratorio.
- Tiempo de estancia en España.
- Características de la vivienda y convivientes.
- Antecedentes patológicos de interés: TBC, ITS, enfermedades genéticas, VHB, VHC, etcétera.
- Factores estresantes que le impidan su adaptación.
- Posibles alergias.
- Actividad y situación laboral (tipo de trabajo y riesgos laborales).
- Nivel de formación.

— *En la mujer*

- Historia ginecológica, obstétrica y posibles ITS o episodios de enfermedades inflamatorias pélvicas.
- Revisiones ginecológicas.
- Método anticonceptivo utilizado y forma de usarlo.
- Interrupciones voluntarias del embarazo.
- Controles de embarazos previos.
- Datos sobre violencia de género (ya que las mujeres inmigrantes sufren situaciones de mayor riesgo para sufrir violencia y/o una mayor dificultad para prevenirla o denunciarla).

— *En la infancia*

- Especial atención al curso del embarazo, si fue o no controlado, dato fundamental para valorar el riesgo de infecciones de transmisión perinatal de elevada prevalencia en determinadas zonas geográficas y en algunos colectivos de mujeres (hepatitis B en asiáticos y África subsahariana, VIH en África subsahariana, sífilis, malaria).
- Datos sobre el parto, peso-talla al nacer y si fue preciso realizar reanimación neonatal.
- Realización de las pruebas metabólicas para la detección precoz de errores congénitos (fenilcetonuria e hipotiroidismo).
- Existencia de enfermedades previas, febriles, diarrea, vómitos, etc., o si ha precisado tratamiento parenteral o profilaxis antimalárica.
- Descartar algún tipo de alergia medicamentosa o alimentaria.
- Existencia de antecedentes familiares de anemias hemolíticas o déficit de lactasa.

— *Situación vacunal y aplicación del calendario*

Cuando hablamos de calendario vacunal nos referimos a las recomendaciones que establecen el número de dosis y la cronología más eficaz de administración de las vacunas incluidas en el calendario. Al hablar de un calendario de vacunación para inmigrantes las pautas de actuación que vamos a establecer irán encaminadas a conseguir un nivel de protección igual que el resto de la población en donde reside la persona. Por tanto, los calendarios de vacunación para inmigrantes son iguales que el calendario de vacunación acelerado para cualquier población que esté incorrectamente vacunada (ver Anexo 14.2).

En cuanto al calendario vacunal puede que no aporte con documentación, aunque parece haber una tendencia creciente a incluirlo dentro de la documentación que traen, desde que se trabaja con estos colectivos. Interesa valorarlo en función de la procedencia, ya que en Latinoamérica las tasas de cobertura vacunal son muy superiores a las de los países de África subsahariana.

Interesa además conocer la zona de donde proceden. Recordar que la vacunación con vacuna antimeningococo C no está incluida en la vacunación sistemática de la población inmigrante y que se deberá vacunar a todas las personas con ella. Interrogar si se administró BCG, en estos niños y niñas se debe buscar la escara de la vacuna en la región deltoidea.

Por tanto habrá que aplicar el calendario vacunal vigente en Andalucía. Si se aporta la cartilla de vacunación, las dosis de la vacunas que figuren serán consideradas como válidas, no siendo necesario volver a comenzar el ciclo de vacunaciones independientemente del tiempo transcurrido desde la última vacuna, es decir, «dosis puesta, dosis válida». Por el contrario, el testimonio oral de vacunación no garantiza la administración ni posibilita el conocer el tipo de vacuna administrado. Se acepta que las vacunas que figuran como administradas son correctas, independientemente del país de procedencia, sin entrar en consideraciones sobre conservación o manipulación de éstas.

– Adultos (Anexo de calendario vacunal de la población inmigrante adulta)

- Hay que revisar la vacuna de tétanos y hepatitis B completando el calendario si fuera preciso.
- En mujeres en edad fértil, hay que comprobar si están vacunadas de rubéola.
- Hay que vacunar con polio inactivada (vacuna intramuscular) a aquellos inmigrantes procedentes de países con casos declarados de polio por poliovirus salvaje, en la actualidad: Afganistán, India, Nigeria y Pakistán.
- La vacuna antigripal se administrará bajo los mismos criterios que a la población autóctona.

2.2. Historia actual

La realización de la historia clínica es, a veces, muy dificultosa por dificultades de idioma, de comunicación y de cultura, así como por la coexistencia de varias patologías. Por ello, en ocasiones es preferible realizar un listado de problemas.

Es conveniente realizar un interrogatorio dirigido, sin olvidar obtener datos sobre las siguientes patologías: malaria, parasitosis, hepatitis B, hepatitis C, ITS, TBC, infección por VIH, anemias hemolíticas, etcétera.

Hay que preguntar por fármacos tanto prescritos como automedicados o utilización de remedios tradicionales.

Alguno de los siguientes síntomas-signos pondrán al médico en alerta sobre la posible existencia de una enfermedad tropical:

- Prurito cutáneo generalizado.
- Rash cutáneo.

- Nódulos subcutáneos.
- Úlceras mucocutáneas.
- Manchas hipopigmentadas insensibles.
- Tos crónica con o sin hemoptisis.
- Crisis asmáticas.
- Linfadenopatías retrocervicales o generalizadas.
- Episodios recidivantes de linfangitis.
- Colangitis recurrente.
- Hepato-esplenomegalia
- Fiebre aguda o recidivante no filiada o que no responde a terapéutica habitual.
- Pérdida de peso inexplicada, con o sin fiebre, diarrea crónica o tos crónica.
- Diarrea aguda o crónica, con o sin fiebre o sangre.
- Neuropatías sensitivas o motoras.
- Crisis comiciales o estados neurológicos confusionales.
- Hematuria.
- Anemia.
- Eosinofilia.

2.3. Exploración física

La exploración se debe efectuar con la persona desnuda. Sin embargo, en algunos colectivos puede existir algún problema por el choque cultural, como puede ser en pacientes musulmanas, por lo que a ellas es aconsejable realizarles la exploración física en presencia de otra mujer:

- Personas adultas: Prestaremos especial atención a los siguientes aspectos:
 - Estado nutricional.
 - Piel:
 - ◊ Lesiones cutáneas hipo o hiperpigmentadas (explorar la sensibilidad para descartar lepra).
 - ◊ Envejecimiento de la piel (presbidermia) o lesiones de rascado (con especial atención en pacientes de raza negra).
 - ◊ Lesiones ulcerosas, nodulares...
 - Mucosas: oral y genital (en busca de datos de posibles ITS).
 - Adenopatías y visceromegalias.
 - Sistema cardiovascular: con especial interés en tensión arterial y frecuencia cardíaca.
 - Sistema nervioso: exploración básica.
 - Aparato respiratorio.
 - Tiroides.
 - Revisión oftalmológica.
 - Agudeza visual.
 - Exploración dental en búsqueda de caries y problemas odontológicos.

- Infancia:
 - Estado nutricional: siendo éste el primer signo clínico a valorar en la exploración. Los niños procedentes de países en vías de desarrollo pueden mostrar signos de déficit nutricional. La mejoría del estado nutricional facilita la evolución positiva del aspecto general, cambiando incluso de percentiles en las curvas de crecimiento.
 - Somatometría: hay que pesar y medir al niño o niña sin ropa (en tallímetro horizontal hasta los 18 meses y en el vertical a partir de los 2 años), midiendo el perímetro craneal hasta los dos años de edad. Según el país de procedencia, las curvas de crecimiento serían diferentes. Por tanto habrá que valorar más la velocidad de crecimiento a lo largo de los años que los percentiles de las curvas de crecimiento españolas.
 - Fontanela: debe valorarse hasta los dos años.

2.4. Exploración psicológica básica

Debemos valorar:

- Estado de ánimo y autoestima.
- La presencia de ansiedad y diferenciar si la misma es:
 - Adaptativa: como respuesta de alerta ante situaciones objetivas de peligro.
 - Neurótica: respuesta ante estímulos externos o internos que producen conductas de desajuste y bloqueo.
 - Psicótica: la respuesta que se produce es mucho más intensa y va acompañada de ruptura del sentido de la realidad tanto a nivel de interpretación, percepción e interacción.
 - Secundaria a proceso orgánico: puede ser producida por alteraciones orgánicas como hipertiroidismo, hiperglucemia, angina de pecho, etcétera.
- La presencia de síntomas psicóticos que suponen ruptura con la realidad, como los delirios, alucinaciones y fenómenos de extrañamiento de la persona sobre sí misma o del mundo exterior. Hay que tener en cuenta las diferencias con los *delirium*, alucinosis, etc., que se producen por intoxicaciones o como manifestaciones de origen orgánico (tumores cerebrales...).
- La presencia de insomnio y la calidad del sueño.
- Observar el lenguaje no verbal, en especial la expresión facial, la mirada y los gestos, ya que nos ayudarán a paliar la dificultad lingüística y detectar la existencia de síntomas de sufrimiento mental como la ansiedad, la tristeza, etcétera.
- Capacidad de adaptación.
- Posibles sentimientos de rechazo, ira o aislamiento.
- Posible marginación o incomunicación.
- La existencia de apoyo sociofamiliar; etcétera.
- Antecedentes personales y/o familiares de enfermedades mentales.
- En la mujer; hay que explorar la existencia de posibles discriminaciones de género.
- En los niños y niñas será importante la valoración del desarrollo psicomotor; utilizando el Test de Denver y su evolución posterior.

2.5. Pruebas complementarias en población adulta

Como hemos comentado anteriormente, siempre tras el consentimiento de la persona debemos informar de la naturaleza de las pruebas y el objeto de su realización.

En el paciente o la paciente que no presente síntomas y en función de su procedencia y tiempo de estancia en nuestro país, habría que realizar:

- **Hemograma, recuento y fórmula**

Pretendemos la detección de:

- Anemias (no olvidar que la anemia más frecuente a nivel mundial, es la ferropénica).
- Hemoglobinopatías (si se sospechan, realizar electroforesis de hemoglobinas para confirmación del diagnóstico).
- Eosinofilia periférica: nos haría sospechar la posibilidad de parásitos (helmintos). Eosinofilias en inmigrantes menores de 700 mm³ se pueden considerar normales.

- **Bioquímica básica:** se pedirán pruebas de función hepática, renal y glucemia.

- **Sistemático de orina**

Hematuria: hay que sospechar *Schistosoma haematobium* si el paciente procede de zonas donde exista el parásito (ver mapa [pág. 301](#)).

- **Parásitos en heces**

Hay que considerar los siguientes aspectos:

1. La infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad.
2. Generalmente no se transmiten de persona a persona pero puede ocurrir en casos de déficit higiénico y hacinamiento, circunstancias que suelen darse en las personas recién llegadas.
3. Se encuentran prevalencias de casos importados entre el 20-30%, siendo la gran mayoría asintomáticas y con parasitación múltiple.
4. Su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor.
5. No se encuentra consenso en la literatura científica sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos.
6. Encontramos unas cifras muy elevadas de falsos positivos en los estudios coproparasitológicos en muestras simples, encontrándose series con más del 70% de falsos negativos.

Por todo ello, la actitud propuesta será la siguiente:

- a) Inmigrantes procedentes de zonas de alto riesgo (países tropicales, Centroamérica, Sudamérica y Sudáfrica):
 - Estancia menor de 1 año: Según algunos estudios el realizar tratamiento sin estudio de parásitos previo con albendazol (400 mg/día durante 5 días) sería una buena estrategia teniendo en cuenta el coste-eficiencia. Contraindicado en embarazadas.
 - Estancia entre 1-3 años: realización de estudio de parásitos en heces y tratamiento según resultado.
 - Estancia mayor de 3 años: No se debe hacer estudio de parásitos en heces de rutina.

- b) Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo pero con factores de riesgo (hacinamiento, contacto con enfermos y con pacientes procedentes de países de riesgo): se debe realizar estudio de parásitos y tratamiento, si procede.
- c) Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo y sin factores de riesgo: No se debe de realizar estudio de parásitos en heces de rutina.

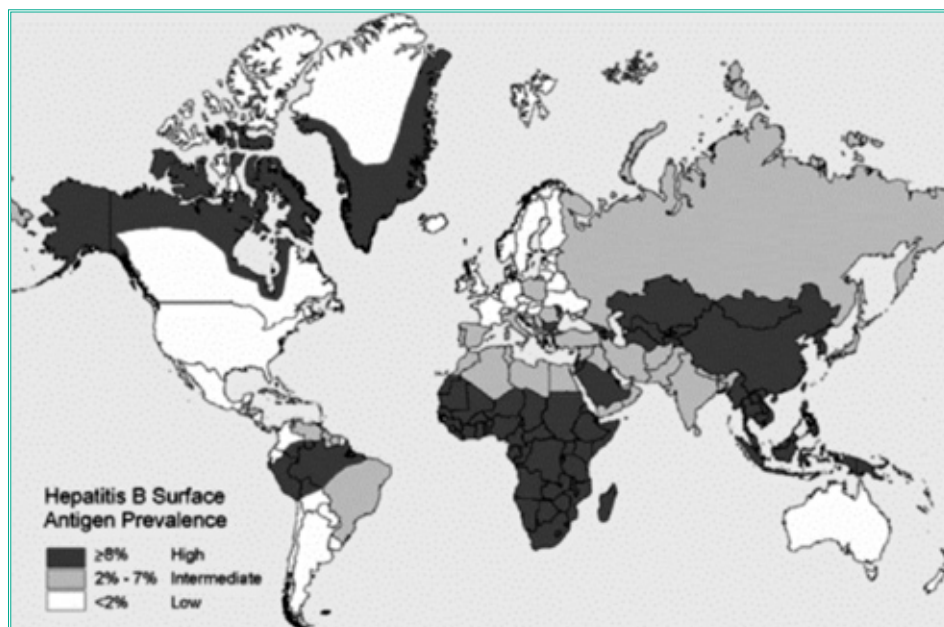
- **Test de tuberculina (PPD/MANTOUX) y radiografía de tórax**

Tiene como objeto buscar de forma activa los casos, mejorando el diagnóstico temprano y el cribado de inmigrantes, de quienes viajan y de cooperantes procedentes de países de baja renta que acuden a los servicios de salud. El cribado incluirá la práctica de radiografía de tórax y prueba de tuberculina de forma simultánea para evitar pérdidas y desplazamientos sucesivos, muchas veces incompatibles con los trabajos precarios o las particularidades sociales de estos pacientes.

- **Serología**

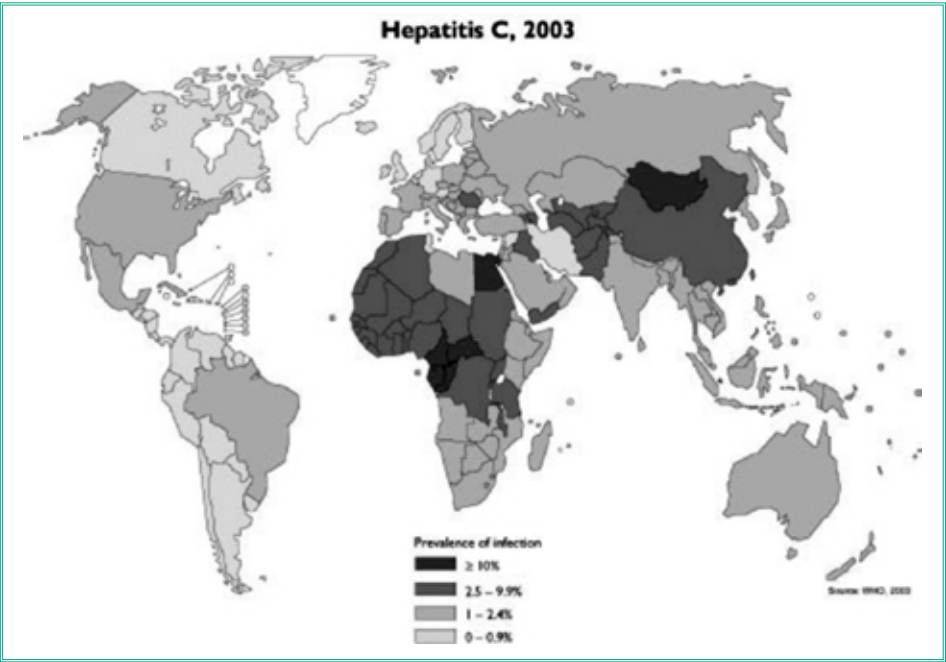
- Hepatitis B: en función de país de origen (mapa 1).
- Hepatitis C: en función de país de origen (mapa 2).
- Lúes: en inmigrantes procedentes de África subsahariana, Sudeste Asiático, y Europa del Este.
- VIH: previo consentimiento de la persona y en función de país de origen (ver mapa [pág. 273](#)).
- Toxoplasmosis en mujeres gestantes.
- Rubéola en mujeres en edad fértil.

Mapa 1. Distribución geográfica de hepatitis B. Prevalencia año 2005



Fuente: Yellow Book: Health information for International Travel, 2005-2006.

Mapa 2. Distribución geográfica de hepatitis C. Prevalencia año 2003



Fuente: WHO.

• **Extensión sanguínea y gota gruesa**

Se debe realizar en niños entre 3 y 5 años y mujeres embarazadas recién llegados de países endémicos de paludismo (ver mapa [pág. 270](#)).

Las consecuencias de un paludismo en niños, niñas y embarazadas son catastróficas por lo que proponemos la realización de esta extensión sanguínea.

Los niños menores de 3 años tienen anticuerpos protectores circulantes donados por la madre y los mayores de 5 años ya poseen inmunidad adquirida.

Protocolo de atención sanitaria inicial a inmigrantes: ideas clave
• La atención sanitaria a inmigrantes debe de realizarse desde la óptica de la medicina transcultural, entendida como el conjunto de conocimientos técnicos y de comunicación aplicables entre un profesional sanitario y un paciente pertenecientes a diferentes grupos étnicos y/o culturales. La competencia cultural representa un desafío para el profesional y abarca tanto aspectos físicos, psicológicos y sociales como aspectos relacionados con la cultura, la religión o la etnia. • Es aconsejable realizar una aproximación escalonada y sistematizada, tratando, en primer lugar, de identificar y atender el motivo de consulta (para lo cual a veces resulta útil utilizar elaborar un «listado de problemas») a fin de generar una relación de confianza desde el inicio; en segundo lugar realizar un despistaje de enfermedades transmisibles y sólo en último lugar sospechar las enfermedades tropicales o poco habituales. Este esquema requerirá habitualmente varias visitas y el uso de habilidades de comunicación no verbal o de mediadores interculturales. • Todo contacto del inmigrante con el sistema sanitario debe aprovecharse para ofertarle actividades de protección y prevención de su salud (como actualización del calendario vacunal, revisión ginecológica, programa del niño sano, etcétera).

Protocolo de atención sanitaria inicial a inmigrantes: ideas clave (cont.)

- Se debe **prestar especial atención** a sus antecedentes personales (incluyendo, entre otros, aspectos particulares del recorrido migratorio, del calendario vacunal y, en la mujer, de la salud sexual y reproductiva) y a la realización de una anamnesis y exploración física y psicológica lo más completas y detalladas posibles. En inmigrantes asintomáticos solicitaremos determinadas pruebas complementarias en función del área geográfica de origen, el trayecto migratorio y el tiempo de estancia en nuestro país.
- Es importante realizar un **esfuerzo adicional** para asegurarnos de que el paciente entiende y esté de acuerdo con lo que pretendemos hacer y sus consecuencias, para lo cual deberemos de solicitar su **consentimiento informado** cuando proceda, como en cualquier otro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht E. *Medicina y antropología social*. Akral, 1985.
- American Thoracic Society. Tuberculin skin test. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:1376-95.
- Arce Arañes A, Íñigo Martínez J, Cabello Ballesteros L, Burgoa Arenales M. Tuberculosis e inmigración en un área sanitaria de Madrid. Situación epidemiológica y evolución en la década 1994-2003. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:210-2.
- Asch S, Leake B, Anderson R, Gelberg L. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:1244-8.
- Atxotegui J. Los Duelos de la Migración: Una Aproximación Psicopatológica y Psicosocial. En: Perdiguerro, Comelles, editores. *Medicina y Cultura, Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- Atención al niño inmigrante. Mesa Redonda de Pediatría Social. *Bol. Pediatr*. 2001;41:325-31.
- Atención al niño de origen extranjero. Madrid: Gerencia de Atención Primaria del Área II, 2002.
- Bastide, R. *Sociología de las enfermedades mentales*. Ed. XXI, 1978.
- British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of practice 2000. *Thorax*. 2000;55:887-901.
- Caplan, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós, 1980.
- Castilla J, del Amo J, Sánchez F. Casos de SIDA en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal* (Ministerio de Sanidad y Consumo). 2000;8:97-100.
- CDC. Recommendations for the prevention and control of tuberculosis among foreign born persons. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998;47(RR6):1-29.
- Dietrich G. *Psicología general del counseling*. Herder, 1986.
- Documento de Consenso sobre la Prevención y el Control de las Tuberculosis importadas. Grupo de trabajo de los Talleres de 2001 y 2002, de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). *Med Clin (Barc)*. 121:549-57.
- Durán E, Cabezas J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:525-8.
- Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reniero A, et al. Global trends in resistance to antituberculosis drugs. *NEJM*. 2001;344:1294-303.
- Fariás Huanqui P. *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*. 2ª edición revisada. Artur, S.A., 2001.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud Mental en Inmigrantes: El Nuevo Desafío. *Med Clin*. 2002;118(5):187-91.
- Geltman P, Meyers A. Treatment on intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med*. 1999;341:377-8.
- González E, Comelles JM. *Psiquiatría Transcultural*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.

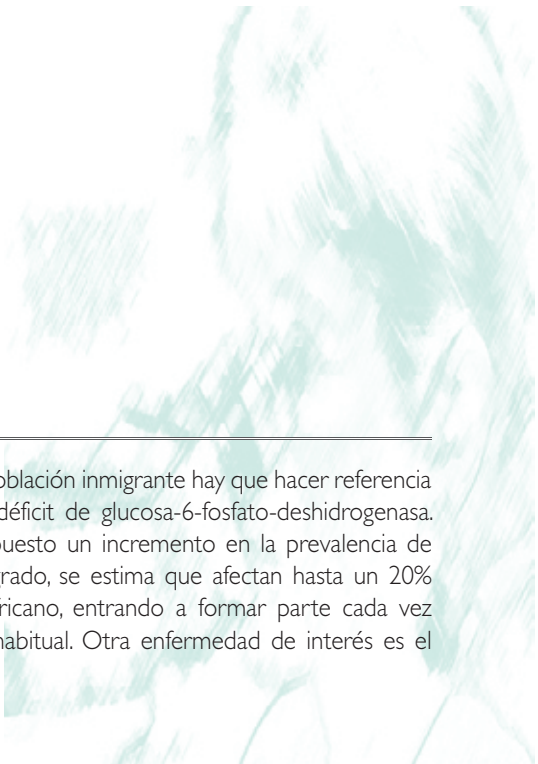
- Grupo de trabajo sobre Tuberculosis. Consenso Nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)*. 1992;98:24-31.
- Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:441-51.
- Fernández García MR. *La mujer inmigrante, todavía más desigualdades*. Disponible en URL: www.samfycongresos.com/pdfs/mujerinmigrante.pdf.
- Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Parasitosis intestinales en población inmigrante subsahariana asintomática. Gran Canaria 2000. *Rev Clin Esp*. 2004;204:14-7.
- Muñoz L, Casal M. Protocolo terapéutico de la tuberculosis pulmonar. *Medicine*. 2006;9:3661-4.
- Pérez-Arellano JL, Hernández A, Sanz O, Moreno AA. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:38.
- Ramos JM, Masía M, Rodríguez JC, Padilla I, Soler MJ, Gutiérrez F. Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clínicoepidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:315-8.
- Sddiqui A, Berk SL. Diagnosis of *Strongyloides stercoralis* infection. *CID*. 2001;33:1040-7.
- Uparanukraw P, Phongsri S, Morakote N. Fluctuations of larval excretion in *Strongyloides stercoralis* infection. *Am J Med Hyg*. 1999;60(6):967-73.

A person is sitting on a sandy beach, leaning against a large, striped beach bag. The person is wearing a dark, short-sleeved shirt and dark shorts. The background is a bright, sandy beach with some sparse vegetation. The entire image is overlaid with a semi-transparent teal color.

VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

C) *Enfermedades de base genética*

José Antonio Ramos Muñoz



1. INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades de base genética en la población inmigrante hay que hacer referencia muy especialmente a las hemoglobinopatías y al déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa. El creciente flujo migratorio a nuestro país ha supuesto un incremento en la prevalencia de estas enfermedades que, en un mayor o menor grado, se estima que afectan hasta un 20% de los inmigrantes procedentes del continente africano, entrando a formar parte cada vez con mayor frecuencia de nuestra práctica clínica habitual. Otra enfermedad de interés es el déficit congénito de lactasa.

2. HEMOGLOBINOPATÍAS

Las hemoglobinopatías, entre las que destacan las talasemias y la anemia de células falciformes (o drepanocitosis) son las alteraciones monogénicas más frecuentes en el mundo y constituyen uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad para salud pública de muchos países.

Se definen como alteraciones cualitativas o cuantitativas de la globina, secundarias a mutaciones genéticas, cuya consecuencia puede ser una modificación estructural y la aparición de hemoglobinas anormales (hemoglobinopatías estructurales) o una disminución de la síntesis de una cadena globínica estructuralmente normal (talasemias). Puede ocurrir que ambas alteraciones coexistan (hemoglobinopatías talasémicas).

2.1. Epidemiología

Aunque las hemoglobinopatías están extendidas por todo el mundo, la incidencia y tipo de hemoglobinopatía es muy variable de unas regiones a otras, siendo más frecuentes en aquellas zonas donde existe o ha existido la malaria (zonas tropicales y subtropicales), esto se explicaría por la presión genética positiva ejercida por el paludismo endémico. Las personas sanas o portadoras sanas que han heredado el gen mutante o anormal solamente de uno de los progenitores presentan cierta protección frente a los efectos mortales del paludismo, pero la herencia de dos genes mutantes de la hemoglobina, uno de cada progenitor, produce trastorno de la hemoglobina o hemoglobinopatía y hace que desaparezca dicha protección.

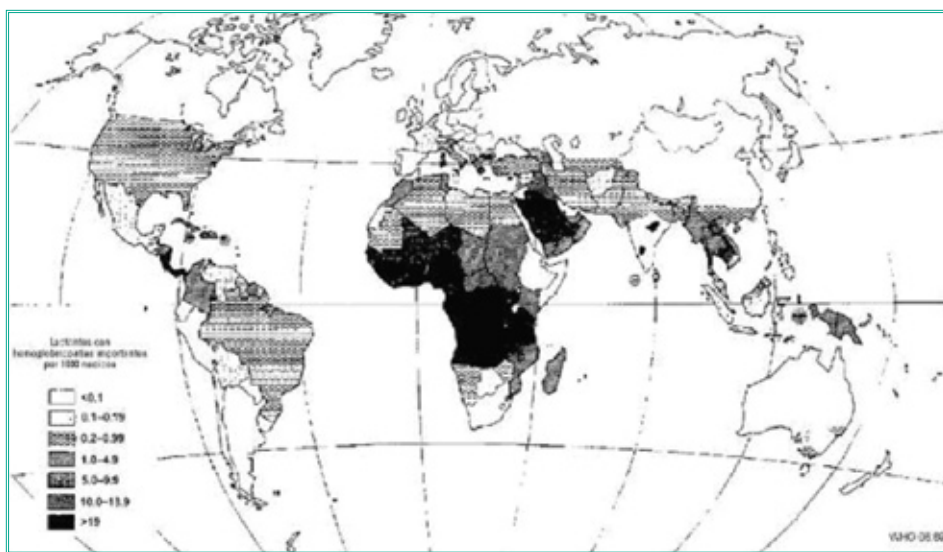
En la actualidad, aproximadamente un 5% de la población mundial es portadora de un gen de la hemoglobina potencialmente patológico. Cada año nacen aproximadamente 300.000 niños con síndromes talasémicos (30%) o drepanocitosis (70%). Globalmente el porcentaje

de personas portadoras de talasemia es mayor que el de portadoras de drepanocitosis, pero, debido a la elevada frecuencia del gen de la anemia drepanocítica en algunas regiones, sobre todo de África subsahariana, el número de recién nacidos afectados por esta enfermedad es mayor que el de afectados por la talasemia.

El aumento mundial de las migraciones ha introducido las hemoglobinopatías en muchas zonas donde originalmente no eran endémicas. En los Estados Unidos de América, el 10% de la población corre el riesgo de sufrir anemia drepanocítica, y en Europa noroccidental entre un 2 y un 9% de la población pertenece a minorías étnicas en riesgo de sufrir hemoglobinopatías. En algunos países de Asia sudoriental, hasta un 40% de la población puede ser portadora de mutaciones importantes de los genes de la hemoglobina.

En España no existe información contrastada sobre la verdadera prevalencia de las diferentes formas de hemoglobinopatías y la mayoría de estudios corresponden a investigaciones descriptivas en regiones geográficas concretas. Un estudio realizado en el año 1995 estimó la prevalencia global de estas patologías en el 0,51% y otro realizado en el año 2003 (estudio de Dulín) encontró una prevalencia global del 0,33%.

Distribución mundial de las hemoglobinopatías (talasemia y anemia drepanocítica): número de lactantes afectados por 1.000 nacidos



Fuente: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_5-sp.pdf.

2.2. Tipos de hemoglobinopatías

- Hemoglobinopatías estructurales

Se han descrito más de 800 variantes estructurales de la hemoglobina, son el resultado de mutaciones puntuales a nivel de alguno de los genes que codifican la síntesis de una de las cadenas de globina, en la mayoría la alteración estructural consiste en la sustitución de

un solo aminoácido y dependiendo del aminoácido mutado o reemplazado, habrá o no manifestaciones clínicas.

Las hemoglobinopatías estructurales más extendidas por la geografía mundial son la HbS, HbC, HbE y HbD Punjab. La HbS presenta una incidencia de hasta un 40% en algunas regiones de África (África ecuatorial), el 25% en Turquía, Arabia Saudí, Israel y sur de la India, el 32% en algunas zonas muy restringidas del sur de Europa (Sicilia, Chipre, Grecia) y el 8% en América, en personas de origen africano de Estados Unidos, el Caribe, América Central y algunos países de América del Sur (Brasil). La HbE es prevalente en el sudeste asiático donde puede llegar a afectar a más del 50% de la población. Finalmente, la HbC es prevalente en el oeste de África y la HbD Punjab en India e Irán.

- Hemoglobinopatía S

La HbS es la hemoglobinopatía estructural más frecuente y de mayor de interés clínico. La causa de esta anomalía es la sustitución del aminoácido ácido glutámico por valina, en la posición 6 de la cadena beta de la hemoglobina, resultando una hemoglobina anormal, la HbS, en lugar de la HbA normal. Aunque funcionalmente es normal, determinadas circunstancias, como el descenso del nivel de oxígeno, favorecen la polimerización de la HbS, provocando alteraciones en la morfología de los hematíes, haciendo que éstos adquieran forma de hoz (hematíe falciforme o drepanocito). La falciformación, cuando es muy acusada, se acompaña de anemia hemolítica aguda por rotura de los hematíes en la microcirculación y de oclusión vascular debido a la acumulación de hematíes rígidos y falciformes en los territorios capilares periféricos.

Se transmite de forma autosómica dominante incompleta, por lo que la posibilidad de tener un niño o una niña con esta afección es del 25% si los dos progenitores son personas portadoras del gen de la anemia drepanocítica, y puede expresarse de cuatro formas diferentes:

- a) Forma heterocigota o rasgo falciforme (HbAS).
- b) Forma homocigota o anemia de células falciformes (HbSS).
- c) Forma doble heterocigota HbS-beta-talasemia.
- d) Forma doble heterocigota HbS-HbC (HbSC).

La prevalencia del rasgo falciforme o drepanocítico (portadores sanos que han heredado el gen mutante solamente de uno de los progenitores) oscila entre el 10 y el 40% en África ecuatorial y disminuye al 1 o 2% en la costa norteafricana, y a menos del 1% en Sudáfrica. En países de África occidental como Ghana y Nigeria, la frecuencia del rasgo es del 15 al 30%, mientras que en Uganda presenta acentuadas variaciones tribales, llegando al 45% en la tribu Baamba del oeste del país. La prevalencia de la anemia falciforme al nacer depende de la frecuencia del estado de la persona portadora, en algunas zonas del África subsahariana el porcentaje de menores que nacen con este trastorno puede llegar al 2%.

Aunque poco frecuente hasta hace pocos años en nuestro país, es una enfermedad emergente como consecuencia de las recientes corrientes migratorias (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de hemoglobinopatías S y C en la población de países con flujo migratorio a España (adaptado de 7)		
País	Hemoglobina S	Hemoglobina C
Senegal	3-15%	< 1-6%
Gambia	6-28%	< 1-2%
Guinea	13-33%	
Sierra Leona	22-30%	
Nigeria	10-30%	< 1-9%
Congo	7-32%	
Marruecos	< 1-2%	< 1-6%
República Dominicana	6-12%	1-3%
España	< 1%	0,12% (sur de España)

a) Portadores heterocigotos o rasgo falciforme (HbAS)

Generalmente son asintomáticos, no están anémicos, y sólo ocasionalmente pueden presentar complicaciones de tipo vasooclusivo ante situaciones de hipoxia prolongada (anestesia general, despresurización de aviones, procesos neumónicos, hipoxia por altitud) como hematuria por necrosis papilar renal o dolor abdominal agudo por microinfarto esplénico y con más frecuencia problemas en la concentración de la orina.

b) Anemia de células falciformes o drepanocítica (HbSS)

Los síntomas y signos de la anemia de células falciformes se relacionan con la anemia hemolítica y con la isquemia tisular causada por oclusión vascular. No se suelen presentar síntomas hasta los 4-6 meses de vida, debido a la protección de los niveles elevados de la hemoglobina fetal (HbF) durante el período neonatal.

La anemia drepanocítica presenta un curso crónico caracterizado por palidez muco-cutánea por la anemia hemolítica, vasculopatía y lesiones diversas en diferentes órganos, interrumpido por sucesos agudos.

Los principales sucesos agudos que pueden presentar estos pacientes son:

1. *Crisis vasooclusivas dolorosas*: pueden afectar a huesos, pulmón, hígado, bazo, ojos, cerebro y pene. Las más características son:
 - Síndrome mano-pie y dactilitis: en el lactante las manos y los pies aparecen inflamados, calientes y dolorosos.
 - Crisis de dolor abdominal: se inician súbitamente, se acompañan de signos de irritación peritoneal y se relacionan con pequeños infartos del mesenterio y de las vísceras abdominales.
 - Síndrome torácico agudo: es una complicación que se caracteriza por dolor torácico de tipo pleural, fiebre, estertores en campos pulmonares y la demostración de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

- Accidente vascular cerebral: da lugar a infartos isquémicos y hemorrágicos. Son de las complicaciones más desfavorables. Estos fenómenos se producen en casi 8% de los niños y niñas y tienden a ser recurrentes.
- Priapismo.
- 2. *Crisis de secuestro esplénico*: ocurre casi exclusivamente en lactantes y menores y se caracteriza por caída súbita de la Hb y hematocrito, esplenomegalia y shock hipovolémico.
- 3. *Crisis aplásicas*: debidas a la infección por parvovirus B19.
- 4. *Infecciones*: son la causa más frecuente de mortalidad en menores. Existe una mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas (*Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* sp, *Haemophilus influenzae*) y víricas.
- 5. *Crisis hemolíticas agudas*.

La isquemia y el infarto tisular repetidos causan daños en prácticamente todos los órganos del cuerpo. El daño crónico a órganos es la causa de autoesplenectomía, secuelas motoras y disfunción neurocognitiva, necrosis avascular de caderas, cardiomegalia, insuficiencia respiratoria y fibrosis, hipostenuria, úlceras en piernas, hemorragia vítrea y desprendimiento de retina en ojos.

La anemia de células falciformes se debe sospechar en pacientes procedentes de zonas de alta prevalencia con anemia normocítica, reticulocitosis, aumento de bilirrubina indirecta, haptoglobina disminuida y prueba de Coombs negativa. En la exploración física se aprecia ictericia conjuntival.

El diagnóstico se puede realizar por:

- HPLC o cromatografía líquida, ideal para recién nacidos porque se puede utilizar la sangre del papel secante e incluirlo en el estudio de metabolopatías.
- Electroforesis de Hemoglobinas a pH alcalino y ácido en la cual se verá la banda ancha de hemoglobina S.
- Visualizando el frotis sanguíneo en donde aparecen hematíes con forma de hoz o media luna, hematíes nucleados o cuerpos de Howell Jolly junto a una anemia marcada.

El tratamiento incluye medidas preventivas y tratamiento de las complicaciones:

A) *Medidas preventivas*:

- Recomendaciones para evitar la aparición de crisis vaso-oclusivas: hidratación adecuada, no exponerse a temperaturas extremas, no hacer ejercicio excesivo, etcétera.
- Profilaxis antibiótica con penicilina oral preferiblemente a partir de los 2 meses de edad hasta los 5 años.
- Vacunación antineumocócica y de la gripe.
- Hidroxiurea: aumenta la producción de HbF disminuyendo proporcionalmente la concentración de HbS. Reduce el número de crisis vasooclusivas, el síndrome torácico agudo y retrasa las lesiones crónicas a órganos.
- Tratamiento precoz de infecciones.

B) *Tratamiento de las complicaciones*:

- Tratamiento de las crisis dolorosas: si el dolor es leve se administran analgésicos orales (paracetamol, AINES, codeína), si el dolor es intenso se requiere la utilización de opiáceos.

- Transfusiones: indicadas en anemia aguda sintomática, anemia crónica grave sintomática, síndrome torácico agudo, ACV agudo, neumonía con hipoxia, crisis aplásicas, crisis de dolor refractaria.
- Trasplante de médula ósea: actualmente es el único tratamiento curativo, sin embargo dado el riesgo de mortalidad a corto y medio plazo es difícil seleccionar a los pacientes idóneos para este procedimiento.

C) *Doble heterocigotos HbSC*

Presentan anemia leve y menos crisis. No existe HbA y presencia de cantidades similares de HbS y HbC.

D) *Doble heterocigotos HbS-beta-talasemia*

Se manifiestan de manera similar a la anemia de células falciformes.

3. SÍNDROMES TALASÉMICOS

Los síndromes talasémicos son un grupo heterogéneo de trastornos genéticos que se transmiten de forma autosómica co-dominante, en los cuales la producción normal de la hemoglobina se encuentra alterada en forma parcial o completa, debido a la síntesis defectuosa de una o más cadenas de globina. Las formas homocigotas o doble heterocigotas causan graves problemas de salud en gran parte del mundo.

Las talasemias más frecuentes son la alfa-talasemia (disminución o ausencia de cadenas alfa de globina) y la beta-talasemia (disminución o ausencia de cadenas beta de globina), y dentro de ellas diversas variantes genéticas. Tanto la alfa como la beta-talasemia pueden ser de expresión clínica leve, intermedia o grave según la falta de uno o varios genes.

Se distribuyen principalmente por las poblaciones de la Cuenca Mediterránea (Grecia, Chipre, Sur de Italia, Cerdeña, Sicilia y España) con frecuencias que varían entre un 1 y 30% y predominio de beta-talasemia, y por las de Oriente Medio, Sudeste asiático y China con frecuencias que varían entre un 5 y 40%, con claro predominio de alfa-talasemia. Ambas talasemias también son frecuentes en gran parte de África. La migración de las poblaciones ha extendido a las talasemias a otros países europeos, América del Norte, Sudamérica y Australia.

- **Beta-talasemia:**

Se produce por una disminución en la síntesis de las cadenas beta de la globina. Se distinguen 3 síndromes:

a) *Beta-talasemia menor o rasgo talasémico:*

Es la más frecuente. Los individuos afectados son heterocigotos, presentan una anemia leve microcítica e hipocrómica generalmente con VCM menor de 75-80 fl con anisopoiquilocitosis, dianocitos y punteado basófilo y suelen estar asintomáticos, aunque durante el embarazo o en el curso de infecciones o estados inflamatorios el descenso de la hemoglobina puede ser más acusado. Raras veces se aprecia esplenomegalia. La electroforesis de la Hb revela un aumento de HbA₂, mientras que la HbF suele ser normal o estar ligeramente aumentada.

Estas personas no suelen requerir ningún tipo de tratamiento. Debe evitarse el hierro, pudiendo ser útil la administración periódica de ácido fólico. Se debe dar consejo genético para evitar las formas homocigóticas.

b) *Beta-talasemia mayor:*

Se da en personas homocigóticas. Los síntomas suelen presentarse en los primeros meses de vida y se manifiesta como un síndrome anémico grave con hematocrito menor del 20% e intensa microcitosis e hipocromía. Además se asocia esplenomegalia, déficit en el desarrollo del niño, facies mongoloide característica y sobrecarga férrica. La cifra de hemoglobina suele ser menor de 5 g/dl y la bilirrubina no conjugada se eleva así como la sideremia y la LDH. Debido al elevado número de transfusiones que reciben, se manifiestan síntomas derivados de una sobrecarga de hierro multiorgánica, que constituye la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en estos pacientes, fundamentalmente la siderosis miocárdica.

La electroforesis de la hemoglobina es variable. Se observa una cifra aumentada de HbF, mientras que la HbA2 puede estar disminuida, normal o elevada. La HbA se halla ausente o se detecta en mínimas cantidades.

El tratamiento de la beta-talasemia mayor es fundamentalmente de soporte, y se basa en la transfusión de concentrados de hematíes, el uso de quelantes del hierro, esplenectomía y administración de ácido fólico. El trasplante de médula ósea es el único tratamiento curativo disponible actualmente. Es fundamental el consejo genético.

c) *Beta-talasemia intermedia:*

Su expresividad clínica es variable aunque siempre existe una anemia de intensidad moderada, hemólisis crónica y esplenomegalia. Estos pacientes suelen requerir transfusiones eventuales y es aconsejable la administración de quelantes por la sobrecarga de hierro.

- **Alfa-talasemia:**

Consiste en un déficit de síntesis de cadena alfa. Existe una gran heterogeneidad genética responsable de este tipo de talasemia, así como una gran variabilidad clínica.

Se distinguen cuatro tipos:

a) *Alfa-talasemia tipo 2:* asintomática.

b) *Alfa-talasemia tipo 1:* se expresa clínicamente como la beta-talasemia menor.

c) *Hemoglobinopatía H:* suele existir una anemia hemolítica importante y puede exacerbarse por infecciones y agentes oxidantes.

d) *Hydrops fetalis con Hb Barts:* es la más grave. Debe intentarse su diagnóstico prenatal ya que es una situación incompatible con la vida.

La prevención y el diagnóstico precoz de las hemoglobinopatías son las alternativas más eficaces a seguir en las estrategias de manejo de estas enfermedades. Se debe procurar el consejo genético de portadores heterocigotos y el cribado neonatal de hemoglobinopatías para poder realizar tratamiento profiláctico y reducir las muertes ocasionadas por las formas más severas.

4. DÉFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO-DESHIDROGENASA (G6PDH)

Es la eritroenzimopatía más frecuente y mejor conocida. Presenta una transmisión hereditaria ligada al cromosoma X y afecta preferentemente a varones heterocigotos.

Las manifestaciones clínicas son las de un síndrome anémico agudo intenso, con cefalea, fiebre, escalofríos e ictericia, 24-48 horas después de haber ingerido algún medicamento

(primaquina, cloroquina, quinina, cotrimoxazol, nitrofurantoína, ácido nalidíxico, sulfamidas, quinolonas, etc.), tras infecciones agudas bacterianas o virales (neumonías, hepatitis, gripe, mononucleosis, etc.), o tras la ingesta de habas. El grado de hemólisis varía según el agente provocador; la cantidad ingerida y la gravedad del déficit enzimático que presenta el paciente. En sangre son característicos los cuerpos de Heinz.

El tratamiento es preventivo, se ha de evitar el contacto con el factor desencadenante.

5. DÉFICIT CONGÉNITO DE LACTASA

El déficit congénito de lactasa, de transmisión autosómica recesiva, se caracteriza por un déficit total o una reducción importante de la lactasa, se manifiesta de forma temprana en el período neonatal y permanece durante toda la vida, contraindica la lactancia materna y requiere el cambio a una leche carente de lactosa.

Se encuentra en más del 80% de nativos australianos, afroamericanos, del África tropical y del Este y Sur de Asia.

Enfermedades de base genética

- Las **hemoglobinopatías de base genética** son prevalentes en los países de origen de los inmigrantes, y se clasifican en **estructurales o cualitativas** (por hemoglobinas anormales, como la drepanocitosis) y **cuantitativas** (por disminución de la síntesis de una cadena Hb hemoglobina estructuralmente normal, como las talasemias).
- La **drepanocitosis o hemoglobinopatía S** es muy prevalente en africanos subsaharianos, y puede expresarse en 4 formas diferentes (homocigota HbSS; heterocigota o rasgo falciforme HbAS y formas dobles heterocigotas HbS-beta-talasemia y HbS-HbC).
- La forma homocigota o **anemia de células falciformes** origina hemolisis agudas con **fenómenos vaso-occlusivos dolorosos** por isquemia tisular (síndrome mano-pie, abdominales, torácicas, AVCs, priapismo...), crisis de secuestro esplénico (lactantes), crisis de aplasia medular (infección por parvovirus B19) y una mayor predisposición a infecciones bacterianas. Se diagnostica mediante frotis de sangre periférica y técnicas de detección de la Hb S (electroforesis, HPLC o cromatografía líquida). Su detección precoz permite aplicar medidas preventivas de las crisis y de las complicaciones.
- Los **síndromes talasémicos** son las hemoglobinopatías más comunes, tanto en sus formas homocigotas como heterocigotas (rasgos talasémicos). La **beta-talasemia** es prevalente en mediterráneos, y la **alfa-talasemia** en Oriente Medio, Sudeste Asiático y China. Las formas homocigotas cursan con hemólisis aguda o crónica, esplenomegalia y sobrecarga férrica. Debe sospecharse ante toda anemia hipocroma-microcítica con elevado número de hematíes y sin ferropenia, confirmando por electroforesis de Hb.
- Las **enzimopatías genéticas** más frecuentes son el **déficit primario de lactasa** (frecuente en asiáticos y subsaharianos, que origina una malabsorción intestinal) y el **déficit de G6PDH** (prevalente en las razas negra, árabe, asiática y en mediterráneos, y que causa hemólisis aguda desencadenada por fármacos, infecciones agudas o ingesta de habas).

BIBLIOGRAFÍA

- Balanzó X, Faixedas MT, Guayta R et al. Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la bona praxi* nº 16, 2003. Edita: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Disponible en URL: http://www.comb.es/cat/servei_profes/publicacions/bonapraxi/praxi16.pdf.
- Díaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Acta Pediatr Esp.* 2005;63:321-7.
- Díaz de Heredia Rubio C. Complicaciones pulmonares de la drepanocitosis. *An Pediatr (Barc).* 2005;62 (Supl 1):12-7.

- Giménez López MJ et al. Patología emergente en el poniente almeriense. Aportación de la hematología al diagnóstico. *Investig. Clin.* 2004;7(3).
- Gómez-Chiari M, Tusell J, Ortega J. Drepanocitosis: experiencia de un centro. *An Pediatr.* 2003;58:95-9.
- González Fernández FA, Hojas Bernal R, Ropero P, Villegas Martínez A. Aumento de la incidencia de hemoglobinopatías estructurales y talasemias en España. *Haematologica* (ed. esp.). 2002;87(supl 1): 368-72.
- Hernández JA, Bosch MA, Sauca G, Rovira JM, Clapés V, Del Río N, Cabot A, Genover E. Hematología e inmigración. Impacto de la inmigración africana subsahariana en la práctica hematológica. *Haematologica* (ed. esp.), 2002 octubre;87(supl 1).
- Las Heras Manso G. *Estudio de hemoglobionopatías y del déficit de glucosa-6-fostato deshidrogenasa en la población inmigrante sudsahariana del centro y sur del Maresme*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma, 2001.
- Malcorra JJ. Hemoglobinopatías y Talasemias. *BSCP Can Ped.* 2001;25(2).
- OMS. *Talasemias y otras hemoglobinopatías*. Documento EBI18/5. Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBI18/BI18_5-sp.pdf.
- OMS. *Anemia falciforme*. Documento A59/9. Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_9-sp.pdf.
- Ortega Aramburu JJ. Anemia de células falciformes: una enfermedad emergente en España. *An Pediatr.* 2003;58(2):93-4.
- Ruaño Raviña A, Jato Díaz M. *Cribado neonatal de hemoglobinopatías*. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t, 2004. Serie Avaliación de tecnoloxías. Informes de evaluación: INF2004/004.
- Vives Corrons JL. Anemias por defectos congénitos de la hemoglobina. Hemoglobinopatías estructurales y talasemias. *Medicine*. 2001;8(51):2684-93.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

D) Tuberculosis

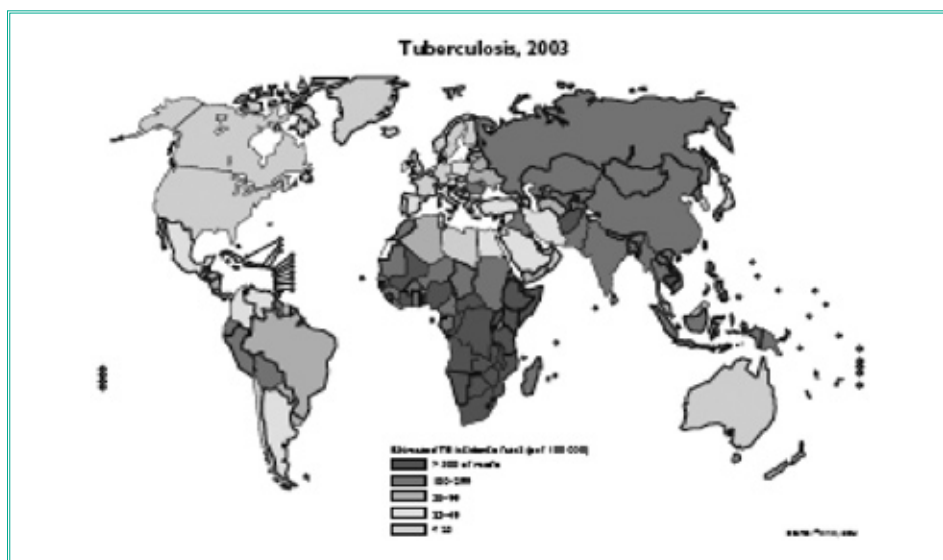
*Elías Cañas García-Otero, M^a Luisa Sánchez Benítez de Soto,
José Vázquez Villegas y Ángel Domínguez Castellano*

I. LA TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Se estima que alrededor de una tercera parte de la población mundial está infectada de forma latente por *Mycobacterium tuberculosis* (infección tuberculosa latente, ITL, diagnosticada mediante la prueba de tuberculina positiva), y de ellos, anualmente, unos 9 millones de personas desarrollan una enfermedad tuberculosa activa, de los cuales fallecen entre 2 y 3 millones (Chang, 2002) (Fig. 1). De esta forma, la tuberculosis es la segunda causa de muerte de etiología infecciosa a nivel mundial tras la infección VIH/SIDA.

La tuberculosis es una enfermedad cosmopolita, con una distribución mundial, aunque la prevalencia de infección y la incidencia de enfermedad varían ampliamente de un país a otro. Se estima que 22 países son responsables de cerca del 80% de los nuevos casos anuales de tuberculosis a nivel mundial, y más concretamente, que 5 países de Asia (India, China, Bangladesh, Filipinas y Vietnam) serían responsables de más de la mitad de los nuevos casos anuales (Dye, 1999).

Figura 1. Incidencia estimada de tuberculosis en el año 2003



Una persona con tuberculosis activa no tratada puede infectar a una media de 10-15 personas anualmente, a diferencia de las personas con infección tuberculosa latente (ITL), que no transmiten la infección pero que pueden desarrollar la enfermedad tuberculosa en el futuro.

La tuberculosis ha sido a lo largo de la historia una enfermedad ligada a la migración y a la pobreza. En las últimas décadas, el aumento de la incidencia de tuberculosis se ha atribuido, en parte, a la inmigración procedente de países de alta prevalencia, junto a otros factores como la epidemia VIH/SIDA y al abandono de los programas previos de control de la enfermedad, lo que ha provocado la alarma tanto de los sistemas de salud pública como de la población general de los países de acogida. De esta forma, en la mayoría de los países desarrollados se observan en la actualidad dos ondas epidémicas de la enfermedad bien diferenciadas: una descendente en la población autóctona y otra ascendente en la población inmigrante (CDC, 2002; Lillebaek, 2001; Caminero, 2001). En nuestro país, la proporción de casos de tuberculosis diagnosticados en población inmigrante es aún baja en comparación con otros países desarrollados de menor endemia tuberculosa, donde esta proporción puede alcanzar o superar la mitad de los casos diagnosticados anualmente. El menor impacto de la inmigración sobre la situación de la tuberculosis en España puede explicarse, en parte, por la incorporación más tardía de nuestro país al fenómeno migratorio, por el efecto de la epidemia VIH/SIDA sobre la situación de la epidemia autóctona y por la elevada prevalencia e incidencia de infección y de enfermedad tuberculosa en la población autóctona (Grupo de trabajo, 2000). Sin embargo, en los últimos años, la tuberculosis en inmigrantes está adquiriendo una relevancia significativa, especialmente en aquellas áreas geográficas con una alta tasa de inmigración económica, como Madrid (Ordobás, 2004), Barcelona (Orcau, 2004) o el Poniente almeriense, donde el 79% de los casos de tuberculosis diagnosticados en el año 2001 correspondieron a inmigrantes (Díez, 2002). En Andalucía, según datos del Servicio de Vigilancia Epidemiológica, el 15% de las tuberculosis declaradas en el período 2003-2006 lo fueron en inmigrantes (SVEA, 2006), siendo éste aunque este porcentaje del 57% en la provincia de Almería (en la que el 18,3% de su población total empadronada en 2005 era de origen extranjero).

Aunque la incidencia de tuberculosis es mayor en la población inmigrante que en la población autóctona de nuestro país, los datos existentes ponen en duda de que ésta realmente represente un problema de Salud Pública para la población general. Utilizando técnicas de biología molecular, diversos estudios no han encontrado similitud entre las cepas de *M. tuberculosis* aisladas en inmigrantes y en pacientes autóctonos (Solsona, 2001), lo que sugiere que los casos de enfermedad en los inmigrantes no influyen de forma importante en la epidemiología de la tuberculosis en la población autóctona, ya que la mayoría de los casos se transmiten dentro del propio colectivo de inmigrantes o a segmentos de población con unas condiciones socioeconómicas similares, fundamentalmente debido a las condiciones de vida y laborales (en especial el hacinamiento) (Vallès, 2002), y a la dificultad para el acceso a los servicios de salud (lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y tratamiento, aumentando de esta forma el período de transmisibilidad), y sólo excepcionalmente se ha documentado la transmisión de tuberculosis al resto de la población general (Caminero, 2001). Por estos motivos se estima que la influencia de la inmigración sobre la situación epidemiológica de la tuberculosis en un país de alta incidencia de enfermedad tuberculosa, como es el nuestro, es, de momento, poco significativa (Sanz-Peláez, 2006).

2. ASPECTOS CLÍNICOS DIFERENCIALES DE LA TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES

La mayor proporción de los casos de tuberculosis en población inmigrante se cree que se deben a reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en sus países de origen, que progresan a enfermedad tuberculosa activa en los primeros cinco años de estancia en el país de acogida (Vázquez Torres, 2004). Tras este período de máximo riesgo, la incidencia de tuberculosis en inmigrantes disminuye progresivamente, aunque continúa siendo mayor que la de la población autóctona a los 10 años de residencia (Vos, 2004), para aumentar posteriormente en los inmigrantes de más edad. No obstante, aunque la mayoría de los casos se deben a reactivación endógena, la reinfección exógena podría ser responsable de hasta el 20% de los nuevos casos, tal como han puesto de evidencia estudios recientes de epidemiología molecular (García de Viedma, 2004; Pena, 2003; Bandera, 2001).

En los estudios realizados en nuestro país (Ramos, 2006; Cañas, 2006) la presentación clínica de la tuberculosis en inmigrantes no difiere de la población autóctona (predominio de la tuberculosis pulmonar, con clínica respiratoria prolongada e infiltrado radiológico cavitado). No obstante, en esta población se ha descrito una mayor frecuencia de localizaciones extrapulmonares, fundamentalmente ganglionares (Ramos, 2004; Cañas, 2006; Antunes, 1996; Cowie, 1998). Es importante resaltar que algunos síntomas clásicos, como la hemoptisis o la sudoración nocturna, pueden ser difíciles de precisar debido a barreras culturales o idiomáticas. En segundo lugar, la asociación con la infección por el VIH puede ser frecuente, especialmente en inmigrantes subsaharianos (Díez, 2002; Chin, 1998), por lo que se recomienda realizar una serología de VIH, previo consentimiento informado, a toda persona inmigrante diagnosticada de tuberculosis.

Se aconseja, al igual que en la población autóctona, realizar una búsqueda activa de enfermedad tuberculosa en todo inmigrante que presente síntomas «clásicos» de tuberculosis (definidos como tos o fiebre con una duración mayor de 2 semanas, pérdida de peso o hemoptisis), a los que habría que añadir cuadro constitucional o adenopatías de etiología incierta. No obstante, es importante recordar estos síntomas «clásicos» presentan una baja sensibilidad (que podría ser aún menor en inmigrantes por barreras idiomáticas o culturales, o en inmigrantes asiáticos [Miller LG 2000]), y que un porcentaje importante de pacientes presentan una clínica y/o una exploración física anodinas o inespecíficas en el momento del diagnóstico. Así mismo, es necesario considerar otras entidades menos frecuentes en el diagnóstico diferencial del paciente inmigrante con fiebre prolongada, focalidad respiratoria y radiografía de tórax anormal (Tabla 1).

2. DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES

Desde el punto de vista diagnóstico, la radiografía de tórax puede ser normal o anodina en los pacientes con infección primaria o en las fases iniciales de la pleuritis tuberculosa (ambas circunscritas generalmente a niños, niñas o adolescentes), en las formas extrapulmonares puras y en algunos pacientes coinfectados por el VIH.

En segundo lugar, es necesario realizar siempre baciloscopias y cultivos seriados de esputo (se recomiendan 3 muestras recogidas en días sucesivos) y/o otras muestras (orina, líquido pleural, etc.), aunque su negatividad, en presencia de cuadro clínico y radiológico compatible,

Tabla I. Diagnóstico diferencial del síndrome febril prolongado con focalidad respiratoria y radiografía de tórax anormal en el inmigrante

- **Tuberculosis pulmonar.**
- Micobacterias atípicas (*M. kansasii*).
- **Carcinoma de pulmón.**
- Sarcoidosis.
- Nocardiosis, actinomicosis.
- Meliodosis.
- Neumonía necrotizante crónica.
- **Absceso de pulmón** (amebiano, hidatidosis, paragonimiasis).
- Micosis con afectación pulmonar:
 - Cosmopolitas: esporotricosis, criptococosis.
 - Endémicas: histoplasmosis, blastomicosis, coccidiomicosis, paracoccidiomicosis.
- Parasitosis con afectación pulmonar:
 - Síndrome de Löfller (helminiasis con migración pulmonar).
 - Paragonimiasis.
 - Esquistosomiasis crónica (embolismos pulmonares).
 - Pulmón eosinófilo tropical (síndrome de Weingarten).

no debe descartar el diagnóstico de tuberculosis activa. La rentabilidad de la baciloscopia de esputo puede ser especialmente baja en inmigrantes recientes procedentes del sudeste asiático, aún en presencia de enfermedad activa (Nolan, 1989).

Dada la alta prevalencia de resistencias primarias a fármacos tuberculostáticos (Ramos, 2006) y de enfermedades o coinfecciones por micobacterias atípicas (especialmente por *Mycobacterium kansasii*) en los países de origen, es obligado remitir al laboratorio de microbiología, antes de iniciar el tratamiento, muestras para cultivo, identificación y estudio de sensibilidad para micobacterias.

3. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES

El tratamiento de la enfermedad tuberculosa en la población inmigrante plantea algunas peculiaridades respecto a la elección de la pauta inicial, al seguimiento del tratamiento y al riesgo de hepatotoxicidad.

- Elección de la pauta de tratamiento inicial.

En primer lugar, en los casos no tratados previamente (nuevos) de tuberculosis en inmigrantes se recomienda comenzar el tratamiento con 4 fármacos (2 meses con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, seguido de 4 meses con isoniácida y rifampicina), manteniendo el tratamiento con pirazinamida y etambutol hasta conocer el estudio de sensibilidades, que debería realizarse en todos los pacientes con cultivo positivo (Grupo de Trabajo, 2003; CDC, 1998; Canadian Guideliness, 2001). Esta recomendación se basa en la distribución geográfica de las resistencias primarias a fármacos de *M. tuberculosis*, cuya tasa a nivel global es del 10,7% para algún fármaco y del 1% de cepas multirresistentes (resistencia al menos tanto a isoniácida como a rifampicina) (Espinal, 2001; WHO, 2004). Mientras que en la población autóctona de nuestro país se estima que la tasa de resistencia primaria a isoniácida (la más frecuente e importante) es inferior al 5% (Martín, 2000; Tirado, 2006), en otros países que nos aportan inmigrantes esta tasa puede llegar al 26% (Grupo de Trabajo, 2003). Dado que la mayoría

de las tuberculosis en inmigrantes son reactivaciones de infecciones latentes, la probabilidad de que un inmigrante con un primer episodio de tuberculosis esté infectado por una cepa resistente dependerá de la tasa de resistencias de país de origen. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 2000, en las cepas aisladas de inmigrantes en las que se realizó estudio de sensibilidades, el 28,2% eran resistentes a uno o más fármacos y el 10,2% eran resistentes a isoniácida y rifampicina (multirresistentes), sin discriminar entre resistencias primarias y secundarias. En otro estudio realizado en Castellón durante el período 1995-2003, el porcentaje total de resistencias fue del 3,7% en casos autóctonos españoles y del 13,1% en inmigrantes (siendo, respectivamente, en los casos nuevos, del 3,2 y del 13,9%, y en aquéllos con tratamiento previo, del 6,7 en españoles y del 0% en inmigrantes) (Tirado, 2006).

Una vez disponible el estudio de sensibilidades, continuaremos el tratamiento según los resultados: si la cepa aislada fuese sensible a todos los fármacos, completaremos 4 meses más con isoniácida y rifampicina (igual que en la pauta estándar 2HRZ/4HR), o hasta completar 9 meses en el caso de coinfección por el VIH o 12 meses en tuberculosis con afectación osteoarticular o de sistema nervioso central. En todos los demás casos, incluyendo cuando no se disponga de estudio de sensibilidades (especialmente si el paciente es originario de Asia o del Este de Europa), retratamientos, recaídas o coinfección por el VIH, se recomienda derivar al paciente y a sus contactos a una unidad especializada de referencia (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios de derivación de un inmigrante con tuberculosis a una unidad especializada de referencia

- Sospecha de resistencias primarias o secundarias.
- Necesidad de utilización de fármacos de «segunda línea».
- Infección por el VIH.
- Fracasos terapéuticos (cultivos positivos después del 4º mes de tratamiento).
- Recidiva (tras completar un ciclo de tratamiento correcto).
- Sospecha de mala adherencia al tratamiento.
- Hepatotoxicidad grave.

Por todos estos motivos, en inmigrantes, al igual que en todo paciente con tuberculosis, es imprescindible realizar una buena anamnesis epidemiológica y farmacológica (quimioprofilaxis previa; caso inicial o retratamiento, y en este último supuesto, realizar una historia detallada de los fármacos utilizados y durante cuánto tiempo), así como conocer el patrón y tasas de resistencias del país de origen del paciente (Tabla 3).

– Seguimiento del tratamiento antituberculoso.

El seguimiento del tratamiento tiene como objetivos comprobar la eficacia de la medicación, estimular la adherencia y cumplimentación, y detectar precozmente la toxicidad y efectos indeseables de los fármacos. La periodicidad de las visitas se debe individualizar, siendo recomendable, en términos generales, una visita mensual, siguiendo el mismo esquema que en la población autóctona. Además de la historia clínica y exploración física, debe realizarse control analítico, bacteriológico y radiológico. Respecto al control analítico debe realizarse un hemograma, VSG y bioquímica hepática basal antes de iniciar el tratamiento, y posteriormente realizar estudios seriados sólo cuando exista sospecha clínica de hepatotoxicidad o cuando la función hepática basal sea anormal; siempre se debe instruir al paciente para que identifique los posibles síntomas de hepatotoxicidad y que consulte ante la mínima sospecha. En relación

Tabla 3. Prevalencia de resistencia a isoniácida (INH) y de multirresistencia (MDR) en los principales países de origen			
País	% R a INH	% MDR en casos nuevos	% MDR en casos previamente tratados
Marruecos	7,8	2,2	28
Ecuador	11	4,9	24
Rumania	?	2,8	14
Colombia	9,5	1,5	8,6
Argentina	3,8	0,3	0,7
Bolivia	?	1,2	4,7
Bulgaria	?	5,5	29
China	17-25,3	7,8	36,6
Perú	9	3	12
Ucrania	?	10	29
Rusia	29	14	43
Argelia	3,2	1,2	8,7
República Dominicana	?	6,6	20
Mali	?	1,4	8,2
Brasil	?	0,9	5,4
Nigeria	?	1,7	7,6
Senegal	?	1,9	8,8
España	4,4-6	0,8-1,2	11-12,5

% R INH: % estimado de monoresistencia o resistencia combinada a isoniácida en casos nuevos; MDR: resistente a isoniácida y a rifampicina

Fuente: Global Tuberculosis Database 2004 y Anti-tuberculosis drug resistance in the world, report n° 3, OMS 2004 (disponibles, respectivamente en: www.who.int/tb/country/global_tb_database/en/index.html y www.who.int/tb/publications/who_hm_tb_2004_343/en/index.html).

al control bacteriológico (baciloscopia y cultivo de esputo, o de otra muestra accesible en el caso de tuberculosis extrapulmonares) se recomienda realizarlo a los 15 días, al final del segundo mes, en el cuarto mes y al final del tratamiento. La baciloscopia debe negativizarse al final del segundo mes de tratamiento, aunque el fracaso del tratamiento se define como la persistencia de cultivos positivos después del cuarto mes de tratamiento correcto. Por último, no es necesario realizar un control radiológico hasta el final del tratamiento, a menos que exista indicación clínica.

Dentro de este apartado, existen dificultades reales para conseguir un adecuado seguimiento y cumplimentación del tratamiento de la tuberculosis en la población inmigrante, lo que se traduce en una menor adherencia y, por lo tanto, en una tasa de curación más baja que en la población autóctona (Díez, 2002; Ramos, 2004). La adherencia implica un papel activo del paciente en su propio cuidado (Lobera, 1995), en la medida en la que el paciente «hace suyas» las indicaciones terapéuticas. Cuando nos referimos a la adherencia al tratamiento, debe contemplarse, además de la adherencia a los medicamentos, la cumplimentación de las dietas, actividades y controles clínicos periódicos.

Esta baja adherencia se debe, en parte, a la existencia de barreras culturales, económicas y administrativas, así como a la elevada movilidad geográfica de la población inmigrante. Existen mediadas facilitadoras de la adherencia, que, en el contexto de un programa de tuberculosis adaptado a las necesidades de cada comunidad, pueden ser aprovechadas como incentivos para los pacientes (Lobera, 1995; Sánchez Benítez de Soto, 2004; Buzón, 1999):

- Una adecuada relación entre profesional y paciente, utilizando tácticas que faciliten la comunicación con los colectivos de inmigrantes, como agentes comunitarios de salud, mediadores culturales y materiales didácticos adaptados en diferentes idiomas que expliquen aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad.
- Pautas de tratamientos de corta duración y alta eficacia.
- Gratuidad de la medicación.
- Empaquetamiento especial de la medicación, como por ejemplo, en bolsas unidosos para adultos. Para los niños y niñas resulta muy práctico, en coordinación con la farmacia del Hospital, las preparaciones en suspensión oral para asegurar la dosis correcta según el peso, lo cual evita sobredosis y facilita que los padres comprendan cómo debe administrarse la medicación.
- Entrega de la medicación acompañada de explicaciones por escrito y dibujos gráficos.
- Realizar atención en el domicilio del enfermo (Sánchez Benítez de Soto, 2003) o la posibilidad de entrega de tarjeta de transporte.
- Acceso adecuado y rápido a tratamientos de deshabituación en caso de coexistencia de toxicomanías (metadona, alcohol, tabaco...)
- Circuitos ágiles que favorezcan el flujo de información y la coordinación entre los diferentes profesionales e instituciones que trabajan en la prevención y control de la tuberculosis (Unidad de Investigación en Tuberculosis, 1999), en concreto aquéllos que intervienen en el tratamiento del paciente: trabajadores sociales, agentes comunitarios de salud, farmacia, centros de atención a drogodependencias, centros dispensadores de metadona, voluntariado de ONGs, casas de acogida...
- Educación para la salud en todos los casos.

Establecer una buena comunicación entre profesionales y pacientes constituye un elemento imprescindible para mejorar la adherencia. En esta línea, una medida muy útil consiste en capacitar a personas de la misma comunidad como agentes comunitarios de salud, que sirvan de intérpretes y que colaboren de forma estable con los servicios de salud. Los agentes comunitarios de salud funcionan como puente entre las comunidades de inmigrantes y el sistema sanitario, con el objeto de detectar problemas de salud no expresados o no detectados, así como para identificar posibles barreras de comunicación no estrictamente idiomáticas entre profesionales sanitarios e inmigrantes (Sánchez Benítez de Soto, 2005). Los agentes comunitarios de salud y los mediadores culturales son especialmente útiles en las situaciones que se prevean dificultades de adherencia por miedo a empadronarse, por trabas administrativas (pasaporte, etc.) o por dificultades idiomáticas (Sánchez Benítez de Soto, 2005; Cañada, 2002; Declaración de Miraflores de la Sierra, 2005). También es importante identificar a los líderes de cada comunidad con la finalidad de aprovechar utilizar su influencia sobre el grupo para mejorar la aceptabilidad de las propuestas de diagnóstico y tratamiento de los enfermos y del estudio de contactos.

En determinadas situaciones críticas, en las que hay un elevado número de pérdidas en el seguimiento, puede ser recomendable organizar «unidades de tuberculosis» para mejorar la coordinación entre los centros y los profesionales implicados, tanto sanitarios como no sanitarios. Estas unidades deberían disponer de un espacio propio y de un tiempo de atención específico para la tuberculosis (equipos de tuberculosis, unidades de medicina tropical, dispensarios, consultas, etc.) donde se realice el control de los enfermos, el seguimiento de los tratamientos y el estudio de contactos.

Se debe garantizar el tratamiento de la tuberculosis a todos los pacientes y la supervisión de su cumplimiento mediante una estrategia individualizada. El tratamiento directamente observado (TDO) consiste en la observación directa, por personal sanitario adiestrado (y sólo en casos excepcionales por familiares o trabajadores sociales), de la ingesta de la medicación, garantizando que ésta se ha producido (Grupo de Trabajo, 2003). Puede utilizarse en distintas modalidades: diario, intermitente (dos o tres veces por semana, indicado para situaciones especiales, como cuando hay desplazamientos largos y los recursos disponibles son limitados), tratamiento supervisado semanal (en el que se entrega semanalmente al paciente la medicación de toda la semana, verificando periódicamente su toma) o tratamiento incentivado individualizado (atención en el domicilio del paciente, o utilizando bonos de transporte público, comida, alojamiento, etcétera).

Una medida muy eficaz, íntimamente relacionada con la coordinación con los recursos sociales del área, consiste en facilitar la accesibilidad de la medicación al paciente acercándose al domicilio, a su lugar de trabajo o a sus proximidades. El TDO constituye la modalidad de tratamiento de elección de la tuberculosis cuando coexistan circunstancias que hagan previsible el incumplimiento del mismo, o cuando el fracaso del tratamiento suponga un grave riesgo para la comunidad (circunstancias ambas que concurren en la población inmigrante), y debe integrarse en un programa interdisciplinar de los pacientes con tuberculosis que les proporcione una atención integral (sanitaria, psicológica y social) y los corresponsabilice con su curación.

La experiencia favorable de la estrategia de TDO en la población inmigrante del poniente almeriense (Díez, 2003; Sánchez Benítez de Soto, 2003), basada en los principios anteriormente expuestos, ilustra no sólo cómo esta estrategia se puede implantar en el contexto de una política sanitaria adecuada, sino también como una estrategia pensada y dirigida inicialmente para la población inmigrante puede resultar beneficiosa para el resto de la población de enfermos tuberculosos. Para que el TDO sea efectivo debe adaptarse a la realidad individual y a los recursos socio sanitarios de cada comunidad. El programa debe tener una perspectiva global, ser aceptable y consensuado con el paciente y asumible por la comunidad. A menudo una efectiva coordinación de los recursos ya existentes (trabajadores sociales, enfermeras, médicos, etc.) resulta suficiente si se encuentran debidamente formados e informados, y si hay motivación para colaborar activamente en la estrategia de tratamiento directamente observado (Grupo de Estudio, 2000; Sánchez Benítez de Soto, 2003; Tercer Plan Andaluz de Salud, 2005).

Genéricamente, las intervenciones que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario (tramitación de la tarjeta sanitaria), la confidencialidad del paciente, la coordinación interniveles (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública...) y la integración social de la persona inmigrante en el país de acogida (regularización de la situación administrativa de residencia, empleo, vivienda...) son medidas incentivadoras efectivas (CDC, 1998; Grupo de Trabajo, 2003; Sanz-Peláez, 2006).

Por último, es importante implementar sistemas que detecten el cambio de residencia de los pacientes a otros lugares durante el tratamiento (desde los más sencillos, como informes clínicos en mano, a los más complejos, como sistemas informáticos nacionales o de cooperación transfronteriza), pueden ser potencialmente eficaces para disminuir las pérdidas durante el tratamiento (Sanz-Barbero, 2006).

En la tabla 4 se recogen las dosis recomendadas para el tratamiento de la tuberculosis, tanto en pautas diarias como intermitentes, y en la tabla 5, los regímenes más utilizados para el tratamiento de la tuberculosis susceptible que han demostrado una tasa de curación mayor del 95%.

Tabla 4. Dosis de tuberculostáticos mayores según pautas de administración			
Fármacos	Pauta de administración		
	Diaria	Intermitente 2 veces/semana	Intermitente 3 veces/semana
Isoniacida (H)	5 mg/kg (máximo 300 mg)	15 mg/kg (máximo 900 mg)	10 mg/kg (máximo 600 mg)
Rifampicina (R)	10 mg/kg (máximo 600 mg)	10 mg/kg (máximo 600 mg)	10 mg/kg (máximo 600 mg)
Pirazinamida (Z)	25-30 mg/kg (máximo 2 g)	30-35 mg/kg	30-35 mg/kg
Etambutol (E)	2 primeros meses: 25 mg/kg (máximo 1,5 g) Resto: 15 mg/kg	50 mg/kg	30 mg/kg
Estreptomina (S)	15 mg/kg i.m. 5 días a la semana (máximo 1 g; 750 mg en > 50 años o < 50 kg)	15 mg/kg (máximo 1,5 g)	15 mg/kg (máximo 1,5 g)

Tabla 5. Pautas de tratamiento para tuberculosis no resistentes		
Régimen	Fase Inicial	Fase de continuación
Diario	2 meses HRZ ± E	4 meses HR
Intermitente (62 dosis)	2 semanas HRZ + E/S diarias	28 semanas HR/2 veces en semana
Intermitente (78 dosis)	8 semanas HRZ + E/S 3 veces en semana	18 semanas HR/3 veces en semana

– Toxicidad del tratamiento.

Por último, un tercer aspecto relevante en el tratamiento de la tuberculosis en inmigrantes es el mayor riesgo de hepatotoxicidad farmacológica en pacientes con hepatopatías víricas crónicas subyacentes, una situación especialmente prevalente en esta población. Esta circunstancia está bien documentada con isoniácida en pacientes con hepatitis crónica por el virus B con HbeAg positivo (Patel, 2002).

En los pacientes con riesgo de hepatotoxicidad (hepatopatía crónica o etilismo activo) en los que se utilice la pauta estándar de tratamiento, se recomienda realizar controles analíticos frecuentes durante los dos primeros meses (p. ej., semanales durante las dos primeras semanas y posteriormente cada dos semanas durante los dos primeros meses). En aquéllos con aumento asintomático de las transaminasas inferior a cinco veces y/o de la fosfatasa alcalina

inferior a tres veces los valores normales, se practicarán analíticas semanales hasta comprobar su normalización. Por el contrario, si hay síntomas de hepatitis y/o transaminasas superiores a cinco veces los valores normales, se suspenderá transitoriamente la medicación y, cuando mejore la clínica y la analítica, se hará una reintroducción progresiva de cada fármaco. No obstante, en este caso y en los pacientes con hepatopatía grave basal o insuficiencia hepática descompensada (en los que se deben utilizar pautas especiales con menor número de fármacos hepatotóxicos) se recomienda derivar al paciente a una unidad especializada de referencia.

5. BASES DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA POBLACIÓN INMIGRADA

El control de la tuberculosis en la población inmigrante, se debe centrar en tres estrategias fundamentales: la búsqueda activa y tratamiento de los casos de enfermedad tuberculosa activa; el estudio de contactos de los pacientes con enfermedad activa, y la detección y tratamiento de los inmigrantes con infección tuberculosa latente (ITL) de alto riesgo. A estos tres elementos, comunes a toda intervención en otras poblaciones de alto riesgo, se le añaden otros elementos más específicos (Tabla 6).

Tabla 6. Elementos básicos de un programa de control de tuberculosis en la población inmigrante
• Garantizar la accesibilidad al sistema sanitario: – Normalización administrativa. – Eliminación de barreras idiomáticas y culturales. – Estrategias de comunicación y mediación: agentes comunitarios de salud, mediadores interculturales... • Garantizar la detección, tratamiento y seguimiento de los casos: – Facilitar las visitas. – Administrar gratuitamente los fármacos. – Ofertar tratamiento directamente observado (TDO). – Estrategias específicas para la población migrante móvil enferma. • Realizar el estudio de contactos: – Búsqueda activa de contactos. • Diagnosticar y asegurar el tratamiento de la infección latente en inmigrantes de riesgo: – Pautas clásicas. – Pautas cortas. – Sarcoidosis. • Disponer de un «Programa Local de Tuberculosis»: – Adaptado a las necesidades de cada comunidad. – Con la intervención, colaboración y coordinación todos los centros, niveles y profesionales implicados y de la comunidad. – Integración de herramientas «innovadoras»: ◊ Salud y comunicación intercultural. ◊ Epidemiología molecular.

- Búsqueda y tratamiento de los casos de enfermedad.

El objetivo prioritario de cualquier programa de control de tuberculosis, incluidos los dirigidos específicamente a la población inmigrante, debe ser lograr el diagnóstico precoz y el tratamiento correcto (completo) de las personas con tuberculosis activa. Ésta constituye la estrategia más eficaz para interrumpir la cadena epidemiológica de transmisión, y en caso

de recursos limitados, se debe dar prioridad a los pacientes bacilíferos (aquellos con examen microscópico directo positivo de la muestra de esputo, que son los que representan el mayor riesgo epidemiológico). El resto de las estrategias de control sólo serán eficaces cuando se consiga concluir correctamente (asegurando la curación) más del 90% de los tratamientos prescritos (CDC, 1998).

La búsqueda de casos puede ser pasiva (en las personas que acuden espontáneamente a la consulta con sintomatología compatible) o activa (en determinados grupos de riesgo según criterios epidemiológicos de prevalencia y/o incidencia elevadas, y las posibilidades operativas). En el caso de la población inmigrante, se recomienda realizar una búsqueda activa de casos (Grupo de Trabajo, 2003), mediante la práctica simultánea a los inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia de una anamnesis básica (que incluya antecedentes personales y familiares de tuberculosis o de quimioprofilaxis, antecedentes de vacunación con BCG y sintomatología sugestiva), una radiografía de tórax y una prueba de tuberculina. Para ello se debe aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer un examen de salud dirigido, ya sea cualquier contacto con el sistema sanitario, o incluso, cualquier trámite administrativo (p. ej., residencia, tarjeta sanitaria, demanda de servicios sociales...).

No obstante, en la práctica no se ha encontrado ningún sistema idóneo para realizar esta búsqueda activa que sea a la vez eficiente y no discriminatorio. Aunque existen experiencias positivas en otros países (El-Hamad, 2001; Verver, 2001; Schwartzman, 2000), otros autores cuestionan la eficiencia de esta estrategia (Marks, 2001). Probablemente, a largo plazo resulte más eficiente invertir simultáneamente en garantizar el acceso normalizado de la población inmigrante al sistema sanitario, en elevar el grado de sospecha diagnóstica de los profesionales de Atención Primaria que trabajen con comunidades de inmigrantes (Ramos Delgado, 2005; Fragua Gil, 2004) (*«piensa en la tuberculosis»* [Grupo de Trabajo, 2003]), en garantizar la gratuidad de las visitas y los tratamientos, y en facilitar el acceso a los servicios especializados para el diagnóstico y tratamiento de los casos que lo requieran. Una vez instaurado el tratamiento antituberculoso debe garantizarse su cumplimentación mediante estrategias de TDO y la certificación de la finalización del mismo (Grupo de Trabajo, 2003).

- Estudio convencional de contactos (ECC).

Esta segunda estrategia de control de tuberculosis tiene como objetivos, en el círculo de personas que han tenido relación con un enfermo de tuberculosis activa, detectar precozmente nuevos enfermos con tuberculosis no diagnosticada y tratarlos; detectar a las personas con infección tuberculosa latente (ITL) reciente que podrían beneficiarse del tratamiento, y reconstruir la cadena epidemiológica para tratar de identificar el auténtico caso índice (Grupo de Estudio, 1999). Esta medida tiene una elevada relación coste-efectividad para detectar nuevos casos de tuberculosis, pues la incidencia de ésta en contactos es muy superior a la de la población general. Adicionalmente se ha demostrado muy útil en la población inmigrante (Vallès, 2002; Dasgupta, 2000).

Para el estudio de contactos debe seguirse una estrategia de búsqueda activa progresiva en «círculos concéntricos», evaluando de forma individualizada las características de la fuente (o caso índice: bacilífero o no, existencia de cavitaciones radiológicas, probabilidad de resistencias...), de las personas expuestas (o contactos: susceptibilidad individual, máxima en niños, niñas y en personas inmunodeprimidas y tiempo de contacto, máximo en convivientes) y de la exposición (condiciones ambientales: hacinamiento, circuitos de ventilación...)

(ver «hoja de recogida de datos del conviviente de riesgo»). Según este esquema, el estudio de contactos se inicia en un primer círculo (o círculo de contactos «íntimos»: personas con más de 6 horas de contacto diario, generalmente convivientes y compañeros de trabajo). A todos los contactos se les debe realizar una prueba de tuberculina (PT, mediante intradermoreacción de Mantoux) y una radiografía de tórax (postero-anterior y lateral) sólo a los contactos tuberculín-positivos y a aquellos tuberculín-negativos que sean contactos íntimos de un enfermo bacilífero (para descartar enfermedad activa). Eventualmente puede ser necesario realizar estudio microbiológico de esputo para descartar enfermedad activa. De esta forma, los contactos se clasifican como «no infectado», «infección TB latente» o «enfermo de TB», «TB antigua, curada o residual», o «conviviente no estudiado». Ofreciéndoles, respectivamente el tratamiento preventivo que necesiten: quimioprofilaxis primaria, quimioprofilaxis secundaria (tratamiento de la ITL: TITL), tratamiento antituberculoso, o en su defecto, observación tras un período de tiempo (Grupo de Estudio, 1999).

Si existiese un elevado índice de infección tuberculosa en este primer círculo, se amplía el estudio a un segundo círculo de contactos «frecuentes» (personas con contacto diario de menos de 6 horas con el caso índice) o incluso a un tercer círculo (personas con contacto esporádico no diario, por ejemplo, una o dos veces por semana). En caso de detectar un nuevo enfermo bacilífero entre los contactos, debe iniciarse, a partir de éste, un nuevo esquema de «círculos concéntricos». Siempre que sea posible, los contactos deben ser estudiados por el mismo equipo que atiende al caso índice (Grupo de Estudio, 1999).

Los estudios complementarios de identificación de cepas mediante técnicas de epidemiología molecular son muy útiles para detectar transmisiones de cepas, dentro del colectivo inmigrante y entre éstos y autóctonos que pueden pasar inadvertidos utilizando encuestas epidemiológicas tradicionales; en estos estudios se aprecia que el contexto lúdico, que es el más difícil de investigar, es una ruta de transmisión frecuente y de difícil acceso dentro de la población inmigrante por donde se pierden contactos de riesgo (Sánchez Benítez de Soto, 2005).

El estudio de contactos en la población inmigrante, pese a su elevada rentabilidad, no está exento de dificultades pues, de nuevo, aparecen los factores sociales. Las primeras de ellas son las barreras administrativas (situación legal irregular), idiomáticas, culturales o sociales (situaciones laborales o de vivienda precarias, hacinamiento), que dificultan no sólo la identificación de contactos, sino la aceptación y cumplimentación de la quimioprofilaxis primaria o secundaria de los contactos. En este sentido, puede ser necesario valorar individualmente la conveniencia de pautas de menor duración alternativas a la clásica de 6-9 meses con isoniacida, o la administración directamente observada, tal como se discute más adelante. La segunda dificultad deriva de la interpretación de la PT en personas vacunadas con BCG, situación frecuente en la población inmigrante. El tercer aspecto es la frecuencia de microepidemias o brotes en la población inmigrante (definidas como la existencia de dos o más casos de enfermedad tuberculosa generada por un caso índice) (Vallès, 2002; Caminero Luna, 2001). Estas microepidemias están condicionadas tanto por las características de los casos índices (formas cavitadas y/o muy bacilíferas con frecuente retraso en el diagnóstico) como por las condiciones de hacinamiento, y obligan, en muchas ocasiones, a ampliar los círculos de estudio de los contactos, a extremar las medidas para descartar casos secundarios de tuberculosis con poca expresividad clínica o radiológica, y a valorar la recomendación de quimioprofilaxis de los contactos sin límites de edad. Por último, dada la relativa frecuencia de resistencias

primarias o secundarias en los inmigrantes con enfermedad activa, se deben valorar pautas de quimioprofilaxis con dos fármacos (p. ej., rifampicina y pirazinamida) en los contactos de casos índices sospechosos; esto es especialmente importante cuando el caso índice es originario de Vietnam, Filipinas o Haití (Khan, 2002); en estos casos, los contactos deben ser derivados, al igual que el caso índice, a una unidad especializada (Grupo de Trabajo, 2003).

- Detección y tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITL)

El diagnóstico de la infección tuberculosa latente (ITL) se basa en la interpretación de la prueba de la tuberculina (PT), realizada en nuestro medio mediante la técnica de intradermoreacción de Mantoux. El objetivo de la detección de la ITL es la identificación de las personas con riesgo de desarrollar tuberculosis, para que se puedan beneficiar, a título individual, de un tratamiento preventivo eficaz (quimioprofilaxis secundaria o tratamiento de la ITL). Por el contrario, su utilidad como estrategia de intervención de un programa de control de la tuberculosis a nivel poblacional (en teoría, sería la única estrategia disponible para reducir la incidencia de tuberculosis por reactivación endógena), está menos validada, y es cuestionable en los países de mediana-alta incidencia de enfermedad como el nuestro, donde la prioridad y los recursos deberían centrarse en la detección precoz y tratamiento correcto de los casos de enfermedad, única medida de validada eficacia para interrumpir la cadena de transmisión (Caminero Luna, 2001).

Adicionalmente, el cribado de la ITL sólo es efectivo si se acompaña de un adecuado tratamiento, es decir, la realización de la PT debe presuponer la decisión de tratar la infección en los casos que ésta sea positiva. Dicho de otra manera, desde el punto de vista ético y de uso eficiente de recursos, sólo se debería indicar la realización de la PT en aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar tuberculosis, en las que no existan contraindicaciones para el tratamiento de la ITL y en las que, además, podamos asegurar, *a priori*, el adecuado cumplimiento y seguimiento del tratamiento (Jasmer, 2002). En caso contrario estaríamos creando un problema sanitario de difícil solución: «el paciente con Mantoux positivo con el que nadie sabe qué hacer». Por lo tanto, el cribado «universal» (en toda la población general) de la infección tuberculosa latente no es eficiente, por lo que se debería limitar a los grupos de población identificados como de «alto riesgo», es decir, a (1) aquéllos con riesgo (como los contactos íntimos de los casos de tuberculosis bacilífera) o evidencia (como los convertidores en los últimos dos años de la PT) de infección tuberculosa de adquisición reciente, y a (2) aquéllos con condiciones médicas subyacentes que incrementen el riesgo de progresión a enfermedad activa (indiscutible en infectados por el VIH, y más discutible en otras situaciones, como pacientes en tratamiento inmunosupresor; usuarios de drogas por vía parenteral, insuficiencia renal crónica, silicosis, diabetes *mellitus*, neoplasias hematológicas, carcinoma de cabeza y cuello, cáncer de pulmón, malnutrición, gastrectomía, by-pass yeyuno-ileal...).

En los últimos años existe una tendencia hacia la individualización de la interpretación de la PT, de forma que no existirían «puntos de corte universales», sino que éstos deben individualizarse, en cada caso concreto, en función de dos factores: del valor predictivo positivo de la prueba, que a su vez depende fundamentalmente de la prevalencia de infección tuberculosa en la población investigada, de forma que a mayor prevalencia de ITL, mayor valor predictivo positivo (y, por tanto, mayor probabilidad de que se el paciente identificado como «positivo» tenga en realidad una infección tuberculosa latente verdadera y no se deba a un falso positivo de la prueba), y (2) del riesgo de desarrollar tuberculosis de la persona

investigada (es decir, que el punto de corte para considerar la PT como «positiva» sería menor en una persona de «alto riesgo», según los criterios definidos anteriormente, que una de «bajo riesgo») (Menzies, 1999).

En la población inmigrante, la detección de la ITL se ve interferida por los antecedentes de vacunación con BCG, que está incluida rutinariamente en el calendario vacunal de la mayoría de los países de origen, con una primera dosis en el nacimiento y una segunda dosis adicional, en muchos de ellos, a los 6 años de edad. El antecedente de vacunación con BCG (que se puede investigar mediante el correspondiente certificado de vacunación, o en su defecto, por la existencia de una cicatriz típica, habitualmente en la zona deltoidea izquierda) es una causa común de falsos positivos de la PT en la población inmigrante, y por lo tanto, disminuye la especificidad de la PT para detectar una infección latente verdadera debida a *Mycobacterium tuberculosis*, aunque las induraciones producidas por la prueba de la tuberculina tienden a ser de diámetro inferior en vacunados que en infectados. A mayor tamaño de induración, mayor probabilidad que se trate de una infección por *Mycobacterium tuberculosis*; esta relación sin embargo no tiene que ver con riesgo de desarrollar la enfermedad. En esta situación, algunos autores recomiendan no tener en cuenta el antecedente de vacunación a la hora de interpretar la PT en inmigrantes (dado que en su mayoría proceden de áreas con alta incidencia de tuberculosis, y por tanto, en ellos el valor predictivo positivo de la PT sería muy elevado) (American Thoracic Society, 2000), mientras que otros recomiendan que se considere positiva (y, por lo tanto, atribuible a infección tuberculosa) si han pasado más de 15 años de la vacunación, si existe vesiculación o necrosis en la zona de la intradermorreacción, o si el diámetro de la induración es mayor de 15-20 mm (Pina, 2001).

En nuestro país, y como estrategia de control de la tuberculosis en población inmigrante, se recomienda realizar preferentemente la PT en inmigrantes en los que coexista algún factor adicional de riesgo de desarrollo de tuberculosis, tales como: (1) convivientes de un caso bacilífero; (2) infectados por el VIH o inmunodeprimidos por otras causas (incluyendo aquéllos en tratamiento con dosis mayores o iguales a 15 mg/día de prednisona o equivalente), y (3) pacientes con lesiones radiológicas pulmonares cicatriciales (lesiones fibróticas de más de 2 cm² en lóbulos superiores, excluidos granulomas calcificados aislados y paquipleuritis) no tratadas (Grupo de Trabajo, 2003). En ellos, aún con antecedentes de vacunación previa con BCG, la PT debe considerarse positiva con diámetros ≥ 5 mm y prescribir tratamiento de la ITL. En este documento no se considera indicada la realización sistemática o rutinaria de la PT en el resto de inmigrantes, salvo valoraciones individualizadas o con fines epidemiológicos.

En contraste, en Estados Unidos se preconiza realizar la PT a toda persona inmigrante reciente (con menos de 5 años de estancia en el país) procedente de un país con una alta prevalencia de tuberculosis, y considerar positiva (y, por tanto, susceptible de tratamiento de la ITL) toda induración ≥ 10 mm de diámetro, o ≥ 5 mm de diámetro si coexisten los factores de riesgo anteriormente comentados. Por el contrario, no se recomienda su realización rutinaria en inmigrantes con más de 5 años de estancia en el país, y en ellos, si existe indicación clínica o epidemiológica de realizar la PT, se considerará positiva ≥ 15 mm de diámetro (American Thoracic Society, 2000). Estas recomendaciones se basan en que las prevalencias de infección tuberculosa en los países de origen son mucho más altas que en la población autóctona del país de acogida; que la mayoría de los casos de tuberculosis en inmigrantes se

deben a reactivaciones de infecciones previas latentes, y que los 5 primeros años de estancia en el país de acogida son el período de máximo riesgo para el desarrollo de una enfermedad tuberculosa, premisas todas ellas superponibles a la población inmigrante en nuestro país. No obstante, la situación epidemiológica de la tuberculosis en Estados Unidos (al igual que en otros países desarrollados de baja incidencia tuberculosa de nuestro entorno) es diferente a la española y, por tanto, las prioridades y las estrategias de control no tienen por qué ser idénticas.

Antes de iniciar tratamiento de la ITL es necesario y/o recomendable:

- Descartar la existencia de una enfermedad tuberculosa activa (generalmente es suficiente con la anamnesis y la radiografía de tórax; excepcionalmente puede ser necesaria la realización de baciloscopias y cultivo de esputo).
- Excluir, previo consentimiento informado del paciente, una coinfección por el VIH, especialmente en inmigrantes procedentes de áreas de alta endemia (África subsahariana), ya que esta situación es indicación de tratamiento de la infección latente independientemente de la edad y del diámetro de la induración de la PT (Grupo de Trabajo, 2003).
- Asegurarnos de que no se ha realizado previamente tratamiento de una tuberculosis (independientemente de si éste fue correcto o no) o de una infección tuberculosa latente (siempre que se haya realizado correctamente), ya que en estas circunstancias contraindican el tratamiento de la infección tuberculosa latente salvo en coinfectados por el VIH expuestos.
- Realizar una valoración individualizada del riesgo de hepatotoxicidad (elevado en mayores de 35 años, etilismo crónico o hepatopatía crónica, especialmente por virus B con HbeAg positivo en inmigrantes asiáticos (Patel, 2002) frente al riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa (es decir, el beneficio potencial del tratamiento de la infección latente); se recomienda realizar una analítica general basal sistemática antes de iniciar el tratamiento, y,
- Valorar las posibilidades reales de realizar un seguimiento adecuado del paciente y un control del tratamiento; para ello se deben priorizar las pautas cortas supervisadas y las estrategias de TDO.

La pauta estándar de tratamiento de la infección tuberculosa consiste en la administración de isoniacida durante 9 meses (reservando la de 6 meses para los pacientes de menor riesgo y siempre que no pueda asegurarse una cumplimentación de 9 meses). Debido a los problemas de cumplimentación de esta pauta en población inmigrante (generalmente inferior al 50% de los que la inician (Durán, 1996; Mattelli, 2000), y a la frecuencia de resistencias primarias a isoniacida se han elaborado pautas alternativas en duración y/o régimen de administración, que se recogen en la tabla 7. Estas pautas alternativas no deben utilizarse rutinariamente en pacientes de alto riesgo (menores de 18 años, con lesiones radiológicas fibróticas o coinfectados por el VIH) ni en embarazadas, y aunque reducen considerablemente la duración del tratamiento, exigen un mayor control del paciente (por el mayor riesgo de hepatotoxicidad, especialmente la pauta de rifampicina y pirazinamida durante 2 meses, en la que se recomienda realizar un control quincenal de la bioquímica hepática) y no siempre consiguen mejorar la adherencia (Saravanja, 1999). Aunque se dispone de escasos estudios, en un estudio reciente realizado en población indigente de Madrid (de los cuales un 43% eran inmigrantes) en la que se comparó la adherencia a la pauta de 2 meses de rifampicina y pirazinamida con la

clásica de 6 meses de isoniácida, el 61,5% de los primeros la completaron frente al 28,2% de la pauta de isoniácida, sin una mayor incidencia de hepatotoxicidad; no obstante la falta de adherencia, en ambos grupos, fue significativamente menor en inmigrantes en situación irregular de residencia (de ellos sólo el 28,6% completaron el tratamiento) (Sánchez-Arcilla, 2004). Por último, no existen recomendaciones bien establecidas en cuanto al tratamiento de la ITL en pacientes con sospecha de infección por cepas multirresistentes (a isoniácida y a rifampicina). Una opción es vigilar estrechamente al paciente sin administrar tratamiento; otra sería la combinación de pirazinamida y etambutol, o como alternativa de la pirazinamida, una fluorquinolona (ofloxacino o levofloxacino, no recomendadas en niños), durante al menos 6 meses en inmunocompetentes y 12 meses en inmunocomprometidos (American Thoracic Society, 2000).

Tabla 7. Tratamiento de la infección tuberculosa latente				
		Pauta de administración		
Fármacos	Duración	Diaria	Intermitente 2 veces/semana	Comentarios
Isoniácida	9 meses	5 mg/kg (máximo 300 mg)	15 mg/kg (máximo 900 mg)	Régimen estándar
Isoniácida	6 meses	5 mg/kg (máximo 300 mg)	15 mg/kg (máximo 900 mg)	No recomendada en VIH+, edad < 18 años o lesiones fibróticas en Rx tórax
Rifampicina	6 meses	10 mg/kg (máximo 600 mg)	No recomendada	En personas que no pueden tolerar pirazinamida
Rifampicina y Pirazinamida	2 meses	R: 10 mg/kg (máximo 600 mg) Z: 15-20 mg/kg (máximo 2 g)	R: 10 mg/kg (máximo 600 mg) Z: <50 kg: 2,5 g 51-74 kg: 3 g >74 kg 3,5 g	Mayor riesgo hepatotoxicidad No en embarazadas Recomendada en contactos de TBC R a INH
Isoniácida y Rifampicina	3 meses	H: 5 mg/kg (máximo 300 mg) R: 10 mg/kg (máximo 600 mg)	No recomendada	

ANEXO. PROTOCOLO DE ESTUDIO DE CONTACTO DE TBC

DATOS DEL CONTACTO:

NOMBRE Y APELLIDOS:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

PAÍS DE NACIMIENTO:

FECHA DE LLEGADA ESTABLE A ESPAÑA:

FECHA DEL ÚLTIMO VIAJE A SU PAÍS:

DIRECCIÓN:

TFNO.:

Nº SS / TSI / NUS / NUSHA:

C SALUD.

N MÉDICO CABECERA:

PESO:

DIAGNÓSTICO FINAL No infectado / Infección TB Latente (ITL) / Enfermo / TB curada o residual / No estudiado

PAUTA

DROGA EMPLEADA

FECHA DE INICIO:

FECHA FIN TTO:

NOMBRE CASO ÍNDICE

DIAGNÓSTICO: Microbiológico: BK: + / - LOWESTEIN: + / - Rx: cavitada / No cavitada SENSIBLE / RESISTENTE

Fecha del diagnóstico o de los síntomas o Período de infectividad:

LOCALIZACIÓN:

1. **RELACIÓN CON EL CASO ÍNDICE:** Familiar conviviente FG / familiar no conviviente FGN / Conviviente no familiar CNG / Contacto escolar profesional. CE / Novio-amigo CA / Otros contactos no convivientes OT. Condiciones de la vivienda (hacinamiento).
2. **TIPO DE CONTACTO:** estrecho: >6 horas al día varios días seguidos / Ocasional / Esporádico (si es conviviente: tiempo de estancia en la vivienda, o sea cuánto tiempo llevan conviviendo en el mismo domicilio).
3. **ANTECEDENTES PERSONALES DE TB:** BCG / TB previa / fecha / tratamiento realizado.
4. **ANTECEDENTES DE haber recibido tratamiento preventivo (o QMP) previamente:** sí / no / meses de qmp completados.
5. **ENFERMEDADES PREDISPONENTES:** VIH / Alcoholismo / UDVP / DBT / Neoplasias / TTO inmunosupresor. ¿Otros factores de riesgo?

GESTACIÓN: SÍ / NO

MEDICAMENTOS QUE TOMA:

TABACO: SÍ / NO

6. **CLÍNICA SUGESTIVA DE TB** (tos, expectoración, dolor torácico, fiebre, síndrome constitucional).

	Previo	1º Mantoux	2º Mantoux	Rx tórax	Baar	Lowestein	Análíticas
Fecha / Resultado							
Fecha / Resultado							
Fecha / Resultado							

CONVERSIÓN: VIRAJE TUBERCULÍNICO: SÍ / NO

BOOSTER: SÍ / NO

CONTRAINDICACIÓN DE LA QMP: SÍ / NO

QMP PRIMARIA: SÍ / NO

TITL: S / N.

MESES / dosis CUMPLIDOS CON SEGURIDAD: _____

dosis ADHERENCIA: B / M **SEGUIMIENTO A LA VUELTA**

Tuberculosis en inmigrantes: ideas clave

- La tuberculosis en inmigrantes es un fenómeno emergente, aunque de momento no parece representar un riesgo para la población general de acogida. No obstante, dada su potencial transmisibilidad, se debe monitorizar estrechamente su evolución.
- Aparece en los primeros 5 años de estancia, y aunque la presentación más común es la forma pulmonar; existe una mayor frecuencia de formas extrapulmonares, por lo que es necesario tener un alto índice de sospecha. Se debe aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para realizar una búsqueda activa de casos.
- La coinfección por el VIH puede ser frecuente en subsaharianos.
- Es obligado remitir muestras para baciloscopia, cultivo de micobacterias y estudio de sensibilidades antes de iniciar el tratamiento específico.
- Iniciar tratamiento con 4 fármacos hasta conocer el resultado del cultivo y sensibilidades. Los casos con sospecha o confirmación de resistencias, los coinfectados por el VIH, los fracasos terapéuticos, las recidivas y retratamientos se deben derivar a una unidad de referencia.
- La adherencia al tratamiento es el principal reto en inmigrantes debido a la alta tasa de pérdidas y abandonos. Es preciso actuar de forma coordinada en el contexto de un programa adaptado a la realidad local y a los recursos disponibles, utilizando herramientas como los agentes comunitarios de salud, diferentes modalidades de tratamiento directamente observado (TDO), estrategias específicas para las poblaciones migrantes móviles enfermas, medidas facilitadoras de adherencia y políticas de accesibilidad a los servicios e integración social para lograr que se completen (y así asegurar la curación) más del 90% de los tratamientos prescritos.
- Los 3 elementos básicos de un programa de control de la tuberculosis en inmigrantes son la búsqueda activa y tratamiento de los casos de enfermedad, el estudio convencional de contactos (muy rentable en esta población), y la detección y tratamiento de las infecciones tuberculosas latentes (ITL) de alto riesgo de progresión a enfermedad.
- En nuestro país no se recomienda la realización rutinaria de la prueba de la tuberculina a los inmigrantes que no pertenezcan a grupos de alto riesgo (convivientes de un caso bacilífero; coinfectados por el VIH o con otras causas de inmunodepresión, y pacientes con lesiones radiológicas pulmonares fibróticas no tratadas), salvo valoraciones individualizadas o con fines epidemiológicos.
- Antes de realizar una prueba de la tuberculina debemos de tener claro qué vamos a hacer en caso de que ésta sea positiva. En caso de que esté indicado realizar el tratamiento de la infección tuberculosa latente (TILT), la pauta de elección es isoniazida durante 9 meses, existen otras alternativas de menor duración para intentar lograr una mejor adherencia.
- Los estudios de epidemiología molecular nos ayudarán a conocer si la tuberculosis en esta población se debe a reactivaciones de infecciones latentes antiguas adquiridas en sus países de origen o a transmisión reciente en el país receptor; y nos permitirá descubrir rutas de transmisión que se nos escapan con los métodos tradicionales.

BIBLIOGRAFÍA

- American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:S221-S247.
- Antunes ML. Impact of immigration associated tuberculosis. *Tuberc Lung Dis*. 1996;77(22):19-20.
- Bandera A, Gori A, Catozzi L, Degli Esposti A, Marchetti G, Molteni C, et al. Molecular epidemiology study of exogenous reinfection in an area with a low incidence of tuberculosis. *J Clin Microbiol*. 2001;39:2213-8.
- Buzón L. *La Tuberculosis: un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios*. Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Documentos técnicos de Salud Pública, Subcomisión de Formación. Madrid: INSALUD, Dirección Territorial de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, 1999.
- Caminero JA. Inmigración y tuberculosis a escala mundial. *Enf Emerg*. 2001;3:121-2.
- Caminero JA, Pena MJ, Campos-Herrero MI, Rodríguez JC, García I, Cabrera P, et al. Epidemiological evidence of the spread of a *Mycobacterium tuberculosis* strain of the Beijing genotype on Gran Canaria Island. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:1104-5.

- Caminero Luna JA. ¿Es la quimioprofilaxis una buena estrategia para el control de la tuberculosis? *Med Clin (Barc)*. 2001;116:223-9.
- Canadian guidelines for the investigation and follow-up of individuals under medical surveillance after arrival in Canada. *Can Commun Dis Rep*. 2001;27(19):157-65.
- Cañada JL, Coll J, Díaz M, Hernández E, Martínez A, Ochoa J, et al. *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2002.
- Cañas E, Díez F, Plata A, Laynez F, González M, Domínguez A, Haro JL. Características diferenciales de la tuberculosis en inmigrantes en Andalucía. Estudio multicéntrico caso-control 1999-2003. *Enf Emerg*. 2006;8(2):104-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons: Report of the Working Group on Tuberculosis among foreign-born persons. *MMWR*. 1998;47:(nº RR-16).
- Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis morbidity among U.S.-born and foreign-born populations United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51:101-4.
- Chang ED, Iseman MD. Current medical treatment for tuberculosis. *BMJ*. 2002;325:1282-6.
- Chin DP, DeRiemer K, Small PM, De Leon AP, Steinhart R, Schechter GF, et al. Differences in contributing factors to tuberculosis incidence in U.S.-born and foreign-born persons. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158:1797-803.
- Cowie RL, Sharpe JW. Tuberculosis among immigrants: interval from arrival in Canada to diagnosis. A 5-year study in southern Alberta. *Canadian Medical Association Journal*. 1998;158(2):599-602.
- Declaración de Miraflores de la Sierra*. Curso de verano de la Universidad Autónoma de Madrid sobre «Tuberculosis en el siglo XXI: realidad y compromiso», 4-6 de agosto de 2005.
- Dasgupta K, Schwartzman K, Marchand R, Tennenbaum TN, Brassard P, Menzies D. Comparison of cost-effectiveness of tuberculosis screening of close contacts and foreign-born populations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162:2079-86.
- Díez F, Rogado MC, Álvarez R, Delgado M, Hidalgo MA, Salas J. Tuberculosis e inmigración en el Pioniente almeriense. Impacto en la incidencia y efectividad del tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20(supl 1):191.
- Díez F, Sánchez M, Rogado MC, Alvarez R, Delgado M, Cabezas T, Salas J. Efectividad de un programa de tratamiento supervisado de tuberculosis. V Congreso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Sevilla, 11-13 diciembre 2003 [comunicación oral C-10, publicada en *Avances en Enfermedades Infecciosas*. 2003;4[supl 2]:15-6).
- Durán E, Cabezas J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:525-8.
- Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Consensus statement: Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*. 1999;282:667-86.
- El-Hamad I, Casalini C, Mateelli A, Carosi G, Casari S, Bujani M, et al. Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialised health service unit (University of Brescia, Italy). *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(8):712-6.
- Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim AJ, Reniero A, et al. Global trends in resistance to antituberculosis drugs. *N Engl J Med*. 2001;344:1294-303.
- Fragua Gil R, Herreros Hernanz I, Peñalva Merino MD, Vazquez Villegas J, Lafuente Robles N, Sánchez Benítez de Soto ML. Formación de tutores e inmigración: un trabajo de campo. *Aten Primaria*. 2004;36(supl 1):728.
- García de Viedma D, Chaves F, Íñigo J. Tuberculosis en inmigrantes: ¿es importada? *Enf Emerg*. 2004;6:248-9.
- Grupo de Estudio de Contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de consenso sobre el estudio de contactos en los pacientes tuberculosos. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:151-6.

- Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:749-57.
- Grupo de Trabajo de los Talleres de 2001 y 2002 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Prevención y control de las tuberculosis importadas. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:549-57.
- Grupo de Trabajo del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). *Med Clin (Barc)*. 2000;114:530-7.
- Jasmer RM, Nahid P, Hopewell PC. Latent tuberculosis infection. *N Engl J Med*. 2002;347:1860-6.
- Khan K, Muenning P, Behta M, Zivin JG. Global drug-resistance patterns and the management of latent tuberculosis infection in immigrants to the United States. *N Engl J Med*. 2002;347:1850-9.
- Lillebaek T, Andersen AB, Bauer J, Dirksen A, Glismann S, De Haas P, et al. Risk of Mycobacterium tuberculosis transmission in a low-incidence country due to immigration from high-incidence areas. *J Clin Microbiol*. 2001;39:855-61.
- Lobera L, Montilla P, Moreno S, Riesgo R, Sánchez ML, Sellés B. Documento técnico de apoyo para la elaboración de programas y protocolos de tuberculosis. Madrid: Dirección provincial de Madrid, INSALUD, 1995.
- Marks GB, Bai J, Stewart GJ, Simpson SE, Sullivan EA. Effectiveness of postmigration screening in controlling tuberculosis among refugees: a historical cohort study, 1984-1998. *Am J Public Health*. 2001;91:1797-9.
- Martín N, Alcaide F, Coll P, González J, Manterola JM, Salvadó M, et al. Farmacorresistencia de Mycobacterium tuberculosis. Estudio multicéntrico en el área de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:493-8.
- Matteelli A, Casalini C, Raviglione MC, El-Hamad I, Scolari C, Bombana E, et al. Supervised preventive therapy for latent tuberculosis in illegal immigrants in Italy. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162:1653-5.
- Menzies D. Interpretation of repeated tuberculin tests. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159:15-21.
- Miller LG, Asch SM, Yu EI, Knowles L, Gelberg L, Davidson P. A population-based survey of tuberculosis symptoms: how atypical are atypical presentations? *Clin Infect Dis*. 2000;30:293-9.
- Nolan CM, Teklu B, Wu R. The use of sputum cultures in the evaluation of immigrants classified as tuberculosis suspects. *Am Rev Respir Dis*. 1989;140:996-1000.
- Orcau A. Casos importados y control en Barcelona. *Enf Emerg*. 2004;6:246-8.
- Ordobás M, Cañellas S. Tuberculosis en personas de origen extranjero en la Comunidad de Madrid. *Enf Emerg*. 2004;6:245-6.
- Patel PA, Voigt MD. Prevalence and interaction of hepatitis B and latent tuberculosis in Vietnamese immigrants to the United States. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(5):1198-203.
- Pena MJ, Caminero JA, Campos-Herrero MI, Rodríguez-Gallego JC, García-Laorden MI, Cabrera P, et al. Epidemiology of tuberculosis on Gran Canaria: a 4 year population study using traditional and molecular approaches. *Thorax*. 2003;58:618-22.
- Pina JM. La prueba de la tuberculina hoy. *Jano*. 2001;60:1130-9.
- Ramos JM, Gutiérrez F. Tuberculosis e inmigración. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(7):277-8.
- Ramos JM, Masiá M, Rodríguez JC, Padilla I, Soler MJ, Gutiérrez F. Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clinicoepidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:315-8.
- Ramos Delgado E, Sánchez Benítez de Soto ML. Viaje Formativo de un tutor de MFYC al Poniente Almeriense. *Aten Primaria*. 2005;36(supl 1):172:142.
- Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Informe año 2002. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 2002;8(4):24-26.

- Sánchez-Arcilla I, Vilcheza JM, García de la Torre M, Fernández X, Noguerado A. Infección tuberculosa latente en población indigente. Comparación de dos pautas terapéuticas. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(2):57-9.
- Sánchez Benítez de Soto ML, Fernández Fernández MR, Fernández Moya G. *Abordaje de la tuberculosis, un salto cualitativo en la atención sanitaria*. Equipo de Tuberculosis de Atención Primaria. Distrito Sanitario Poniente. SAS. Premios 2003. Almería: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud, 2003, pp. 163-70.
- Sánchez Benítez de Soto ML, Fernández Fernández MR, Peñafiel Escamez MT, Fernández Moya G, Espejo P, Marín Martínez P. Abordaje de la Tuberculosis en el Distrito Poniente de Almería. *Gac Sanit*. 2004;18(supl 3):26.
- Sánchez Benítez de Soto ML, Martínez Lirola MJ, García de Viedma D, Fernández Fernández MR, Peñafiel Escamez MT, Cabezas Fernández MT, Barroso García P, Rogado González MC, Grupo Indal – TB. Identificación mediante epidemiología molecular de otras rutas de transmisión de tuberculosis en Almería. *Gac Sanit*. 2005;19(supl 1):90: 283.
- Sánchez Benítez de Soto ML, Vázquez Villegas J, Fernández Fernández MR, Peñafiel Escamez MT, Fernández Moya G, Rogado González MC. Utilización de agentes comunitarios de salud en tuberculosis. Distrito Sanitario Poniente de Almería, centro de salud La Mojenera. *Aten Primaria*. 2005;36(supl 1): 182, 278 (datos extraídos del proyecto de investigación con expediente número 11036, Fundación Progreso y Salud).
- Sanz-Barbero B, en representación del Grupo TB-Red. Proyecto TB-Red: pilotaje y evaluación de un sistema de transferencia de información dirigido a la población inmigrante móvil enferma de tuberculosis. *Aten Primaria*. 2006;37(4):235-8.
- Sanz-Peláez O, Caminero-Luna JA, Pérez-Arellano JL. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(7):259-69.
- Saravanja M, Terre M, Ros M, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:359.
- Schwartzman K, Menzies D. Tuberculosis screening of immigrants to low-prevalence countries. A cost-effectiveness analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:780-9.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Distribución en personas de otro país de origen, 2003-2006. *Boletín semanal del SVEA*, 15 de septiembre de 2006.
- Solsona J, Caylà JA, Verdú E, Estrada MP, García S, Roca D, et al. Molecular and conventional epidemiology of tuberculosis in an inner city district. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5:724-31.
- Tirado MD, Moreno R, Marín M, González F, Pardo F, García del Busto A, Prada P. Impacto de la inmigración en las resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* en la provincia de Castellón: 1995-2003. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(20):761-4.
- Tercer Plan Andaluz de Salud. Priorización e implantación del Plan Andaluz de Salud 2005-2008. Almería: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB), Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Documento de consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:710-5.
- Vallès X, Sánchez F, Panella H, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(10):376-8.
- Vázquez Torres MC, Otero Puime A. Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(20):796-9.
- Verver S, Bwire R, Borgdorff MW. Screening for pulmonary tuberculosis among immigrants: estimate effect on severity of disease and duration of infectiousness. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(5):419-25.

Vos AM, Meima A, Verver S, Looman CW, Bos V, Borgdorff MW, et al. High incidence of pulmonary tuberculosis persists a decade after immigration, The Netherlands. *Emerg Infect Dis.* 2004;10: 736-9.

World Health Organization. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world*. Third Global Report. Geneva: WHO, 2004.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

E) Hepatitis virales

Arantza Falces Aramendi

Los distintos tipos de hepatitis virales constituyen enfermedades con una prevalencia en los países poco desarrollados muy superior a la del mundo occidental, y por tanto es previsible que las tasas de infección crónica por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) sean elevadas en inmigrantes, y similares a las que se registran en sus países de origen.

Debemos distinguir categorías especiales de población inmigrada con mayor riesgo de transmitir los virus de la hepatitis, como son los niños adoptados y las prostitutas.

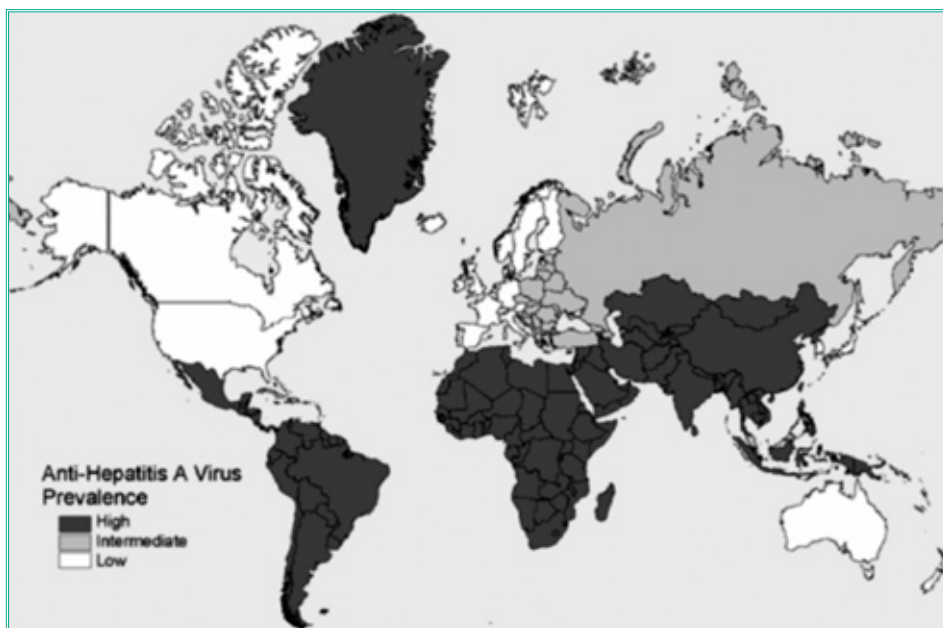
En España no disponemos de datos respecto a la extensión de la infección por los virus de la hepatitis en la población inmigrada, lo que conlleva el desconocimiento de los riesgos posibles para las personas que entran en contacto con ella, ya que no existen recomendaciones dirigidas a la de la población más expuesta.

I. HEPATITIS A

La hepatitis A es una enfermedad infecciosa del hígado. El virus de la hepatitis A (VHA) es un virus RNA sin cubierta de la familia de los picornavirus. Este agente se transmite casi exclusivamente por vía fecal-oral. Las vías de transmisión sanguínea o sexual son poco frecuentes. La diseminación del HAV de una persona a otra aumenta con la higiene personal deficiente y el hacinamiento. Es frecuente la diseminación intrafamiliar e intrainstitucional.

En la población general, la prevalencia del anti-VHA, un marcador excelente de infección previa por el VHA, se incrementa con la edad y la precariedad socio-económica. Produce 1,4 millones de casos anualmente en todo el mundo.

En España se ha producido un descenso brusco de la prevalencia de la hepatitis A a partir de años setenta-ochenta. En los años 1970 más del 80% de las personas que alcanzaban los 30 años en España ya tenían anticuerpos contra el VHA (anti-VHA), por infección previa, en el año 1995 la prevalencia de anti-VHA en la población general entre 25 y 30 años era del 57%. En la actualidad el 30% de los casos de hepatitis A notificados a los Servicios de Vigilancia Epidemiológica de Cataluña incide en grupos entre 20-30 años de edad. En un estudio de los brotes de Hepatitis A en Cataluña entre los años 1999-2003 se reconoce como un elemento destacado los brotes importados. Hay trabajos publicados que describen brotes cuyo origen ha sido un menor inmigrante nacido en España que retorna a su país endémico o un menor adoptado. En el 94,1% de brotes importados el caso índice fue un menor y los casos secundarios se distribuyeron tanto entre los familiares como en las escuelas. Estos casos se trataron de menores nacidos en nuestro territorio y que sin haber sido vacunados viajaron al país de origen de sus padres. La población inmigrante no suele solicitar consejo médico antes de viajar a su país de origen y una vez allí no suelen tomar las medidas preventivas recomendadas al resto de viajeros. Los hijos de inmigrantes deberían ser considerados como

Figura 1. Distribución mundial de la Hepatitis A

Fuente: Yellow Book: Health Information for International Travel, 2005-2006.

un grupo de riesgo nuevo. La vacunación a estos niños y niñas podría eliminar este problema, aunque actualmente no se aplica la vacuna en todo el territorio nacional, se están realizando vacunaciones de forma experimental en Cataluña y está incluida en Ceuta y Melilla en el Calendario Vacunal obligatorio.

Con respecto a la distribución geográfica mundial de la hepatitis A, existen áreas geográficas endémicas de riesgo alto, medio e bajo. Las áreas de alto riesgo con peores condiciones higiénicas son: partes de África, Asia y América Central y del Sur. Las áreas de riesgo intermedio, serían países con transición económica y algunas regiones industrializadas de países con condiciones sanitarias variables. Por último, áreas geográficas de bajo riesgo: países del norte de Europa, Japón, Australia, Nueva Zelanda, USA, Canadá con sistemas sanitarios avanzados y buenas condiciones higiénicas.

2. HEPATITIS B

El virus de la hepatitis B (VHB) es un virus DNA (hepadnavirus). La infección se transmite de persona a persona por contacto con fluidos corporales infectados. Este virus tiene una distribución mundial, pero con diferentes niveles de endemia. La hepatitis B es un serio problema de salud, con dos billones de personas infectadas en el mundo y más de 350 millones de portadores de HBsAg de forma crónica.

La presencia de HBsAg en suero es poco frecuente (0,1 a 0,5%) en las poblaciones de Estados Unidos y Europa occidental; sin embargo en el Lejano Oriente y en algunos países tropicales se ha detectado una prevalencia de 5 a 20%. En América del Norte, Australia,

Figura 2. Distribución mundial de la Hepatitis B



Fuente: Yellow Book: Health Information for International Travel, 2005-2006.

norte y oeste Europeo y Nueva Zelanda, la prevalencia de infección crónica del virus de la hepatitis B es baja, tan sólo del 2% de toda la población,

Constituye la décima causa de muerte en el mundo, por la infección HVB mueren de 500.000 a 1,2 millones de personas por hepatitis crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La prevalencia de la infección, sus modos de transmisión, y la conducta humana, cooperan para regular patrones geográficos diferentes desde el punto de vista epidemiológico de la infección por VHB. En el Lejano Oriente y en África Subsahariana, la hepatitis B es una enfermedad de recién nacidos y niños pequeños que se perpetúa mediante un ciclo de transmisión materno-neonatal. La transmisión perinatal ocurre en niños nacidos de madres portadoras de HBsAg o de madres que padecen hepatitis B aguda en el tercer trimestre del embarazo o en el puerperio inmediato. Supone la principal forma de perpetuación del VHB. No se conoce el modo exacto en que ésta se produce, y a pesar de que el 10% de las infecciones pueden ser de adquisición intrauterina, los datos epidemiológicos sugieren que la mayor parte de las infecciones se presentan en el momento del parto y no guardan relación con la lactancia materna,

En Estados Unidos y Europa occidental, la hepatitis B es una enfermedad de la adolescencia y de las primeras etapas de la vida adulta, donde suelen ser más frecuentes los contactos sexuales de riesgo y/o la adicción a drogas por vía parenteral.

La adopción internacional ha aumentado de forma considerable en España en los últimos cinco años. China, Corea y los países de la Europa del Este, especialmente Rusia y Rumania, todos ellos países con elevada prevalencia de infección por el VHB, constituyen las áreas de donde procede el mayor número de menores adoptados. Son niños y niñas que suelen estar reclusos en orfanatos con pésimas condiciones sanitarias y pueden estar infectados por VHB. Pueden transmitir la infección a sus padres adoptivos y a los demás miembros de la familia. Se deben incluir exámenes serológicos de estos menores a la llegada de nuestro país.

La prevalencia de marcadores VHB en las prostitutas inmigrantes es presumiblemente más alta que las profesionales del sexo nacidas en España, similar a la de sus países de origen. En

un estudio de prevalencia de marcadores serológicos en prostitutas inmigrantes en Holanda eran portadoras el 71,4 frente al 7,8 de las prostitutas holandesas.

En un estudio llevado a cabo en población inmigrante africana en España se demostró que la prevalencia de marcadores de hepatitis B era superior al 30%. Por lo tanto se recomienda el cribado mediante serología a inmigrantes procedentes de zonas de alta endemia, con el fin de adoptar medidas de prevención y seguimiento adecuadas.

Se debe vigilar a las inmigrantes embarazadas con HbsAg (+), para que los recién nacidos reciban la inmunoglobulina post-exposición en las primeras 12 horas de vida mediante la administración de gammaglobulina específica y la vacuna anti-VHB.

Hay que ofertar la vacunación VHB a la población inmigrante susceptible, especialmente niños, niñas y adolescentes y a aquéllos de alto riesgo que regresan o viajan a sus países de origen.

Se debe instruir a la población inmigrante con infección crónica por el VHB y a sus convivientes de la importancia de las medidas preventivas específicas. En algunos estudios se apunta a una menor respuesta frente a la vacuna de la hepatitis B en la población africana. En portadores crónicos de HbsAg (+) es recomendable realizar control de transaminasas y alfa-fetoproteína cada 6 meses y ecografía hepática anual.

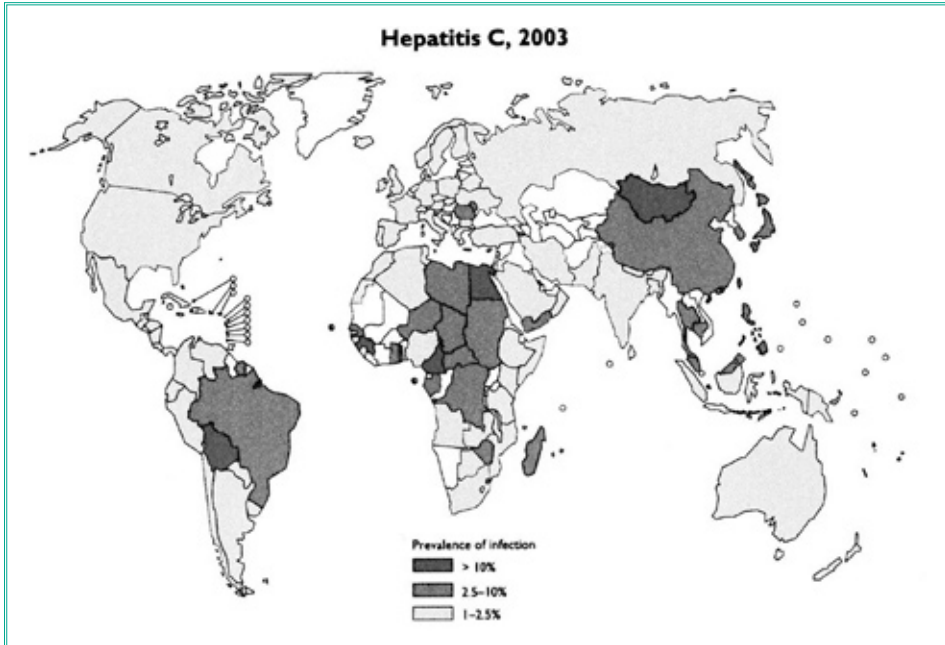
Es importante recordar que pueden existir formas «atípicas» de hepatitis crónicas por VHB en inmigrantes. La primera de ellas se debe a una sobre-infección por el virus defectivo de la hepatitis delta en portadores crónicos de VHB. La hepatitis por virus delta es endémica en algunos países del Amazonas, Venezuela y de África Subsahariana (Senegal, Gabón), y puede producir brotes de hepatitis aguda fulminante en portadores crónicos de VHB, con evolución posterior a una hepatitis crónica que generalmente evoluciona a cirrosis más frecuentemente y precozmente que la debida exclusivamente a VHB. La hepatitis crónica por VHB con anti-Hbe positivo y HBsAg negativo es frecuente en inmigrantes procedentes del área mediterránea y de Asia, y se caracteriza clínicamente por escasa respuesta a la remisión espontánea y evolución más agresiva que la hepatitis crónica por VHB HbsAg positivo.

3. HEPATITIS C

El virus de la Hepatitis C (VHC), es un virus RNA de la familia flaviviridae. La OMS estima que alrededor de 180 millones de personas, es decir alrededor del 3% de la población mundial está infectada por virus de la hepatitis C. Unos 130 millones llegan a desarrollar una hepatitis crónica, cirrosis hepática y hepatocarcinoma. Cada año de tres a cuatro millones de personas se infectan cada año, de ellos el 70% desarrollan una hepatitis crónica.

La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C en España se sitúa entre la de los países de centro de Europa y la de Italia; y varía de unas regiones a otras. Oscila entre 1,6 y el 2,6%, lo que permite calcular que en España debe haber entre 480.000 y 760.000 personas infectadas por el VHC. En la población de menos de 20 años, la prevalencia es muy baja y a partir de los 30 años va aumentando en relación con la edad. Presos y adictos a drogas por vía parenteral son los que presentan la tasa más elevada, entre 40 y un 98%. Algunas poblaciones de inmigrantes tienen una prevalencia elevada de VHC, como los provenientes de Asia y África Subsahariana, mientras que los procedentes de Latinoamérica presentan tasas más bajas que la población autóctona. En España, los afectados se infectaron

Figura 3. Distribución mundial de la Hepatitis C (países con moderado y alto riesgo)



Fuente: OMS. 2003.

por transfusiones de sangre, uso de drogas por vía intravenosa o durante alguna hospitalización médica o quirúrgica. La reducción del consumo de drogas intravenosas y los programas de intercambio de jeringuillas y la eliminación de las hepatitis postransfusionales, han determinado que la incidencia de nuevas infecciones se haya reducido progresivamente: se ha pasado de 6,8 por 100.000 habitantes en 1997 a 2,3 en 2003. Datos preliminares indican que una proporción de nuevos casos de VHC se deben a transmisión nosocomial. En niños y niñas, la transmisión es casi exclusivamente de carácter vertical. A pesar de la reducción de casos en los últimos años es previsible que aumente el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada debida al VHC que serán atendidos en el sistema sanitario, ya que muchos casos serán reconocidos a raíz de las complicaciones de la enfermedad. Todos los esfuerzos para incrementar el cribado de casos ocultos de hepatitis crónica C en los centros de atención primaria para que reciban tratamiento antes de que alcancen una fase avanzada tendrán un impacto beneficioso en términos económicos y sociales.

Hepatitis virales: ideas clave

- Las hepatitis virales son muy prevalentes en los países de procedencia de los inmigrantes económicos.
- La hepatitis A se transmite por vía oral, y se debe ofrecer la vacunación a los inmigrantes susceptibles (especialmente a los hijos nacidos en los países de acogida) antes de viajar a sus países de origen.
- La prevalencia de portadores crónicos de HBsAg es elevada (5-20%) en países del Este de Asia y África, donde la transmisión fundamental es por vía por vía materno-fetal, lo que condiciona infecciones en niños de corta edad y el desarrollo de complicaciones (hepatitis crónicas, cirrosis y hepatocarcinoma) a edades más tempranas.

Hepatitis virales: ideas clave (cont.)

- Dentro de la población inmigrante, los niños y niñas adoptados y las mujeres que ejercen la prostitución son colectivos de elevada prevalencia de hepatitis B.
- Existen formas atípicas en inmigrantes, como la sobreinfección por virus defectivos delta en portadores crónicos del virus B o el patrón HBsAg negativo-antiHBe positivo, que implican un comportamiento más agresivo de la infección.
- Es importante implementar medidas de prevención y control de la hepatitis B en inmigrantes:
 - Vacunación a población inmigrante susceptible, sobre todo antes de viajar a sus países de origen.
 - Detección y seguimiento periódico de los portadores de HBsAg (transaminasas, alfa-fetoproteína y ecografía hepática), instruyendo a los pacientes y a sus convivientes sobre medidas preventivas específicas.
 - Detección precoz de las gestantes HBsAg positivas para profilaxis postexposición precoz (inmunoglobulinas específicas y vacunación) de los recién nacidos.
- La hepatitis C es muy prevalente en Asia, África subsahariana y Europa del Este. Su elevada tasa de evolución a hepatitis crónica y la ausencia de vacunación eficaz exige una detección precoz de los pacientes infectados.

BIBLIOGRAFÍA

- Bañez Gutiérrez J, Domínguez JL. Estudio sobre la prevalencia de hepatitis A en niños inmigrantes procedentes de Marruecos en una consulta de pediatría de atención primaria. *Foro Pediátrico*. 14-17.
- Bruguera M, Forns X. Epidemiología actual de las hepatitis virales: ¿quién las padece y quién puede protegerse? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22(8):443-7.
- Bruguera M, Forns X. Hepatitis C en España. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:113-7.
- Bruguera M, Sanchez Tapias JM. Hepatitis viral en población inmigrada y en niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España. *Med Clin (Barc)*. 2001;0117:595-6.
- García Samaniego J et al. Hepatitis B and C virus infections among African immigrants in Spain. *Am J Gastroenterol*. 1994;89:1918-9.
- Gonzalez-Praetorius E, Rodríguez E, Rodríguez-Avial C, Bisquert J. Hijos de inmigrantes: un nuevo grupo de riesgo de hepatitis A. *Vacunas*. 2002;3:158.
- Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hepat*. 2004;11(2):97-107.
- Llach-Berné M, Pañella H, Domínguez A, Cayla J-A, Godoy P, Alvarez J, Sala R, Camps N. Estudio descriptivo de los brotes de hepatitis a investigados en Cataluña (1999-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24(7):431-6.
- Rodríguez C, Castilla J, Del Romero J, Lillo A, Puig ME, García S. Prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B y necesidades de vacunación en colectivos de alto riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121(18):9.
- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gaméz Gaméz E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna J et al. Atención inicial al inmigrante en atención primaria. *Med Fam (And)*. 2000;2:162-8.
- World Health Organization – CDS/CSR/LYO/2002.2.HEPATITIS B.
- World Health Organization – CDS/CSR/EDC/2000.7.HEPATITIS A.
- World Health Organization – CDS/CSR/LYO/2003.7.HEPATITIS C.
- World Health Organization. *International travel and health 2005. Infections diseases of potencial risk for travellers*.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

F) Infecciones de transmisión sexual

Isabel Pueyo Rodríguez

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema importante de salud pública en todo el mundo con grandes repercusiones psicológicas, sociales y económicas. Están producidas por diversos agentes infecciosos, cuya transmisión es por relaciones sexuales en su sentido más amplio, es decir, sexo vaginal, anal u oral. La disminución de la prevalencia de las ITS mediante la interrupción de la transmisión y la reducción de la duración de la infección, así como un diagnóstico precoz y tratamiento correcto, evitará complicaciones y secuelas, como la infertilidad, embarazos ectópicos, abortos, cáncer anogenital e infecciones en el recién nacido o lactante.

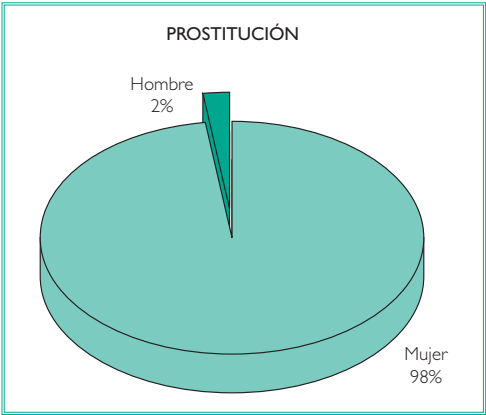
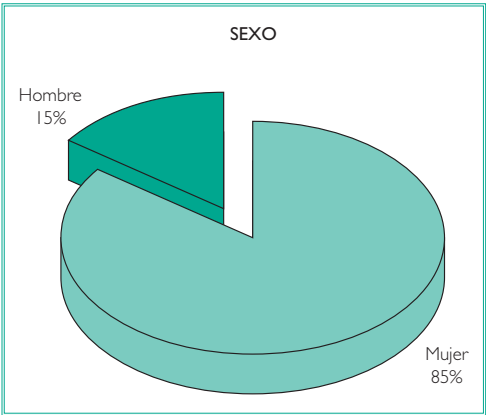
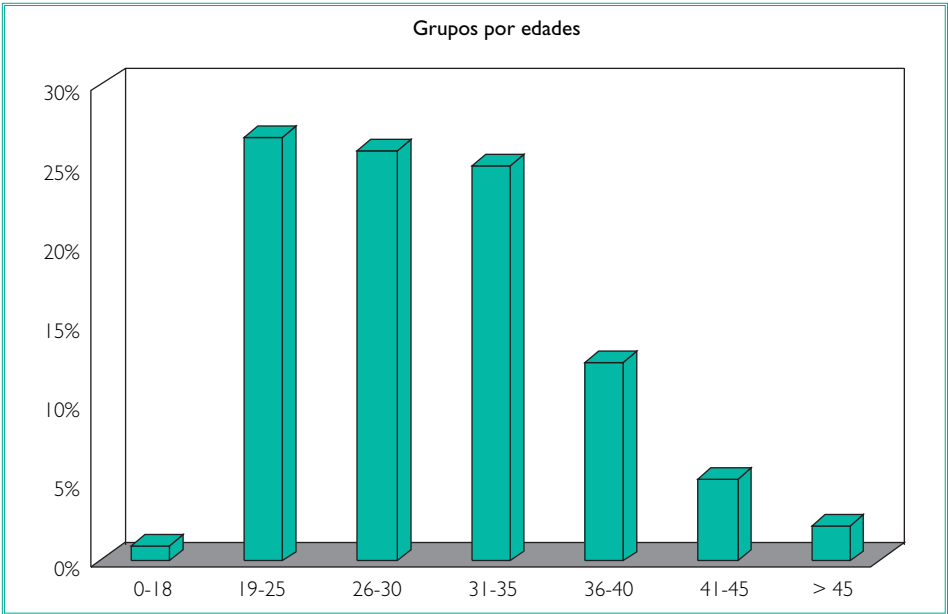
2. EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil conocer con exactitud su incidencia y prevalencia, ya que existe una importante subdeclaración no sólo en nuestro país sino a nivel mundial. Se calcula que en la actualidad, alrededor de 400 millones de personas pueden tener alguna patología relacionada con una ITS. Aunque la inmigración en sí no tiene por qué ser un riesgo para padecer una ITS, consideramos a este colectivo más en riesgo de adquirirlas, no porque aporten infecciones de sus países de origen, sino que los problemas de soledad, adaptación, dificultad con el idioma, hacinamiento, prostitución, etc., lo hacen más vulnerables. Además hay que tener en cuenta que la mayoría son jóvenes, con edades comprendidas entre los 19 y 35 años, es decir, en edad de más actividad sexual y por tanto en más riesgos de adquirir una ITS.

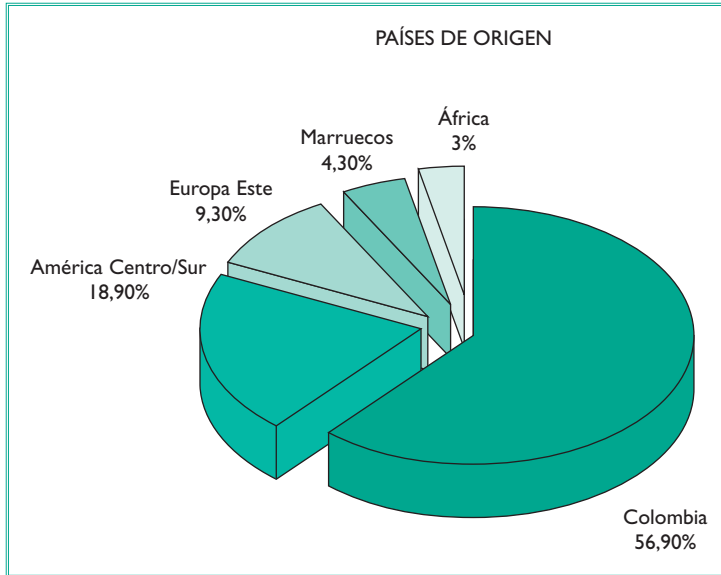
Otros factores importantes que influyen a la hora de abordar las ITS en este grupo son las particularidades culturales de cada individuo, correspondiente a su país de origen, y que va a implicar unas diferencias en cuanto a comportamientos, percepciones y actitudes frente a las enfermedades en general y más en particular frente a una infección transmitida sexualmente.

En el Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS de Sevilla hemos presenciado un aumento progresivo en los últimos años de personas inmigrantes que acuden a consulta. Si analizamos los últimos cinco años, hemos atendido a 1.736 inmigrantes, que representan el 17,5% del total de usuarios asistidos. La edad media es de 30,2 años, no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres.

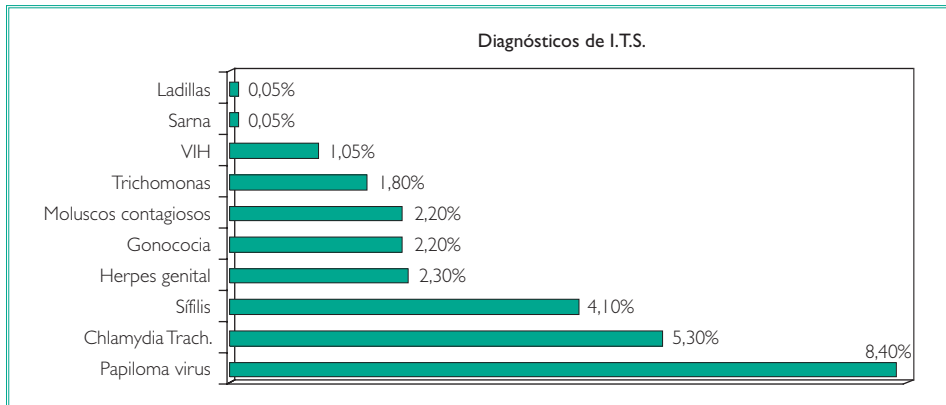
Predominan las mujeres (84,6%), y de éstas ejerce la prostitución el 83,8%, mientras que sólo el 1,9% de los hombres se prostituyen.



En cuanto a los países de origen, destacan los de América del Sur (80,3%), y de ésta, Colombia, con una inmigración sobre todo de mujeres que al llegar a nuestro país ejercen la prostitución, no habiéndolo hecho anteriormente en sus país.



Las ITS más frecuentes fueron la infección por VPH y sífilis.



3. MANEJO DE CASOS

Ante un paciente con síntomas o sospecha de ITS, es necesario realizar:

- I. Anamnesis detallada donde se recoja: síntomas, tiempo de infección, contacto sospechoso, si tiene pareja estable, tiempo de la última relación sexual y con quién, conducta sexual, hábitos sexuales, tratamientos previos.

2. Examen físico.
3. Tomas de muestras.
4. Diagnóstico correcto.
5. Tratamiento rápido y eficaz.
6. Control de la/s pareja/s si es posible.
7. Seguimiento clínico.
8. Notificación si es de declaración obligatoria.
9. Educación sanitaria.

En Atención Primaria no siempre es posible disponer de métodos diagnósticos, por lo que será necesario recurrir al manejo sindrómico en estos casos. Se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles y la administración del tratamiento que aborde la mayoría de los microorganismos.

4. ÚLCERAS GENITALES

- Sífilis

Es una infección sistémica caracterizada por la aparición de una úlcera indolora o **chancro** en el lugar de inoculación. El *Treponema Pallidum* es el agente causal. La mayoría de los casos se adquiere por contacto sexual, aunque también por transmisión vertical de la madre al feto o al recién nacido. En muchos casos está asociada a la infección por VIH.

El **chancro sífilítico** es el primer síntoma de la sífilis. Aparece tras un período de incubación de 3 a 4 semanas (límites de 9 a 90 días) en el lugar de inoculación. Es una lesión erosiva, única y menos frecuente múltiple, indolora, indurada, redondeada u oval, de bordes elevados, bien delimitados, cubierta por un exudado amarillo-grisáceo. Habitualmente se acompaña de adenopatías uni o bilaterales indoloras. Si el paciente no es tratado, el 50% de los casos aproximadamente, evolucionará a una sífilis en período secundario y el resto a un período de latencia.

El **período secundario** comienza a las 6-8 semanas del chancro, y si éste ha pasado desapercibido, a los 3-6 meses del contagio. La piel es el órgano más afectado, en la que pueden aparecer: exantema con lesiones maculosas, no pruriginoso, localizado en tronco y extremidades, exantema papuloso, con predilección por plantas y palmas donde suelen ser induradas y presentar un collar de descamación periférica de las lesiones. Cuando afecta a cuero cabelludo se manifiesta en forma de alopecia en placas y si se desarrollan en regiones intertriginosas, aparecerán placas hipertróficas llamadas condilomas planos. Este período es de alta contagiosidad. Sin tratamiento se resuelve espontáneamente a las 2-12 semanas y entra en el **período de latencia precoz**, en la que sólo hay datos serológicos de la infección.

En la **sífilis terciaria** se afectan uno o más órganos, pudiendo aparecer muchos años después del contagio. La localización será mucocutánea, ósea, visceral o neuronal.

La **sífilis congénita** es frecuente en países donde las madres no reciben cuidados prenatales. El *treponema* atraviesa la placenta, afectando al feto.

Diagnóstico de laboratorio:

- Serología reagínica o no treponémica: VDRL y RPR.
- Serología treponémica o específica: TPHA y FTA.

- Herpes Genital

Es la ITS más frecuente que cursa con úlcera. Es una enfermedad crónica y contagiosa, provocada por el **virus herpes simple** (VHS). Existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2, dependiendo de su composición genética y antigénica. Ambos son responsables de las infecciones genitales. La transmisión es por contacto íntimo con una persona portadora del virus. Es frecuente el contagio por relaciones orogenitales. Tiene un período de incubación de 2 a 20 días. Las manifestaciones clínicas van a depender de que se trate de un primer contacto con el VHS o sea una reactivación, por lo que distinguimos:

Infección primaria. Comienza con dolor, eritema, disuria y posteriormente aparición de vesículas bilaterales que pronto evolucionan a pústulas y más tarde confluyen formando úlceras muy dolorosas. Puede aparecer: fiebre, malestar general, mialgias, cefaleas, fotofobias y adenopatías inguinales.

Infección recurrente. Placa eritematosa de uno o dos centímetros con vesículas que será menos dolorosa, unilateral y que desaparecen a los 5-7 días.

- Chancro blando o chancroides.

Es una infección de transmisión sexual causada por el bacilo gramnegativo *Haemophilus ducreyi*. Aparece una úlcera dolorosa en el lugar de inoculación de bordes irregulares y adenopatía satélite unilateral blanda, dolorosa y supurativa. Es raro en los países desarrollados.

- Linfogranuloma venéreo.

Enfermedad infectocontagiosa crónica, producida por ciertos serotipos de *Chlamydia Trachomatis* que afectan al sistema linfático. Es endémico en algunos países cálidos y raros en el resto del mundo. Comienza con una erosión o úlcera solitaria, indurada, solitaria y adenopatías inguinales unilaterales, dolorosas.

- Granuloma inguinal o donovanosis.

Enfermedad crónica causada por *Calymmatobacterium granulomatis*, de evolución lenta y poco contagiosa. Es endémica aunque poco frecuente en países tropicales y semitropicales. Se caracteriza por la aparición de elementos ulcerovegetantes de evolución crónica y mutilante.

5. URETRITIS/CERVICITIS

La uretritis en el hombre es uno de los síndromes más frecuente de ITS. Dependiendo de su etiología se clasifican en gonocócicas (UG) y no gonocócicas (UNG), siendo estas últimas causadas por *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, mucho menos frecuente, *Trichomonas vaginalis*, virus del herpes simple u otros patógenos de origen desconocido.

- Infección Gonocócica.

Producida por *Neisseria gonorrhoeae*, se transmite por inoculación directa de secreciones de una mucosa a otra. Tiene gran afinidad por aquéllas tapizadas por epitelios columnar y de transición como uretra, cérvix, faringe y recto.

Uretritis. Tras un período de incubación de 2-5 días, aparición de secreción mucopurulenta o purulenta abundante y disuria. Casi 10% de las infecciones uretrales pueden ser asintomáticas.

Cervicitis. Asintomáticas en más del 75% de los casos. Dolor en hipogastrio en el 25% de los procesos. Puede ocasionar salpingitis.

Faringe. Siempre asintomáticas.

Recto. Poco sintomática, a veces, escozor, tenesmo o heces acompañadas de sangre o pus.

- Infección por *Chlamydia trachomatis*

Es un microorganismo capaz de infectar dando síntomas mínimos o nulos.

Uretritis. El período de incubación es de 2-3 semanas, manifestándose por una secreción mucosa o mucopurulenta, menos abundante generalmente que las UG, que aparece sobre todo por la mañana.

Cervicitis. Casi siempre asintomática. La infección puede ascender y ocasionar salpingitis.

Recto. Asintomática.

6. FLUJO VAGINAL

El flujo vaginal abundante, con cambios de color, olor o más o menos espeso, indica infección vaginal que puede ser o no de transmisión sexual.

- Candidiasis.

Factores predisponentes: diabetes, embarazos, obesidad, toma de antibióticos, inmunodepresión, exceso de humedad o relaciones sexuales con una persona infectada. Los síntomas más frecuentes son prurito, eritema, leucorrea blanquecina espesa y grumosa, edema, fisuras y coitalgia.

En el hombre produce balanitis, manifestándose como eritema difuso, pequeñas manchas rojas, erosiones o punteado blanquecino en glande y prepucio.

- Tricomoniasis.

Infección transmitida por contacto sexual y producida por un protozoo flagelado: *Trichomonas vaginalis*. Después de un período de incubación de 4 a 20 días, en la mujer aparece leucorrea abundante amarillo-verdosa, líquida, acompañándose de eritema, prurito, escozor y coitalgia. En el hombre en la mayoría de los casos no da clínica, a veces cursa con una leve uretritis, siendo por lo general portadores asintomáticos.

- Vaginosis bacteriana.

Se caracteriza por leucorrea abundante, acuosa, blanco-grisácea, con olor a pescado en putrefacción. Rara vez produce reacción inflamatoria, por lo que no hay coitalgia. El germen más frecuente que lo origina es *Gardnerellas vaginalis*. Esta forma parte de la flora habitual de la vagina, que en determinadas circunstancias (más actividad sexual, promiscuidad o portadoras de DIU), aumentan produciendo vaginitis.

7. MANIFESTACIONES MUCOCUTÁNEAS

- Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)/Condilomas Acuinados (CA)

Es en la actualidad la ITS más frecuente, calculándose que el 15% de la población adulta sexualmente activa está infectada, aunque sólo el 1% desarrollará la enfermedad, siendo el resto portadores asintomáticos, o bien que padecen la infección de forma subclínica, sólo visibles las lesiones al aplicar ácido acético al 3-5%. El período de incubación es muy

variable, oscilando entre 6 semanas y 2 años o más. Los serotipos 6 y 11 van a ser los responsables del 90% de lo CA. Los serotipos de alto potencial oncogénico 16 y 18, cuando afectan a las mucosas se pueden asociar con los carcinomas anogenitales. Los CA son excrescencias carnosas, localizadas en zonas de más traumatismo en las relaciones sexuales. Tiene diferentes formas de presentación: aspecto exofítico, pediculados o de base ancha, papulosos, de color carne o pigmentado, y de número y tamaño variable.

- Moluscos contagiosos

Infección benigna producida por un **Poxvirus**, autoinoculable, que afecta a niños, niñas, población adulta sexualmente activa y personas inmunodeprimidas. El contagio es directo o a través de toallas, ropas, etc. Se presentan como pápulas semiesféricas de 3 a 10 mm de tamaño, color blanco-rosado, umbilicados en el centro y de número variable, que se localizan en región anogenital.

8. INFECCIONES PARASITARIAS

- Pediculosis del pubis (ladillas).

El agente casual es el **Phthirus pubis** y la transmisión es casi siempre directa, aunque también a través de objetos y ropas. Produce prurito en zona genital de intensidad variable.

- Sarna.

El agente responsable es el ácaro **Sarcoptes scabiei**. El contagio es directo, piel con piel, pero también a través de la ropa u objetos contaminados. Intenso prurito que se acentúa por la noche o con el calor; respetando cabeza y cuello. Las lesiones se presentan en forma de exantema papular eritematoso y aparición de túneles o surcos al final de los cuales se encuentra el ácaro.

9. TRATAMIENTOS

- Sífilis

Sífilis precoz: Penicilina G Benzatina 2,4 millones unidades i.m. en dosis única. En alérgicos a penicilina: Doxiciclina 100 mg cada 12 h durante 14 días. En embarazadas alérgicas a penicilina: Eritromicina 500 mg cada 6 h durante 14 días.

Sífilis latente: Penicilina G Benzatina 2,4 millones a la semana durante 3 semanas. Doxiciclina y Eritromicina durante un mes.

En pacientes con infección por VIH: Penicilina G Benzatina 2,4 millones a la semana, durante 3 semanas.

Es necesario hacer controles serológicos al 1, 3, 6 y 12 meses del tratamiento.

- Herpes genital

Infección primaria: Aciclovir 400 mg 3 veces al día durante 7-10 días, o Famciclovir 250 mg 3 veces al día durante 7-10 días, o Valaciclovir 1 g 3 veces al día durante 7-10 días.

Recidivas: Aciclovir 400 mg 3 veces al día durante 5 días, o Famciclovir 125 mg 2 veces al día durante 5 días, o Valaciclovir 500 mg 2 veces al día durante 5 días.

Tratamiento supresivo diario: se administrara en los episodios recurrentes frecuentes (de 6 a 9 al año): Aciclovir 400 mg 2 veces al día, o Famciclovir 250 mg 2 veces al día, o

Valaciclovir 500 mg al día. La duración será de un año y se suspenderá para evaluar las tasas de episodios.

Más eficaz si se inicia antes de las 48 h del comienzo de los síntomas

- **Chancro blando:** Azitromicina 1 g dosis única, o Ceftriazona 250 mg i.m., o Ciprofloxacino 500 mg cada 12 h durante 3 días, o Eritromicina 500 mg cada 6 h durante 7 días.
- **Linfogranuloma venéreo:** Sulfametoxazol 1 g cada 12 h durante 2 semanas.
- **Granuloma inguinal:** Tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 2-3 semanas o Espectinomicina 1 g i.m. cada 12 h durante 10 días.
- **Infección gonocócica:** Ceftriazona 125 mg dosis única o Espectinomicina 2 g dosis única.
- **Infección por CT/UNG:** Azitromicina 1 g dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 h durante 7 días.
- **Candidiasis**
Tópicos: Clotrimazol o Ketoconazol o Sertoconazol o Fenticonazol.
Oral: Fluconazol 150 mg dosis única o Itraconazol 200 mg al día/3 días.
- **Tricomoniasis:** Tinidazol 1 g cada 12 h 1 día o Metronidazol 1 g cada 12 h 1 día.
- **Vaginosis bacteriana:** Metronidazol gel vaginal durante 5 días o Metronidazol oral, 1 comp. cada 12 h durante 7 días.
- **Condilomas acuminados:** Podofilotoxina solución o crema o Imiquimod o Crioterapia o Electrocoagulación.
- **Moluscos contagiosos:** Se exprime la pápula eliminando el material lechoso que hay en su interior.
- **Ladillas:** Permetrina 1,5% solución o Lindane 1%.
- **Sarna:** Permetrina 5% crema, aplicada en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo, durante 12 h o Lindane 1% loción, No se puede usar en embarazadas.

Infecciones de transmisión sexual: ideas clave

- La población inmigrante constituye un **colectivo de alto riesgo** para la adquisición y transmisión de ITS por ser una población joven sexualmente activa y por las situaciones de vulnerabilidad socio-sanitaria en la que trabajan (prostitución) y viven (diferencias culturales, dificultades de acceso a los servicios...).
- Utilizaremos preferentemente una estrategia de **manejo sintromico de casos**, basada en la identificación de síntomas y signos fácilmente reconocibles y la administración de tratamientos que incluyan a la mayoría de las posibles causas.
 - Úlcera genital: sífilis, herpes genital, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.
 - Uretritis/cervicitis:
 - ◊ Gonocócica.
 - ◊ No gonocócica (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*).
 - Flujo vaginal: candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.
 - Lesiones cutáneo-mucosas:
 - ◊ Virus del papiloma humano (VPH): condilomas acuminados y papilomas genitales (riesgo de cáncer de cérvix y anal).
 - ◊ Molusco contagioso.
 - Parasitaciones cutáneas:
 - ◊ Pediculosis del pubis.
 - ◊ Sarna o escabiosis.

BIBLIOGRAFÍA

Recomendaciones del CDC (www.cdc.gov): STDs Guidelines, 2006.

Vilata Correl JJ. *Aspecto epidemiológicos y clínicos de las infecciones transmitidas por vía sexual*. Grupo Aula Médica, 2005.

www.eurosurveillance.org.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

G) *Infección por VIH/SIDA*

Ana Belén Lozano Serrano

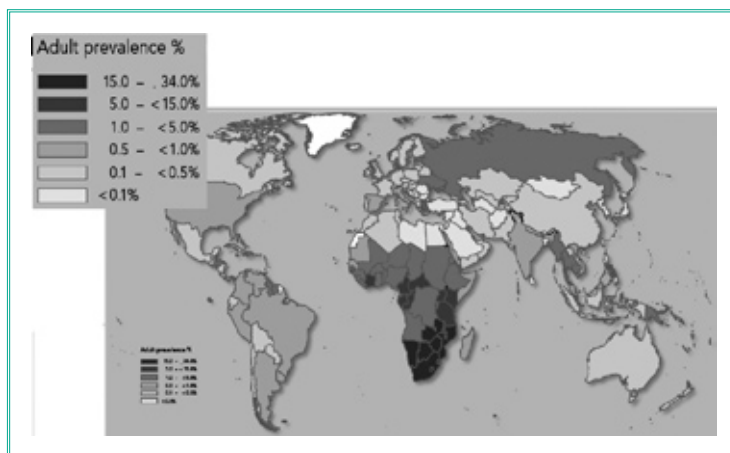
I. EPIDEMIOLOGÍA

El SIDA es uno de los mayores problemas de desarrollo y seguridad a los que se enfrenta el mundo en la actualidad. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye la primera pandemia del siglo XXI, si bien se observan grandes diferencias entre los distintos países en función del momento de entrada de la infección en cada uno de ellos, del porcentaje de población con conductas de riesgo, de los mecanismos de transmisión predominantes y de la capacidad de respuesta frente a la epidemia.

El VIH continúa extendiéndose por el mundo a un ritmo creciente, con unas 11.000 nuevas infecciones diarias. Más del 95% de estas infecciones se producen en países de ingresos bajos y medios. Se estima que en 2005, unos 38,6 millones de personas se encontraban infectadas por el VIH y que produjo 2,8 millones de muertes. El África subsahariana sigue siendo la región más afectada: con 24,5 millones de personas seropositivas, agrupa a las dos terceras partes de todos los infectados y al 76% de todas las mujeres VIH positivas a nivel mundial. Hay en curso epidemias crecientes en Europa oriental y Asia central, donde el VIH infectó a unas 220.000 personas en 2005.

En los años 80, coincidiendo con el inicio de la epidemia por VIH, a muchos países europeos les preocupó que la población inmigrante pudiera ser la vía de entrada del VIH. Hoy

*Panorama mundial de la infección por el VIH
(38,6 millones de personas [33,4-46,0 millones] vivían con el VIH en 2005)*



Fuente: <http://www.who.int>.

sabemos, sin embargo, que la epidemia española ha sido fundamentalmente autóctona. Dentro del contexto mundial de la pandemia por VIH/SIDA, España se sitúa en un nivel intermedio respecto a otros países. Las tasas de infección de España son claramente inferiores a los de la práctica totalidad del África subsahariana, algunos países del Caribe y de Asia, pero superan a las de la mayoría de los países de la Unión Europea, excepto Portugal.

Los casos de SIDA pueden no corresponderse con los patrones de transmisión actual del VIH pero son un buen indicador para describir y comparar las poblaciones afectadas.

En nuestro país, desde el comienzo de la epidemia y hasta 1997, la proporción de casos de SIDA en personas con un país de origen distinto de España se mantuvo por debajo del 3%. A partir de 1998 se inició una tendencia ascendente, que unida al descenso de casos de SIDA en la población autóctona, permite que los casos de SIDA declarados en extranjeros alcancen el 14,5% en 2004 y el 17,8% en la primera mitad del 2005. El 66% de estos casos son personas procedentes de países en desarrollo, principalmente de África y de Latinoamérica. Es difícil concluir si el aumento de casos de SIDA en personas de otros países indica un aumento en la tasa de incidencia, o es el reflejo tan sólo del crecimiento de la población de inmigrantes en España.

Respecto a los nuevos diagnósticos de VIH declarados entre 2001-2004 (según datos aportados por ocho comunidades autónomas), los casos descienden en españoles y muestran una tendencia estable en los originarios de otros países, con lo que la proporción de estos últimos es claramente ascendente, suponiendo más del 30% de los mismos. Así, de los 392 nuevos casos de infección por VIH realizados en 2003 en personas que se analizaron voluntariamente, el 43% se dieron en personas originarias de otros países. La mayoría (53%) provenían de Latinoamérica y en segundo lugar de África subsahariana (25%), pudiéndose determinar que España había sido el país probable de infección en un 22% de los casos. Las prevalencias de VIH entre las personas originarias de otros países no son muy diferentes de las obtenidas en población española de características similares (2,6%), salvo para los procedentes de África subsahariana (5,4%).

2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA INFECCIÓN VIH-SIDA EN INMIGRANTES

Las características diferenciales respecto a los casos de SIDA en la población autóctona abarcan varios aspectos.

En primer lugar, los mecanismos de transmisión implicados tienden a reproducir la epidemiología de sus países de origen, siendo los contactos sexuales no protegidos la principal vía de infección en el colectivo inmigrante. Así, el 46% de los originarios de Latinoamérica se habían infectado a través de relaciones homosexuales, mientras que el 73% de los de origen subsahariano lo había hecho por vía heterosexual. Destaca sin embargo el hecho de que el 41% de los casos en personas originarias de África del Norte se habían infectado a través del uso de drogas por vía parenteral, mecanismo que es poco común en los países de origen pero sí es frecuente en España. Este dato sugiere que muchas de las conductas de riesgo para la infección se adquieren en nuestro país y apoyan la hipótesis de que al menos el 25% de las personas de nacionalidad extranjera diagnosticadas de SIDA se han podido infectar durante su estancia en España, manifestando que la situación de vulnerabilidad socioeconómica, cultural y afectiva de la población inmigrante al llegar a España es un importante factor

de riesgo para la infección por el VIH. De este modo, la probabilidad de que un inmigrante concreto esté infectado por el VIH dependerá no sólo de la prevalencia de la infección en la población general de su país de procedencia si no también de las prácticas de riesgo para la infección que haya tenido previamente o tenga en la actualidad.

En segundo lugar, la tuberculosis fue la enfermedad definitoria de SIDA más frecuente en la población extranjera (excepto en los procedentes de los países de Europa Occidental y del Este) al igual que en la población autóctona española (enfermedad definitoria en el 28,8% de los casos diagnosticados entre 2000-2005 en nacidos en España). El porcentaje de casos que presentaron tuberculosis como enfermedad diagnóstica de SIDA en el período 1994-1999 osciló entre el 17% de los originarios de Europa del Este, el 30% de los latinoamericanos, alrededor de la mitad de los africanos y el 60% de los asiáticos. Estas elevadas cifras de co-infección hacen recomendable que en todo inmigrante en el que se diagnostique una tuberculosis deba descartarse una infección por el VIH asociada.

En tercer lugar, es necesario tener en cuenta las principales manifestaciones clínicas propias de la infección por el VIH en áreas tropicales y subtropicales. Dado que la mayoría de las infecciones oportunistas que aparecen a partir de determinados niveles de inmunosupresión se tratan de reactivaciones de infecciones adquiridas años atrás, es posible que el paciente inmigrante infectado por el VIH presente o debute con alguna de las complicaciones de la infección que son exclusivas o más frecuentes en los países de origen que en los de acogida y cuya clínica o curso puede, para mayor dificultad, haberse modificado por la presencia concomitante del VIH (Tabla 1).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas propias de los inmigrantes con infección por el VIH

- Mayor frecuencia: tuberculosis, leishmaniasis, enteritis por *Isospora belli*, sarna, micosis sistémicas (penicilosis, histoplasmosis, criptococosis), sarcoma de Kaposi.
- Mayor gravedad: E de Chagas (América Central y del Sur), amebiasis (encefalitis granulomatosa), *Strongyloides stercoralis* (hiperinfestación), infecciones por enterobacterias, sarampión (en ocasiones sin rash).
- Dermatitis papular eosinofílica (africanos).
- Tumor de células escamosas de conjuntiva (africanos).

Entre ellas, cabe mencionar; en las personas de origen africano, la dermatitis-foliculitis papular eosinofílica (lesiones pustulosas diseminadas de 2-5 mm de diámetro, muy pruriginosas, con evolución espontánea a úlceras superficiales poco profundas y curación con una mácula hiperpigmentada), así como el tumor de las células escamosas de la conjuntiva. Aunque no son exclusivas, si son más frecuentes en africanos determinadas complicaciones como la bacteriemia por *Salmonella* no typhi, el herpes zóster; la meningitis por criptococo, la enteritis por *Isospora belli* o el sarcoma de Kaposi (que en nuestro país es poco común en infectados por el VIH no homosexuales).

Los pacientes originarios del sudeste asiático pueden presentar infecciones diseminadas por el hongo *Penicillium marneffei* (penicilosis), caracterizadas por la aparición de síntomas sistémicos asociados a lesiones cutáneas (pápulas umbilicadas que recuerdan al *molluscum contagiosum*) y afectación pulmonar subaguda frecuente.

La población inmigrante infectada por el VIH originaria de América Central y del Sur, puede presentar reactivaciones de la tripanosomiasis americana (Enfermedad de Chagas por *Trypanosoma cruzi*) que además, suele manifestarse como una meningoencefalitis de

características clínicas y radiológicas similares a la toxoplasmosis, precisando un alto índice de sospecha para su diagnóstico. También hay que mencionar las reactivaciones de micosis endémicas como la histoplasmosis o la infección por *Paracoccidioides brasiliensis*, que puede producir lesiones pulmonares y úlceras cutáneas y en nasofaringe más de quince años después de haber abandonado el área endémica. Mientras que la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* es infrecuente en africanos adultos, es común en menores africanos y en adultos procedentes de Latinoamérica (Brasil) o del sudeste asiático (Tailandia).

Otras enfermedades parasitarias endémicas frecuentes en los países de origen, como el paludismo (excepto en mujeres embarazadas), la esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana, rickettsiosis, o la mayoría de los geohelminths no parecen presentar problemas clínicos especiales (que impliquen una mayor frecuencia y/o gravedad) en inmigrantes coinfectados por el VIH. Aunque sí es conveniente señalar, que la presencia de eosinofilia en pacientes VIH positivos no es tan específica de la exposición tisular a helmintos, ya que tanto la eosinofilia absoluta como relativa son frecuentes en pacientes seropositivos conforme avanza su enfermedad, debido al descenso de otras poblaciones leucocitarias.

No está demás señalar aquí, que las vacunas con virus o bacterias vivas están contraindicadas en los infectados por VIH, lo que incluye la vacuna oral contra la polio, la tifoidea y la de la fiebre amarilla, así como la del sarampión si existe inmunodepresión avanzada.

En cuarto lugar, el retraso diagnóstico de la infección por el VIH es mayor en inmigrantes que en infectados autóctonos. En los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, aproximadamente el 70% de los casos en inmigrantes procedentes de países de baja renta se diagnosticaron simultáneamente, o con una diferencia inferior a un mes, de SIDA y de infección por el VIH, mientras que este porcentaje fue del 35% en autóctonos. Este hecho apunta a un peor acceso al sistema sanitario y/o un inadecuado índice de sospecha por parte de los profesionales sanitarios, y por tanto, un diagnóstico y tratamiento más tardíos. Para aumentar la precocidad del diagnóstico de la infección por el VIH/SIDA es importante recordar aquellas situaciones clínicas (Tabla 2) y/o epidemiológicas (Tabla 3) que deben sugerirnos esa posibilidad.

En población inmigrante, al igual que para el resto de la población, es necesario solicitar el consentimiento informado previo a la realización de la prueba, debiendo rechazarse el cribado indiscriminado. Así mismo, es preciso asegurar la confidencialidad y el anonimato, para evitar situaciones de discriminación, y proporcionar a los casos con resultados positivos la posibilidad de una asistencia adecuada en un centro especializado.

Tabla 2. Situaciones clínicas sugestivas de infección por el VIH

- Adenopatías generalizadas.
- Candidiasis orofaríngea.
- Diarrea crónica persistente más de un mes.
- Herpes zóster recurrente.
- Herpes simple muco-cutáneo extenso o atípico.
- Varicela (en africanos).
- Sarcoma de Kaposi (nódulos rojo-violáceos en piel y/o paladar).
- Neumonías de repetición (2 episodios o más en un año).
- Linfopenia y/o trombopenia no filiadas.
- Síndrome constitucional y/o fiebre prolongada sin causa justificada.

Tabla 3. Situaciones epidemiológicas sugestivas de infección por el VIH

- Presencia actual o previa de:
 - Consumo de drogas vía parenteral.
 - Relaciones sexuales no protegidas (homo, bi o heterosexuales).
 - Prostitución (femenina o masculina).
 - Travestismo.
- Enfermedades de transmisión sexual, serologías positivas para sífilis o VHB.
- Transfusiones sanguíneas anteriores a 1986 (en España) o a cualquier fecha (en los países de baja y mediana renta).
- Procedencia de un país con elevada prevalencia de VIH en la población general.
- Diagnóstico de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.

Por último, recordar que los inmigrantes procedentes de África Occidental, India y Portugal pueden estar infectados por el VIH-2, aunque en la mayoría de los laboratorios de referencia la realización de un ELISA para VIH detectará la presencia de cualquiera de los dos retrovirus, 1 y 2. El VIH-2 es un virus menos transmisible que el VIH-1 debido principalmente a que los pacientes infectados por el VIH-2 presentan cargas virales más bajas que los portadores de VIH-1, lo que se ha relacionado también con una progresión a SIDA más tardía. Las manifestaciones clínicas, una vez alcanzado un grado de inmunosupresión similar, son idénticas a las del VIH-1 y la co-infección por ambos virus no es infrecuente.

Tabla 4. VIH/SIDA en inmigrantes: ideas claves

- Un porcentaje creciente de los nuevos diagnósticos de VIH se realizan en inmigrantes.
- Se recomienda la realización de serología VIH-1-2, especialmente en inmigrantes procedentes del África subsahariana, así como a todo sujeto diagnosticado de tuberculosis.
- En torno al 25% de los inmigrantes afectados por el VIH adquirieron la infección ya en España, por lo que desde el punto de vista de Salud Pública, es preciso adaptar las medidas preventivas a las peculiaridades y necesidades de cada colectivo étnico.
- El diagnóstico de infección por VIH se realiza más tardíamente en inmigrantes que en población autóctona, lo que retrasa su acceso a tratamientos específicos que mejoran la calidad de vida y la supervivencia de los infectados por VIH y empeora la capacidad de prevención a nivel poblacional.
- Por todo lo anterior, es necesario que los profesionales de Atención Primaria mantengan un alto índice de sospecha clínica y epidemiológica, teniendo en cuenta las prevalencias en los distintos países de origen e incluyendo sistemáticamente en la anamnesis la investigación de conductas de riesgo para la adquisición de la infección.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Epidemiología. *Situación de la Infección por VIH en inmigrantes*. Resumen de los datos obtenidos a través de los distintos sistemas de información epidemiológica sobre el VIH y el SIDA en España, octubre 2004 (<http://cne.isciii.es>).
- Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España*. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2005. *Informe Semestral* nº 1, año 2005 (<http://cne.isciii.es/vihsida>).
- Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España*. Situación a 30 de junio de 2003. *Bol Epidemiol Semanal*. 2003;11:293-300 (<http://cne.isciii.es/bes>).
- Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia epidemiológica del VIH en España*. Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2005 (<http://cne.isciii.es>).

- García de Olalla et al. Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit.* 2000; 14(3):189-94.
- Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21(10):535-9.
- Jansà J, García de Olalla. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18(supl): 207-13.
- Karp C, Neva F. Tropical Infectious diseases in Human Immunodeficiency Virus-Infected. *Clin Infect Dis.* 1999;28:947-65.
- López de Munain et al. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin.* 2001;117:654-6.
- Lozano A et al. Impacto de la Inmigración en una consulta monográfica de VIH. *Congreso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.* Jaén, nov 2005.
- ONUSIDA. 2006 *Report on the Global AIDS Epidemic* (<http://www.unaids.org>). Proyecto EPI-VIH. Estudio prospectivo de la prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico de VIH, 2000-2002 (<http://cne.isciii.es>).
- Ramos et al. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por el VIH en extranjeros en Elche, España (1998-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:469-73.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. *Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. Disponible en URL: <http://msc.es/sida/prevencion>.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. *VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica, 2001.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- Toro, Grupo Español para el Estudio del VIH-2 y del HTLV-I/II et al. Infecciones por VIH-2 y HTLV-I/II en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22(3):177-82.
- Vall Mayans, GITSAP. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20(4):154-6.
- Vázquez Villegas et al. Atención Inicial al paciente inmigrante en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And).* 2000;2:162-8.
- World Bank. *Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic.* Washington: Oxford University Press, 1997.

A person is sitting on a large, light-colored rock. They are wearing a dark, long-sleeved shirt and dark shorts. A striped bag is resting on the ground next to them. The background is a textured, light-colored surface.

VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

H) Lepra

José Vázquez Villegas

La definición de lepra de la OMS es: «persona que tenga uno o más de los siguientes síntomas: lesión eritematosa o hipocrómica con pérdida de sensibilidad, afección de nervios periféricos con engrosamiento y frotis cutáneo positivo a *M. leprae*».

Se estima que actualmente hay alrededor de tres millones de personas afectadas de discapacidades por la lepra. Aunque es una realidad la disminución mundial de esta enfermedad, la lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Según datos de la OMS durante 2006 se estima una prevalencia de 219.826 casos. Solamente 6 países (Brasil, República Democrática del Congo, Madagascar, Mozambique, Nepal y Tanzania) tienen una prevalencia mayor de 1 caso por 10.000 habitantes (cifra considerada como endemia) y representan más del 80% de todos los nuevos casos anuales. No obstante, durante el año 2005, 17 países declararon más de 1.000 nuevos casos. En España, en el año 2002 existían 185 casos prevalentes (125 en Andalucía) y se declararon 7 nuevos casos (3 en Andalucía). El aumento notable en los últimos años de inmigrantes subsaharianos procedentes de países con alta endemia sugiere la posibilidad de aparición de más casos.

Su poder patógeno es escaso y la inmunocompetencia del huésped la hace poco contagiosa, pues sólo del 3 al 6% de las personas en contacto íntimo con los enfermos multibacilares contraen la enfermedad. Las mucosas nasal y orofaríngea son la principal vía de excreción de *M. leprae* y la forma más frecuente de penetración es a través de las mucosas respiratorias y bucales del huésped. El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida, a partir de un caso importado, parece mínimo.

Aunque la causa final de la enfermedad es la infección por el *M. leprae*, la tasa de infectados es mayor que la de enfermedad, ya que la mayoría de los casos curan espontáneamente con un sistema inmune eficaz. Según la respuesta inmunitaria del huésped a *M. leprae*, después de un período de incubación de 2 a 10 años, e incluso más, se pueden producir varias formas clínicas: indeterminada, lepromatosa, tuberculoide y dimorfa o *bordeline*. Suele comenzar como una forma inicial indeterminada que pasa muchas veces desapercibida y puede curar espontáneamente o evolucionar a cualquiera de las otras formas según el número de los bacilos encontrados en las lesiones. El retraso en el diagnóstico se relaciona de forma muy significativa con la discapacidad por lo que es importante realizar un diagnóstico temprano que permita instaurar un tratamiento rápido evitando las secuelas y el riesgo de contagio.

Esta enfermedad debe sospecharse en todo paciente con antecedentes de estancia en zona endémica y clínica cutánea y/o neurológica, datos muy característicos de lepra son la presencia de los siguientes signos o síntomas: lesiones dérmicas hipopigmentadas y/o eritematosas anestésicas, mononeuritis múltiple, pérdida de cola de las cejas y lesiones oculares (queratitis e iridociclitis). Existen otras dermatosis, propias de países tropicales, que cursan con

Prevalencia de lepra (2005)



máculas hipopigmentadas como la lepra y con las que el médico debe hacer un diagnóstico diferencial. Éstas son: la pinta, el pian, la oncocercosis y la leishmaniasis dérmica post-kala-azar. Otras entidades frecuentes en el ámbito clínico diario, como la pitiriasis versicolor y alba, vitíligo, nevus anémico, morfea, sarcoidosis y las hipopigmentaciones postinflamatorias, pueden simular lepra y demorarnos en el diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento está estandarizado según las recomendaciones de la OMS y actualmente se utiliza la poliquimioterapia para evitar la aparición de resistencias del *M. leprae*. Nunca deben administrarse en monoterapia. Las drogas empleadas son: rifampicina, clofazimina, dapsona y fluorquinolonas.

La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y ante la detección de alguno habrá que valorar el riesgo epidemiológico en sus familiares, con especial atención a los niños y niñas.

Nuevos casos de lepra diagnosticados (2005)



BIBLIOGRAFÍA

- Almeida P, Borrego L, Rodríguez Salido MJ, Hernández Machín B, Hernández Hernández B, Cañas F, Pérez Arellano JL. Lesiones cutáneas hipopigmentadas en un inmigrante de raza negra. *Rev Clin Esp.* 2004;204(1):29-31.
- Cerdán Carboner MT. *Lepra, hacia la erradicación. Guía de atención al inmigrante de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.* 2003, pp. 211-8.
- Dockrell HM, Eastcott H, Young S, MC Farlane A, Hussain R, Waters MFR. Possible transmission of *Mycobacterium lepreae* in a group of UK leprosy contacts. *Lancet.* 1991;338:739-43.
- Flórez A, Feal C, García-Doval I, Abalde MT. Enfermedad de Hansen: a propósito de dos casos de lepra lepromatosa en Pontevedra. *Med Clin (Barc).* 2002;118(18):718-9.
- Lockwood DNJ, Reid AJC. The diagnosis of leprosy is delayed in the United Kingdom. *Q J Med.* 2001; 94:207-12.
- Louis JP, Merlin M, José R, Trebucq A, Drevet D, Desfontaine M et al. Enquetes de prevalence de la lepre dans 5 pays d'Afrique Centrale. *Acta Leprol.* 1991;7:347-50.
- Noordeen Sk. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. *Bull WHO.* 1995;73:1-6.
- Ooi WW, Moschella SL. Update on leprosy in immigrants in the United States: status in the year 2000. *Clin Infect Dis.* 2001;32:930-7.
- Savall R, Puig X, Bardagí S. Lepra tuberculoide en la población flotante del Maresme (Catalunya). *Med Clin (Barc).* 1983;81:40.
- Terencio de las Aguas J. Estado actual de la lepra en el mundo. *FMC.* 2003;10(1):1-4
- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz, JA, Lorente Serna J et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Med Fam (And).* 2000;2:162-8.

<http://www.who.int/lep/en/>.

<http://www.who.int/entity/lep/situation/DrateEnd2005v4-WM1.pdf>.

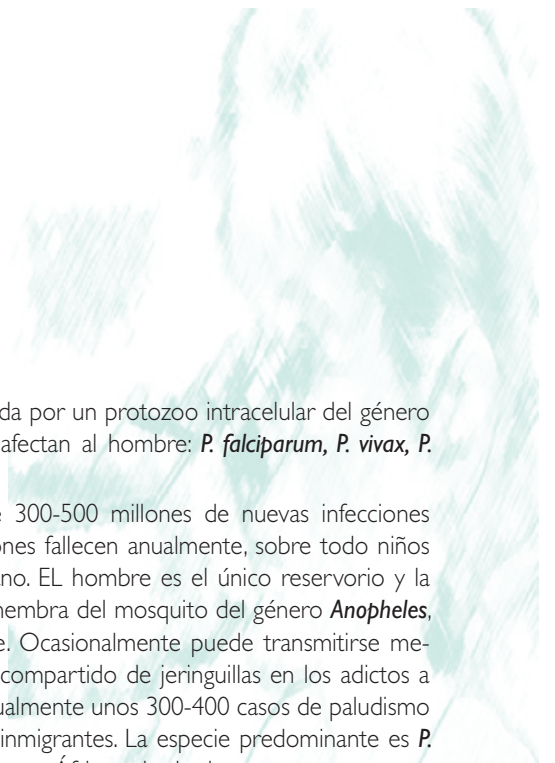
<http://www.who.int/lep/situation/PrateEnd2005v2-WM2.pdf>.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

I) Paludismo o malaria

Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González



El paludismo o malaria es una infección producida por un protozoo intracelular del género *Plasmodium*, del que existen cuatro especies que afectan al hombre: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, y *P. malariae*.

A nivel mundial se estima que ocurren entre 300-500 millones de nuevas infecciones cada año, de los cuales aproximadamente 1,5 millones fallecen anualmente, sobre todo niños y niñas menores de 5 años en el continente africano. EL hombre es el único reservorio y la transmisión se realiza a través de la picadura de la hembra del mosquito del género *Anopheles*, fundamentalmente al atardecer y durante la noche. Ocasionalmente puede transmitirse mediante transfusiones sanguíneas o mediante el uso compartido de jeringuillas en los adictos a drogas por vía parenteral. En España se declaran anualmente unos 300-400 casos de paludismo importado, de los cuales entre un 30-40% son en inmigrantes. La especie predominante es *P. falciparum*, y la mayoría de los casos se adquieren en África subsahariana.

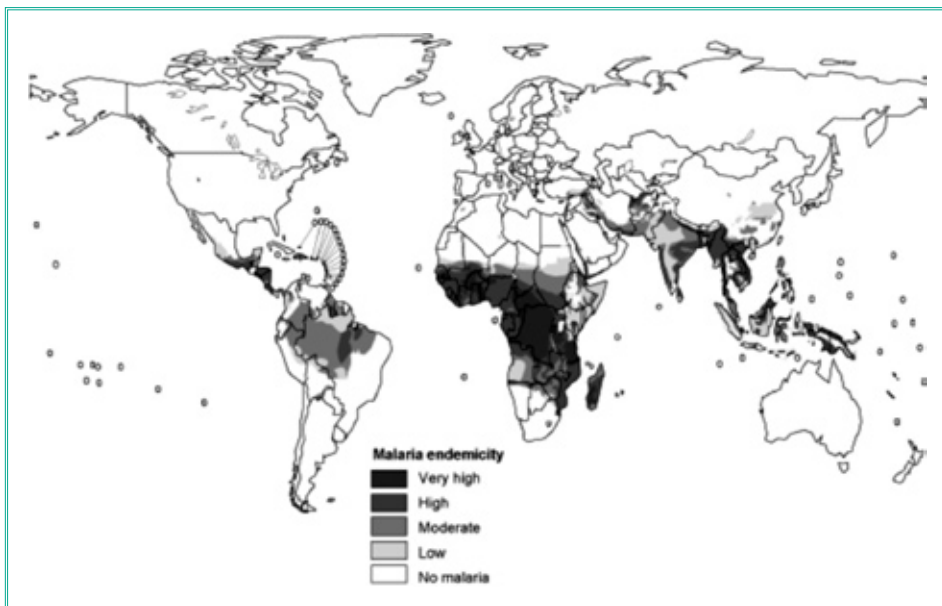
P. falciparum es la especie predominante en África subsahariana y Oceanía; *P. vivax* en Centro y Sudamérica, África del Norte, Oriente Medio y el subcontinente indio; *P. ovale* se distribuye fundamentalmente por África occidental y en algunas zonas de Asia, mientras que *P. malariae* está distribuido por todas las zonas tropicales, aunque la mayoría de los casos ocurren en África.

El período de incubación varía entre 10-30 días, siendo más corto en *P. falciparum* (7-15 días). La supervivencia del parásito en el ser humano depende de la especie: hasta 1-2 años para *P. falciparum*, 3-5 años para *P. vivax* y *P. ovale*, y hasta 50 años para *P. malariae*. Adicionalmente sólo *P. vivax* y *P. ovale* presentan formas latentes en el hígado (denominados hipnozoitos), que son responsables de las recidivas tras realizar tratamiento si no se incluye primaquina en el mismo.

El síntoma fundamental del paludismo es el acceso febril periódico, aunque en los primeros días el patrón de la fiebre puede ser indistinguible del de otras enfermedades bacterianas (p. ej., fiebre tifoidea, rickettsiosis, brucelosis, leptospirosis, meningitis...), virales (p. ej., dengue, gripe, gastroenteritis febril, hepatitis aguda...) o parasitarias (p. ej., absceso amebiano hepático, babesiosis...). Por este motivo, toda fiebre en pacientes procedentes de zonas endémicas debe considerarse como paludismo mientras no se demuestre lo contrario. El cuadro completo se caracteriza por acceso febril, cefalea, artromialgias, esplenomegalia y anemia, pudiendo existir tos y diarrea en las fases iniciales y siendo excepcional la presencia de lesiones cutáneas (a diferencia de la fiebre tifoidea, el dengue, las rickettsiosis y la leptospirosis). No obstante la expresividad clínica de la infección depende fundamentalmente del estado de inmunidad adquirida del huésped y de la especie de *Plasmodium*.

En las personas que han vivido en zonas endémicas de paludismo (como lo son una parte importante de la población inmigrante) la exposición repetida a diferentes cepas de *Plasmodium*

Distribución global del riesgo de transmisión de paludismo, OMS 2003



Fuente: <http://rbm.who.int/wrm2005/html/map1.htm>.

confiere un estado de semi-inmunidad que, aunque no impide nuevas infecciones, sí produce una disminución del número y de la gravedad de las crisis palúdicas sucesivas; por ello es frecuente que la expresión clínica del paludismo en inmigrantes sea más atenuada o atípica, o que presenten parasitemias de alto grado totalmente asintomáticas. No obstante, este estado de semi-inmunidad declina progresivamente al residir en áreas en las que no exista transmisión malárica. Adicionalmente niños, niñas y embarazadas pueden presentar formas más graves, por lo que en inmigrantes pertenecientes a estos dos grupos se recomienda rutinariamente realizar un estudio de sangre periférica aunque se encuentren asintomáticos.

La forma más grave de paludismo es la producida por *P. falciparum*, capaz de ocasionar paludismo cerebral y otras complicaciones graves. En la tabla I se recogen los indicadores de mal pronóstico que, ante la sospecha de paludismo, obligan al ingreso hospitalario del paciente para tratamiento específico parenteral y de soporte.

El diagnóstico del paludismo exige un elevado índice de sospecha, y debe confirmarse mediante la demostración del agente etiológico realizando simultáneamente una gota gruesa (para detectar la presencia de parásitos y cuantificar el grado de parasitemia) y una extensión fina de sangre periférica (para realizar el diagnóstico de especie). En los laboratorios especializados se dispone, además, de pruebas de diagnóstico rápido basados en la detección de antígenos parasitarios, para los casos en los que exista una elevada sospecha clínica y las pruebas convencionales (gota gruesa y extensión) sean negativas.

El tratamiento del paludismo debe realizarse, en la mayoría de los casos, en una consulta especializada o con el paciente hospitalizado, ya que frecuentemente va a requerirse tratamiento parenteral combinado y/o vigilancia clínica estrecha de la aparición de complicaciones.

Tabla I. Indicadores de mal pronóstico ante la sospecha de paludismo

- Edades extremas de la vida (<5 años, >65 años).
- Mujeres embarazadas.
- Hipotermia (<35 °C) o hipertermia (>39 °C).
- Shock (hipotensión o signos de hipoperfusión).
- Alteración del nivel de conciencia.
- Coma (escala de Glasgow 3-5).
- Convulsiones repetidas (más de 2 en 24 horas).
- Taquipnea.
- Diátesis hemorrágica.
- Parasitemia elevada (>2% en no inmunes, >20% en semi-inmunes).
- Anemia severa (Hb <5 g/dL y hematocrito <15%).
- Leucocitosis (>12.000 mm³).
- Hipoglucemia (<40 mg/dL).
- Insuficiencia renal (Cr >3 mg/dL).
- Acidosis metabólica (pH <7,35, bicarbonato <15 mEq/L, lactato >5 mEq/L).
- Ictericia (bilirrubina total >2,5 mg/dL).

Debe recordarse que en las infecciones por *P. vivax* y *P. ovale* debe utilizarse, además de cloroquina, un ciclo adicional de primaquina por vía oral para erradicar las formas latentes hepáticas (hipnozoitos) responsables de las recaídas; previamente a la administración de primaquina debe excluirse la presencia de un déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (especialmente frecuentes en mediterráneos y en africanos) para evitar el riesgo de anemia hemolítica farmacológica grave.

En los últimos años, la población inmigrante que vuelve a su país durante las vacaciones o para visitar a amigos y/o familiares tras un período de residencia en zonas no palúdicas (los denominados «VFR» [*visiting friends and relatives*] en la literatura anglosajona) han emergido como un grupo de alto riesgo para la adquisición de paludismo, especialmente aquéllos con estancias prolongadas fuera de áreas no endémicas y sus hijos (muchos de éstos de segunda generación que nunca han residido en áreas de transmisión palúdica). Ello es debido a varios factores, entre los que cabe destacar la disminución del estado de semi-inmunidad frente a *Plasmodium* tras abandonar áreas endémicas (estimado en 3-5 años), la realización de viajes a zonas y en condiciones de mayor riesgo que los viajeros no inmigrantes, a la sensación de «falsa seguridad» por haber vivido previamente en las áreas a visitar; lo que se traduce en una menor percepción de riesgo y, consecuentemente, en una menor adopción de medidas sanitarias recomendadas (recomendaciones generales sobre bebidas y alimentos, inmunizaciones, protección frente a picaduras de insectos y quimiopprofilaxis palúdica). Por este motivo es importante transmitir a la población inmigrante la necesidad de realizar una adecuada preparación desde el punto de vista sanitario (acudiendo a los centros de vacunación internacional y consultas especializadas existentes en nuestra comunidad) antes de realizar cualquier viaje a áreas tropicales, aunque éstas sean sus países de origen.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Sanz M, Serrano Martínez S, Jaqueti Aroca J, García Martínez J, Prieto Menchero S. Características del paludismo en el área 9 de Madrid: Implicación de Atención Primaria como escalón fundamental para su control. *SEMERGEN*. 2006;32(8):418-21.

- Angell SY, Cetron MS. Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Annals of Internal Medicine*. 2005;142(1):67-72. Disponible en URL: <http://www.annals.org/cgi/reprint/142/1/67.pdf>.
- Ansart S, Perez L, Vergely O, Danis M, Bricaire F, Caumes E. Illnesses in travelers returning from the tropics: a prospective study of 622 patients. *Journal of Travel Medicine*. 2006;12(6):312-8.
- Bacanaer N, Stauffer B, Bouware DR, Walker PF, Keystone JS. Travel medicine for Northamerican immigrants visiting friends and relatives. *Journal of the American Medical Association*. 2004;291(23):2856-64. Disponible en URL: <http://www.annals.org/cgi/reprint/142/1/67.pdf>.
- Bartolomé Regué M, Balanzó Fernández X, Roca Saumell C, Ferrer Argelès P, Fernández Roure JL, Daza López M. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(10):372-4.
- Cabezas J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:45-8.
- Fleta J, García M, Clavel A, Llorente MT. Paludismo en la infancia y otros agentes infecciosos. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(1):638-9.
- Gascón J. Paludismo importado por inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006;29(supl 1):121-5. Disponible en URL: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol_29/supl_1/...pdf/10-PAL-1.PDF.
- Grennwood BM, Bojang K, Whitty CJM, Target GAT. Malaria. *Lancet*. 2005;365:1487-98.
- Junyent M, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006;29(supl 1):27-34. Disponible en URL: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol_29/supl_1/...pdf/03-URG-1.PDF.
- Lagares Serrano D, Mora Arias JL. Morbilidad en inmigrantes subsaharianos en un área urbana. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(11):437-9.
- Leder K, Tong S, Weld L et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the Geosentinel Surveillance Network. *Clinical Infectious Diseases*. 2006;43:1185-93.
- López-Vélez R. Paludismo. *Medicine*. 2002;8(7):3742-50.
- López-Vélez R. Prevención de la malaria en los viajeros internacionales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2003;21(5):248-60.
- López-Vélez R, Huerga H, Turrientes MC. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2003;69(1):115-21. Disponible en URL: <http://www.ajtmh.org/cgi/reprint/69/1/115>.
- López-Vélez R, Viana A, Pérez-Casas C, Martín-Aresti J, Turrientes MC, García-camacho A. Clinico-epidemiological study of imported malaria in travelers and immigrants to madrid. *Journal of Travel Medicine*. 1999;6(2):81-6.
- Montes de Oca Arjona M, Saldarreaga Marín J, Pérez Guerrero P, Benítez Carmona J. Paludismo. *Medicine*. 2006;9(58):3751-9.
- Parola P, Soula G, Gazin P, Foucault C, Delmont J, Brouqui P. Fever in travelers returning from tropical areas: prospective observational study of 613 cases hospitalized in Marseilles, France, 1999-2003. *Travel Medicine and Infectious Diseases*. 2006;4(2):61-70.
- Paludismo importado. *Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía*. 2005;10(8) (correspondiente al martes 1 de marzo de 2005).
- Puente S, García-Benaya T, Seseña G, González-Lahoz JM. Malaria: conceptos clínicos y terapéuticos. *Enfermedades Emergentes*. 2005;7(1):34-9.
- Rodríguez Guardado A, Huerta González I, Pérez González F, Suárez Gil P. Paludismo importado: dificultades para el diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(10):395-9.
- Rotaecche Montalvo V. Paludismo inducido en España, 1971-2000. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2001;9(13):137-8. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0123.pdf>.
- Rotaecche Montalvo V, Hernández Pezzi G, Mateo Ontañón S. Vigilancia epidemiológica del paludismo en España 1996-1999. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2001;9(3):21-5. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0104.pdf>.

- Schlagenhauf P, Steffen R, Loutan L. Migrants as a major risk group for imported malaria in european countries. *Journal of Travel Medicine*. 2003;10:106-7.
- Valencia Basaldúa M, Lapuente Troncoso E, Gutiérrez Garitano I, Gainzarain García I. Patología importada del viajero: paludismo. *SEMERGEN*. 2006;32(1):16-23.
- Valerio L, Guerrero L. Los inmigrantes viajeros. *Atención Primaria*. 2003;32(6):330-6.
- World Health Organization (WHO). *Guidelines for the treatment of malaria*. WHO (Ginebra), 2006. Disponible en URL: <http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>.
- World Health Organization (WHO). *Management of severe malaria. A practical handbook*. 2ª ed. WHO (Ginebra), 2000.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

J) Parasitosis intestinales

José Vázquez Villegas y José Pelayo Galindo Pelayo

Los parásitos intestinales patógenos son endémicos de países tropicales y subtropicales aunque se pueden encontrar en todas las áreas geográficas. Son más frecuentes, en general, en personas inmigradas que en autóctonas, encontrándose prevalencias en población inmigrante entre el 20 y 70% y siendo, en muchas ocasiones, la parasitación múltiple (hasta el 25% de la población en zonas endémicas o de alto riesgo). Generalmente no se transmiten de persona a persona, aunque puede ocurrir en casos de déficit higiénico y vacunación.

Es frecuente la infección subclínica en población adulta y también se pueden manifestar con una gran variedad de síntomas clínicos (cutáneos, gastrointestinales, respiratorios, hematológicos) que pueden dificultar el diagnóstico. Es de destacar que la prevalencia de parásitos en población inmigrada disminuye con el tiempo de estancia en los países de destino, que sólo el 11% de inmigrantes con estudio de parásitos en heces positivo presentan sintomatología y que faltan datos para conocer el riesgo de desarrollar enfermedad en pacientes no tratados. Por esto, no se encuentra en la bibliografía científica un consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos, algunos autores recomiendan el cribado de parásitos intestinales (3 muestras) en inmigrantes recientes (1 año) provenientes de zonas tropicales. Los parásitos más frecuentemente encontrados son: *Trichiuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinaria*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*, *Ankilostoma duodenale* y *Schistosoma sp*. Su distribución geográfica la encontramos en la siguiente tabla:

Distribución geográfica de los parásitos intestinales		
Parásito	Distribución	Zonas de alto riesgo
<i>Entamoeba histolytica</i>	Mundial	Méjico Oeste de Sudamérica Sudáfrica Oeste de África, Egipto Sudeste asiático India, Nepal
<i>Giardia lamblia</i>	Mundial	Condiciones higiénicas deficientes
<i>Isospora belli</i>	Trópico Sudamérica	
<i>Schistosoma mansoni</i>	África Sudamérica	
<i>Schistosoma japonicum</i>	Japón Litoral asiático del Pacífico	

Distribución geográfica de los parásitos intestinales		
Parásito	Distribución	Zonas de alto riesgo
<i>Taenia saginata</i> y <i>solium</i>	Mundial	
<i>Trichiuris trichura</i>	Mundial	
<i>Enterobius vermicularis</i>	Mundial	
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Trópico	
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Mundial	
<i>Ancylostoma duodenale</i>	Oriente Medio Países mediterráneos	
<i>Necator americanus</i>	América central América del sur África tropical	

La presencia de anemia y/o eosinofilia nos debe alertar de la posibilidad de una helmintiasis intestinal. *Strongyloides stercoralis* es de todos los nematodos intestinales el más difícil de diagnosticar; pero la importancia del diagnóstico se hace evidente por la posibilidad de que los afectados puedan desarrollar un cuadro de hiperinfestación en presencia de estados de inmunosupresión que puede ocurrir incluso muchos años después del proceso migratorio de la persona, debido a la capacidad de autoinfestación de *S. stercoralis*.

BIBLIOGRAFÍA

- Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21(10):535-9.
- Huerga Aramburu H, López-Vélez R. *Examen de salud. Guía de atención al inmigrante*. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, 2003, pp. 73-87.
- Román P, Pastor A, Moreno S, Igual R, Martín A, Navarro I, et al. Endemic strongyloidiasis on the Spanish Mediterranean coast. *Q J Med*. 2001;94:357-63.
- Roca C, de Balanzó X. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(supl 1):139-44.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

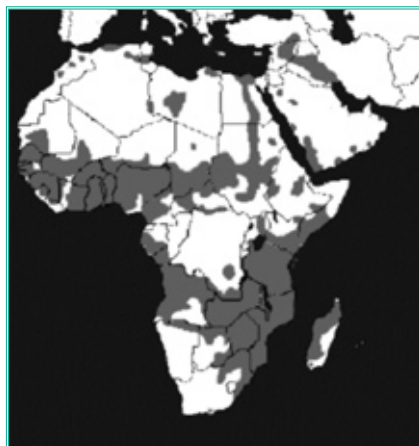
K) Esquistosomiasis

José Vázquez Villegas

La **esquistosomiasis o bilharziosis** es una infección por trematodos del género *Schistosoma* que afecta a más de 200 millones de personas en todo el mundo. La infección se transmite en África, América latina, Oriente Medio y Asia (Fig. 1) siempre en aguas infectadas de ríos o lagos donde habitan los huéspedes intermediarios de la enfermedad, que son diversas especies de caracoles adaptados a las diversas especies del género *Schistosoma*. Se sabe de cinco especies de esquistosomas que afectan al ser humano: *S. haematobium*, *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi* y *S. malay*. De todos ellos solamente el primero (*S. haematobium*) produce la esquistosomiasis urinaria, mientras que los otros depositan sus huevos en el sistema digestivo. Al no existir los huéspedes intermediarios en nuestro país, no puede existir transmisión por parte de los infectados. En España es una infección importada en aumento en la que tanto inmigrantes como viajeros contribuyen al incremento de su incidencia, aunque presentando cuadros clínicos muy diferentes. En viajeros que contactan con la enfermedad por vez primera (no inmunes) ésta tiene características clínicas bien diferenciadas de las que presentan los inmigrantes (semiinmunes) que sufrieron la enfermedad en su fase clínica durante la infancia. Estos últimos suelen presentar las secuelas de la enfermedad crónica.

La **esquistosomiasis urinaria** producida por *Schistosoma haematobium* puede permanecer en las vías urinarias durante años pudiendo ocasionar hematuria terminal, calcificaciones vesicales visibles en radiografías simples de abdomen, cuadros de uropatía obstructiva con hidronefrosis, infecciones genitales (infertilidad masculina y femenina), infecciones urinarias y se la ha relacionado con el cáncer de vejiga. El diagnóstico se realiza por estudio parasitológico de orina al

Zonas endémicas de *S. haematobium*



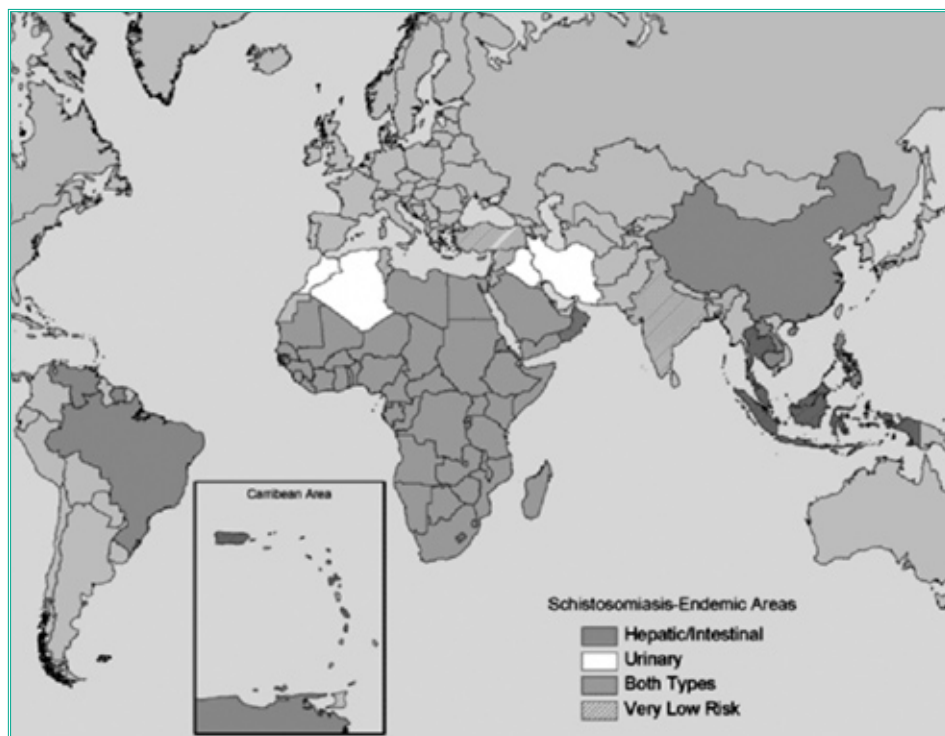
Zonas endémicas de *S. mansoni*



encontrar los huevos típicos (espolón terminal), por serología, técnicas de PCR, ultrasonografía o pielografía endovenosa, aunque a veces hay que recurrir a biopsias. Un estudio realizado en la zona de Roquetas de Mar (Almería) detectó una prevalencia de esta parasitación en el 19% de inmigrantes subsaharianos estudiados, la mayoría asintomáticos.

La **esquistosomiasis digestiva y hepatoesplénica** está producida por las otras especies patógenas (*S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi* y *S. malayi*, ocasionando cuadros de dolor

Distribución de las esquistosomiasis



abdominal, diarrea e hipertensión portal presinusoidal por fibrosis de los espacios porta. El diagnóstico se puede realizar por la demostración de huevos con morfología clásica de espólón lateral en estudio parasitológico de heces, biopsia rectal o hepática, colonoscopia y, sobre todo, de la ultrasonografía, que en el caso de la fibrosis hepática es de gran utilidad.

El tratamiento se lleva a cabo con praziquantel 40 mg/kg/día en 2 tomas un sólo día, el cual se obtiene mediante solicitud al Departamento de Medicamentos Extranjeros del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Esquistosomiasis: ideas clave
- En nuestro medio, la esquistosomiasis es una infección crónica que predomina en inmigrantes africanos y que puede ocasionar dos síndromes clínicos bien definidos: - Síndrome urogenital, debido a <i>Schistosoma haematobium</i>, que puede manifestarse como hematuria terminal, calcificaciones vesicales (visibles en la radiografía simple de abdomen), uropatía obstructiva con hidronefrosis, y/o infertilidad masculina y femenina, y que puede predisponer a la aparición de cáncer de vejiga. El diagnóstico se realiza por la demostración de huevos de morfología típica (con espólón terminal) en orina. - Síndrome digestivo (afectación intestinal y hepatoesplénica), ocasionado por cuatro especies (fundamentalmente <i>S. mansoni</i>, aunque también puede ser debido a <i>S. japonicum</i>, <i>S. mekongi</i> y <i>S. malayi</i>). Puede manifestarse como dolor abdominal, diarrea crónica e hipertensión portal presinusoidal por fibrosis de los espacios porta. El diagnóstico se realiza por la demostración de huevos con morfología típica (con espólón lateral) en heces, y en ocasiones, mediante biopsia rectal o hepática, colonoscopia o ecografía (en los casos de fibrosis hepática).

BIBLIOGRAFÍA

- Bou A, Gascón J, Vallsa ME, Corachán M. Fiebre de Katayama en turistas españoles: análisis de 25 casos. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:220-2.
- Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. *Jano*. 2003;64:386-91.
- Drugs for parasitic infections. *Med Lett Drugs Ther*. 2004;1189:1-12.
- King CH, Dickman K, Tisch DJ. Reassessment of the cost of chronic helminth infection: a meta-analysis of disability-related outcomes in endemic schistosomiasis. *Lancet*. 2005;365:1561-9.
- Schwartz E, Rozenman J, Bhigjee A, Halkic N, Gintzburger D, Bartley PB, McManus DP. Schistosomiasis. *N Engl J Med*. 2002;347:766-8.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

L) Filariasis

Elías Caña García-Otero y Juan Luis Haro González



Son enfermedades parasitarias producidas por nematodos y se transmiten a través de la picadura de artrópodos (a excepción de la dracunculosis o gusano de Guinea, que se transmite a través de la ingesta de agua contaminada con pequeños crustáceos copépodos).

Los nematodos adultos (denominados macrofilarias) viven en diversas localizaciones del organismo humano dependiendo de la especie (vasos linfáticos, piel, tejido conectivo o serosas), desde donde las hembras producen larvas (denominadas microfilarias) que viven en la piel o en los vasos sanguíneos. Atendiendo a la localización de las macrofilarias, las filariasis se pueden clasificar en 3 grupos principales: linfáticas (*Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*), cutáneas (*Onchocerca volvulus*, *Loa-loa* y *Mansonella streptocerca*) y serosas (*Mansonella ozzardi*, *Mansonella perstans* y *Dirofilaria spp*). De ellas, las más importantes en inmigrantes son la *Onchocerca volvulus* y la *Loa-loa*.

La filariasis cutánea por excelencia es la producida por *Onchocerca volvulus*. Esta enfermedad, transmitida por la picadura de una mosca negra del género *Simulium*, es hiperendémica en África occidental y central, donde se estima que existen más de 17 millones de personas infectadas, existiendo algunos focos endémicos menores en Centro y Sudamérica (México, Guatemala, Venezuela, Colombia, Brasil y Ecuador) y en la península arábiga (Yemen). Las macrofilarias viven en nódulos subcutáneos indoloros y no adheridos a planos profundos de hasta 5 cm de diámetro, rodeados de una cápsula fibrosa (oncocercomas), donde pueden sobrevivir hasta 17 años. Estos nódulos se localizan, en número de uno o varios, en las prominencias óseas de las cinturas pélvicas (África) o escapular (América), cabeza o tórax. Por su parte, las microfilarias se localizan en la piel, y son las responsables de las manifestaciones clínicas de la enfermedad al originar una reacción inflamatoria intensa tras su muerte y liberación de productos antigénicos, siendo la piel y el ojo los principales órganos diana. El período de incubación generalmente es de varios años, aunque las microfilarias pueden aparecer a los 3-15 meses después de la exposición. Las manifestaciones cutáneas de la oncocercosis se han sistematizado recientemente en varias formas clínicas (Murdoch 1993) que pueden coexistir en un mismo paciente: **oncodermatitis papular aguda** (pequeñas pápulas muy pruriginosas asociadas a intenso edema cutáneo, la denominada «piel de naranja», pudiendo producir, en los casos más graves, urticaria); **oncodermatitis papular crónica** (pápulas de tamaño variable, habitualmente hiperpigmentadas y pruriginosas y de distribución simétrica en regiones glúteas, cintura pélvica y dorso); la **despigmentación o «piel de leopardo»** (propia de las formas evolucionadas, con aparición de máculas hipo o despigmentadas puntiformes no pruriginosas alternando con zonas de piel normal y áreas hiperpigmentadas, localizadas fundamentalmente en las extremidades inferiores); **atrofia o presbidermia** (piel con aspecto de envejecida prematuramente en personas menores de 50 años, originada por la pérdida de la elasticidad, que puede acompañarse de formación de escamas dando lugar a la «piel de pergamino» propia de

las formas de mayor cronicidad); **oncodermatitis liquenificada o swoda** (placas hiperpigmentadas pruriginosas con tendencia a la confluencia y que afecta característicamente de forma unilateral a las extremidades inferiores de adolescentes y de adultos jóvenes) y el **linfedema** (de evolución aguda o crónica, y estable o no migratorio, a diferencia del edema de Calabar propio de la loasis; puede asociarse o favorecer la aparición de episodios de celulitis, linfangitis y adenopatías regionales) y **las ingles colgantes** (debidas a la conjunción de la atrofia cutánea y a episodios repetidos de linfadenitis en las formas evolucionadas). Ocasionalmente, el **prurito intenso** es la única manifestación de la enfermedad, y obliga a realizar el diagnóstico diferencial con la escabiosis. Aunque la sintomatología predominante de la oncocercosis es la cutánea, en inmigrantes procedentes de áreas de sabana puede originar una enfermedad ocular grave que provoca ceguera (la denominada «ceguera de los ríos»). Clínicamente puede afectar a todas las estructuras oculares (conjuntivitis, queratitis, coriorretinitis, neuritis óptica...) siendo característica la queratitis «punctata» provocada por el paso de microfilarias por la córnea, sólo apreciable mediante el examen ocular con lámpara de hendidura.

Distribución global de la oncocercosis, OMS



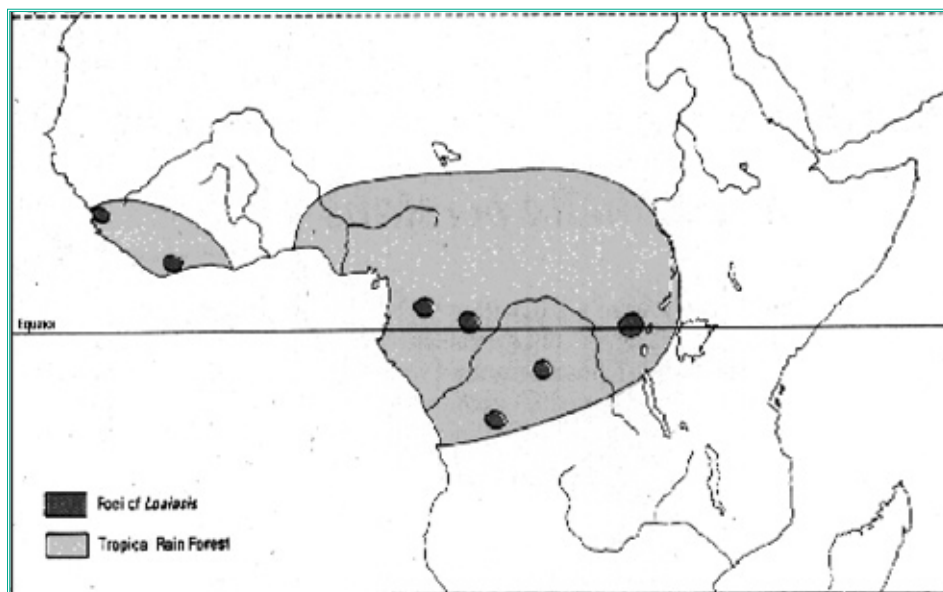
Fuente: http://www.who.int/fs/images/oncho_map.gif (modificada).

En la mayoría de los pacientes con oncocercosis existe eosinofilia en sangre periférica (generalmente superior al 30% del total de leucocitos), aunque su ausencia no debe excluir el diagnóstico. Éste se debe hacer mediante la demostración de microfilarias en la piel utilizando la técnica del «pellizco cutáneo» (biopsia intradérmica y observación bajo microscopio con una gota de suero fisiológico). En su defecto, puede realizarse mediante la exéresis quirúrgica y estudio anatomopatológico de los oncocercomas (en el que se visualizan los nematodos adultos enrollados formando un ovillo y con los úteros llenos de microfilarias), mediante la observación de microfilarias en córnea (con lámpara de hendidura) o mediante el test de Mazzotti (provocación de prurito y eritema tras la administración empírica controlada de 50 mg de dietil-carbamacina).

El tratamiento de elección de la oncocercosis es, en la actualidad, la ivermectina (una dosis única de 150 ug/kg), que es microfilaricida pero tiene escaso efecto sobre las microfilarias, por lo que se debe repetir una nueva dosis cada 6-12 meses durante varios años. Se recomienda asociar corticoides en caso de microfilaremia ocular; al igual que en inmigrantes procedentes de zonas endémicas de Loa-loa, en los que antes de administrar ivermectina se debe descartar una posible coinfección de oncocerca y Loa-loa mediante la detección de un microfilarias de Loa-loa en el examen de sangre periférica. Como alternativa a la ivermectina se puede utilizar la dietil-carbamacina (DEC) en dosis escalonada, aunque algunos autores desaconsejan su utilización en esta enfermedad. La exéresis de los oncocercomas está indicada cuando se localizan en la cabeza (para disminuir el riesgo de microfilaremia ocular), siendo más controvertida su indicación para disminuir el número de macrofilarias productoras de microfilarias (se puede intentar cuando son únicos o en pequeño número). En los últimos años se ha descubierto el papel patogénico de una bacteria endosimbiótica denominada *Wolbachia* en la producción de microfilarias y en la respuesta inmune del organismo, por lo que algunos autores recomiendan asociar a ivermectina un ciclo de doxiciclina (100-200 mg/día durante 4-6 semanas) para evitar ciclos repetidos de ivermectina.

La segunda filariasis cutánea por orden de importancia en inmigrantes es la *Loa-loa*, transmitida por la picadura de la mosca del mango (género *Chrysops*). Su distribución, más limitada que la oncocercosis, incluye los países de África occidental y central con su epicentro en el Golfo de Guinea.

Distribución geográfica de la loasis



Fuente: <http://www.nematodes.org/fgn/gifs/loamap.gif>.

Las macrofilarias viven en el tejido celular subcutáneo sin formar nódulos encapsulados, mientras que las microfilarias lo hacen en la sangre, lo cual es útil para el diagnóstico. A diferencia de la oncocercosis, las macrofilarias son las responsables de las manifestaciones clínicas

de la enfermedad al provocar una reacción de sensibilización a su paso por el tejido celular subcutáneo, mientras que la mayoría de las complicaciones se deben a la respuesta inmuno-lógica del huésped al parásito, antes o después del tratamiento. El período de incubación de la loasis es, habitualmente, superior al año, con un rango de 4 meses a 8 años. El principal dato clínico de la enfermedad es la aparición de angioedemas localizados transitorios (desde horas hasta días), indolores y pruriginosos, denominados «edemas de Calabar», que se localizan habitualmente en las extremidades superiores y se suelen acompañar de eosinofilia intensa. Otro dato clínico característico es la migración de la macrofilaria a través de la conjuntiva ocular, donde se puede visualizar, y que a diferencia de la oncocercosis, no produce patología alguna o leve (conjuntivitis irritativa con dolor y lagrimeo). Ocasionalmente se han descrito, como complicaciones de la loasis mediadas por mecanismo inmunológico, como la nefropatía mediada por inmunocomplejos (con expresión de hematuria y proteinuria), la fibrosis endo-miocárdica (miocardiopatía relacionada con la hipereosinofilia) y la aparición de infiltrados pulmonares transitorios asociados a artritis y linfangitis. Por el contrario, las microfilarias son responsables de la mayor parte de las reacciones adversas que aparecen tras el inicio del tratamiento. El diagnóstico de certeza de la loasis se realiza mediante la demostración de microfilarias en sangre periférica, siendo más rentable la toma de muestras a mediodía. En su defecto, la tríada del antecedente de estancia en una zona endémica, edemas de Calabar y eosinofilia periférica sugieren el diagnóstico, aunque es preciso recordar que el edema de Calabar no es patognomónico de la loasis, pudiendo aparecer en otras parasitosis como la gnathostomiasis, esparganosis, triquinosis y la larva migrans currens debida a *Strongyloides stercoralis*, o incluso otras filariasis (dirofilarias, *Mansonella perstans*).

El tratamiento de elección de la loasis no está exento de controversias. La dietil-carbamazina (DEC) es el único fármaco con actividad macro y microfilaricida, y se debe de utilizar en dosis escalonadas de 6 mg/kg/día asociada a antihistamínicos y/o corticoides (p. ej., prednisona 15-20 mg al día), con el objeto de prevenir o minimizar la aparición de efectos adversos graves debidos a la destrucción masiva de microfilarias (fiebre, artromialgias, edema de Calabar, derrame pleural y meningoencefalitis con coma). Por ello, el tratamiento siempre se debe iniciar en medio hospitalario, y algunos autores recomiendan, especialmente si la microfilaremia es intensa (superior a 8.000 microfilarias/mL), administrar previamente fármacos que, a pesar de no poseer actividad directa frente a la macrofilaria, puedan disminuir eficazmente la concentración de microfilarias en sangre antes del ciclo de DEC. Entre las pautas «microfilaricidas» previas a DEC se han ensayado una dosis única de 200 mcg/kg de ivermectina (reducción de la microfilaremia en unos 10 días), un ciclo de albendazol (200 mg/12 horas) durante 21 días (reducción de la microfilaremia más gradual) o incluso, en casos extremos de elevada microfilaremia y/o persistente, la aféresis («filaria-aféresis»). Todas estas pautas permitirían una destrucción previa y lenta de las microfilarias y realizar, posteriormente, un ciclo de DEC a dosis escalonada de 6 mg/kg/día durante un mínimo de 21 días con menor riesgo.

El resto de las filariasis tienen menos importancia en inmigrantes.

Las **filariasis linfáticas** están producidas por 3 especies (*Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*), son endémicas en más de 80 países e infectan a más de 120 millones de personas. De ellas, *Wuchereria bancrofti* es la que está más ampliamente distribuida en las áreas tropicales, mientras que las otras se encuentran confinadas al sudeste asiático. El período de incubación es de 5-18 meses a años, y cuando son sintomáticas, sus manifestaciones clínicas pueden ser agudas (episodios agudos y recurrentes de linfangitis febril centrífuga de inicio en

ganglios, sobre todo inguinales, complicadas frecuentemente con sobreinfecciones bacterianas subcutáneas estreptocócicas y, en varones, con funiculitis, orquitis y/o epididimitis) o, más frecuentemente, crónicas (linfedema y elefantiasis de miembros inferiores, orquiepididimitis, funiculitis, engrosamiento de la piel escrotal...). El diagnóstico diferencial se plantea con otras linfangitis y celulitis de causa infecciosa (que a diferencia de las linfáticas son centrípetas), tromboflebitis y con la podoconiosis (elefantiasis por obstrucción linfática por partículas de sílice en habitantes de suelos volcánicos que andan descalzos). El diagnóstico parasitológico de las filarisis linfáticas se realiza mediante la detección de microfilarias en sangre, teniendo en cuenta que, dependiendo de la especie y del origen geográfico de la infección, pueden tener cierta periodicidad (nocturna y subperiódica, con microfilarémias máximas al atardecer); también se han desarrollado técnicas serológicas (detección de anticuerpos específicos IgG4, de valor limitado) o de biología molecular (detección de antígenos, PCR), disponibles sólo en laboratorios de referencia. El tratamiento de elección de las filarisis linfáticas es un ciclo de dietil-carbamacina (DEC) a dosis escalonada de 6 mg/kg/día durante un mínimo de 21 días. Se ha descrito que una pauta con una dosis única de albendazol (400 mg) asociada a ivermectina (200 mcg/kg) o a dietil-carbamacina (6 mg/kg) puede suprimir la microfilaremia pero no tiene efecto sobre las macrofilarias. Al igual que en la oncocercosis, el posible papel patogénico de la bacteria endosimbiótica *Wolbachia* en la producción de microfilarias y en la respuesta inmune del organismo frente a las filarisis linfáticas ha llevado a algunos autores a recomendar asociar doxiciclina (100-200 mg/día durante 4-6 semanas) al tratamiento.

Distribución global de las filarisis linfáticas, OMS



Fuente: http://www.who.int/fs/images/oncho_map.gif (modificada).

Las filarias linfáticas se han implicado, a través de un mecanismo inmunológico, en el **síndrome de eosinofilia tropical (SET)**, que predomina en el subcontinente indio (India, Pakistán y Sri Lanka), sudeste asiático y Brasil. Se caracteriza por episodios paroxísticos de tos

y sibilancias con opacidades miliare o punteadas, de localización preferente en los campos pulmonares medios y pulmonares (a diferencia del síndrome de Löfller, en el que aparecen infiltrados pulmonares fugaces), acompañado de fiebre de bajo grado, adenopatías y, sobre todo, hipereosinofilia (superior a 3.000 mm^3), niveles elevados de IgE total y de anticuerpos específicos anti-filaria en sangre en ausencia de microfilaremia (se trata de una filariasis «oculta») y una rápida respuesta clínica a dietil-carbamacina (DEC). El diagnóstico diferencial debe incluir el síndrome de Löfller (producido por la migración pulmonar de otros helmintos tisulares, como *Toxocara*, *Strongyloides*, *Ascaris*, *Anquilostoma*, *Trichinella*, *Squistosomas*, *Paragonimus* o *Gnathostoma*); la neumonía eosinófila crónica, la aspergilosis broncopulmonar alérgica y las vasculitis con afectación pulmonar.

En la **estreptocercosis**, debida a la parasitación por la filaria *Mansonella streptocerca*, tanto la macro como la microfilaria viven en la piel del huésped, que es el principal órgano diana, produciendo prurito, rash papular y cambios de pigmentación (hipopigmentación), ocasionalmente asociada a linfadenopatía crónica regional (ingles). Su distribución es superponible a la de la Loa-Loa (África central y occidental), mientras que su diagnóstico (visualización de microfilarias intradérmicas mediante la técnica del «pellizco cutáneo») es similar al de la oncocercosis. Respecto al tratamiento, se recomienda dietil-carbamacina (DEC, efectiva frente a la macro y la microfilaria) en dosis escalonada de 6 mg/kg/día durante 14 días y asociada a corticoides y/o antihistamínicos, o una dosis única de ivermectina (150 mcg/kg), que es activa únicamente frente a las microfilarias.

En las **filariasis serosas** (*Mansonella perstans* y *Mansonella ozzardi*), la macrofilaria vive en las cavidades corporales de la persona (peritoneo, pleura y pericardio) y en los tejidos mesentéricos, retroperitoneales y perirrenales, desde donde producen microfilarias que circulan en la sangre sin periodicidad determinada. Las manifestaciones clínicas son muy polimorfas (eosinofilia, prurito, angioedemas recurrentes similares a la Loa-loa, fiebre, artralgias, síntomas neurológicos y psiquiátricos, dolor en hipocondrio derecho y, ocasionalmente hepatitis y pericarditis), y el diagnóstico se basa en la detección de microfilarias en sangre y ocasionalmente en las serosas. *Mansonella perstans* se distribuye tanto por África central y occidental como por el Caribe y los países noroccidentales de América del Sur, y su tratamiento consiste en ciclos repetidos de dietil-carbamacina, aunque en la actualidad algunos autores recomiendan, como tratamiento de primera elección, albendazol (400 mg/12 horas durante 10 días) o mebendazol ($100 \text{ mg v.o./12 horas}$ durante 30 días). Por su parte, *Mansonella ozzardi* se distribuye exclusivamente por América Central y del Sur y el Caribe y algunos autores dudan de su capacidad patógena; el tratamiento de elección sería ivermectina (dosis única de 200 mcg/kg), pues la dietil-carbamacina (DEC) no es efectiva.

Filariasis: ideas clave

- Período de incubación prolongado (meses a años tras la picadura del artópodo vector) y una amplia distribución geográfica en áreas tropicales.
- En inmigrantes las más frecuentes son las **filariasis cutáneas** (oncocercosis y loasis).
- Las microfilarias (gusanos adultos) de *Onchocerca volvulus* viven en nódulos subcutáneos indoloros (oncocercomas), mientras que las microfilarias (larvas), que viven en la piel y producen las manifestaciones clínicas.
- Los órganos diana de la oncocercosis son la piel (prurito, pápulas pruriginosas agudas o crónicas, hipopigmentación macular, atrofia cutánea, placas liquenificadas e hiperpigmentadas, linfedema agudo o crónico, ingles colgantes...) y los ojos (afectación de todas las estructuras oculares que causa ceguera). Es frecuente la eosinofilia en sangre periférica.

Filariasis: ideas clave (cont.)

- El diagnóstico de la oncocercosis se realiza mediante la visualización de microfilarias en biopsias intradérmicas (técnica del pellizco cutáneo). El tratamiento de elección es la ivermectina, en dosis única de 150 ug/kg, que debe repetirse cada 6-12 meses.
- Las macrofilarias de **Loa-loa** viven en el tejido celular subcutáneo, sin formar nódulos, mientras que las microfilarias viven en la sangre. Las macrofilarias son las responsables de las principales manifestaciones clínicas (angioedemas migratorios transitorios, característicos pero no patognomónicos, y paso del gusano adulto por la conjuntiva ocular; habitualmente sin producir patología), mientras que las microfilarias son responsables de complicaciones inmunológicas antes (hiperesosinofilia, nefropatía, miocardiopatía) o tras el tratamiento (meningoencefalitis).
- El diagnóstico de la loasis se realiza por la detección de microfilarias en sangre periférica (más rentable a mediodía). El tratamiento está peor definido, depende de la intensidad de la microfilaremia (que debe cuantificarse siempre) y se debe iniciar hospitalariamente por el riesgo de reacciones graves. Si la microfilaremia es intensa, hay que realizar tratamiento previo con ivermectina o albendazol antes de un ciclo de dietil-carbamacina en dosis escalonada asociada a antihistamínicos y corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrillo Casas E, Iglesias Pérez B, Gómez i Prat J, Guinovart Florensa C, Cabezas Otón J. Cribaje de microfilariasis sanguínea (loa loa) en la población inmigrante de zonas endémicas. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:623-30.
- Hoerauf A, Büttner DW, Adjei O, Pearlman E. Onchocerciasis. *British Medical Journal*. 2003;326:207-10.
- Murdoch ME, Hay RJ, Mackenzie CD. A clinical classification and grading system of the cutaneous changes in onchocerciasis. *British Journal of Dermatology*. 1993;129:260-9.
- Puente S, Bru F, González-Lahoz J. *Atlas dermatológico de Medicina Tropical*. Barcelona: Editorial P. Permay; 2005.
- Scientific Working Group on serious adverse events in Loa-loa endemic areas. Report of a Scientific Working Group on serious adverse events following Mectizan(R) treatment of onchocerciasis in Loa-loa endemic areas. *Filaria Journal*. 2003;2 Suppl 1:S2.
- The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. *Drugs for parasitic infections*. August 2004.

A person is sitting on a sandy beach, leaning against a large, striped beach bag. The person is wearing a dark, short-sleeved shirt and light-colored shorts. The background is a bright, sandy beach with some sparse vegetation. The entire image is overlaid with a semi-transparent teal color.

VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

M) Leishmaniasis

Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González

Son un grupo de enfermedades producidas por protozoos intracelulares del género *Leishmania*, con 3 formas clínicas mayores: visceral, cutánea, y mucocutánea.

Las leishmaniasis son zoonosis cuyo reservorios son animales domésticos y salvajes (roedores, cánidos, equinos y primates) que se transmiten al hombre mediante la picadura de insectos vectores, las moscas de la arena (pertenecientes a los géneros *Phlebotomus* en Europa, Asia y África y *Lutzomya* en América). Su distribución es muy amplia (está presente en más de 80 países de todos los continentes, excepto Oceanía), con una población en riesgo de 350 millones de personas, estimándose que se producen unos 2 millones de nuevas infecciones anuales.

La forma clínica depende de la especie de protozoo y de la respuesta inmunológica del huésped.

La **leishmaniasis visceral o kala-azar** es una enfermedad sistémica caracterizada por una afectación del sistema retículo-endotelial por diversas especies de leishmanias (*L. chagasi*, *L. donovani*, *L. tropica* y *L. infantum*, siendo esta última la más frecuente en nuestro medio y en niños y niñas), originando un cuadro clínico con fiebre prolongada e irregular, hepato-esplenomegalia,

Distribución geográfica de la leishmaniasis visceral



Fuente: www.who.int/leishmaniasis/leishmaniasis_maps/en/index.html.

hiperpigmentación cutánea, emaciación progresiva, pancitopenia e hipergammaglobulinemia. Este tipo de leishmaniasis es endémica, entre otros, en los países de la cuenca mediterránea, donde es frecuente la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o en pacientes con otros tipos de inmunodepresión, en los que se presenta con un curso crónico o recurrente, frecuentemente con formas atípicas (pulmonar, digestiva o del SNC) y asociada a otras enfermedades oportunistas. El diagnóstico se basa en la demostración directa del parásito (formas amastigotes) en aspirados de médula ósea y/o sangre periférica, y menos habitualmente, en punción esplénica o biopsia hepática; no obstante, estas técnicas tienen una baja sensibilidad, por lo que en algunos laboratorios se pueden realizar cultivos en medios especiales. La utilidad del diagnóstico serológico es más limitada. El tratamiento de elección sigue siendo la administración de antimoniales por vía intramuscular (en nuestro medio el más utilizado es el antimonio de meglumina) durante 4 semanas; como alternativas para las recidivas se puede utilizar pentamidina, anfotericina B liposomal por vía intravenosa o miltefosina por vía oral. Existe una forma especial, denominada **leishmaniasis dérmica post-kalazar**, que aparece meses o años tras el tratamiento de la leishmaniasis visceral y cursa con lesiones cutáneas diseminadas y polimorfas (máculas hipopigmentadas, pápulas eritematosas, nódulos y placas) de curso crónico. Esta forma es frecuente en determinados países (India y Sudán).

La **leishmaniasis cutánea localizada o botón de Oriente** tiene un período de incubación prolongado (semanas o meses tras la inoculación), y se caracteriza por la aparición de una lesión papulosa violácea indolora de curso crónico con tendencia a la formación de costra y una ulceración central con un exudado seroso y un borde hiperpigmentado sobrelevado. Habitualmente se localiza en áreas expuestas de la cara (es típica la localización en frente o en mejillas) y extremidades, y ocasionalmente puede presentar una distribución esporotricóide (varias lesiones siguiendo los trayectos de los vasos linfáticos). Está producida por diversas

Distribución geográfica de la leishmaniasis cutánea



Fuente: www.who.int/leishmaniasis/leishmaniasis_maps/en/index.html.

especies de leishmania del Viejo Mundo (Europa, Asia y África: *L. major*, *L. tropica*, *L. aethiopica* y *L. infantum*) y del Nuevo Mundo (América: *L. mexicana*, *L. venezuelensis*, *L. amazonensis*, *L. brasiliensis*, *L. panamensis*, *L. guayanensis*, *L. peruviana* y *L. chagasis*). La sospecha clínica debe confirmarse mediante la visualización o cultivo del parásito en muestras de raspado o de biopsia de los bordes de la lesión ulcerada. Aunque las lesiones tienden a la curación espontánea en ausencia de tratamiento, se ha ensayado tratamiento local con crioterapia, electrocoagulación, inyección intralesional de antimoniales o ungüento de paramomicina al 15%. Existe una forma especial poco frecuente conocida como **leishmaniasis cutánea difusa**, que se caracteriza por una pobre respuesta inmunitaria del huésped con aparición de nódulos dérmicos múltiples que requieren realizar diagnóstico diferencial con las lesiones de la lepra lepromatosa, ya que además estos enfermos presentan, característicamente, anergia a las pruebas intradérmicas. Ocasionalmente se ha descrito la **leishmaniasis cutánea recidivante**, con recurrencia en la zona adyacente de la lesión cutánea inicial años después de la misma.

Por último, la *leishmaniasis mucocutánea o espundia* es casi exclusiva del continente americano, y se caracteriza por la aparición, años después de la curación de una lesión cutánea inicial similar a la de la leishmaniasis cutánea localizada, de una afectación periorificial de curso crónico con tendencia a la destrucción de los cartílagos (mucosa y tabique nasal, orofaringe, pabellón auricular, etc.). Está producida por diversas especies de leishmania (*L. brasiliensis*, que es la más agresiva y difícil de tratar; *L. mexicana*, *L. amazonensis*, *L. panamensis* y *L. guayanensis*), y el diagnóstico es fundamentalmente clínico (las lesiones tienen, característicamente, una baja carga parasitaria). El tratamiento es similar al de la leishmaniasis visceral, excepto por su escasa respuesta a mitofosina y que, en el caso de infección por *L. guayanensis*, el tratamiento de elección es pentamidina.

Dado lo prolongado del período de incubación, la amplitud de su distribución geográfica y la multiplicidad de formas clínicas, la leishmaniasis debería incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de los problemas de salud de la población inmigrante.

Leishmaniasis: ideas clave
• Período de incubación prolongado (meses a años tras la picadura del mosquito vector). • Amplia distribución geográfica (todos los continentes excepto Oceanía). • Múltiples formas clínicas, dependientes de la especie de leishmania y de la situación inmunológica del huésped: – Leishmaniasis visceral: enfermedad conjuntiva crónica con fiebre irregular; hepato-esplenomegalia, hiperpigmentación cutánea, pancitopenia e hipergammaglobulinemia. Descartar siempre coinfección por el VIH. – Leishmaniasis cutánea: pápulas violáceas indoloras con tendencia a la ulceración central con exudado seroso y borde hiperpigmentado sobrelevado, localizadas habitualmente en áreas expuestas (cara, extremidades). – Leishmaniasis muco-cutánea: destrucción periorificial de curso crónico localizada en mucosa y tabique nasal, orofaringe o pabellón auricular.

BIBLIOGRAFÍA

- Davies CR, Kaye P, Croft SL, Sudar S. Leishmaniasis: new approaches to disease control. *British Medical Journal*. 2003;326:577-82.
- Fleta J, Rodríguez G, Clavel A. Leishmaniasis visceral y cutaneomucosa: aspectos epidemiológicos y clínicos. *Medicina Integral*. 2001;38(6):264-9.
- Hepburn NC. Cutaneous leishmaniasis: an overview. *J Postgrad Med*. 2003;49:50-4.

- Pintado V, Martín-Rabadán P, Rivera ML, Moreno S, Bouza E. Visceral Leishmaniasis in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV-infected patients: a comparative study. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:54-73.
- Puente S, Bru F, González-Lahoz J. *Atlas dermatológico de Medicina Tropical*. Barcelona: Editorial P. Permay; 2005.
- Scope A, Trau H, Bakon M, Yarom N, Nasereddin A, Schwartz E. Imported mucosal leishmaniasis in a traveler. *Clinical Infectious Diseases*. 2003;37:e83.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

N) Tripanosomiasis

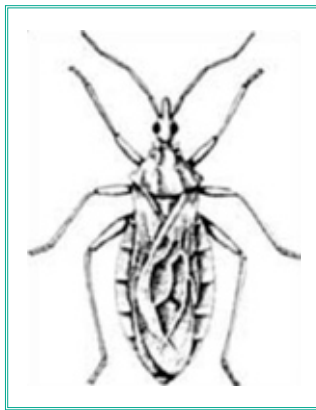
Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González

Son infecciones sistémicas producidas por diferentes especies de protozoos de la familia *Trypanosoma*, que se transmiten a la persona a través de la picadura de insectos vectores. De ellas, la más importante en nuestro medio es la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, debido a su frecuencia, cronicidad y al elevado número de inmigrantes procedentes de áreas endémicas de América Latina.

I. TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)

Es una zoonosis de curso crónico producida por el *Trypanosoma cruzi*, que afecta a unos 12-14 millones de personas que viven o han vivido en áreas endémicas de América Central y del Sur. Puede transmitirse al hombre a través de varias vías, de las cuales la vía vectorial (a través de chinches triatómidos de la familia *Triatominae*) es la más importante.

Vector principal de la enfermedad de Chagas (Triatoma dimidiata o «chinche besucona»)



Fuente: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/chagas/index.cfm>.

Estos insectos tienen un hábitat peridoméstico en áreas rurales, preferentemente en las hendiduras de los muros de barro y en los techos de hojas de palma. Tras picar al paciente y alimentarse de su sangre, las chinches defecan en la superficie cutánea adyacente, produciéndose la infección a través de la contaminación de la herida de picadura con las deyecciones infectadas. Otras dos vías importantes de transmisión de la infección son la sanguínea (por transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados de donantes infectados, con una tasa de infección cercana al 20%), y la transmisión materno-fetal a través de la placenta (con una

tasa de infección del 5-6%). La prevalencia de infección es muy variable de unos países a otros y dentro de un mismo país, y puede ser cercana al 8% en adultos donantes de sangre en algunas zonas rurales de Bolivia.

Trypanosoma cruzi puede producir tanto una infección aguda como una infección crónica. La infección aguda es típica de niños y niñas que viven en zonas endémicas, y pasa fácilmente desapercibida, ya que la clínica suele ser inespecífica (cuadro febril autolimitado con o sin adenopatías, siendo el signo clásico de Romaña, edema orbitario unilateral en casos de inoculación periconjuntival, infrecuente). Tras la fase aguda, un 60% de pacientes entran en una forma crónica indeterminada clínicamente silente (demostrable sólo mediante técnicas microbiológicas), y de ellos, el 2-5% de pacientes evolucionarán anualmente a las formas crónicas cardíacas (cardiopatía chagásica), digestivas (megasíndromes), o en caso de inmunodepresión (pacientes con SIDA) a cuadros de afectación del sistema nervioso central.

Distribución geográfica de la Enfermedad de Chagas



Fuente: <http://www.who.int/ctd/chagas/chagmap1.jpg>.

De las formas crónicas, la más frecuente (aproximadamente un 30% de los pacientes con enfermedad crónica) y con mayor mortalidad es la afectación cardíaca. En sus fases iniciales puede ser asintomática (detectándose únicamente por la presencia de alteraciones electrocardiográficas precoces de la conducción intraventricular, como el bloqueo completo de rama derecha aislado o asociado a hemibloqueo izquierdo anterior; del ritmo cardíaco, como extrasístoles ventriculares repetitivas, bradicardias inferiores a 40 latidos por minuto o taquiarritmias supraventriculares, o alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular). Por el contrario, en su fase evolucionada (que suele ocurrir a los 20-30 años de la infección inicial), la cardiopatía chagásica se caracteriza por ser una cardiopatía dilatada fibrosante con tendencia a la afectación segmentaria del miocardio (sobre todo la región postero-inferior de los ventrículos y el sistema de conducción infra-hisiano) y de gran potencial arritmogénico

(con una elevada frecuencia de arritmias ventriculares, muchas veces asociadas a bradiarritmias, manifestadas como palpitaciones, episodios presincoales o sincopales o muerte súbita). Así mismo son característicos la formación de aneurismas ventriculares apicales y la frecuencia de fenómenos tromboembólicos sistémicos (fundamentalmente AVCs isquémicos) y de dolor precordial indistinguible del de una cardiopatía isquémica. Cuando existe clínica de insuficiencia cardíaca, ésta suele ser de predominio derecho o congestivo (edemas maleolares, hepatomegalia sensible, ingurgitación yugular...), con menor frecuencia, respecto a otras cardiopatías dilatadas, de los síntomas y signos de congestión pulmonar; como la ortopnea o la disnea paroxística nocturna, que suelen ser manifestaciones tardías. La cardiomegalia radiológica y la afectación grave de la fracción de eyección global, mediada mediante ecocardiografía, suelen ser tardíos y por lo tanto, de baja sensibilidad para el diagnóstico precoz; por el contrario, son frecuentes y precoces la afectación ecocardiográfica segmentaria de la contractilidad miocárdica (pared postero-inferior y ápex del ventrículo izquierdo), del ventrículo derecho (a diferencia de otras cardiopatías) y de la función diastólica.

La afectación crónica del tubo digestivo ocurre, de forma aislada o asociada a cardiopatía, en aproximadamente un 10% de los pacientes con enfermedad crónica. La forma más característica es la de los denominados «megasíndromes» (megaesófago y menos, frecuentemente, megacolon), cuyos principales síntomas son la disfagia, la sensación de plenitud postprandial precoz y el estreñimiento, todos ellos de curso crónico.

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas importada requiere la existencia de antecedentes epidemiológicos compatibles (es decir, constatación del riesgo de transmisión de *T. cruzi* a través de las tres vías principales de contagio: vectorial, sanguínea y congénita), junto a la demostración de la presencia de infección mediante al menos dos pruebas serológicas distintas que utilicen diferentes antígenos; en caso de resultados dudosos o discordancia entre los mismos, debe realizarse una tercera técnica, aconsejablemente **Western-blot o PCR**. En nuestro medio las técnicas serológicas sólo están disponibles en laboratorios de referencia.

Idealmente se debería realizar el cribado de donantes de sangre y de mujeres embarazadas que hayan residido en áreas endémicas de la enfermedad. En diversos estudios realizados en bancos de sangre españoles donde se realiza rutinariamente dicho cribado, la prevalencia de infección es de alrededor del 0,9%; de forma similar; estudios realizados en nuestro país en mujeres gestantes de riesgo muestran una prevalencia de infección del 2%.

El tratamiento etiológico con fármacos antiparasitarios (benznidazol, nifurtimox) tiene una eficacia limitada en las formas crónicas sintomáticas de la enfermedad, y no está exento de efectos indeseables importantes, por lo que en esta fase el tratamiento fundamental es el coadyuvante y sintomático (beta-bloqueantes, IECAs, amiodarona, anticoagulación y marcapasos si existe indicación). Por otra parte, la utilidad del tratamiento antiparasitario permanece controvertida en las formas crónicas indeterminadas de la infección. En la actualidad las indicaciones aceptadas de tratamiento específico serían las infecciones agudas o recientes, niños, niñas, neonatos y los trasplantados cardíacos con evidencia de infección previa.

Dado su curso clínicamente silente, la enfermedad de Chagas exige un alto índice de sospecha por parte de los médicos de Atención Primaria. Por todo ello, en toda persona inmigrante que haya vivido en áreas endémicas de enfermedad de Chagas habremos de realizar una anamnesis minuciosa sobre antecedentes epidemiológicos (hábitat rural en casas de barro y adobe, donde se perpetúan las chinches vectores, transfusiones sanguíneas previas), antecedentes familiares o de su entorno inmediato (muerte súbita, cardiopatía), además de

un interrogatorio dirigido y una exploración física sobre la presencia de síntomas y signos cardiológicos (palpitaciones, episodios presincoales o sincoales, disnea de esfuerzo, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva) y digestivos (disfagia, estreñimiento) y unas pruebas complementarias básicas (radiografía posteroanterior de tórax, electrocardiograma completo y radiografía simple de abdomen en bipedestación). Aquéllos que presenten síntomas o alteraciones electrocardiográficas sugestivas (bloqueo completo de rama derecha aislado o asociado a hemibloqueo izquierdo anterior; extrasístoles ventriculares repetitivas, bradicardias inferiores a 40 latidos por minuto, taquiarritmias supraventriculares, alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular; cardiomegalia o dilatación patológica del tubo digestivo...) deben de ser derivados a una unidad de referencia desde donde se puedan remitir las muestras necesarias para el diagnóstico de infección y realizar los estudios complementarios adicionales.

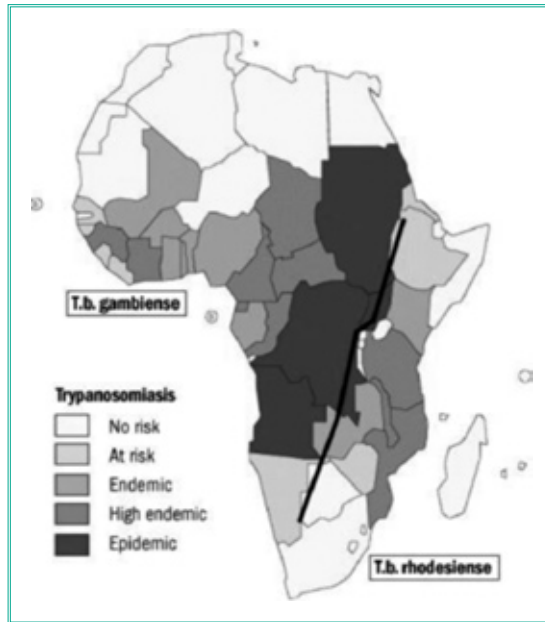
Enfermedad de Chagas: ideas clave
• Enfermedad parasitaria crónica endémica en Centro y Sudamérica. • Principales vías de transmisión: vectorial (a través de la picadura de una chinche que vive en las paredes de barro y los tejados de hoja de palma de las áreas rurales), sanguínea y congénita. • Prevalencia de infección muy variable de un país a otro y dentro de un mismo país, pudiendo llegar a ser del 8% en los adultos de determinadas áreas rurales de Bolivia. • Presenta 3 fases: aguda, crónica indeterminada (clínicamente silente) y crónica sintomática (cardiopatía chagásica y megasíndromes digestivos). • La cardiopatía chagásica es la forma crónica sintomática más frecuente y con mayor mortalidad. Se caracteriza por ser una cardiopatía dilatada con tendencia a la afectación segmentaria, gran potencial arritmogénico y elevada frecuencia de complicaciones tromboembólicas sistémicas. • Es imprescindible un alto índice de sospecha diagnóstica: antecedentes epidemiológicos (residencia en áreas endémicas, transfusiones) y familiares (muerte súbita, cardiopatía), junto a la detección precoz de alteraciones electrocardiográficas (bloqueo completo de rama derecha aislado o asociado a hemibloqueo izquierdo anterior; extrasístoles ventriculares repetitivas, bradicardias inferiores a 40 lpm, taquiarritmias supraventriculares). • Aunque la utilidad del tratamiento antiparasitario en las formas crónicas es limitado y controvertido, los pacientes se benefician de un diagnóstico precoz y de un tratamiento coadyuvante efectivo. • Idealmente se debería de realizar el cribado serológico sistemático de donantes de sangre y de mujeres embarazadas con antecedentes epidemiológicos de riesgo.

2. TRIPANOSOMIASIS AFRICANA (ENFERMEDAD DEL SUEÑO)

Es una zoonosis de curso crónico producida por protozoos del complejo *Trypanosoma brucei*, que incluye dos subespecies morfológicamente indistinguibles: *Trypanosoma brucei gambiense* y *Trypanosoma brucei rhodesiense*. Su distribución geográfica se circunscribe a áreas rurales de África tropical, y en la actualidad se considera una enfermedad re-emergente, tras un período en la década de 1960 en la que se llegó a considerar casi eliminada. La OMS estima que en la actualidad existen unas 500.000 casos nuevos cada año en unos 250 focos en 36 países diferentes, con una tasa de mortalidad cercana al 100% de los casos no tratados, lo que genera un importante impacto social y económico en las áreas afectadas.

La infección se transmite a la persona a través de la picadura de moscas del género *Glossina* (mosca tse-tse), que a su vez se infecta al ingerir sangre de otras personas o animales (ganados domésticos, gamos y antílopes) que contienen tripanosomas infectantes, que posteriormente se multiplican en la sangre y en los ganglios linfáticos del huésped, con invasión posterior del sistema nervioso central. Anecdóticamente se han descrito otras vías de transmisión (congénita, accidentes de laboratorio).

Distribución geográfica de la tripanosomiasis africana



Fuente: <http://www.who.int/.../publications/figura24.jpg>.

De las 2 subespecies, *Trypanosoma brucei rhodesiense* produce una enfermedad más virulenta y de progresión más rápida, con un período de incubación más corto (3 días a 3 semanas); se distribuye por focos endémicos en áreas rurales de países de África oriental (Sudán, Uganda, Tanzania); por el contrario, *Trypanosoma brucei gambiense* origina una enfermedad de curso más crónico, con un período de incubación que puede durar meses o años, y se distribuye por países de África occidental y central (Angola, República Centroafricana, Repúblicas Popular y Democrática del Congo) y Uganda.

La infección se desarrolla en 3 fases. En la primera suele observarse un chancro de inoculación en el área de la picadura inicial de la mosca. Posteriormente (fase linfático-sanguínea) puede aparecer un cuadro de fiebre, linfadenopatías no dolorosas, anemia, edema local, erupción cutánea y prurito. Por último, en la fase meningo-encefálica de la infección (de aparición más lenta en el caso de *Trypanosoma brucei gambiense*), el paciente desarrolla un cuadro consuntivo con cefalea intensa, insomnio, somnolencia, alteraciones del comportamiento, pérdida de conciencia y coma.

El diagnóstico se realiza mediante métodos directos (visualización del parásito en muestras de sangre, chancro de inoculación, aspirado ganglionar o líquido cefalorraquídeo) o indirecto (mediante la demostración de anticuerpos específicos mediante técnicas serológicas disponibles sólo en laboratorios de referencia). De estas últimas la más utilizada es el método de aglutinación directa de tripanosomas (CATT), aunque es de utilidad limitada en el caso de *Trypanosoma brucei rhodesiense*.

El tratamiento etiológico depende de la especie infectante y de la fase de la enfermedad: pentamidina, suramina, melarsoprol, eflornitina (o DFMO) o nifutimox. Este último es el único

disponible por vía oral, pero su utilidad está circunscrita a los casos de infección por ***Tripanosoma brucei gambiense*** resistente a los arsenicales, mientras que la eflornitina (o DFMO), de elección en la forma gambiense con afectación del sistema nervioso central, es menos eficaz en la forma rodesiense y debe administrarse por vía intravenosa. Todos estos fármacos tienen un perfil de toxicidad elevado y una efectividad limitada, sólo se pueden conseguir en nuestro medio como medicamentos extranjeros y su administración debe realizarse exclusivamente en medio hospitalario.

La mayoría de los escasos casos de tripanosomiasis africana importada publicados se refieren a viajeros o a cooperantes expatriados, desconociéndose su incidencia real en inmigrantes. No obstante lo habremos de sospechar en pacientes que hayan vivido, residido o viajado a áreas rurales de los países endémicos de África y que presenten clínica de meningo-encefalitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Barret RP, Burchmore RJS, Stich A, Lazzari JO, Frasch AC, Cazzulo JJ, Krishna S. The trypanosomiasis. *Lancet*. 2003;362:1469-80.
- Gascón J, en representación del grupo de trabajo del taller «Enfermedad de Chagas importada: ¿un nuevo reto de Salud Pública?». Conferencia de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Chagas importada. *Med Clí (Barc)*. 2005;125(6):230-5.
- Ochan B. Sleeping sickness re-emerges in Uganda. *British Medical Journal*. 2004;328:7431.70-e.
- Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet Infect Dis*. 2001;1:92-100.
- Ripamonti D, Massari M, Arici C, Gabbi E, Farina C, Brini M, Capatti C, Suter F. African sleeping sickness in tourists returning from Tanzania: the first 2 italian cases from a small outbreak among european travelers. *Clinical Infectious Diseases*. 2002;34:e18-22.
- Roche J. Situación actual de la tripanosomiasis humana africana. *Enfermedades Emergentes*. 2004;6(2):91-7.
- Sahlas DJ, McLean JD, Janevski J, Detsky AS. Out of Africa (Clinical Problem Solving). *New England Journal of Medicine*. 2002;347:749-53.





VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

O) *Dengue*

Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González

El dengue es una enfermedad producida por un *flavivirus* que se transmite a la persona a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes aegypti*, fundamentalmente en áreas urbanas y periurbanas y durante las horas del día. En la actualidad se considera una enfermedad emergente debido a la expansión en la distribución geográfica de los mosquitos vectores en los últimos 20 años, propiciada por los cambios climáticos y los intensos movimientos migratorios en su área de distribución. La enfermedad es endémica en amplias zonas tropicales y subtropicales, siendo las más afectadas el sudeste asiático, el subcontinente indio, el Caribe, América Central, Sudamérica y el Pacífico. Se estima que en la actualidad existen unos 2.500 millones de personas que viven en áreas de riesgo, con una incidencia anual de 50 millones de casos de dengue clásico y unos 500.000 hospitalizaciones debidas a la fiebre hemorrágica por dengue (FHD, o dengue hemorrágico) o al síndrome de shock por dengue (SSD), responsables de unas 20.000 muertes anuales en todo el mundo.

Áreas con riesgo de transmisión de dengue, OMS 2005



Fuente: <http://www.who.int/csr/disease/dengue/impact/en/index.html>.

En Europa los casos diagnosticados de dengue son importados por personas que viajan a zonas endémicas. Nuestro país presenta las condiciones ecológicas favorables para los mosquitos vectores; no obstante para la aparición de casos autóctonos en nuestro país, al igual que ocurre con otras enfermedades transmitidas por vectores, se requiere no sólo la presencia del vector, sino también una masa crítica de personas con el virus circulante en sangre.

Se conocen 4 serotipos del virus del dengue cuya infección no confiere inmunidad cruzada frente al resto de los serotipos. El período de incubación de la enfermedad es corto (típicamente de 4 a 7 días, rango 3-14 días), al igual que la mayoría de las infecciones producidas por arbovirus y las fiebres hemorrágicas virales. El dengue es un cuadro febril pseudogripal con un curso bifásico, que presenta como datos clínicos sobresalientes la presencia de importantes artromialgias (motivo por el que se denomina «fiebre quebrantahuesos» en algunos países latinoamericanos), cefalea retroorbitaria (en ocasiones con meningismo), con dolor a la movilización de los globos oculares y, característicamente, alteraciones del gusto (disgeusia) y bradicardia relativa (desproporcionada al grado de la fiebre). En el cuadro clásico, al 3º-4º día del inicio de la fiebre (generalmente coincidiendo con la defervescencia de la fiebre), aparecen linfadenopatías y un exantema macular generalizado de distribución centrípeta, que respeta a la cara y cuyo aspecto es similar al de una quemadura solar con un importante componente de vasodilatación cutánea, por lo que característicamente blanquea a la vitropresión. Este dato facilita el diagnóstico diferencial clínico con la gripe y los estadios iniciales del paludismo (que cursan sin exantema) y con otras enfermedades febriles exantemáticas (sarampión, rubéola, rickettsiosis, fiebre tifoidea o leptospirosis). En las personas de piel oscura el exantema puede pasar desapercibido. El exantema desaparece al 3º-4º día coincidiendo con la defervescencia definitiva de la fiebre, con descamación e hiperpigmentación cutánea transitoria. Analíticamente es característica la presencia de neutropenia, plaquetopenia y elevación leve o moderada de las transaminasas y de la LDH.

En menos del 1% de los enfermos, fundamentalmente en aquéllos que presentan episodios repetidos de infección por distintos serotipos virales, se produce un aumento patológico de la permeabilidad capilar mediado inmunológicamente, que cursa con diátesis hemorrágica sistémica, trombopenia, aumento del hematocrito y aparición de terceros espacios (ascitis, derrame pleural) con hipotensión grave. Este cuadro, que puede dar lugar a las variantes clínicas de «dengue hemorrágico» (FHD) o de síndrome de shock por dengue (SSD), presenta una mortalidad elevada (10-40%), y aparece fundamentalmente en niños y niñas menores de 15 años durante las epidemias en áreas hiperendémicas (sobre todo el sudeste asiático), aunque ocasionalmente puede presentarse en población adulta, incluyendo viajeros intercontinentales e inmigrantes.

El tratamiento del dengue es exclusivamente sintomático. Es importante evitar la administración de ácido acetilsalicílico ya que, por su efecto antiagregante plaquetario, puede aumentar el riesgo de hemorragias. Los casos no complicados se resuelven en 10-15 días.

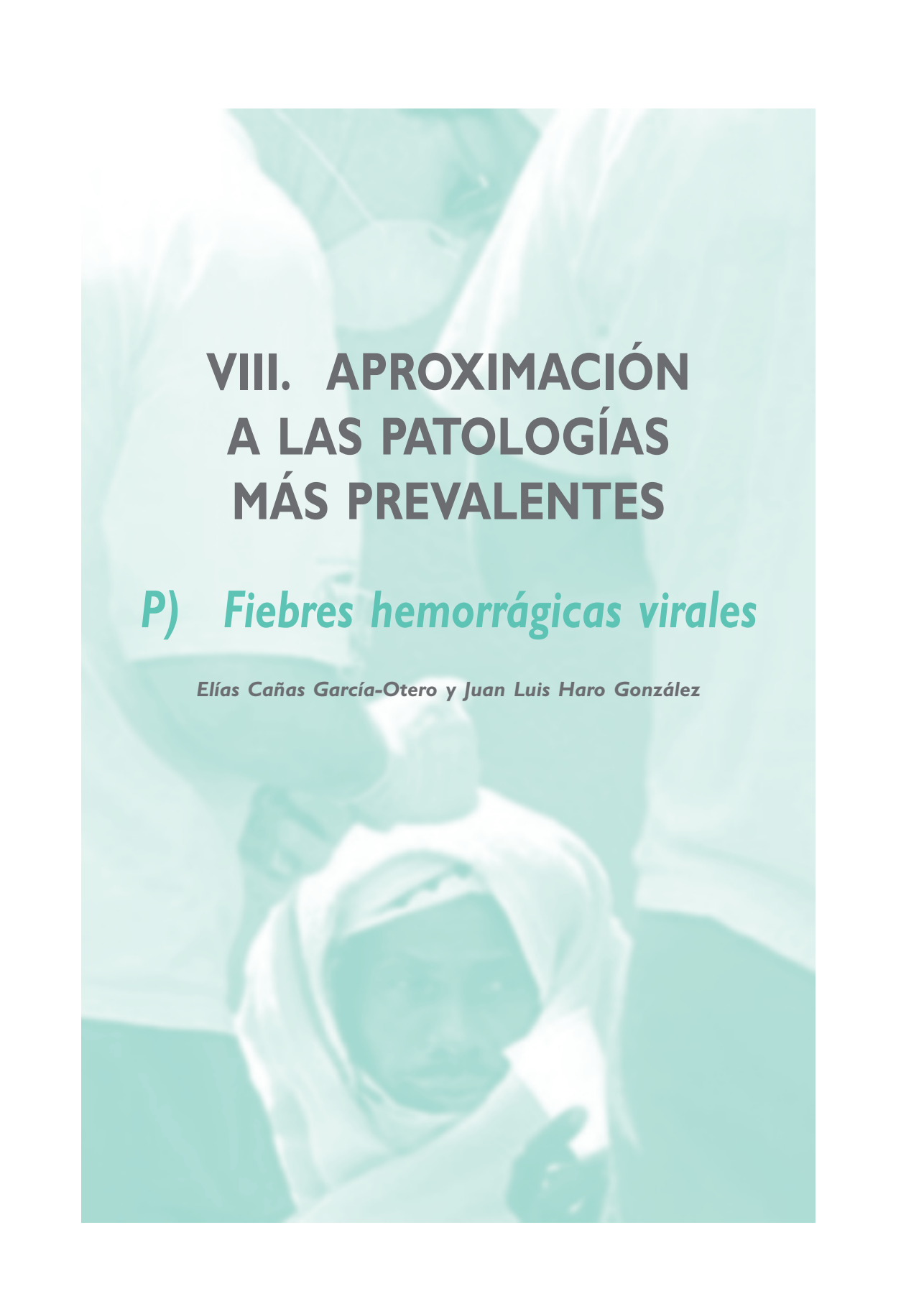
Dengue: ideas clave
• Enfermedad viral emergente debido al aumento de su área de distribución y de la del mosquito vector en los últimos 20 años. • Pensar en dengue ante todo cuadro febril en inmigrante o viajero que presente las siguientes características: – Aparición inmediatamente al regreso del viaje (período de incubación típico de 4 a 7 días, siempre inferior a 2 semanas) al Caribe, América Latina o Asia. – Curso bifásico, con importantes artromialgias («fiebre quebrantahuesos»), cefalea retroorbitaria (con dolor a la movilización de los globos oculares), alteraciones del gusto (disgeusia) y bradicardia relativa, y coincidiendo con la reaparición de la fiebre, linfadenopatías y un exantema macular generalizado centrípeto que recuerda a una quemadura solar. – Neutropenia, plaquetopenia y elevación leve o moderada de las transaminasas y de la LDH.

Dengue: ideas clave (cont.)

- En menos del 1% de los afectados pueden aparecer complicaciones graves con una elevada mortalidad: «dengue hemorrágico» y «síndrome de shock por dengue».
- El tratamiento es exclusivamente sintomático y se debe de evitar el uso de AAS y otros fármacos con efecto antiagregante plaquetario.

BIBLIOGRAFÍA

- Domingo-Carrasco C, Gascón Bustrega J. Dengue y otras fiebres hemorrágicas virales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(10):615-26.
- Gibbons RV, Vaughn DW. Dengue: an escalating problem. *BMJ*. 2002;324:1563-6.
- Guzmán MG, Kourí G. Dengue: an update. *Lancet Infectious Diseases*. 2001;2:33-42.
- Jelinek T, Muhlberger N, Harms G, Corachan M, Grobusch MP, Knobloch J, Bronner U, Laferl H, Kapaun A, Bisoffi Z, Clerinx J, Puente S, Fry G, et al. Epidemiology and Clinical Features of Imported Dengue Fever in Europe: Sentinel Surveillance Data from TropNetEurop. *Clin Infect Dis*. 2002;35:1047-52.
- Malavige GN, Fernando S, Fernando DJ, Seneviratne SL. Dengue viral infections. *Postgrad Med J*. 2004;80:588-601.
- Rigau-Pérez G, Clark D, Gubler P, Reiter E, Sanders A, Vance Vorndam. Dengue and dengue haemorrhagic fever: *The Lancet*. 1998;352(9132):971-7.
- Wilder-Smith A, Schwartz E. Dengue in travelers. *N Engl J Med*. 2005;353:924-932.
- World Health Organisation. *Dengue, dengue haemorrhagic fever and dengue shock syndrome in the context of the integrated management of childhood illness*. Disponible en URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/DP/WHO_FCH_CAH_05.13.pdf.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

P) Fiebres hemorrágicas virales

Elías Cañas García-Otero y Juan Luis Haro González

Se trata de un grupo numeroso de enfermedades agudas producidas por virus de distintas familias (*arenavirus*, *filovirus*, *bunyavirus* y *flavovirus*) que tienen, como denominadores comunes, el de producir fiebre, y en los casos más graves, hemorragias generalizadas, *shock* y fallo multiorgánico, con una importante mortalidad (hasta el 80%); el de tratarse de zoonosis con diversos hospedadores vertebrados o invertebrados, en las que los casos humanos se producen en brotes esporádicos, cuando la persona entra incidentalmente en el ciclo natural del virus, generalmente en áreas rurales, y el de tener un período de incubación generalmente corto (entre 3 y 21 días). La distribución de cada virus está restringida al área geográfica en la que están presentes sus reservorios y vectores, aunque algunos (como el dengue o la fiebre amarilla), están ampliamente distribuidos por áreas tropicales y subtropicales.

Según el modo de transmisión se pueden clasificar en tres grandes grupos: a) transmisión a través de un artrópodo vector (arbovirus), ya sea un mosquito (p. ej.: fiebre amarilla, dengue, FHV del valle del Rift o la fiebre de Chikungunya) o una garrapata (p. ej.: FHV de Crimea-Congo); b) transmisión a partir de las deyecciones de roedores (p. ej.: fiebre de Lassa, las FHV argentina, boliviana, venezolana o brasileña, los hantavirus productores del de la fiebre hemorrágica con síndrome renal o el virus de la viruela de los monos, *monkey-pox*) y c) transmisión directa de persona a persona, como la fiebre de Ébola.

La presencia de pacientes con este grupo de enfermedades en nuestro país constituye un riesgo potencial, motivado tanto por el aumento en la velocidad y en la frecuencia de los viajes internacionales, como por la inespecificidad de los síntomas iniciales (fiebre, bradicardia relativa, artralgias, faringitis, conjuntivitis, petequias, o un exantema morbiliforme en el caso de infección por filovirus Marburg y Ébola) antes de la aparición de las manifestaciones hemorrágicas (cutáneas, orificios mucosos, órganos internos), que afortunadamente sólo aparecen en un pequeño porcentaje de las personas infectadas. Es importante recordar que algunas de estas enfermedades son endémicas en Europa del Este (FHV de Crimea-Congo, FHV con síndrome renal), y que para otras existen los vectores y reservorios adecuados para su mantenimiento en nuestro país y otros de la Europa meridional.

No hay datos de la incidencia de estas enfermedades en inmigrantes. No obstante, el riesgo de contagio a partir de un viajero o de un inmigrante infectado sería extremadamente bajo, exceptuando aquellos virus (Ébola, Marburg, Lassa, Crimea-Congo, viruela de los monos) en los que se ha demostrado la posibilidad de transmisión directa de persona a persona. Esta transmisión secundaria puede ocurrir por contacto directo con la persona enferma o con sus fluidos biológicos, o indirectamente a través de objetos contaminados, por lo que el personal sanitario responsable de la atención a los casos (confirmados o no) constituye el grupo de mayor riesgo de infección en nuestro medio.

A efectos de vigilancia epidemiológica se debe considerar como caso sospechoso de FHV a todo paciente con fiebre que, en las tres semanas anteriores a su inicio, haya viajado o vivido en un área endémica de FHV en la que recientemente haya habido casos, independientemente de que presente o no manifestaciones hemorrágicas.

Todo caso sospechoso debe de notificarse inmediatamente a las autoridades sanitarias tanto para su traslado, diagnóstico y manejo en un centro sanitario en el que existan instalaciones de bioseguridad apropiadas, como para la identificación y vigilancia de los posibles contactos. La confirmación de caso se hará en un laboratorio de referencia a partir de muestras de sangre o de otras (secreciones faríngeas, orina) y el tratamiento inicial es básicamente de soporte. En los casos en los que se sospeche una FHV por un virus no-filovirus (es decir, distinto a Marburg y Ébola) debe iniciarse el tratamiento parenteral con ribavirina, que se ha demostrado altamente eficaz en los estadíos precoces de la fiebre de Lassa y, aunque menos eficaz, en la FHV de Crimea-Congo y la FHV con síndrome renal.

Fiebres hemorrágicas virales: ideas clave

- Enfermedades producidas por virus con varias características comunes:
 - Tras un período inicial inespecífico, causan diátesis hemorrágica grave, shock y fallo multiorgánico, con una importante mortalidad (hasta el 80%).
 - Son zoonosis endémicas en áreas tropicales y subtropicales en las que el hombre es un hospedador incidental.
 - Período de incubación generalmente corto (3-21 días).
- A efectos de vigilancia epidemiológica se debe considerar como caso sospechoso de FHV a todo paciente con fiebre que, en las tres semanas anteriores a su inicio, haya viajado o vivido en un área endémica de FHV en la que recientemente haya habido casos, independientemente de que presente o no manifestaciones hemorrágicas.
- Todo caso sospechoso debe de notificarse inmediatamente a las autoridades sanitarias para su adecuado manejo e identificación y vigilancia de los posibles contactos.

BIBLIOGRAFÍA

- Anonimus. Management of patients with suspected viral hemorrhagic fever. *Morb Mort Wkly Rep*. 1988;37 suppl 3:1-16. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00037085.htm>.
- Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo de fiebres hemorrágicas virales. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2003;11(18):205-8. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0334.pdf>. Fe de erratas publicada en *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2003;11(23):268. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0334.pdf>.
- World Health Organization (WHO). *Fiebres hemorrágicas víricas*. Disponible en URL: http://www.who.int/topics/haemorrhagic_fever_viral/es/index.html.



VIII. APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

Q) *Aproximación sindrómica a las patologías más frecuentes*

Antonio Toro de Federico

Puesto que la patología más frecuente en nuestro medio es también la más común en inmigrantes, en el proceso diagnóstico debemos seguir la misma sistemática que con el resto de nuestros pacientes. Eso sí, tendremos que tener presentes las enfermedades que pueden ser adquiridas en los países tropicales y que no existen o son poco frecuentes en nuestro medio. Conocerlas y pensar en ellas es la única manera de poder diagnosticarlas.

Basándonos en algunos de los motivos de consulta más frecuentes entre pacientes inmigrantes y, a partir del síntoma o signo guía, comentaremos aspectos básicos de la anamnesis, exploración, pruebas complementarias y diagnósticos diferenciales.

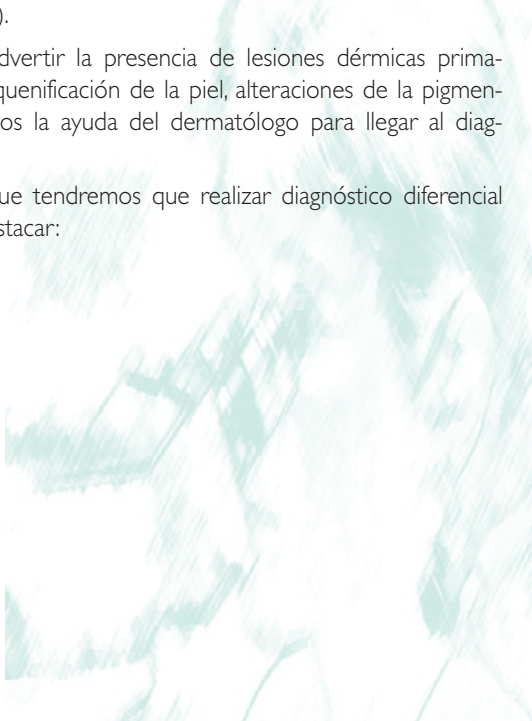
I. PRURITO

El interrogatorio exhaustivo nos permitirá conocer las características del picor. Investigaremos el tiempo transcurrido desde la llegada a nuestro país, el tiempo de evolución, la intensidad, la extensión, la existencia de factores etiológicos (higiene personal, contacto con animales, toma de fármacos, condiciones laborales...).

Una buena inspección nos permitirá advertir la presencia de lesiones dérmicas primarias o secundarias (excoriaciones lineales, liquenificación de la piel, alteraciones de la pigmentación y xerodermia). A veces necesitaremos la ayuda del dermatólogo para llegar al diagnóstico.

Dentro de las enfermedades con las que tendremos que realizar diagnóstico diferencial en este colectivo de pacientes, hay que destacar:

- Sífilis.
- Ácaros, pulgas, piojos.
- Sarna.
- Giardiasis.
- Oncocercosis.
- Hongos superficiales.
- Strongiloidiasis.
- Loaosis.
- Larva cutánea *migrans*.
- Oxiuros.
- Tratamientos con cloroquina.



En función del tiempo en España, si son recién llegados o han estado de visita en su país podemos pensar en la larva cutánea *migrans*; si ya llevan años de residencia valoraremos oncocercosis u otras filarias, giardia o sarna.

Signos o síntomas que pueden acompañar al prurito son los siguientes:

Signos y síntomas	Orientación diagnóstica
Epigastralgia + eosinofilia	Nematodos intestinales
<i>Presbidermia</i> : envejecimiento prematuro de la epidermis. Piel muy seca, poco elástica y engrosada <i>Oncocercomas</i> : nódulos subcutáneos, duros, de hasta 5 cm, adheridos a planos profundos y localizados sobre prominencias óseas (sacro, región ilíaca, cóccix, pierna o región cefálica)	Oncocercosis
Edemas de Calabar (edema migratorio)	Filariasis por <i>Loa loa</i>
Pápulas o nódulos pruriginosos en vulva (precisa biopsia)	Esquistosoma

Las pruebas complementarias de laboratorio que nos pueden ayudar en el diagnóstico son:

1. Hemograma completo y bioquímica (si encontramos eosinofilia debemos pensar en oncocercosis, filariasis o estrongiloidiasis).
2. Parásitos en heces y test de Graham.
3. Gota fresca de sangre para buscar filarias.
4. *Snip* cutáneo. Obtención de una muestra dérmica para diagnóstico de oncocercosis. Se realiza una escarificación de las capas más superficiales de la piel que recubre a un nódulo cutáneo sospechoso de oncocercosis mediante una aguja hipodérmica (sin llegar a producir sangrado). Después se observa con el microscopio la muestra obtenida, tras añadir una gota de suero salino.

2. SÍNDROME FEBRIL

La fiebre es uno de los signos más importantes de las enfermedades tropicales agudas.

Para llegar a un diagnóstico habrá que tener en cuenta las respuestas a estas tres preguntas:

- ¿Ha estado el paciente recientemente en el trópico?, ¿y algún compañero?
- ¿La fiebre es aguda o crónica?
- ¿La fiebre se acompaña de otros síntomas o signos?

Siempre recordaremos que toda fiebre en una persona que haya visitado los trópicos en los últimos meses es un paludismo mientras no se demuestre lo contrario, dada su posible gravedad.

Ante cualquier síndrome febril agudo o crónico sin diagnosticar tras estudio en Atención Primaria se debe remitir al paciente a un centro hospitalario para valorar otras posibilidades diagnósticas (fungosis profundas, histoplasmosis, dengue, fiebres hemorrágicas o encefalíticas, infección VIH o sus complicaciones, tuberculosis diseminada...).

Fiebre aguda tras viaje al trópico
• Paludismo. • Brucelosis. • Fiebre tifoidea. • Borreliosis. • Leptospirosis. • Rickettsiosis. • Absceso hepático amebiano. • Hepatitis. • Otras infecciones virales. • Infecciones cutáneas. • Infecciones sépticas ginecológicas.
Fiebre aguda sin viaje reciente
• Paludismo (<i>Plasmodium ovale</i> y <i>Plasmodium vivax</i>). Estas formas se acantonan a nivel hepático y años después pueden producir enfermedad. • Absceso hepático amebiano.

Fiebre crónica	
• Brucelosis. • Absceso hepático amebiano. • Tuberculosis. • Sífilis secundaria . • Eritema nodoso de la lepra. • Toxoplasmosis.	• Leishmaniosis visceral. • Tripanosomiasis. • Filariosis. • Fasciolosis. • Esquistosomiasis toxémica.

3. ADENOPATÍAS

Los posibles cuadros relacionados son los siguientes:

• Tuberculosis. • VIH. • Filariosis. • ITS (sífilis y otras). • Linfoma de Burkitt.	• Oncocercosis (inguinales). • Esquistosomiasis (<i>S. japonicum</i>). • Lepra. • Tripanosomiasis.
---	---

4. PATOLOGÍA CARDIO-RESPIRATORIA

Los cuadros más característicos son éstos:

- Broncoespasmo: cuando se acompaña de eosinofilia, pensar en ascariosis (síndrome de Löeffler), uncinariosis, eosinofilia pulmonar tropical.
- Hemoptisis: tuberculosis, paragonimosis, amebiasis, hidatidosis.
- Cor pulmonale: esquistosomas, paragonimosis, drepanocitosis, paracoccidioidomycosis, eosinofilia pulmonar tropical.
- Miocarditis: tripanosomiasis africana y americana.

5. PATOLOGÍA ABDOMINAL

5.1. Dolor abdominal

Hay que seguir la misma sistemática de estudio que con el resto de los pacientes. No debemos olvidar algunas posibilidades:

- Un absceso vertebral tuberculoso (Mal de Pott) o una espondilitis brucelar. Si el dolor abdominal es difuso y existen otros síntomas sugestivos como febrícula, pérdida de peso, astenia, etcétera.
- Una anemia de células falciformes en un homocigoto si simula un abdomen agudo en menores anémicos.
- Un absceso hepático amebiano si aparece dolor en hipocondrio derecho o irradiado al hombro.
- Un infarto esplénico en la enfermedad por células falciformes o una malaria *falciparum* aguda si el dolor es en el hipocondrio izquierdo.

5.2. Epigastralgia

La epigastralgia es un motivo de consulta muy frecuente en personas inmigrantes de África occidental. Si existiera la imposibilidad de efectuar un interrogatorio adecuado para definir las características de este síntoma y poder orientar el diagnóstico, la actitud más práctica podría ser:

- Administrar tratamiento con antiácidos y solicitar un hemograma y un estudio de parásitos en heces.
- La presencia de eosinofilia habla a favor de parasitosis. El examen de las heces nos daría el diagnóstico de certeza.
- Si hay eosinofilia importante (>20%) en sangre periférica y el resultado del frotis es negativo, o bien si hay mala evolución de los síntomas a pesar del tratamiento con antiácidos, habrá que derivar al paciente al hospital de referencia para practicar una fibrogastroscoopia y descartar la presencia de *strongiloides* en duodeno.

5.3. Hematemesis y melenas

Son frecuentes debidas a varices esofágicas en la esquistosomiasis intestinal crónica y en las cirrosis secundarias a hepatitis B o C. También se observa sangrado en las fases terminales de la fiebre amarilla y de las fiebres hemorrágicas víricas.

5.4. Síndrome diarreico

- *Agudo*: los más frecuentes igual que en nuestro medio son la disentería bacilar por *shigella*, enterocolitis por *campylobacter*, salmonelosis, E. coli y rotavirus.
 - Si se acompaña de sangre: amebiasis, balantiosis, trichiuriasis.
 - Si aparece fiebre: linfogranuloma venéreo, triquinosis, deshidratación o parasitosis.
 - Si aún a sangre y fiebre: malaria intestinal (en niños y niñas) y esquistosomiasis.

- **Crónico:**
 - Con sangre y/o esteatorrea: poliparasitación.
 - Con fiebre y síndrome constitucional: tuberculosis intestinal y SIDA.

5.5. Hepatomegalia y esplenomegalia

Hallazgo frecuente en los trópicos. Algunas de las causas más frecuentes en inmigrantes procedentes de zonas tropicales son:

Hepatomegalia	Esplenomegalia
• Malaria. • Esquistosomiasis <i>mansoni</i> o <i>japonicum</i>. • Leishmaniasis visceral. • Toxocariasis. • Absceso hepático amebiano. • Hidatidosis. • Trematodos hepáticos (<i>fasciola</i> y <i>opisthorchus</i>). • Hepatitis vírica. • Cirrosis. • Cáncer hepatocelular. • Malnutrición energético proteica. • Hemoglobinopatías (células falciformes y talasemia).	• Malaria. • Esquistosoma <i>mansoni</i> y <i>japonicum</i>. • Esplenomegalia palúdica hiperreactiva. • Leishmaniasis visceral. • Tripanosomiasis africana. • Bartolosis. • Brucelosis. • Fiebre tifoidea. • Tifus. • Fiebre recurrente. • Hipertensión portal por cirrosis hepática. • Hemoglobinopatías (células falciformes y talasemia).

5.6. Patología vías urinarias

Básicamente descartar:

- Esquistosomiasis. Alta prevalencia en algunos países tropicales. Con hematuria.
- Tuberculosis renal. Con hematuria.
- ETS: uretritis, prostatitis, epididimitis, vaginitis...

6. HEMOGRAMA PATOLÓGICO

Síndrome anémico

La causa más frecuente es multifactorial (nutricional, malabsorción...). Considerar también según sus características:

- Microcítica.
- Ferropénica: anemia ferropénica por parasitación intestinal por *ancylostoma* (principal responsable de anemia en las zonas tropicales).
- Talasemia.
- Hemolítica: malaria, enfermedad de células falciformes, esplenomegalia con hiperesplenismo, déficit de G 6 PDH.
- Macroscítica: difilobotriosis.

Eosinofilia

- Filariosis: hemolinfáticas y oncocercosis.
- Esquistosomiasis aguda.
- Infecciones por parásitos no humanos (toxocara, anquilostomas animales).
- Fase migratoria de nematodos intestinales: *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Ascaris lumbricoides*, *strongiloides*.
- Triquinosis.

Leucopenia

- Dengue.
- Leishmaniasis.
- Fiebre amarilla.
- Brucelosis.
- Fiebre tifoidea.
- Infección por VIH.

Trombocitopenia

Puede acompañar a muchas infecciones, pero hay que descartar malaria (típicamente trombopenia con hiperesplenismo) o infección por VIH.

7. MANIFESTACIONES OCULARES

- Conjuntivitis y *pterygium*.
- Lepra: pérdida de cejas y pestañas, lagofthalmos paralítico con queratitis.
- Oncocercosis: opacidades corneales, queratitis esclerosante, atrofia óptica.
- Tracoma: folículos pálidos en conjuntiva al evertir párpado superior en fases iniciales; ceguera posteriormente.
- Loaíasis: movimiento del gusano a través de la conjuntiva.
- Leptospirosis: hemorragias subconjuntivales.
- Enfermedad de Chagas y tripanosomiasis africanas: edema palpebral y facial unilateral.

8. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS

- *Encefalopatía difusa*: malaria cerebral, infección por VIH, meningitis tuberculosa, sífilis, tripanosomiasis africana.
- *Convulsiones*: malaria cerebral, esquistosomiasis, cisticercosis y toxoplasmosis.
- *Afectación del sistema nervioso periférico*:
 - Mielitis transversa: granulomas parasitarios ectópicos (esquistosomas, cisticercosis, bartonelosis).
 - En la lepra: lesiones hipopigmentadas con disminución de la sensibilidad, nervios agrandados, duros y sensibles, parálisis, anestesia y lesiones neuropáticas.

- VIH.
- Sífilis.
- Por déficit nutricionales vitamínicos: síndrome de los «pies quemantes» en la pelagra o atrofia miembros inferiores en el déficit de tiamina.
- Tóxicos: plomo, mercurio, organofosforados, latirismo (por harina de altramuz).
- Otras: paraparesia espástica tropical, tripanosomiasis americana, tuberculosis (Mal de Pott).

9. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

- Reacciones de ansiedad, manifestadas en su mayoría con síntomas físicos y relacionadas con problemas de adaptación.
- Síndromes depresivos con somatizaciones (debilidad, incapacidad sexual, sensaciones de calor o frío, parestesias).
- Síndrome de Ulises: trastorno por estrés crónico derivado de su proceso de adaptación. Los factores determinantes son:
 - Soledad (alejamiento familiar).
 - Sentimiento interno de fracaso (precariedad laboral).
 - Sentimiento de miedo (relaciones con las mafias).
 - Sentimiento de lucha por sobrevivir.

10. ASISTENCIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE DESDE LOS PUNTOS DE URGENCIAS

El aumento de la población inmigrante (PI) en nuestro medio y su demanda de asistencia sanitaria está condicionando una serie de cambios en la actuación de los profesionales en sus distintos niveles: atención primaria (AP), servicios de urgencias hospitalarios (DCCUH) y de AP (DCCUAP) y atención especializada hospitalaria.

La demanda asistencial urgente por PI varía entre un 6 y un 20% de todos los pacientes atendidos según los estudios. *A priori* parecen existir una serie de características en esta población que favorecerían la sobrecarga de los servicios de urgencias:

- Estilos o hábitos de vida diferentes que favorecen la demanda de servicios ante la existencia de síntomas reales de enfermedad.
- Desconocimiento de los recursos sanitarios disponibles y los cauces normales de atención.
- Situación laboral precaria que obliga a acudir a servicios con mayor accesibilidad horaria.
- Situación administrativa irregular que hace buscar atención de forma itinerante.

A pesar de ello, estas características sólo están presentes en un tercio de la PI asistida en urgencias. Además, las características clínicas, los motivos de consulta y el destino final de los pacientes son similares entre PI y población autóctona (PA).

Es evidente que la barrera idiomática y la forma peculiar de interpretar los síntomas suele condicionar mayores tiempo de asistencia y mayor solicitud de pruebas complementarias

para encontrar datos objetivos que faciliten nuestra atención y/o descarten la patología más grave.

En cambio, la falta de información de los recursos sanitarios disponibles y su correcto uso y la deficiente educación sanitaria es común, de acuerdo con los artículos publicados al respecto, entre PA y PI.

Por otra parte, los principales motivos de consulta (síntomas inespecíficos —mareo, malestar general, astenia, dolores mal definidos—, síntomas respiratorios, dolor abdominal y lesiones dermatológicas) guardan proporción similar entre ambas poblaciones; aunque en la PI nos vemos obligados a considerar otras posibilidades diagnósticas no existentes o infrecuentes en nuestro medio como hemos desarrollado en el apartado de valoración sindrómica.

Cuando la atención se realice desde los servicios de urgencias de AP los objetivos podrían ser los siguientes:

- Descartar patología grave que requiera derivación a urgencias hospitalarias.
- Iniciar tratamientos si son precisos.
- Realizar peticiones de las pruebas complementarias que se requieran dirigiendo los resultados a su médico de familia.
- Facilitar citas para asegurar la continuidad asistencial (para solicitud de tarjeta sanitaria, asignación de médico y petición de cita para éste) de forma que sea su médico de familia quien realice el seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: Ergon, 2003.
- Farias Huanqui P. *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*. Madrid: Jarpyo Editores, 2003.
- Gargantilla P. *Manual de atención a inmigrantes*. Madrid: Ergon, 2003.
- Junyent M et al. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*. 2006;18:232-5.
- Junyent et al. Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006; Monografías vol. 29, suplemento I.
- López-Vélez R. *Inmigración y salud. Aproximación desde atención primaria*. Madrid: PBM, 2002.
- Merino P. *Medicina tropical*. Madrid: Ergon, 2003.
- Parrilla et al. Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias. *Medicina de Familia (And)*. 2003;3:195-8.
- Vargas et al. Crisis de ansiedad en inmigrantes, un nuevo reto para el médico de urgencias. *Emergencias*. 2004;16:62-5.
- Vázquez Villegas J et al. Asistencia inicial a inmigrantes en atención primaria. *FMC*. 2003;10(supl 4): 83-97.
- Wyat G. Enfermedades tropicales (II). *Salud Rural*. 2002;14:67-77.

A young child with dark skin and hair is sitting on a light-colored, textured ground. The child is wearing a dark top and light-colored shorts. A striped bag is on the ground next to them. The entire image is overlaid with a semi-transparent teal filter.

IX. CUIDADOS EN SALUD

A) Cuidados de enfermería a población inmigrante

*Pilar Baraza Cano, Nieves Lafuente Robles
y Alejandro Granados Alba*

I. ENFERMERÍA TRANSCULTURAL, COMPETENCIA CULTURAL E INMIGRACIÓN

Los cuidados en salud y en la enfermedad tienen que ver con lo cotidiano, con lo que comemos, dónde trabajamos, con quién nos relacionamos, cuál y cómo es nuestro tiempo de ocio, etc., es decir con aquellas conductas y hábitos que conforman un estilo de vida más o menos saludable, este estilo de vida natural o modificado por la enfermedad está enmarcado en un contexto cultural que habitualmente los profesionales de enfermería damos por conocido en una gran parte, al creer que existe una importante confluencia entre nuestra vida y la de las personas a las que atendemos, que en su mayoría se han desarrollado en el mismo entorno. Aunque este hecho no es realmente así, y hay factores importantes como la edad o la existencia de subculturas, que son necesarios tener en cuenta para establecer una relación eficaz, es en la atención a las personas inmigrantes cuando se hace más necesario no dar nada por conocido.

Según Vázquez Truissi la inmigración es una dimensión de la diversidad cultural que se caracteriza por tres importantes rasgos: la ruptura con su medio, la diferencias de cultura y de idioma y las dificultades para el acceso a los servicios de salud.

Las dificultades de la migración unido a las condiciones de vida originan desigualdades sociales que generan desigualdades en salud (Roca i Capara, 2001). Los profesionales de enfermería tenemos que ser sensibles a dichas desigualdades. Por ello en las intervenciones enfermeras tanto individuales como colectivas tenemos que tener presente estos dos factores: inmigración como desigualdad e inmigración como contextos culturales diversos.

Las culturas de las diferentes poblaciones y su concepto de salud y enfermedad son diferentes en función de su procedencia. Según Madeleine Leininger (Modelo de Enfermería Transcultural) el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas ofreciendo un cuidado culturalmente congruente.

Las situaciones adversas que se presentan a lo largo de la vida en relación con la salud (el mal, la enfermedad, la desgracia) y por supuesto también la salud en sí misma tienen diversidad de interpretaciones y vivencias según la cultura en la que se encuadran, porque la actitud ante la enfermedad y los métodos utilizados para luchar contra ella difieren de una sociedad o cultura a otra.

En España existe una gran bibliografía sobre patologías médicas, pero actualmente existe escasa información escrita sobre las diferencias respecto a las necesidades de cuidados que presenta esta población en relación con enfermería. Por otro lado en los últimos años se

intenta trabajar desde la Metodología Diagnóstica de Enfermería como proceso de resolución de problemas, de hecho la utilización de los Diagnósticos de Enfermería según estudios realizados mejora la valoración del método (Mena Navarro y col., 2001) y nos ayuda a brindar unos mejores cuidados a los usuarios (Luis Rodrigo, 1991).

El aumento de la inmigración nos coloca a los profesionales de enfermería frente a nuevos retos, para los cuales tenemos poca experiencia, por ello es necesario que nos formemos en habilidades y actitudes que faciliten el tratar e interactuar con personas de otras culturas y con cosmovisiones diferentes a las nuestras. En este sentido se manifiestan distintos autores y estudiosos del tema.

Según Moreno Preciado se requiere de nosotros la atención a nuevas demandas en contextos más complejos, donde se hace necesario conocer otras formas de entender el proceso salud/enfermedad/atención, así como entender las repercusiones del proceso migratorio en la salud de los inmigrantes. Requiere asumir un modelo de práctica profesional centrada en la aplicación de unos cuidados integrales y holísticos, desmarcada del modelo biomédico (Moreno Preciado, 2003). Y en el mismo sentido Spector nos dice que el entendimiento de las creencias y prácticas culturales relacionadas con la salud de una persona sirve para crear un entorno en el que basamos nuestros cuidados de enfermería en factores culturales además de las necesidades de salud físicas o mentales (Spector, 2003).

Para Vázquez Truissi el cuidado transcultural exige tener una relación empática con las personas y comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural. Estos elementos permiten identificar las diferencias y similitudes del cuidado y ofrecer acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural (Vázquez Truissi, 2001).

El conocimiento cultural en enfermería implica que para proveer el cuidado cultural, la enfermera debe asumir un modelo de práctica profesional centrada en la aplicación de cuidados integrales y holísticos, desmarcada del modelo biomédico; para ello debe tener ciertas habilidades que faciliten la competencia cultural con el mismo. La competencia cultural implica la aceptación y respeto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender como esas diferencias influyen en las relaciones con los pacientes y habilidad para ofrecer estrategias que mejoren nuestros encuentros culturales de acuerdo a las necesidades. La enfermería debe identificar, en los sujetos a quien cuida, aquellas prácticas y valores dignas de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud.

Campinha-Bacote en su modelo de competencia cultural define el proceso de la capacidad cultural en la entrega de los servicios de salud como el proceso en el cual el profesional se esfuerza continuamente en alcanzar la capacidad y la disponibilidad de trabajar con eficacia dentro del contexto cultural de un cliente (familia, individuo y comunidad) (Campinha-Bacote, 2002).

Según se recoge en la revisión bibliográfica realizada por Lillo y col. (2004) para Leininger algunas de las razones por las cuales la «competencia cultural aplicada a los cuidados» o «cuidados culturalmente competentes» se hacen necesarios en el campo de Enfermería son:

- El cuidado culturalmente apropiado se convierte en significativo para personas que están enfermas o sanas y es un potente generador de progresos curativos.
- Las enfermeras necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados para que mejoren o sean congruentes con el estilo de vida e intereses de los usuarios con la finalidad de beneficiarles terapéuticamente.

- Un cuidado profesional y culturalmente apropiado determina la capacidad curativa en las personas y refuerza la creencia de que no puede haber curación sin cuidado.
- Lo que más quieren las personas cuando van a un hospital, a una clínica o a cualquier agente de salud es un buen cuidado de enfermería que demuestre conocimiento y sensibilidad a los que están siendo cuidados. Las enfermeras como principales realizadoras de cuidados tienen una oportunidad especial para hacer enfermería transcultural.
- Cuando los valores culturales del cuidado son comprendidos y realizados por las enfermeras se evita la no cooperación de las personas y que se sientan incomprendidas o rechazadas.
- La enfermería transcultural hace del cuidado algo con significado y proporciona muchas recompensas al cuidar a personas de culturas diferentes.

2. VALORACIÓN ENFERMERA EN POBLACIÓN INMIGRANTE

La valoración de necesidades de cuidados en la población inmigrante conlleva un proceso semejante al de la población autóctona. El elemento diferenciador es identificar aquellas necesidades de cuidados derivadas de su situación de emigrantes: cambio de cultura, idioma, medio social, ausencia de familia, etc., así como de los derivados de sus condiciones de vida (en algunos casos): hacinamiento, malas condiciones de vivienda, etc. e identificar los aspectos positivos hacia la salud que presentan en función de su cultura para potenciarlos.

La valoración se puede realizar de acuerdo a distintos modelos de cuidados de enfermería. Entre ellos los más utilizados son: el de necesidades de Virginia Henderson, el de autocuidados de Dorotea Orem y el de autocuidados cotidianos. Otro instrumento de valoración que puede ser común a todos los modelos son los Patrones Funcionales de Marjorie Gordón. Cualquiera de ellos puede ser válido, teniendo en cuenta cuáles son los aspectos en los que más interesa profundizar.

La evaluación cultural es definida por Leininger como la valoración o examen sistemático de individuos, grupos y comunidades, así como sus valores, creencias y prácticas para determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto (Leininger, 1978).

Para Duque Páramo la **valoración cultural** implica una combinación de conocimientos, actitudes y habilidades. Incluye entre otros aspectos:

- Procedencia y origen étnico de la persona.
- Soporte social.
- Idioma.
- Estilo de comunicación no verbal.
- Religión.
- Preferencias y prohibiciones alimentarias.
- Situación económica del paciente.
- Creencias y prácticas en salud.
- Costumbre y creencias acerca de las situaciones de transición en la vida como el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

Lipsón (2000) añade la definición de familia, saber si es nuclear o extensa, si incluye a los amigos, etcétera.

A ello consideramos que habría que añadir:

- Gestión de expectativas (opción de retorno a su país, deudas pendientes, tiempo de devolución, etcétera).
- Tipo de trabajo.
- Situación administrativa (regular o irregular).

Un aspecto a tener en cuenta es que al emigrar se cambia de medio social y, por tanto, es posible que en ciudadanos provenientes de países de baja renta se pierda en algunos casos su sistema de referencia para gestionar el cuidado de su salud. Leininger afirma que cuanto mayores sean las diferencias de los valores de los cuidados tradicionales y genéricos con los valores de los cuidados profesionales, habrá mayores signos de conflicto cultural y estrés entre el personal sanitario profesional y los pacientes. Parte de la población proveniente de países subsaharianos, sudamericanos o asiáticos utilizan remedios naturales para problemas leves de salud (diarrea, estreñimiento, resfriados, fiebre poco elevada, etc.). En un estudio sobre conocimientos y actitudes de la población inmigrante marroquí realizado en Madrid manifiestan que «ante la enfermedad hay que tener paciencia e ir al médico cuando se está muy mal», también se muestra un rechazo a las medicinas de farmacia mientras que tienen un gran respeto a la medicina natural (Gentil García, 2002). Aquí no disponen de dichos remedios, o no saben como adquirirlos, por lo que acuden a urgencias para que la atención sanitaria les solucione estos problemas de salud. Es por ello importante incidir en la valoración sobre su capacidad y conocimientos para autogestionar el cuidado de su salud con el fin de reflejarlo posteriormente en el Plan de Cuidados.

Otro aspecto es valorar las creencias respecto al origen de los problemas de salud. Un ejemplo es la creencia del «mal de ojo» que está muy generalizada en América Latina, en los países mediterráneos, Oriente Medio y África. Es la creencia de que los ojos son poderosos y de que alguien puede causar enfermedad o daño a otra persona con sólo mirarla. Ello hace que se protejan con talismanes o amuletos o se prevenga con frases concretas, así como que se curen con rituales. En estos casos cuando se cree en ello, las personas pueden estar más preocupadas por la causa de la enfermedad que por su fisiología. Se consideran enfermedades basadas en causas personales y que no tienen curación médica (Lipsón, 2000)

La alimentación es importante valorarla adecuadamente, con el fin de no malinterpretar la información recogida. Para Gentil cada persona tiene un tipo de alimentación referido a las costumbres y pautas con las que se ha manejado a lo largo de su vida y estas costumbres conllevan una significación emocional y social. En un estudio realizado en Zaragoza sobre alimentación en inmigrantes se concluye que existe una diversidad gastronómica entre los distintos grupos de población y que estos grupos siguen manteniendo sus hábitos alimentarios una vez establecidos, propiciándose la aparición de tiendas especializadas que les proporcionan los ingredientes necesarios (Edeso Hedo y col., 2003). Así mismo la alimentación es uno de los factores básicos en la adaptación de cuidados en el medio hospitalario conjuntamente con la medicación y los ritos *post-mortem*. En el Hospital San Cecilio de Granada se ha desarrollado una iniciativa de alimentación multicultural para adaptar los cuidados hospitalarios a los cambios sociodemográficos (Cano-Caballero y col., 2005). En ocasiones los profesionales

de enfermería desconocemos las características de algunos alimentos y ese desconocimiento puede inducirnos a la minusvaloración de su alimentación. Deberíamos ser conscientes de los significados culturales de la comida y de las preferencias de los alimentos. En principio la alimentación sólo es un problema cuando se detecta que, bien por exceso o por defecto, incide sobre el Índice de Masa Corporal, produce molestias gástricas o aparecen en los resultados analíticos anomalías susceptibles de ser producidas por una alimentación incorrecta. Si esto no ocurre, no debemos interpretar que una alimentación diferente a la nuestra es un problema ya que esa sería una forma egocéntrica y unicultural de analizar la situación, por ello es importante informarse sobre las culturas de origen de las personas que atendemos. Habitualmente la población inmigrante con el paso del tiempo incorpora pautas de la alimentación dominante en el país a sus propias costumbres, pero en ese proceso pasa por distintas etapas de adaptación. Nuestra función básicamente sería orientar ese proceso de adaptación hacia una alimentación sana y equilibrada.

Otro aspecto importante a valorar y al que habitualmente no damos importancia por ser muy uniforme en nuestro país es la creencia religiosa. La religión puede ser un modelador de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud. Decisiones sobre lo que la gente debe comer, los medicamentos que pueden ingerir, la manera de encarar la enfermedad y la muerte son, entre otros, aspectos que pueden estar normalizados por la religión y la etnia a la que pertenece la persona. En algunos casos como en los musulmanes, judíos, etc., pueden condicionar su forma de vida en múltiples aspectos, así como tener que adaptar nuestras intervenciones a estas circunstancias. Ejemplo: en el mes de Ramadán los musulmanes no pueden tomar medicación mientras hay luz diurna, por lo que hay que adaptar las tomas de medicación.

Respecto al tipo de trabajo en ocasiones está relacionado con la situación administrativa, ya que los inmigrantes irregulares acceden a trabajos de peor calidad y que no se ajustan a las normativas laborales. Aunque su situación sea regular ocupan empleos poco cualificados y mal remunerados, suelen ser de carácter temporal, lo que unido a dificultades idiomáticas los coloca en situación de riesgos laborales (Saura García, 2004). En la guía de autocuidados para mujeres inmigrantes publicado por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (2002) se recogen otras disfuncionalidades: sueño, fatiga continua, consumo excesivo de excitantes, molestias de estómago, temblor de manos, alteración excesiva, problemas de memoria, alteraciones del apetito, menor interés, etc. Hay que incluir en este sentido una perspectiva de género, ya que en los últimos años se han incorporado al cuidado de las personas dependientes un gran número de mujeres procedentes sobre todo de Sudamérica. Un objetivo del II Plan de Inmigración en su área socio sanitaria es incluir en el Plan de atención a cuidadores y cuidadoras a personas inmigrantes cuando concurren estas circunstancias, adaptando el plan a las características diferenciadoras de esta población (II Plan de Inmigración, Junta de Andalucía).

Por último resaltar la importancia de comprobar de forma exhaustiva si la comunicación que hemos establecido es correcta en ambas direcciones enfermera-inmigrante e inmigrante-enfermera. La comunicación es un instrumento básico en la atención de enfermería, y si ésta no es fluida debido a las diferencias idiomáticas tendremos que exponerlo como problema e intentar buscar junto con el paciente las fórmulas convenientes para minimizarlo. Para M^a Isabel Oliver (2002) en lugar de confrontación, los contactos interculturales deben constituir un espacio de negociación, de cooperación y de humanización.

Según el Modelo Transcultural de Cuidados si la creencia o práctica identificada es benéfica y no representa daño, se podría preservar. Ejemplo: «creer que el rezo ayuda a la curación», en este sentido habría que facilitar un buen ambiente para la oración. Si por el contrario, puede llegar a ser un riesgo para la salud se debería negociar un acuerdo sugiriendo una práctica más benéfica (amuleto en niños recién nacidos sujetos con objetos que pueden ser punzantes como imperdibles, debemos sugerir mantener el amuleto mediante otros métodos. Y finalmente si la práctica es potencialmente dañina debemos explicar los riesgos y ayudar a la persona a sustituir por una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía y decisión de la persona.

3. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS

Una vez realizada la valoración se identificarán los diagnósticos enfermeros para cada individuo (Taxonomía NANDA) y se elegirán mediante pacto con el paciente las intervenciones de enfermería de acuerdo a sus características individuales iniciando nuestra intervención por aquella que puede ser más relevante para la persona con la que trabajamos. Para ello podemos utilizar la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE o NIC). Los resultados esperados de acuerdo a los pactos realizados los especificaremos de acuerdo a la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE o NOC).

Según un estudio realizado en el Distrito Poniente de Almería los diagnósticos de enfermería en población inmigrante están relacionados con el proceso de migración, las condiciones de vida y el cambio de medio social y cultural (Baraza y col., 2005).

Los diagnósticos identificados son los que a continuación se relacionan:

Diagnósticos enfermeros en población extranjera	
Diagnósticos (Código NANDA)	Relacionados con
00078.—Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Dificultades económicas
	Complejidad del sistema de cuidados de salud
	Falta de soporte social
	Déficit de conocimientos
00099.—Mantenimiento inefectivo de la salud	Falta de las habilidades de comunicación
	Falta de recursos materiales
00002.—Desequilibrio nutricional por defecto	Factores económicos
	Factores religiosos, culturales
00028.—Riesgo de déficit en el volumen de líquidos	Disminución en la ingesta
00013.—Diarrea	Infecciones por mala higiene en los alimentos
00011.—Estreñimiento	Malos hábitos alimentarios ingesta de poca fruta, verdura...
00095.—Deterioro del patrón del sueño	Malas condiciones en la vivienda
	Separación de la familia
	Situación de ilegal
00093.—Fatiga	Relacionada con el trabajo

Diagnósticos enfermeros en población extranjera (cont.)	
Diagnósticos (Código NANDA)	Relacionados con
00051.–Deterioro de la comunicación verbal	Diferencias culturales
	No conocimiento del idioma
00153.–Baja autoestima situacional	Cambios de rol social en el hombre
	Fallo y rechazo
	Conducta inconsistente con los valores
00060.–Interrupción de los procesos familiares	Situación de transición o crisis
	Modificación de las finanzas familiares
00052.–Deterioro de la interacción social	Ausencia de personas significativas
	Barreras de la comunicación
00056.–Deterioro parental	Traslado
	Falta de recursos
00065.–Patrones sexuales inefectivos	Deterioro de las relaciones con la persona significativa
	Déficit de conocimientos sobre métodos anticonceptivos
00146.–Ansiedad	Conflictos sobre las metas de la vida
	Amenaza de cambio en el rol, en el entorno y en la situación económica
00069.–Afrontamiento inefectivo	Incertidumbre
	Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación
00114.–Síndrome del estrés del traslado	Cambio ambiental
	Traslado temporal o permanente
	Falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema
00083.–Conflicto de decisiones	Percepción de amenazas a los valores personales
00066.–Sufrimiento espiritual	Separación de los vínculos culturales y creencias
	Puesta a prueba del sistema de creencias y valores
00035.–Riesgo de lesión	Con medios de transporte
	Con medios físicos (vivienda, trabajo)
00053.–Aislamiento social	Alteración del bienestar
00111.–Retraso en el crecimiento y desarrollo	Cuidados inapropiados

Con el fin de facilitar la labor enfermera a continuación se desarrollan dos de los diagnósticos incluyendo las intervenciones enfermeras y los resultados a esperar. El procedimiento sería elegir conjuntamente con la persona las intervenciones a realizar entre las que se relacionan.

Diagnóstico: Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal (00078)

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias:

- Elecciones de la vida diaria ineficaces o insuficientes para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.
- Aceleración de los síntomas de la enfermedad.
- Verbalización de la dificultad de llevar a cabo uno o más de los regímenes prescritos.
- Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Verbalización de no haber realizado las acciones para reducir los factores de riesgo y las secuelas de la enfermedad.
- Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.

Factores relacionados.

- Régimen terapéutico complejo.
- Dificultades económicas.
- Falta de soporte social.
- Falta de habilidades de comunicación.
- Déficit de conocimientos (deficientes o erróneos).
- Falta de voluntad para mantener el cambio en los hábitos de vida.
- Conflicto de decisiones.

Criterios de resultado (código NOC):

- La persona:
 - Demostrará haber integrado en su vida diaria el tratamiento prescrito (NOC 1601).
 - Demostrará tener conocimientos adecuados sobre el régimen terapéutico (NOC 1813).
 - Identificará las dificultades que encuentra para seguir el tratamiento y las soluciones posibles a su alcance (NOC 1606).

Intervenciones de enfermería:

- Educación para la salud sobre:
 - Enfermedad y factores de riesgo. Signos y síntomas de alarma y actuaciones. Enseñanza del proceso enfermedad (NIC 5602).
 - Manejo de fármacos. Enseñanza medicamentos prescritos (NIC 5616).
 - Tratamiento higiénico dietético. Enseñanza de la dieta prescrita (NIC 5614).
 - Manejo de recursos. Guía del sistema sanitario (NIC 7400).
- Intermediación cultural (NIC 7330).
- Consulta telefónica (NIC 8180).
- Demostrar y explicar el uso correcto del material así como la técnica adecuada. Enseñanza de la habilidad psicomotora (NIC 5620).

- Diseñar conjuntamente un plan de trabajo adaptando a la vida diaria el régimen terapéutico. Acuerdo con el paciente (NIC 4420).
- Evaluar el plan de trabajo, identificando las conductas inadecuadas y el por qué de ellas. Ayuda a la modificación de sí mismo (NIC 4410).
- Apoyo emocional (NIC 5270).
- Seguimiento domiciliario en determinadas situaciones (p. ej., pacientes con tuberculosis).
- Introducir de forma progresiva el plan pactado. Establecimiento de objetivos comunes (NIC 4410).
- Elogiar en todo momento los logros obtenidos y el esfuerzo realizado. Modificación de la conducta (NIC 4360).

Diagnóstico: Síndrome del estrés del traslado (00114)

Definición: Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

Características definitorias:

- Traslado temporal o permanente.
- Traslado involuntario o voluntario.
- Aislamiento, alineación, soledad.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Retraimiento.
- Cólera.
- Pérdida de la identidad, la autoestima o de la sensación de ser una persona valiosa.
- Aumento de los síntomas o enfermedades físicas (p. ej., trastornos gastrointestinales o cambio de peso, etcétera).
- Inseguridad.
- Pesimismo.
- Frustración.
- Preocupación.
- Miedo.

Factores relacionados.

- Cambio ambiental.
- Traslado temporal o permanente.
- Falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema.
- Aislamiento de los familiares o amigos.
- Barreras lingüísticas.
- Deterioro de la salud psicosocial.
- Deterioro del estado de la salud.

Criterios de resultado (código NOC):

- La persona:
 - Demostrará adaptación psicosocial al cambio de vida (NOC 1305).
 - Control sobre la ansiedad: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada (NOC 1402).
 - Demostrará afrontamiento de la soledad (NOC 1203).
 - Calidad de vida: Expresara su satisfacción sobre sus condiciones actuales de vida (NOC 2000).
 - Sueño (NOC 0004).
 - Superación de problemas: realizara las acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo (NOC 1302).

Intervenciones de enfermería:

- Escucha activa (NIC 4920).
- Apoyo emocional: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión (NIC 5270).
- Aumentar el afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana (NIC 5230).
- Fomento del sueño: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia (NIC 1850).
- Disminución de la ansiedad: minimizar la aprensión, temor, presagio relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado (NIC 5820).

Dado que son muy extensas y variadas las actividades dentro de cada intervención, relacionamos como ejemplo la de Intermediación Cultural, por considerar que es muy significativa dentro del tema que se aborda y puede ser útil para la mayoría de los diagnósticos.

Intervención: Intermediación cultural (NIC 7330)

Definición: Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.

Actividades:

- Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen paciente y profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.
- Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.
- Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos.
- Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable en función del conocimiento biomédico, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas.

- Dar al paciente más tiempo del habitual, para que asimile la información y medite la toma de una decisión.
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.
- Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos.
- Disponer la acomodación cultural (cenar tarde durante el Ramadán).
- Incluir a la familia, cuando corresponda, en el Plan para su adhesión al régimen prescrito.
- Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente.
- Traducir la terminología del paciente sobre los síntomas a otro lenguaje de cuidados sanitarios que otros profesionales puedan comprender con facilidad.
- Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor; materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).
- Proporcionar información al paciente sobre el sistema de cuidados sanitarios.
- Proporcionar información a los profesionales de enfermería sobre la cultura del paciente.
- Ayudar a los otros proveedores de salud a entender y aceptar las razones de no adhesión del paciente.
- Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.
- Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente de manera culturalmente adecuada).

4. ATENCIÓN ENFERMERA A POBLACIÓN INMIGRANTE CON PROBLEMAS DE SALUD DE LARGA DURACIÓN

Dado que en los últimos años la inmigración se ha hecho más estable y se han incorporado debido a la reagrupación familias nucleares, surgen problemas de salud de larga duración, algunas de ellas incapacitantes, que requieren una especial atención. En un estudio realizado en Suecia por Robertson se pone de manifiesto que el riesgo de padecer una enfermedad discapacitante de larga duración o *limiting long-standing illness* (LLSI), era mayor en las mujeres inmigrantes de primera generación que en las nacidas en ese país. Por ello consideramos oportuno exponer a continuación cuál es nuestra visión sobre la atención enfermera a población inmigrante con estas circunstancias.

Aquellas enfermedades o problemas de salud que son crónicos o de larga duración y en los que la forma de vivir y comportarse de la persona, tiene una incidencia fundamental en los resultados en salud, hace necesario que el abordaje por parte de la enfermera sea más complejo y se base en la mayoría de las ocasiones, además, de la mera transmisión de información sobre su cuidado a la persona y/o su familia, en intentar fomentar o cambiar determinados hábitos de vida, lo cual dificulta gravemente la adherencia al plan terapéutico y por lo tanto aumenta el número de complicaciones o reagudizaciones de los procesos por los cuales están afectados.

El objetivo fundamental en estos casos es el cumplimiento terapéutico y el afrontamiento efectivo del proceso dando como consecuencia la mejora o estabilización del problema de salud. En todos los estudios se cifra la adhesión terapéutica en tratamientos de larga duración alrededor del 50%, en la mayoría de estos estudios la población incluida pertenecía en casi su totalidad a personas con cultura semejante a la del profesional que los cuida, en el caso

del abordaje de población inmigrante además de los, múltiples factores que debemos tener en cuenta para conseguir la adhesión terapéutica, el profesional cuenta con el *handicap* del desconocimiento del idioma y cultura de la persona a quien van dirigidos los cuidados.

Algunos de los factores que dificultan la adhesión en tratamientos de larga duración y que debemos de tener en cuenta son:

- Muchos de los planes terapéuticos instaurados en patología de larga duración, son muy complejos y para toda la vida, incluso en algunos casos la administración de la medicación incluida en el Plan Terapéutico puede ser dolorosa para la persona, como es el caso de las personas que padecen diabetes con necesidad de administrarse insulina. El problema se agrava en algunas ocasiones, debido a que los planes terapéuticos son desconocidos en sus países de origen o incluso están mal vistos por la cultura de la que proceden (tuberculosis, VIH...).
- La mayoría de los planes terapéuticos requieren un abordaje familiar y en muchos casos las personas están solas o sin ningún apoyo lo cual dificulta el seguimiento en el tiempo y no reciben los refuerzos positivos familiares a veces tan necesarios para la adherencia.
- La ausencia de síntomas y el hecho de que en muchas patologías las complicaciones por abandono del plan terapéutico aparezcan a largo plazo asociado a la circunstancia que el concepto de enfermedad en algunas culturas está relacionado con la presencia de dolor o malestar físico o psíquico, dificulta la puesta en marcha y continuidad de la terapia.
- En ocasiones las terapias requieren abordajes multidisciplinarios y la información recibida por las personas afectadas es distinta según el profesional que la dé, como consecuencia de la falta de coordinación entre los equipos de atención, lo que genera mayor incumplimiento.

Una vez definidos algunos de los factores que dificultan la adhesión terapéutica debemos conjugar los intereses del equipo de salud con los de las personas y/o sus familiares. Se hace imprescindible elaborar planes de cuidados en los cuales quede perfectamente identificados los objetivos, que deben ser previamente pactados y consensuados, ya que la base de toda relación interpersonal y terapéutica es «**el pacto**» (Schroeder y col., 2006), asegurándonos que tanto la persona y su familia como el profesional entienden estos objetivos del mismo modo, estando los mismos influidos por las percepciones personales de los afectados:

- Preferencias respecto al tratamiento, en la medida de lo posible.
- Creencias religiosas.
- Creencias y preferencias culturales.

Los criterios de resultados a consensuar deben ser similares a los planificados en población autóctona, a continuación se detallarán aquellos criterios de resultados u objetivos más utilizados en personas con problemas de salud crónicos, pero lo más importante es una vez realizado el diagnóstico elegir los indicadores personalizando los mismos en función de las causas o factores relacionados:

- Aceptación del estado de salud (NOC I300): objetivo indicado en aquellos casos en los que la persona presenta una negación del problema, un deterioro de la adaptación o afrontamiento inefectivo de su problema de salud.

- Afrontamiento de problemas (NOC 1302): este criterio de resultados será utilizado en aquellas personas en las que los objetivos pactados incluyan la puesta en marcha de acciones personales encaminadas a controlar los factores estresantes que le dificultan la continuidad del plan terapéutico pactado.
- Autocontrol de la diabetes (NOC 1619): objetivos para poner en marcha acciones para controlar la diabetes y prevenir el progreso de la enfermedad.
- Autocontrol de la enfermedad cardíaca (NOC 1617).
- Autocontrol del asma (NOC 0704).
- Calidad de vida (NOC 2000): objetivo utilizado en los casos en los que se pacte conseguir mejorar la percepción de la calidad de vida.
- Conducta de fomento de la salud (NOC 1602).
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (NOC 1609): son objetivos que miden las acciones que la persona pone en marcha para paliar o eliminar la patología.
- Control del riesgo (NOC 1902): este criterio de resultados propone indicadores que miden las acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud, susceptibles de ser modificables: Consumo de alcohol, drogas, tabaco, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, factores cardiovasculares...
- Nivel de ansiedad (NOC 1211) y/o Nivel de estrés (NOC 1212): son indicadores válidos para medir la evolución de la ansiedad y/o el estrés, que presentan la mayoría de las personas afectadas por una enfermedad crónica.

Como hemos comentado anteriormente los objetivos expuestos son similares a los que se consensúan con población autóctona, sin embargo las estrategias que se ponen en marcha para la consecución del pacto terapéutico son las que deben ser adaptadas culturalmente y accesibles a los recursos de la persona y/o su familia.

Las estrategias que están resultando ser más efectivas para el cumplimiento de objetivos en este grupo de población son:

1. Realización de actividades programadas con **formato de taller** en las que la persona y su familia hagan, toquen y practiquen, basadas en la imagen más que en la palabra, ayudándonos de fotos, alimentos y platos elaborados reales que aportan los participantes, por lo que los discentes se convierten en parte integrante del programa educativo (platos típicos, fiestas, Ramadan). La educación para la salud debe asentarse en valores como la igualdad, el respeto y el pluralismo cultural, aceptando sin reservas la diversidad y el respeto a las diferencias (Mariano Juárez y col., 2003).
2. **Metodología grupal:** esta metodología de enseñanza proporciona confort psicológico a las personas ya que permite descargar ansiedad ante personas con iguales problemas, aumenta la eficiencia de la actividad ya que en menos tiempo enseñas a más personas, se utiliza un programa educativo reglado con contenidos y actividades específicas en cada sesión, evita repeticiones y olvidos por parte de la enfermera, permite utilizar recursos educativos: juegos, materiales, técnicas que difícilmente se podrían utilizar en educación individual. Las personas actúan también como docentes con experiencias, testimonios, trucos y se produce una implicación de la familia y cuidadores. La educación entre iguales puede ser útil, ya que trata de eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios y tener en cuenta las especificidades de los distintos colectivos de inmigrantes, así como de sus

condiciones de vida. La estrategia de educadores entre iguales resulta eficaz en programas para la prevención de VIH/SIDA sobre todo entre las comunidades inmigrantes, ya que implica un abordaje de sus aspectos diferenciales, tal y como se recoge en un programa realizado en la Comunidad de Madrid (Martínez Blanco y col., 2003).

3. **Facilitar material escrito de refuerzo traducido a su idioma** en el cual se incluyan las indicaciones de seguimiento del plan terapéutico:
 - Alimentación y ejercicio físico aconsejados.
 - Posología, vía y horarios de administración, efectos secundarios de la medicación prescrita y abordaje de los efectos secundarios, mediante una plantilla adaptada al idioma. Esta intervención mejora el cumplimiento como lo constata un estudio realizado por médicos de familia del Centro de Salud de Beniján, en Murcia, en el que han participado 120 magrebíes con problemas para comprender el castellano (Leal Hernández, 2006).
 - Qué hacer en caso de olvido de toma de dosis.
 - Qué hacer en situaciones especiales: viajes, fiestas...
 - Medidas preventivas para evitar contagios en convivientes.
 - Qué controles debe seguir para el seguimiento de la enfermedad y sus complicaciones.
 - Complicaciones que aparecen de no seguir adecuadamente las recomendaciones pactadas.
4. Es imprescindible la colaboración en todas las fases del plan de cuidados incluida la valoración, del **mediador cultural**, previamente formado en cuales son los objetivos del plan de cuidados para asegurarnos que no se realizan interpretaciones personales y arbitrarias de los mensajes que se emiten tanto por parte del profesional como del asistente a los talleres, además de acercarnos al Otro, favoreciendo la comunicación y la comprensión mutua.
5. Es aconsejable el seguimiento en **domicilio**, sobre todo en aquellos casos en que es conveniente comprobar el desarrollo de los cuidados en su medio habitual, y motivar la ayuda de familiares en la consecución de los objetivos.

Existen experiencias en el abordaje de enfermedades crónicas (diabetes y tuberculosis) en población inmigrante con desconocimiento o dificultad en el idioma, utilizando la figura del mediador cultural alcanzándose resultados muy importantes en el seguimiento del plan terapéutico con respecto a las siguientes variables (Lafuente Robles, 2006):

Tiempo de valoración y consecución de objetivos: disminuye en un 50% con respecto a la no utilización de mediadores.

Datos obtenidos en entrevista: sin la figura del mediador los datos obtenidos en la valoración se limitaban a los relacionados con la alimentación y los conocimientos, por la dificultad que suponía la comunicación. Con la colaboración del mediador se llega a conocer datos sobre necesidades como: Capacidad de resolución de problemas, Apoyo socio-familiar, capacidad de adaptación, Posible marginación y/o incomunicación, Valores y creencias, Cuenta con apoyo espiritual, Autoestima, Posibles sentimientos de rechazo, ira o aislamiento, Toma de medicamentos en Ramadán, Identificación del cuidador principal en caso necesario.

Consecución de resultados: colaborando con el mediador se consiguieron los objetivos pactados en más de un 78% de los casos, destacando también que la asistencia a las citas

programadas aumento en un 86% debido al recuerdo telefónico que dos días antes de la cita el mediador realiza.

A MODO DE RESUMEN

La atención de enfermería a la población inmigrante debe basarse en la aplicación de cuidados integrales a partir del conocimiento cultural y seguir una metodología científica.

Hay que hacer hincapié especial dentro de la valoración en la evaluación cultural para identificar los diagnósticos de enfermería y elegir conjuntamente con el paciente las intervenciones a realizar en función de los resultados esperados.

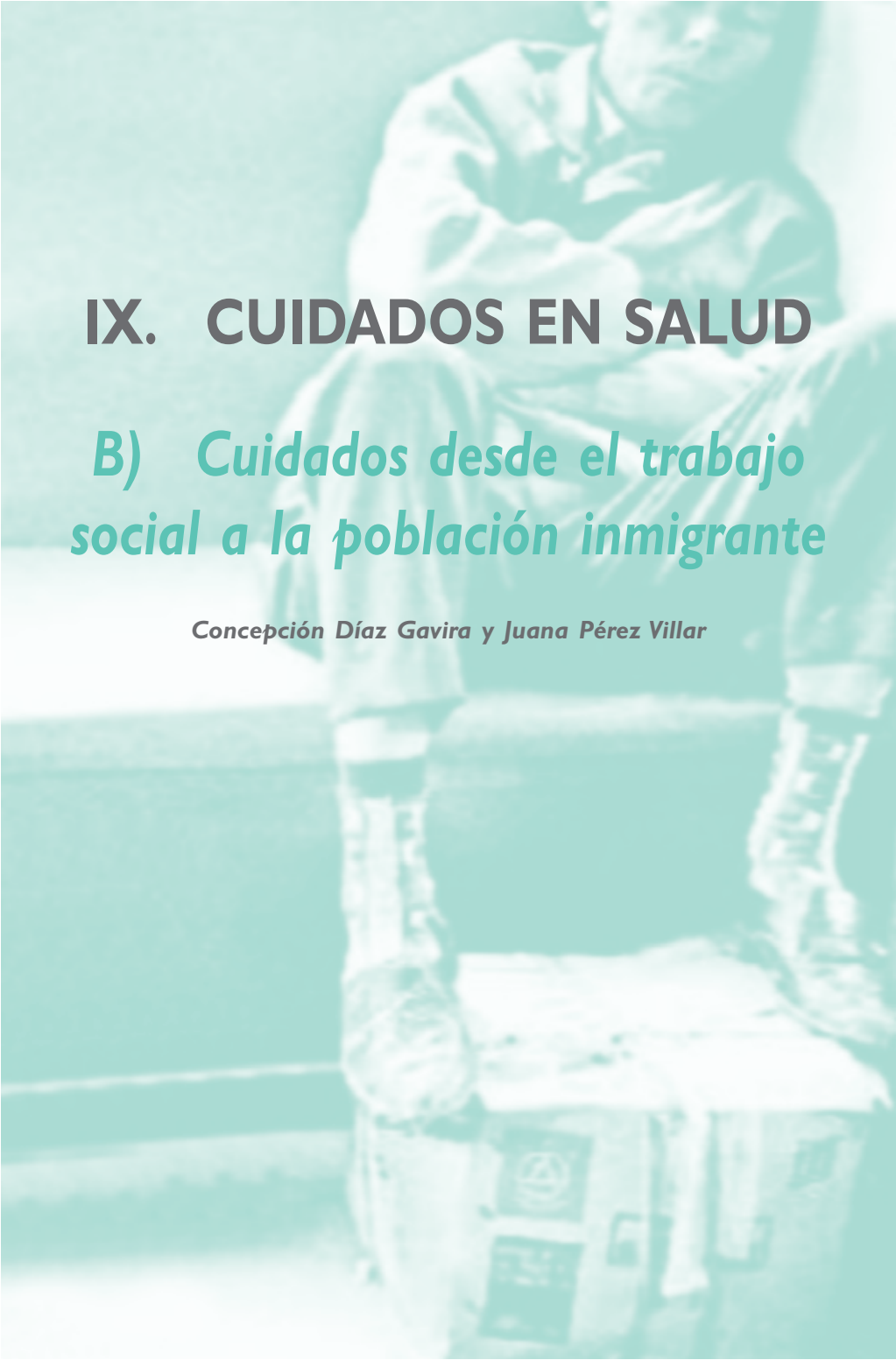
Los planes de cuidados han de ser adaptados culturalmente al contexto (características culturales, socioeconómicas, familiares, etc.) de la población a la que se dirigen.

Cuando aparecen problemas de salud de larga duración es conveniente incorporar en las estrategias, intervención educativa entre iguales y la mediación intercultural para garantizar la consecución de objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Baraza Cano MP, Lafuente Robles, N, Granados Alba A. Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería. *Rev. Enfermería Comunitaria*. 2005;1(1):18-23.
- Campinha-Bacote. *El proceso de la capacidad cultural en la entrega de los servicios de Healthcare: Un modelo cultural competente del cuidado*. 2002. Disponible en URL: http://216.239.37.104/translate_c?hl=es&u=http://transculturalcare.net/Cultural.
- Cano-Caballero Gálvez MD, y col. Talleres de alimentación multicultural en el hospital, una propuesta de investigación participativa. Evidentia. VII Reunión sobre Investigación cualitativa en salud. IV Jornadas internacionales sobre Cultura de los Cuidados. II reunión de Enfermeras/os Antropólogos. Investigación cualitativa + cultura de los cuidados = conocimiento humanista. *Evidentia*. 2005 sept-dic;2(6). Disponible en URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/158articulo.php>.
- Duque Páramo MC. *Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos*. Disponible en URL: <http://www.galenico.com/publicaciones/enfermeras/Rev5No2/temas-libres.htm>.
- Edeso Hedo J, Torres Cabrero R. Comunicación presentada en las VII Jornadas Científicas de la Fundación Index. Zaragoza, junio 2003.
- Gentil García I. Estudio socio sanitario en población inmigrante marroquí. *Rev. Cultura de los Cuidados*. 2º semestre, 2002;VI(12):40-6.
- Guía de autocuidados para las mujeres inmigrantes. 2ª edición. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2002.
- Jack L Jr, Satterfield D, Owens M, Airhihenbuwa CO, Lester A. Cultural sensitivity: definition, application, and recommendations for diabetes educators. *Diabetes Educ*. 2002 nov-dic;28(6):922-7.
- Lafuente Robles N. La experiencia del Distrito Poniente de Almería: un modelo de atención al diabético inmigrante. Ponencia presentada en la XIII Escuela de Verano de Salud Pública celebrada en Llazaret de Maó el 19 y 20 de septiembre de 2006.
- Leal Hernández M. Adaptar la medicación al idioma del inmigrante mejora la adherencia terapéutica, *Diario médico* [17-2-2006]. Disponible en URL: <http://meidum.cofrm.com/web/Noticias.nsf/NotPubPorID/F2194DF379C21BEFC12571180031A548?OpenDocument>.
- Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid: Mosby Doyma, 1994.

- Leininger M. *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley & Sons; 1978.
- Lillo Crespo M, Galao Malo R, Casabona Martínez I, Mora Antón MD. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia*. 2004 sept-dic;1(3). Disponible en URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Lipsón J. *Temas Culturales en el cuidado de Enfermería*. Conferencia. Universidad de Antioquia, 2000. Disponible en URL: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2002/temas%20culturales%20en%20el%20cuidados>.
- Luis Rodrigo MT. Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. *Revista Rol de Enfermería*. 1991;157: 56-62.
- Mariano Juárez L, Encinas Chamorro B. La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural. *Index de Enfermería*. Otoño 2003;XII(42):24-8.
- Martínez Blanco ML, Mazarrasa Alvear L, y cols. Prevención del VIH/SIDA en población inmigrante. Una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales. *Rev. Index de Enfermería*. Otoño 2003;XII(42):19-23.
- Mena Navarro FJ, Macías Rodríguez AC, Romero Corchero M, Valderrama Martín A, Feria Lozano D. ¿Influyen los Diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Revista Rol Enfermería*. 2001;24(2):137-9.
- Moreno Preciado M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. *Index de Enfermería*. Otoño 2003;XII(42):29-33.
- Nort American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2005-2006*. NANDA. Edit. Elsevier, 2005.
- Oliver Reche MI. Comunicación intercultural. Comunicándonos con mujeres de otras culturas. Comunicación I Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Sevilla, mayo 2002.
- Proyecto de Intervenciones de Iowa. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª edición. Madrid: Elsevier, 2005.
- Proyecto de Resultados de Iowa. *Clasificación de Resultados de enfermería (NOC)*. 3ª edición. Madrid: Elsevier, 2005.
- Robertson E. *La salud de las inmigrantes como indicador de equidad de salud*. Disponible en URL: <http://212.188.234.56/newgenClibPlus/ASP/printDocument.asp?docID=GCS18-35&x>.
- Roca i Capara N. Inmigración y salud (I). Situación en España. *Rev. ROL Enfer*. 2001;24(10).
- Saura García C. Inmigración y Enfermería. *Cuidados y Educación*. 2004 junio;VII:12-5.
- Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios (revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, n° 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en URL: <http://www.update-software.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2006, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Spector R. Comprender las necesidades culturales. *Index de Enfermería*. Invierno 2003;XII(43):7.
- Vázquez Truissi ML. *El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante*. Disponible en URL: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2001/Cuidado%20transcultural.htm>.



IX. CUIDADOS EN SALUD

B) Cuidados desde el trabajo social a la población inmigrante

Concepción Díaz Gavira y Juana Pérez Villar

1. INTRODUCCIÓN

La globalización económica, el aumento de las desigualdades a nivel mundial y el retroceso de las políticas de bienestar han situado la cuestión de la inmigración en un lugar de primer orden de la agenda social y política europea.

En la actualidad venimos observando el fenómeno de la inmigración como efecto de expulsión, no como antes producido por las condiciones endógenas de los países de salida, sino del factor fundamental que es la presión que se hace desde el norte sobre los países del sur y el bloqueo internacional para que no salgan de sus países (Bauman, 2003).

Así, no hablamos de inmigrantes sino de personas que emigran y pagan un alto coste al venir: familia, amigos, red social de protección y algunos de ellos con su vida.

Hablar de diversidad cultural es hablar de las situaciones sociales y económicas de los diferentes grupos, la situación económica de la persona recién llegada «marca» el trato que recibe tras pasar las fronteras. En este sentido, la exclusión cultural forma parte de una discriminación social y económica.

La salud está condicionada por el sistema social en el cual se mueve el individuo, así es peor en los grupos sociales con ingresos bajos o que viven en condiciones de vida precarias y lugares no saludables originando las desigualdades en salud.

Estas personas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social y por tanto el Sistema Sanitario público tiene el compromiso de atender las causas que originan la desigualdad y prevenirlas, garantizando las mismas oportunidades y recursos de salud para toda la población (III Plan Andaluz de Salud).

Las peculiaridades de estos colectivos hacen necesarias estrategias de intervención social adecuadas a su diversidad cultural, facilitando su adaptación al medio y promoviendo su integración social.

2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: TRABAJAR CON CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN SALUD

Los modelos y estrategias de intervención serán los llevados a cabo para con el resto de la población pero añadiendo al diseño de programas la sensibilidad a la diversidad humana.

En la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud y dentro de la atención a personas en Riesgo Social se considera un área de actuación preferente a los colectivos de inmigrantes y refugiados.

Se trata de actuaciones específicas de los profesionales del trabajo social dirigidas a personas que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, coordinación socio-sanitaria y seguimiento (Cartera de Servicios de Atención primaria del SAS).

Y se establecen los siguientes servicios básicos:

1. Información, valoración e intervención.
2. Tratamiento social y/o orientación familiar.
3. Soporte psicosocial.
4. Coordinación con servicios: sociales, educativos, judiciales y la iniciativa social.
5. Apoyo y promoción de grupos de ayuda mutua.
6. Intervención comunitaria.

Partiendo del modelo biopsicosocial, proponemos incorporar una **estrategia de intervención** con enfoque de riesgo social en salud, es decir; detectar situaciones de desigualdad en el acceso a la atención y a los cuidados sanitarios y corregir los desequilibrios existentes.

Trabajar con criterios de riesgo social implica:

a) Identificación del riesgo social en salud de la población inmigrante:

Los diagnósticos de salud comunitarios deben incluir la valoración de las necesidades de los grupos inmigrantes como colectivo especial.

Independientemente de los criterios generales de riesgo social con los que podemos trabajar desde cualquier nivel de la atención social en salud, vamos a establecer los criterios específicos a tener en cuenta en el colectivo de inmigrantes:

Tabla I. Criterios de riesgo social específicos para la población inmigrante

1. Irregularidad y/o ausencia de documentación personal mínima: DNI-pasaporte, tarjeta de residente, etcétera. 2. Problema laboral y/o económico que le exponga a la indigencia. 3. Aislamiento, desarraigo y/o ausencia de red social o familiar de apoyo y que dificulten la atención de problemas de salud. 4. Existencia de patología que exija especial control y seguimiento desde el sistema sanitario, con el objetivo de servir como agente de conexión. 5. Problema de vivienda que genere o mantenga problemática sanitaria y que dificulte el desarrollo normalizado de los convivientes: carencia, hacinamiento, ausencia-precariedad de servicios, subarriendos, etcétera. 6. Menores no escolarizados, explotación laboral de menores, menores cuidadores. 7. Factores culturales que dificulten la normalización del acceso a los servicios sanitarios. 8. Vivir en zonas de riesgo social elevada. Estigmatización y rechazo por parte de la población autóctona. 9. Problemas de comunicación.
--

b) Adecuar la atención sanitaria a las necesidades del colectivo inmigrante:

Cartera de servicios. Incorporando el enfoque de riesgo a todos los procesos asistenciales y a la oferta de servicios de salud de los centros. Igualmente de forma transversal se adaptarán a la diversidad cultural de su población y establecerán estrategias para acercar los servicios a la población inmigrantes y sus familias.

Organización de los centros. La estructura y organización de los centros debe adaptarse a la población inmigrante en lo referente a flexibilidad horaria, física y cultural.

Orientación anticipada. Captación activa por parte de los profesionales, dar información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación intercultural, así como facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas inmigrantes. E incorporando estrategias para acercar los servicios a la población inmigrante y sus familias mediante intervenciones proactivas.

Coordinación con otros sectores. Es necesario como estrategia de intervención el establecer coordinaciones intersectoriales e interniveles. La coordinación interniveles se establece entre los servicios de salud, favoreciendo la continuidad asistencial y la coordinación intersectorial es aquella que aborda de forma conjunta aquellos casos donde convergen problemas de salud y sociales que precisan abordaje multiprofesional, así como el seguimiento de intervenciones conjuntas: drogodependencias, servicios sociales comunitarios, especializados, servicios educativos, asociaciones, ONGs, etcétera.

c) Participación en los órganos de decisión a nivel local.

Estrategias locales de intervención con individuos, familias, grupos y en la comunidad, con la participación de todos los actores implicados.

d) Seguimiento y evaluación

Establecer una serie de indicadores para evaluar nuestras actuaciones y mejorar la planificación de futuras intervenciones. Las particularidades de cada grupo étnico hacen necesario adaptar las técnicas de recogida de información.

3. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON POBLACIÓN INMIGRANTE

El Trabajador Social en Salud es el profesional que interviene sobre las necesidades sociales más directamente asociadas a los problemas de salud, asegurando las conexiones interinstitucionales necesarias para abordarlas.

El Trabajo Social en Salud se define como *«la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas»* (Ituarte, 1995).

Por tanto, y al igual que en cualquier proceso de intervención social, el trabajo social con inmigrantes tiene como finalidad ayudar a los individuos a lograr su máximo desarrollo psicosocial, interviniendo en las áreas que afectan al proceso de su normalización e integración social.

3.1. Funciones

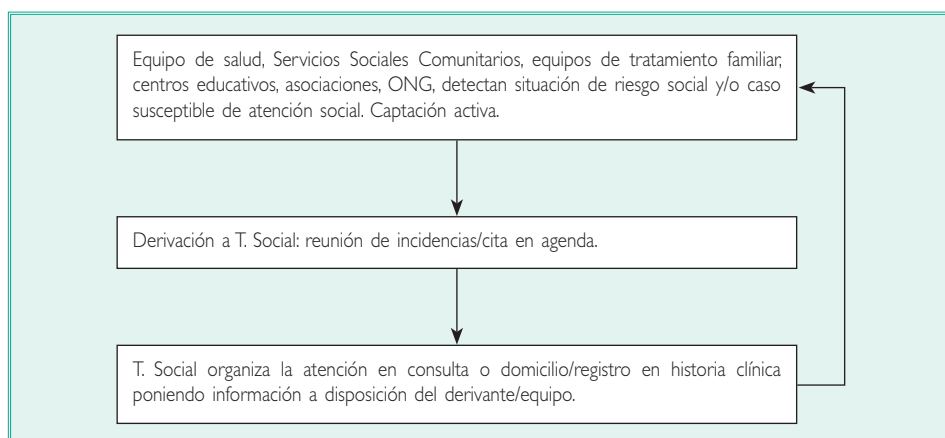
No obstante, ante cualquier situación problemática, desde el sistema sanitario, debe darse una respuesta integral por parte de todos los miembros del equipo; equipo en el que el trabajador o la trabajadora social interviene aportando:

- La identificación de factores familiares y socioambientales relacionados con los problemas de salud del colectivo de inmigrantes, detectando específicamente necesidades sociales susceptibles de corrección.

- Participación en el proceso de atención a los problemas de salud de la población inmigrante, fundamentalmente aquéllos que tienen una situación vulnerable o de riesgo social, aportando la valoración y diagnóstico social y una propuesta de intervención, teniendo en cuenta la perspectiva de género, la equidad y la diversidad.
- Estabilidad: mantiene y potencia las relaciones de coordinación interinstitucionales e interniveles: la red de servicios sociales comunitarios y especializados, el sistema educativo, judicial, policial y el tejido asociativo que permiten una mayor eficacia del trabajo del equipo y ponen en marcha un trabajo de red profesional.
- Investigación sobre los distintos tipos de recursos comunitarios y sobre las condiciones que permitan su utilización óptima y su potenciación.
- Ayuda a la población inmigrante para que desarrollen las capacidades que les permitan resolver sus problemas sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo.
- La realización de intervenciones dirigidas a la orientación, apoyo y reagrupación familiar.
- La propuesta y creación con el equipo de programas de promoción de la salud partiendo de la incidencia de problemáticas de riesgo social detectadas en la población inmigrante.
- Participación en actividades de formación para adecuar a los profesionales sanitarios y no sanitarios a la diversidad cultural que contemplen: un conocimiento más exhaustivo de la población inmigrante, formación específica en estrategias de riesgo para este colectivo y habilidades de comunicación multicultural.
- La promoción de estudios e investigaciones sobre inmigración y salud para profundizar en la mejora del trabajo con este colectivo y potenciar propuestas e iniciativas que promuevan la integración de las personas inmigrantes en sus entornos sociales.
- La información sobre buenas prácticas de las experiencias de trabajo con personas inmigrantes y el sistema sanitario.

Estas funciones serán desarrolladas en las diferentes áreas de intervención: asistencial, preventiva y rehabilitadora mediante las funciones generales de coordinación, educación, promoción y concienciación.

Circuito para la atención social



3.2. Trabajo con la población inmigrante

El éxito de la intervención social va a depender de que incorporemos en la estrategia de intervención los aspectos culturales propios del colectivo y que conozcamos el proyecto migratorio familiar e identificar en la fase que se encuentra. Si no tenemos en cuenta estas fases difícilmente nuestras intervenciones tendrán efecto (Gascón, 2002).

3.2.1. Proceso de acogida

Esta fase es de vital importancia, tanto que puede condicionar el resto de las posibles intervenciones. El objetivo fundamental es ganar la confianza de la familia o persona que acude. Se debe respetar sus costumbres, roles de convivencia, etcétera.

La entrevista en profundidad nos va a permitir conocer y establecer las bases sobre las que se puede articular la intervención social en estas familias:

- El proyecto migratorio de la persona, de la familia que dejó atrás, lugares donde ha pasado, etcétera.
- Expectativas de la persona y su familia. Ayuda en el ajuste de estrategia psicológica entre las expectativas de resultado, es decir lo que espera conseguir en su proyecto migratorio y las expectativas de autocapacidad ajustada, altas expectativas pero resultados muy bajos, ayudar en el ajuste de esta expectativa.
- Duelo migratorio: identificar en que fase se encuentra del proyecto migratorio.
- Respecto a sus necesidades y peticiones: necesidades sentidas, empatía, etcétera.
- Problemas de salud relevantes, abordaje, terapias alternativas y creencias con respecto a la prevención y promoción de la salud (vacunas, planificación familiar, etcétera).
- Contexto en el que viven: territorio, recursos existentes, asociaciones propias, etcétera.
- Redes informales, identificar otras comunidades asentadas en la zona.
- Reagrupación familiar.

3.2.2. Proceso metodológico

Comienza con la llegada de una persona, de una demanda, de una petición o valoración de necesidad de intervención en una situación dada.

Las fases de la metodología de la intervención son:

- a) Estudio.
- b) Diagnóstico.
- c) Plan de trabajo.
- d) Tratamiento/intervención.
- e) Evolución-terminación.

a) Estudio/valoración social

Es la primera fase de la intervención y consiste en establecer la relación y la recogida de información sobre el caso, la situación, la demanda, la persona; siendo importante conocer y trabajar sobre los cuatro aspectos que inciden en la situación: la persona, el entorno, el problema y el proceso.

Se abordarán los siguientes aspectos:

- Estudio y clarificación de la demanda.
- Análisis de las necesidades detectadas.
- Realización de la historia social individual adaptada a las características de esta población, que comprenderá los aspectos recogidos en el cuadro I.
- Realización del genograma y ecomapa (Escartín, 1997).

Cuadro I. Historia social individual

- Datos identificación individual.
- Situación social:
 - Tiempo que lleva en el país.
 - Procedencia.
 - Idioma. Dificultades para la comunicación.
 - Conocimientos que tiene sobre normas, acceso a recursos, servicios, etcétera.
 - Situación administrativa.
 - Problemas legales, de documentación, etcétera.
 - Repercusiones en su calidad de vida (aspectos laborales, acceso a vivienda...).
 - Perspectivas de asentamiento.
 - Recursos personales y habilidades de afrontamiento de situaciones adversas.
- Situación familiar:
 - *Existencia de familia en España:*
 - ◊ Composición y estructura familiar
 - ◊ Situación administrativa de cada componente del grupo familiar.
 - ◊ Inserción social del grupo familiar (laboral, escolarización de menores, en el entorno, etcétera).
 - ◊ Relaciones familiares.
 - ◊ Ciclo vital.
 - ◊ Acontecimientos vitales estresantes.
 - *Familiares en el país de origen.*
 - ◊ Planes de reagrupación familiar.
- Apoyo social:
 - Valoración de la red de apoyo social disponible (familia, amigos...).
 - Tipo y cantidad de apoyo.
 - Relaciones sociales/Redes sociales.
- Situación económica y laboral:
 - Recursos económicos actuales. Fuente de recursos.
 - Cobertura de necesidades básicas.
 - Deudas.
 - Formación laboral/profesional.
 - Capacidad de empleabilidad.
 - Grado de adaptabilidad al mercado de trabajo.
 - Nivel de estabilidad laboral.
 - Riesgos laborales en el empleo.
- Situación de salud:
 - Problemas de salud relevantes y abordaje (medicinas alternativas, sanadores, etcétera).
 - Valorar actitudes frente a actuaciones de prevención y promoción de salud: vacunas, planificación familiar; etcétera.
 - Condiciones medioambientales nocivas para la salud.

Cuadro I. Historia social individual (cont.)

- Vivienda:
 - Tipo.
 - Régimen de tenencia.
 - Hacinamiento.
 - Equipamiento: Adecuado/no adecuado o insuficiente.
 - Condiciones ambientales: conservación, higiene, iluminación, ventilación, humedad, ruidos, animales, eliminación de aguas residuales, actividades molestas/insalubres.
 - Barreras arquitectónicas.
 - Riesgos de accidentes.
- Entorno en que se ubica la vivienda:
 - Medio ambiente degradado.
 - Vivienda aislada/diseminados.
 - Núcleos urbanos.
 - Adecuación de la infraestructura del entorno.
 - Disponibilidad de equipamientos.

b) Diagnóstico

Desde una perspectiva global un diagnóstico en trabajo social es la formulación de una hipótesis de la situación que responde a cuestiones como las siguientes:

- Qué pasa, cómo y a quién.
- Por qué pasa.
- Qué soluciones.
- Qué ayuda.
- Qué recursos.

Tras el análisis de datos el profesional debe establecer una hipótesis de tratamiento y un pronóstico, en base a los cuales establecerá un plan de intervención (Escartín, 1997).

c) Plan de trabajo

En el que establecerá objetivos y tareas a corto, medio y largo plazo, junto con la persona de cara a conseguir cambios en la situación-problema presentada, así como diseñar estrategias para modificar la situación (Escartín, 1997).

d) Tratamiento/intervención

Constituye todas las actividades y técnicas que se desarrollan a lo largo del proceso de intervención.

De manera genérica, la intervención directa irá orientada a:

- Dar apoyo emocional, estímulo y validación de la persona.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos.
- Dar información y ayudar a organizarse racionalmente.
- Ayudar a crear soluciones alternativas y escoger acciones de cambio.
- Mostrar cambios y estimular conductas alternativas.
- Desarrollar apoyos sociales y la ayuda mutua (redes sociales) (Escartín, 1997).

Proponiéndose las siguientes actividades:

- Información/orientación.
- Asesoramiento/consejo.
- Apoyo social y emocional.
- Coordinación y movilización de recursos.
- Gestión social.
- Interconsulta:
 - Otros niveles.
 - Otras instituciones.
- Seguimiento.
- Derivación social:
 - EBAP, ESMD, hospital, SS.SS Comunitarios o
 - Especializados, Servicios Educativos, Entidades, Asociaciones, ONGs.
 - Otros.

e) **Evaluación-terminación**

Proceso cuyo fin es constatar los progresos alcanzados en el plan propuesto y hacer, en consecuencia, las modificaciones necesarias respecto a actividades futuras. Debe responder a un trabajo continuado de análisis de la intervención en todas sus dimensiones: el asesoramiento, la relación, el manejo y utilidad de la entrevista, las gestiones, los recursos utilizados, el grado de satisfacción del individuo, los cambios producidos en la situación, etcétera.

3.2.3. *Modalidades de atención*

Esta atención se realiza en las siguientes modalidades:

Atención a demanda son espacios dedicados a atender las peticiones de consultas procedentes de cualquier miembro del equipo o por iniciativa propia del usuario con el objetivo de realizar una primera valoración de la demanda y orientación sobre el tratamiento social a realizar.

Atención Programada son espacios reservados para tratamiento social en consulta a problemática valoradas por el equipo según criterios de riesgo social explicitados en cartera de servicios.

Atención domiciliaria, atención social en domicilio (vivienda habitual o centro residencial) con el objetivo de valoración de las circunstancias sociofamiliares y ambientales del usuario y/o intervención social desde el entorno familiar. Se trata de una intervención propuesta desde el proceso de atención social según los criterios de riesgo social.

Atención Grupal, actividades dirigidas a un grupo de personas que tienen en común una misma problemática y/o situación sociofamiliar con el objetivo de informar y/o educar dentro del marco de la promoción de la Salud y la Prevención.

3.2.4. *Apoyo social*

Entendemos por apoyo social el conjunto de provisiones expresivas e instrumentales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden

producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. El trabajo social en el área de apoyo social realizará las siguientes funciones:

- Impulsar la creación de grupos de ayuda mutua como recurso social para la salud. Donde se intercambian información, experiencias, apoyo emocional, actividades recreativas, prestación de servicios, y presión social.
- Fomentar la puesta en marcha de proyectos de voluntariado que respondan a las necesidades de salud de este colectivo.
- Asesorar y apoyar a los grupos de ayuda mutua ante situaciones de crisis o conflicto.
- Contribuir con el equipo, a la formación del voluntariado en temas de salud.
- Coordinación con los distintos recursos de apoyo social de las zonas.
- Sensibilizar a profesionales sanitarios y población de la importancia del apoyo social en salud y de las estrategias de su utilización de forma adecuada.

3.3. Atención comunitaria y participación

Forman el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad.

La Atención Comunitaria considera la participación de la población como un elemento fundamental y las estrategias son la de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la educación para la salud, es la herramienta que facilita el desarrollo de capacidades y habilidades personales, buscando el fenómeno del autocuidado de la ciudadanía.

El trabajo social en la administración sanitaria ha ejercido un rol de liderazgo en la promoción del tejido social, en el patrocinio y seguimiento de programas, y en la formación de las personas implicadas.

En esta línea las intervenciones de la trabajadora social serán:

- Estudiar los factores sociales que caracterizan a la población inmigrante de la zona de salud para incorporar estos aspectos a las estrategias dirigidas a mejorar la salud de la comunidad.
- Estudiar los grupos y colectivos de la zona de salud, factores de riesgo, recursos y medios disponibles, datos de población, epidemiológicos, socioeconómicos, etcétera.
- Determinación de las estrategias de carácter preventivo o de promoción de la salud.
- Coordinación Intersectorial con las distintas instituciones de la zona. Participación activa de los centros en los órganos de decisión a nivel local: planes de barrios, mesas de salud, consejos municipales de salud, escuelas de salud, protocolos de cooperación intersectorial de las distintas instituciones, etcétera.
- Organización de actividades encaminadas a promover la implicación y la participación de la comunidad. Estas actividades son: educación para la salud, promoción de autocuidado, formación de agentes de salud y mediadores, participación de los consejos de salud de la población inmigrante líderes de éstos.
- Ejecución de las actividades.
- Evaluación: medir la efectividad, idoneidad y eficacia de los resultados.

Participación y Asociacionismo

Los profesionales de la salud debemos apoyar el movimiento asociativo inmigrante ya que cumple una doble finalidad, por una parte es un canal de información y conocimiento de la realidad de los colectivos, de sus necesidades y reivindicaciones, por otra resulta un medio para canalizar las políticas e incluso prevenir conflictos sociales.

Se hace necesario facilitar mecanismos de participación para la población inmigrante, ya que es fundamental su incorporación en los consejos locales y sectoriales y en la toma de decisiones que les afecten.

Hay que promover y reforzar las redes propias de asociación, organización y afirmación de su propia cultura., el conocimiento de esas buenas prácticas y buscar interlocutores dentro del colectivo de inmigrantes. De igual forma potenciar la incorporación en otras asociaciones vecinos, AMPA, consejos de salud, etcétera.

Convivencia:

Debemos crear espacios de convivencia para la nueva ciudadanía a través de encuentros que profundicen en las relaciones interétnicas y la difusión de las diferentes culturas presentes en nuestra realidad cotidiana.

Para concluir y recogiendo la opinión de Levi Strauss, pese a estar en el siglo XXI sigue habiendo dos mundos, uno que no puede dormir porque tiene hambre y otro que no puede dormir porque tiene miedo de los que tienen hambre (L. Strauss 203).

4. ANEXOS

Anexo I. Propuesta de entrevista inicial de acogida a la población inmigrante

A la llegada de cualquier persona inmigrante a los centros sanitarios (normalmente acuden en demanda de la tarjeta sanitaria, e incluso muchas veces por algún problema de salud agudo en ese momento), además de atender la demanda puntual que precisan en ese instante, se les proporcionará una cita para que sean atendidos por el trabajador o trabajadora social del centro de salud, con el fin de proporcionarles una información más detallada de los servicios y funcionamiento del Sistema Sanitario en Andalucía, de modo que les facilite su acceso al mismo, así como el uso adecuado de los servicios disponibles.

Para ello, en la entrevista con el profesional, se realizará una valoración inicial de la situación de la persona con el fin de mejorar la atención, para ello, además de recoger los datos de identificación básicos, se deberán recabar datos relacionados con su proceso migratorio, que serán definitorios para la atención e información que se les debe facilitar:

- *Datos básicos a recoger:*
 - Datos de identificación.
 - Idioma. ¿Conoce el castellano o precisa de un intérprete?
 - Período de tiempo que lleva en el país.
 - Tiempo que lleva en la localidad.
 - Proyecto migratorio, si tiene intención de asentarse en la localidad o está de paso.

- ¿Trabaja en empleos de temporada que le obligan a desplazarse por distintas ciudades y/o regiones?
 - ¿Está sólo o acompañado por familia?
 - En caso de estar acompañado por la familia, se debe recoger información sobre el grupo familiar: edad y sexo de los miembros que lo componen.
 - Vivienda y convivientes.
 - ¿Tiene algún tipo de documento de salud de su país de origen, por ejemplo, certificado de vacunas? Tanto de la persona que estamos entrevistando, como del resto de su familia.
 - Entidades con las que ha contactado desde su llegada a España (Servicios Sociales Comunitarios, ONGs...).
- *Intervención profesional:*
Según los datos obtenidos, se detectarán los principales aspectos a abordar. En líneas generales, se podrían destacar los siguientes:
 - En todos los casos se informará del médico asignado, horarios y funcionamiento del centro, forma de acceso, etcétera.
 - En caso de no conocer el idioma, se le informará y facilitará la relación de intérpretes que han suscrito convenio con las distintas entidades, para facilitarles la comunicación. También se le proporcionará copia de la relación de palabras de uso común en diferentes idiomas.
 - Según el tiempo de permanencia en el país, contactos con otras organizaciones, etc., se puede presumir el grado de información que posee respecto al Sistema Sanitario, u otros Sistemas de Protección, no obstante, se puede indagar algo sobre este aspecto de forma que se le pueda facilitar información complementaria en caso necesario.
 - Si está de paso en la localidad, se le facilitará la «Historia Clínica Portátil», indicándole que es un instrumento útil, de cara a la continuidad asistencial y al seguimiento de su salud en cualquier otro lugar que se traslade. Así mismo, sería conveniente facilitarle información sobre el acceso al Sistema Sanitario en otras Comunidades Autónomas.
 - Si va a permanecer en el lugar, se le dará de alta en la aplicación Diraya (historia clínica y social digital en Andalucía) y se le informará además de los servicios existentes en el centro.
 - Si tiene familia, se le dará a conocer los programas existentes relacionados con los distintos grupos de población (p. ej., *salud infantil*, en caso de menores, programas relacionados con la *atención a la mujer*, atención a *patologías crónicas*, etcétera).
 - Como conclusión, se registrará en su historia los datos más relevantes, que pudieran ser de utilidad posteriormente en la atención a su salud.
 - Por último, en caso de detectar cualquier problemática que así lo aconseje se le orientará y derivará a los servicios y/o profesionales pertinentes.

Anexo II. Proyecto de formación/información a agentes sociales

Actualmente, son muchos los profesionales y voluntarios de distintas entidades, tanto públicas como privadas que tienen relación e intervienen con el colectivo inmigrante, por lo

que se considera pertinente que tengan una formación adecuada, no sólo para facilitar su acceso al sistema, sino también para promover su utilización, fundamentalmente en lo que se refiere a actividades preventivas.

En este sentido, se considera adecuado, realizar **cursos de formación a mediadores en el ámbito de la salud**, con los siguientes **objetivos**:

1. Formar mediadores en salud, en la población inmigrante, capacitándoles para promocionar y transmitir los conocimientos de salud adquiridos en las diversas materias.
2. Favorecer la comunicación entre mediadores y profesionales de la salud, para intercambiar información sobre las necesidades de salud y de atención sociosanitaria de la población inmigrante, con el fin adaptar y adecuar los servicios de salud, si fuera necesario.
3. Sensibilizar a los mediadores sobre la importancia de acceder a los centros sanitarios de forma normalizada, y las ventajas que ello tiene, tanto para las personas como para los profesionales.
4. Tomar conciencia de la importancia de la prevención en salud, de forma que potencien la utilización de estos servicios en el colectivo de inmigrantes.

Contenidos básicos que deberían tener los cursos:

- A) Sistema Sanitario Público Andaluz. Forma de acceso y servicios ofertados a la población:
 - a) Identificación y personas de contacto en los centros del entorno donde se desarrolle el curso.
- B) Justificación de la necesidad de la mediación en salud:
 - a) Educación entre iguales.
 - b) La figura del agente de salud comunitario.
 - c) Funciones.
 - d) Mecanismos de participación comunitaria.
- C) Identificación de las necesidades de salud de la población inmigrante detectadas por los profesionales. Sensibilización de su importancia y reflexión sobre estrategias adecuadas para su abordaje.
- D) Cartera de servicios:
 - a) Atención sanitaria en consulta y en urgencias.
 - b) Seguimiento del embarazo.
 - c) Seguimiento de Salud Infantil. Vacunación infantil.
 - d) Planificación familiar.
 - e) Detección precoz del cáncer de mama.
 - f) Atención de personas con procesos crónicos: HTA, diabetes, asma, etcétera.
 - g) Inmunizaciones de los adultos.
 - h) Atención de enfermedades transmisibles. Tuberculosis, Hepatitis B, etcétera.
 - i) Salud Mental.
 - j) Personas en riesgo social.
- E) Factores condicionantes del nivel de salud:
 - a) Estilos de vida.
 - b) Situación laboral y económica.

- c) Situación social.
- d) Situación legal.
- e) Educación.
- f) Género.
- g) Cultura sanitaria.
- h) Medio ambiente.
- F) Estilos de vida saludables:
 - a) Tabaco:
 - i. Deshabituación tabáquica.
 - ii. Atención a personas fumadoras.
 - b) Alcohol.
 - c) Uso racional de medicamentos.
 - d) Seguridad alimentaria:
 - i. Guía de buenas prácticas en la manipulación de alimentos.
 - ii. Alimentación saludable.

Anexo III. Actuaciones de formación/sensibilización del sistema sanitario hacia los profesionales de la salud

Desde el ámbito sanitario, sería conveniente articular una serie de medidas, dirigidas tanto a profesionales, como a la organización de los centros que contribuyeran a mejorar la salud de la población inmigrante. En muchas de estas actuaciones, el trabajador social tiene un rol decisivo, en cuanto a favorecedor de la relación entre el equipo de salud, la persona inmigrante, su entorno y los diversos sistemas de protección social, por lo que es necesaria su participación y cooperación en la puesta en marcha y desarrollo de las actuaciones enumeradas a continuación:

- A) Respecto a los profesionales:
 - Incrementar la formación de los profesionales en relación con temas de diversidad cultural, para favorecer la relación profesional-paciente (comprender la forma de expresar la enfermedad y el sufrimiento) y mejorar los servicios que se ofrecen.
 - Ampliar los conocimientos de los profesionales con relación a vacunaciones, enfermedades tropicales e importadas, duelo migratorio, etcétera.
 - Mejorar el conocimiento del proceso de la inmigración e identificar las diferencias culturales de cada colectivo, con el fin de optimizar la atención sanitaria.
 - Informar a los profesionales de todos los recursos disponibles y la forma de acceso a ellos.
 - Motivar para incrementar la utilización de los mediadores interculturales y/o agentes de salud para facilitar la comprensión y detección de problemas. Haciendo hincapié en la importancia de que exista una buena colaboración entre los profesionales de salud y los mediadores.
 - Promover la adaptación cultural de los programas de salud instaurados en los distintos centros de salud, favoreciendo la puesta en marcha de programas específicos según las necesidades detectadas; siempre en un contexto de participación.

- Usar el material informativo en diferentes idiomas para facilitar la comunicación (folletos, hojas de prescripción, consejos básicos, etcétera).
- Utilizar la *Historia de Salud Portátil*, en aquellos casos de movilidad geográfica del inmigrante.
- Fomentar el conocimiento de otras culturas (prever choques culturales en cuanto a tratamientos farmacológicos y valorar actitudes adversas hacia análisis, pruebas complementarias, determinadas terapias...).

B) Respecto a la organización de los centros:

- Analizar las nuevas necesidades y adaptar la dotación de recursos humanos (sanitarios y no sanitarios) y materiales donde sea necesario.
- Mejorar los canales de comunicación con otros niveles asistenciales para facilitar la continuidad asistencial.
- Favorecer el acceso a la formación de los profesionales y promover dicha formación.

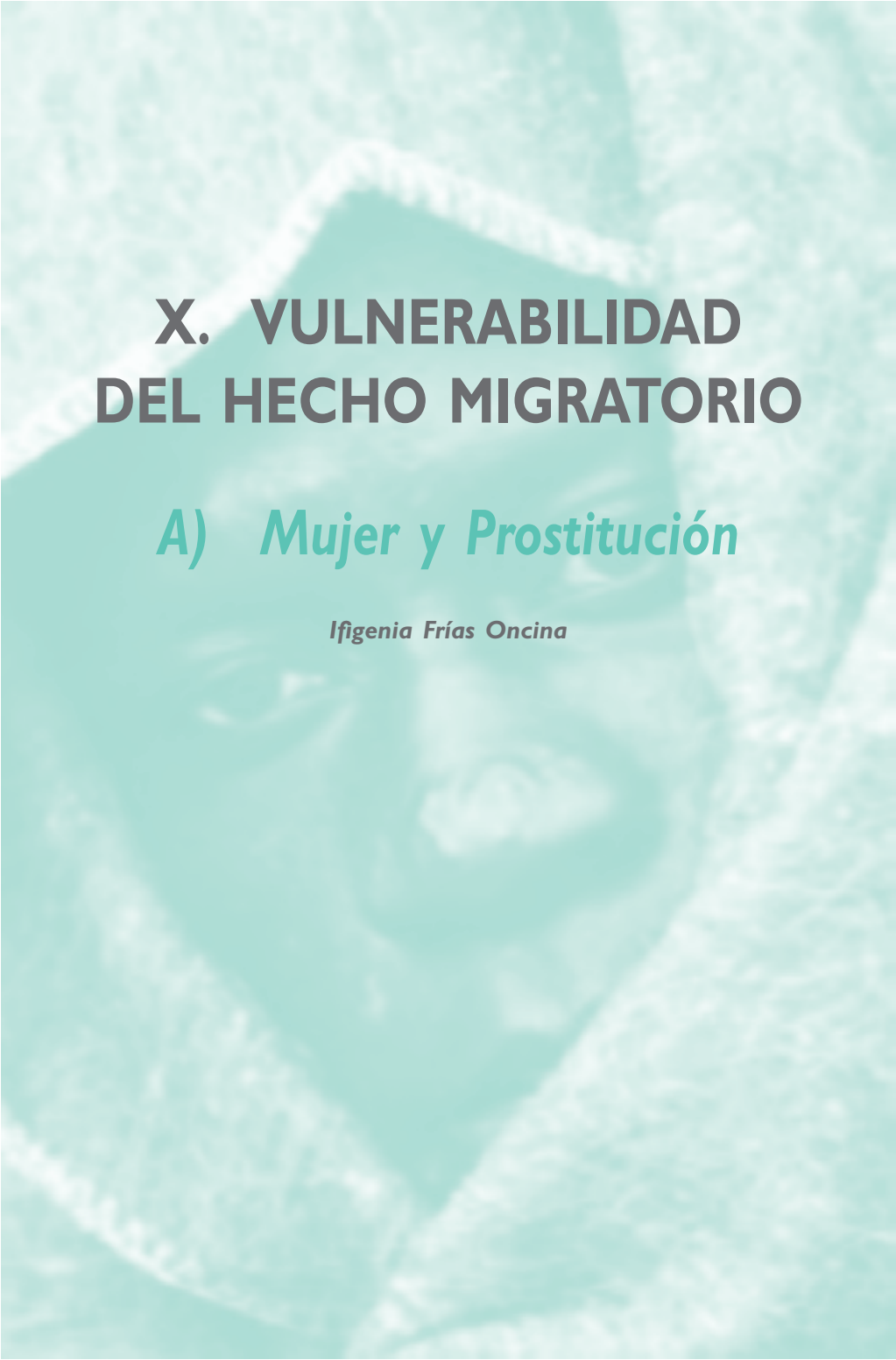
Estas actuaciones se podrían llevar a cabo a través de dos **modalidades**:

1. Cursos de formación específicos.
2. Sesiones formativas en cada centro, en el espacio destinado a la formación continuada, lo que garantizará que la información/formación llegue a todos los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

III Plan Andaluz de Salud.

- Bauman Z. Exclusión social y multiculturalismo. *Claves de la 3. Razón práctica*. 2003 noviembre;137.
- Benítez Martín F, López García E, Gutiérrez Nieto A. *Guía de Trabajo Social en USMI*, 2006
- Colomer M. El esquema del método básico. *Revista de Trabajo Social* (Barcelona). 1979;55.
- Documento Marco. *Atención a la Salud en las Zonas con Necesidades de Transformación Social de Andalucía (ZNTS)*. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección de Coordinación y Salud, 2004.
- Documento: *Cartera de Servicios de T. Social*. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda.
- Escartín Caparrós MJ, et al. *Introducción al Trabajo Social II (Trabajo Social con individuos y familias)*. Alicante: Editorial Aguclara, 1997.
- Gascón N. Trabajo Social de Caso. Tratamiento social individual y familiar con inmigrantes. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2002;15:271-82.
- Gómez Olave. Una respuesta a la inmigración desde la Cooperación al Desarrollo: Trabajadores Sociales Solidarios. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2002;15:283-9.
- Reina Peral F. Las mediaciones sociales. «Nuevas tendencias en Acción Social Comunitaria». *Cuadernos de Trabajo Social*. 2001;14:71-90.
- Ituarte A. El papel del trabajador social en el campo sanitario. *Revista de Trabajo Social y Salud*. 1995 marzo;20.
- Raya Díez E. *Indicadores de exclusión social: Una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*. 2006.
- Maya Jariego I. Pertinencia y accesibilidad de los servicios sociales para inmigrantes. En: Checa F, Arjona A, Checa JC, editores. *La integración social de los inmigrantes. Modelos y experiencias*. Barcelona: Icaria Editorial, 2003, pp. 323-45.
- Vázquez Villegas, J. *Inmigración y Salud: ¿ un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?* [www. Semfy.es](http://www.Semfy.es).



X. VULNERABILIDAD DEL HECHO MIGRATORIO

A) Mujer y Prostitución

Ifigenia Frías Oncina

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Tomamos como punto de partida nuestra manifestación firme en contra de todo el tráfico de mujeres y de la explotación sexual y, aún conociendo algunas de las dificultades para acceder a este colectivo, se pretende acercar el sistema de salud a todas las personas en situación de prostitución. Más allá de los diferentes contextos que configuran la prostitución femenina en su heterogeneidad –no organizada, organizada y otras variantes– concordamos con el Instituto Andaluz de la Mujer en que «la prostitución es un hecho social, luego está histórica y culturalmente determinada de una manera dinámica: evoluciona con el tiempo y no puede ser definida estáticamente. Aquello a lo que consideremos prostitución dependerá de la cultura dominante, las relaciones de género, las relaciones de clase y las relaciones interétnicas».

El colectivo de mujeres que ejercen la prostitución no puede enclavarse dentro de una circunstancia ni de una historia única, sino que es tan heterogéneo como las sociedades de las que forman parte y tan diverso como las individualidades que constituyen el colectivo. Cada historia vital es única y constituye un conjunto de encrucijadas y respuestas frente al hecho de vivir, muy a menudo en condiciones extremadamente difíciles.

Constatamos que las diferencias étnicas se convierten en un destino potencialmente desfavorable para los inmigrantes, especialmente si son mujeres. No podría ser de otro modo puesto que habitamos una sociedad con una organización estructural desigual para hombres y mujeres, que coloca a éstas en posición de inferioridad y subordinación, de modo que sus derechos fundamentales, específicamente el derecho a la igualdad, es conculcado con frecuencia. Esta violencia estructural que aboca a la desigualdad e inferioridad de las mujeres se incrementa progresivamente en caso de ser inmigrantes hasta alcanzar situaciones de vulnerabilidad extrema y muy especialmente en los casos de mujeres solas, mujeres cabeza de familia y mujeres con severos obstáculos para acceder al mundo laboral. En esta encrucijada de máxima vulnerabilidad surge especialmente la prostitución.

Asociamos, pues, a la prostitución femenina e inmigración con situaciones de vulnerabilidad, reconociendo que pueden existir otras, desde luego más excepcionales, que no respondan a este modelo.

Vulnerabilidad entendida como proclividad a la enfermedad, a la pobreza y la marginalidad; efecto de una organización política, social y económica que coloca a las mujeres en situación de inferioridad: feminización de la pobreza, desempleo y empleo sumergido o explotación laboral, factores socio-culturales que dificultan su adaptación social y una atención sociosanitaria normalizada. Por otra parte, los miedos, la soledad, la incomprensión y la condena de quienes les rodean, son obstáculos para vivir saludablemente y afrontar los problemas de salud y las situaciones de victimización que a menudo sufren.

A las mujeres en situación de vulnerabilidad hemos de ofrecerles toda la información, apoyo y atención posibles, desde una posición de respeto absoluto y de sensibilidad para con sus vicisitudes particulares. Nuestro objetivo es disminuir el proceso de aislamiento social y las consecuencias del ejercicio de la prostitución, a la que se ven abocadas por su situación de irregularidad, por los condicionantes de género o por haber sido víctimas de tráfico con fines de explotación sexual, a la vez que se fomentan actitudes de solidaridad, ajenas a cualquier paternalismo.

Recordamos la manifestación de representantes de las organizaciones de inmigrantes en las Jornadas de Almería de junio 2006: la solidaridad es uno de los valores que mejor puede ayudar en el proceso de convivencia e interculturalidad.

2. SITUACIÓN ACTUAL

En el ámbito de la prostitución los actores son cada vez más variados: mujeres prostituidas, proxenetas, intermediarios, dueños de locales y empresarios, redes de tráfico y explotación sexual, ONGs, fuerzas y cuerpos de seguridad y administración pública, entre otros.

Desde una perspectiva de género es preciso señalar que en la prostitución femenina quien ofrece la prostitución es mujer pero las figuras que controlan la industria y el resto del entramado son masculinas casi todas.

La edad de inicio en la prostitución oscila entre los dieciséis y diecinueve años. Actualmente, junto a una amplia mayoría de este colectivo que presenta un mejor nivel educativo, persisten otras carencias que limitan su acceso a la formación y al mundo laboral; realidad que convierte al colectivo de prostitución en uno de los más desfavorecidos, en riesgo de sufrir exclusión social o de tender progresivamente a la marginalidad.

Las redes de prostitución se extienden cada vez más por nuestro país. Observamos que un amplio grupo de mujeres depende de la prostitución como medio habitual de vida y como supervivencia y sostén de sus familiares. Algunas contraen deudas que nunca terminan de pagar, y hay mujeres que se prostituyen para escapar a condiciones durísimas de supervivencia, a menudo tras haber trabajado en el servicio doméstico en condiciones de explotación, casi la única posibilidad para las mujeres sin papeles.

Paralelamente a la ausencia de protección familiar, personal y social, la explotación y tráfico sexual de mujeres es cada vez mayor; algunas fuentes consultadas temen que esté reemplazando al tráfico de drogas por los grandes beneficios económicos que reporta, de modo que podría estar adquiriendo dimensiones incalculables y, muy probablemente, comprando silencios cómplices.

Si nos referimos a la tipología, nos remontamos a la década de los años 70 con la aparición de mujeres toxicómanas en el escenario de la prostitución que han ido desapareciendo paulatinamente a la vez que se incrementa la prostitución en las mujeres inmigrantes, de modo que desde los años 90 la gran mayoría de prostitutas es inmigrante. Paralelamente ha disminuido la prostitución de calle y se ha incrementado la de los clubes pero también la de polígonos y carreteras. Actualmente, el grueso de la prostitución se enmarca en la industria del sexo y la diversidad de actividades comerciales relativas al sexo que se nutren de la población inmigrante.

Se detecta un aumento continuo de la prostitución, a la vez que cambian sus características. Tal es el caso de la disminución de la prostitución en las calles mientras se incrementa en

los polígonos industriales. Domina la tipología cerrada de los clubes con reemplazo intensivo de mujeres, movilizadas continuamente de un lugar a otro. Los clubes disponen de modernas instalaciones, diversificación de servicios e infraestructuras.

Respecto al volumen de la prostitución femenina los datos del Instituto Andaluz de la Mujer mencionan la cifra de 4.000 mujeres y 300 clubes dispersos por las diferentes provincias, destacándose en cuanto a mayor número las de Málaga, Granada y Jaén, y en menor número la de Huelva. De todos modos, es difícil obtener cifras fiables, sea por la permanente movilidad, porque hay locales tan cerrados que son difíciles de detectar o por el gran volumen de no documentadas. En cuanto al origen, el grupo más numeroso en toda Andalucía es el latinoamericano, seguido de europeas del Este, de países exsoviéticos, de África y, en menor medida, de otros países, aunque varía por provincias y los lugares de orígenes son muy diversos.

Algunas cuestiones relevantes para el sistema de salud

Una cuestión insoslayable es la de los usuarios de la prostitución, invisibles y muy variados en cuanto a su estatus social, rama profesional y grupo de edad. Las campañas de prevención han de dirigirse también a los usuarios, recomendando el uso del preservativo y los controles sanitarios pertinentes. Hemos de avanzar hacia formas de garantizar el control de las enfermedades de transmisión sexual de mujeres a través del control de las infecciones de los clientes. Aunque el nivel de implantación de los medios de prevención, en concreto el preservativo, es aceptable, aún existe un alto porcentaje de clientes que no lo utiliza nunca –algunas fuentes lo cifran en un 30%–. Si a este porcentaje le unimos la alta frecuencia de contactos, se multiplica el riesgo para la mujer. En cuanto al uso del preservativo, habría que hacer las campañas dirigidas a los clientes para que consientan en su uso, informándoles de la gravedad de las infecciones de transmisión sexual y de los peligros de contagio a sus parejas, sean estables o no. Un riesgo añadido se localiza en el hecho habitual de que las parejas estables de las prostitutas no utilizan el preservativo.

A pesar de que el debate sobre los riesgos de salud de las prostitutas ha estado centrado siempre en las infecciones de transmisión sexual y hepatitis, las últimas investigaciones se dirigen a demostrar la aparición de otras enfermedades y trastornos psíquicos (ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos de conducta, trastornos psicóticos y otros como el estrés postraumático), además de considerar afecciones, ignoradas anteriormente, como el dolor pélvico crónico.

La frecuencia de IVE es alta y merece una consideración especial puesto que en algunas culturas es normal utilizarlo como un método anticonceptivo más.

Existe un problema importante de automedicación, favorecido por las dificultades de acceso al sistema de salud. La información se transmite de unas a otras con el riesgo que implica.

Otra realidad a tener en cuenta como problema de salud –además de las drogodependientes que habitualmente hacen prostitución en la calle– es el consumo de drogas en los clubes (alcohol y cocaína). No suelen reconocerlo y es difícil de cuantificar.

La elevada movilidad de las mujeres en el ámbito de la prostitución, muchas sin domicilio fijo, de club en club, o las que viven en otras Comunidades Autónomas y vienen a Andalucía por períodos, genera dificultades para el acceso a la tarjeta sanitaria.

3. MODELO DE PREVENCIÓN: LA BÚSQUEDA DE LA CONVERGENCIA

Teniendo en cuenta las características de la prostitución en Andalucía, proponemos articular una respuesta centrada en algunos objetivos, anudados a un principio de actuación fundamental como es la implicación de las afectadas en la gestión de su salud y enfermedad.

Objetivos

- A) Promover la salud y prevenir la enfermedad.
- B) Atender la salud de las mujeres y reducir daños en el ámbito de la prostitución.
- C) Desarrollar oportunidades para luchar contra la exclusión y favorecer la inclusión.

Proponemos algunas orientaciones para incidir eficazmente en la mejora de la salud y la calidad de vida, y como un instrumento de trabajo de acción intersectorial, que en colaboración con otros organismos públicos y privados, posibilite una atención integral a la población implicada en la prostitución.

Para la consecución de estos objetivos se incidirá especialmente en:

— Objetivos instrumentales:

- Formación de todos los y las profesionales.
- Difusión de los recursos del sistema de salud para su conocimiento por todas las implicadas –diferentes idiomas y adaptados a sus códigos culturales–.
- Accesibilidad de los recursos, flexibilizando y diversificando la oferta en función de las necesidades reales de la población inmigrada –ampliación de horarios y otras–.
- Información preventiva personalizada.
- Captación activa de las implicadas.
- Atención personalizada desde el sistema de salud –huyendo de la homogeneización y desubjetivación–, para favorecer una atención biopsicosocial que acoja a la mujer en la totalidad y singularidad de su ser; a fin de incidir en la mejora de su salud y su vida.

La sexualidad humana es fundamentalmente psíquica y, como tal, mediatizada por las representaciones, vivencias y afectos que configuran la vida de cada sujeto. Lo psíquico incluye la corporalidad porque el cuerpo erógeno no es el cuerpo orgánico, sino que posee una cartografía particular como sede del placer y del dolor y lleva la marca de la experiencia y de la historia de cada sujeto. En este sentido podemos hablar de un cuerpo biográfico, de tal modo que la mujer que expone su cuerpo en el encuentro con el otro se expone a sí misma en su totalidad de sujeto sexuado. Un cuerpo sexuado expuesto a ser usado sin consideraciones dejando en la mujer el sentimiento del vacío más descarnado, además de otros efectos sintomáticos diversos. Por tanto, abogamos por un tratamiento biopsicosocial que partiendo de la subjetividad de la mujer la ayude a proteger y cuidar su salud, mejorar su vida y lograr mayor bienestar. En este sentido, lejos de imposiciones dogmáticas, es posible encontrar la convergencia entre sus costumbres, su cultura, sus conocimientos en salud y el saber médico de nuestros profesionales, para enriquecer e incrementar la eficacia de las actuaciones sanitarias.

Para atender los objetivos anteriormente señalados, proponemos las siguientes líneas de actuación preventiva:

- Información preventiva: consideramos que la información es importante pero es mucho más eficaz cuando se particulariza en cada persona y se conecta con su realidad íntima produciendo cambios en su posición subjetiva, con efectos positivos en su salud y su vida.
- Formar en educación para la salud: hay que insistir hasta hacer resonar en la subjetividad de cada mujer la responsabilidad en la protección de su salud, anteponiendo ésta a ciertas presiones e intereses culturales que inmolan a la mujer. Puesto que a menudo carecen de libertad para tomar decisiones saludables por estar presas en las redes de tráfico y explotación sexual o soportar elevadas cargas económicas por responsabilidades familiares, se les ofrecerá la información más ajustada a su realidad particular.
- Es imprescindible mejorar tanto la información sobre su derecho a la asistencia sanitaria en Andalucía, como el modo de funcionamiento de la sanidad pública y los servicios que se prestan.
- Incidir en la necesidad de seguir inventando el modo de hacer del preservativo un instrumento imprescindible en el ejercicio de la sexualidad. Pero, sobre todo, hacer llegar a los usuarios de prostitución la necesidad de utilizarlo obligadamente. Se trata, en última instancia, de lograr que se sienta concernido por una mejor salud para la mujer y, por tanto, para todos y todas.
- Transmitir la importancia de adoptar prácticas sexuales seguras en su vida privada.
- Despojar de su eficacia al prejuicio extendido entre muchas personas de que el uso de medidas de protección puede suponer una ofensa, una falta de confianza o una disminución del placer en el usuario, cuando de lo que se trata es de protegerse una misma y proteger al otro. Sin embargo, el problema surge cuando no disponen de la libertad mínima para poder elegir el comportamiento que protege su salud.
- Fomento de la mediación para propiciar la inserción en redes sociales a fin de paliar la soledad y el aislamiento, a la vez que se proporciona información y se posibilitan experiencias que ayuden a frenar la explotación sexual.
- Fortalecer los dispositivos sociosanitarios, tanto específicos como de Atención Primaria, para que encuentren un espacio de escucha y atención que reduzca la vulnerabilidad a enfermar así como las reiteradas recidivas psicosomáticas y mentales.
- Incentivar los programas de las ONGs de educación para la salud, prevención y reducción de daños, continuando con aquéllos que ofrecen capacitación profesional para facilitar el acceso al mundo laboral.
- Otra vertiente de la prevención consistirá en priorizar las actuaciones dirigidas a incrementar el interés y la responsabilidad de la mujer por su salud. Desde los distintos dispositivos de salud y sociales se alentará el interés en obtener los conocimientos precisos. Al respecto, conviene insistir especialmente en un efecto indeseable bastante común: la disminución de la capacidad para valorar las situaciones de riesgo de contraer ITS si se consumen alcohol o drogas.
- Adecuar la información, la metodología y los materiales educativos a los perfiles étnicos y culturales de las personas a las que se dirigen las intervenciones.
- Es necesario impedir urgentemente que mujeres que no desean ejercer la prostitución sean obligadas a prostituirse por falta de apoyos psicosociales, jurídicos y administrativos, para lo

cual se potenciarán los programas de detección de mujeres en situación de explotación sexual y programas de apoyo jurídico a las víctimas de trata, para ayudarles a obtener el permiso de residencia como regula la Ley de Extranjería.

- Los y las profesionales han de abandonar los prejuicios tradicionales relativos a la prostitución y a la violencia de género y sustituirlos por una acogida respetuosa y abierta a la comunicación y a la escucha.

4. MODELO DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADO

Teniendo presentes las líneas de prevención expuestas proponemos dos principios de actuación:

- Partir de la singularidad del sujeto que viene a consultar: intervención personalizada.
- Despejar posibles situaciones personales que favorecen el enfermar e intervenir para impedir un empeoramiento o una caída grave en alguna patología.

En el primero, se trata de despejar la dificultad particular de cada mujer en la preservación de su salud. Sirve de poco intervenir de espaldas a la **implicación subjetiva** de la consultante porque entonces suelen aparecer las recidivas, de modo que se multiplican las consultas sin incidir en la mejora de su salud, a la vez que, agotadas las expectativas positivas y las esperanzas en el sistema de salud, comienza a dominar la tristeza y el proceso se vuelve estéril.

El segundo principio de actuación trata de activar un modo de saber hacer profesional para el que acuñaremos el concepto de «**acogida terapéutica**» que desarrollamos a continuación, teniendo en cuenta que la acogida empieza desde que el usuario entra por la puerta del centro de salud, no sólo por la del médico.

El tiempo es fundamental, también otras cuestiones son fundamentales e interesa no confundirlas. Hay cuestiones que son de tiempo y otras a las que se le atribuyen problemas de tiempo pero lo más importante es una buena acogida. El tiempo de las consultas es corto y habrá que seguir insistiendo para que se alargue pero lo que realmente interesa es que, mientras tanto, ese poco tiempo sea bien aprovechado —precisamente porque es corto se incrementa la responsabilidad en aprovecharlo bien—. A menudo se nos escapan los beneficios de entrada, beneficios que se pueden obtener con independencia del tiempo y que no sólo evitan la yatrogenia sino que son terapéuticos por sí mismos: acogida afable, mirada atenta, interés en el otro, saludo personalizado y afectivo, respeto a sus particularidades, palabras de aliento, de consuelo, de comprensión y apoyo. Pero, sobre todo, beneficios de proporcionar cierta información que en muchas ocasiones es suficiente para que una persona desdramatice su situación y sienta un alivio inmediato. Sin olvidar una adecuada derivación relativa a los asuntos que no es posible atender o que correspondan a otras consultas.

Las somatizaciones, contracturas, síntomas corporales y psicósomáticos del estrés, agravadas por el aislamiento y la carencia de gratificaciones psicosociales se pueden ver aliviadas con una acogida terapéutica, con cierta independencia del tiempo, aunque si se dispone de tiempo será mucho mejor.

El instrumento privilegiado para prevenir las ITS es el preservativo. No vamos a negar que se ha avanzado mucho al respecto, pero no podemos dejar de promover su uso sistemático mientras exista un sólo cliente de prostitución que no lo utiliza. Por tanto, es imprescindible

promover su uso entre los hombres y realizar programas de captación activa para difundir información preventiva.

Proponemos, con los hombres usuarios de prostitución y con las mujeres, romper el prejuicio que asocia el preservativo a molestias, renuncias y limitaciones varias, para situarlo sistemáticamente del lado de la oportunidad que ofrece para mantener relaciones sexuales satisfactorias sin riesgo. Relaciones que de otro modo constituirían un error o dejarían tras de sí consecuencias indeseables. Si partimos de que la sexualidad humana es fundamentalmente psíquica, enfocaremos la prevención de situaciones de riesgo desde la lógica de funcionamiento psíquico, que puede conceder al preservativo un lugar en nuestras representaciones asociado a sus beneficios, fantasías y experiencias de satisfacción. En este asunto interesa trascender los inconvenientes que los prejuicios tradicionales han tejido en torno al preservativo para concederle un nuevo estatuto: el de un instrumento al servicio de las fantasías, del erotismo y por tanto con capacidades de erogeneización del cuerpo.

El idioma se ha planteado como un asunto fundamental y lo es, pero hemos de despejar el factor idiomático separándolo de otros que, amparándose en él, encubren manifestaciones xenófobas a las que es tan proclive el ser humano. En algunas ocasiones, el problema para entenderse no es del idioma sino de las actitudes y los prejuicios de los individuos que entran en comunicación. Al respecto, sabemos que la comunicación contiene un componente verbal y otro no verbal, como la letra y la música de una canción: no necesitamos conocer el idioma para saber que contiene un mensaje de ira, de rechazo, de aceptación, de confianza o de esperanza.

Frente a los temores, inquietudes o desfallecimientos de la vida psíquica de los y las consultantes, a menudo por falta de conocimientos, les daremos la información y las claves para desentrañar sus malestares y así poder elaborar respuestas a sus dificultades. Siempre acogiendo sus conocimientos, su saber y su experiencia, y partiendo de los mismos para hacerlos converger con las prescripciones y recomendaciones médicas. Si bien hay que atender a la singularidad de cada caso y por lo tanto la respuesta va a ser singular, se pueden establecer líneas generales de actuación:

- Efectuar una acogida que estimule la comunicación y posibilite una elaboración inicial de las dificultades y malestares, pasos previos para la subjetivación de los mismos y la toma de medidas pertinentes.
- Desdramatizar, tranquilizar y despejar las diferentes cuestiones a tratar.
- Aclarar y ordenar la demanda, explicitando las demandas implícitas para atenderlas, aclararlas o derivar en su caso.
- Subsanan falseamientos de la realidad y opacidades por falta de conocimientos, temores o actitudes defensivas.
- Evitar la discriminación que supone no explicar a la paciente la enfermedad que padece limitándose a prescribir sólo el tratamiento. La falta de explicación da lugar a que las mujeres desconozcan la gravedad de las patologías –por ejemplo en caso de ITS– y no actúen en consecuencia. Precisamente para derribar mitos y creencias, resulta necesario explicarles la causa de su enfermedad, de la gravedad o no de la misma y de los peligros de una recidiva.
- El desamparo implícito en su condición de inmigrante suele agravar las dolencias. Esta realidad puede paliarse en alguna medida cuando se les ofrece un lugar en el que se logra

transmitir apoyo, aceptación, respeto y afabilidad, con el fin de alejar temores a la vez que se proporcionan tranquilidad y confianza.

- La violencia de género, en particular la ejercida en el ámbito doméstico, constituye un problema de salud (prioritario para la OMS) y entendemos que las mujeres implicadas en la prostitución sufren más violencia y las consecuencias para su salud son mucho mayores. Recomendamos el tipo de atención que se despliega frente a los casos de violencia doméstica teniendo en cuenta la condición de inmigrante y de explotadas sexualmente, circunstancias que agravan su vulnerabilidad a los malos tratos.
- Es necesario rastrear los prejuicios y costumbres culturales tanto de los y las profesionales de salud como de los y las usuarias para que no se constituyan en un obstáculo a la prevención.
- La elevada tasa de IVEs es una cuestión importante. Al respecto, es preciso potenciar el conocimiento y uso de anticonceptivos con las parejas.
- Los y las profesionales de la salud realizarán un esfuerzo de formación para desterrar prejuicios xenófobos y de rechazo a cualquier tipo de diferencia racial, cultural y religiosa.
- En general, es necesario mejorar la información sobre su derecho a la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, sobre el funcionamiento del sistema de salud y los servicios que presta.

5. ACTUACIONES DEL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN

A modo de información complementaria se exponen las actividades realizadas por asociaciones, que llevan a cabo actividades en el marco de dicho Plan, subvencionadas por la Consejería de Salud:

- Acompañamiento y seguimiento de tratamientos médicos.
- Formación del voluntariado.
- Talleres de alfabetización y graduado.
- Aprendizaje de español.
- Informática.
- Costura.
- Nutrición y organización doméstica.
- Manualidades.
- Orientación y búsqueda de empleo.
- Visitas culturales.
- Charlas formativas.
- Talleres de habilidades sociales, autoestima y relajación.
- Taller de mujer y salud.
- Asesoría jurídica.
- Ayuda psicológica.
- Gestión de recursos
- Apoyo escolar a hijos.



- Taller de VIH y sexo seguro en inglés y español.
- Taller de ETS. Taller de métodos anticonceptivos.
- Taller de higiene íntima.
- Curso de «Formación de Pares» en salud sexual, con personas que ejercen la prostitución.
- Vacunación contra Hepatitis B.
- Pruebas de embarazo.
- Diseño de folletos sobre el programa de reducción de daños y sobre higiene íntima.
- Folletos en varios idiomas informando sobre derechos básicos.
- Diversos acompañamientos de chicas de clubes a urgencias hospitalarias o a consultas ginecológicas.
- Distribución de preservativos y lubricantes.

6. CONCLUSIONES GENERALES

De lo expuesto podemos concluir que la prostitución ya no constituye un fenómeno de salud específico sino que apela a la responsabilidad de diversos sectores de la sociedad y de sus instituciones públicas y privadas. Los planes de atención a la inmigración, como se contempla en el II Plan Integral de Inmigración de Andalucía han de atender, además de los aspectos epidemiológicos y de los relativos a la salud física y psíquica, otras cuestiones relevantes referidas a la inserción laboral y los múltiples ámbitos de la vida de las personas, todo ello en el marco de la interculturalidad y la intersectorialidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Ten L, Tuts M. *Derechos humanos, mujer e inmigración*. Plataforma de los derechos humanos de las mujeres, con la colaboración del Instituto de la Mujer.
- Oliver Reche MI. *La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España*. Premio de Ensayo Carmen de Burgos. Almería, 2002.
- ACSUR: *Tráfico e inmigración de las mujeres en España. Colombianas y ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales*. Murcia: Las Segovias, 2001.
- Instituto de la mujer: *La prostitución en la comunidad Autónoma de Andalucía*. Estudios 22. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social, 2005.
- Frías Oncina I (coord.) *Plan de Atención a la salud de las personas que ejercen la prostitución*. Sevilla: Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública, 2001. Documento interno.



X. VULNERABILIDAD DEL HECHO MIGRATORIO

B) Violencia sobre las mujeres

Ifigenia Frías Oncina

I. CONSIDERACIONES GENERALES

La violencia sobre las mujeres es una realidad histórica emanada de consensos tradicionales de género. En estos consensos la mujer queda colocada en una situación de desigualdad social e inferioridad que para ser mantenida requiere el uso de la violencia. Desde estas coordenadas socioculturales la vulnerabilidad de las mujeres es insoslayable, aunque permanece invisible al estar amparada en las representaciones sociales del modelo femenino propuesto por el poder masculino. Un modelo basado en actitudes de abnegación, sacrificio, renuncia y entrega a los otros, a costa de inmolarse la subjetividad e incrementar la proclividad a los abusos y malos tratos. Para transformar esta realidad es preciso tomar conciencia de la vulnerabilidad de las mujeres e instaurar medidas que garanticen el respeto a la diferencia, el ejercicio de los derechos y libertades y la implantación de políticas de igualdad de oportunidades, lejos del afán de posesión y explotación de una parte de la humanidad que despliega estrategias de poder para someter al resto.

Paralelamente, en el ámbito individual, comprobamos los efectos de una cultura tradicional, interiorizada por las mujeres en la construcción de su subjetividad, de forma que, aunque estén bien informadas y advertidas, persisten actitudes emanadas del modelo tradicional que fomenta relaciones de dominio-sumisión. La cultura tradicional y sus efectos se hallan tanto en los países de origen como en el de acogida pero interesa conocer cómo se singularizan en cada sujeto mujer.

Hay que pensar las consecuencias de ser inmigrante para una mujer en una sociedad que, aunque haya avanzado mucho, aún discrimina a las mujeres. Las consecuencias que tiene el ser mujer, el no hablar la lengua del país de acogida, no profesar las mismas creencias religiosas o ser de otra etnia. La particular extranjería de la mujer inmigrante se asienta en una doble discriminación: ser mujer e inmigrante. En su condición de mujer es discriminada tanto en el país de origen como en el de acogida. En numerosas ocasiones la decisión de emigrar está motivada por las condiciones de opresión familiar y social que viven en sus países, sin apenas derechos y en permanente situación de abuso y explotación. Al llegar al país de acogida dependen de los varones, sea porque desconocen el idioma —algunas son analfabetas— sea porque siempre han vivido reducidas al ámbito de lo privado, sin ninguna experiencia que posibilite su desempeño en el espacio público. Esta dependencia de las figuras masculinas las excluye del mundo pues no sólo las aísla e incapacita para relacionarse con el exterior sino que también las impide conocer y ejercer sus derechos. A la vez, se encuentran con una cultura distinta que, a menudo, cuestiona sus valores tradicionales, teniendo que hacer frente a un proceso de adaptación en condiciones sociales, económicas y afectivas de privación, agravadas por las corrientes de racismo y xenofobia.

Las sociedades de acogida, si bien están más avanzadas en el plano socioeconómico aún están lejos de hacer concordar el respeto a la diferencia y a la particularidad con los valores de solidaridad y convivencia. Las diferencias se han transformado en desigualdades y en modo alguno ser diferente tiene que implicar necesariamente la desigualdad. Para que las sociedades progresen es necesario que se produzcan cambios no sólo en la economía global sino también en los valores sociales y en las subjetividades, cambios favorecedores de la hospitalidad, de la convivencia y la interculturalidad.

Sin embargo, en algunos países de origen hay prácticas de violencia contra las mujeres que amparadas en la cultura y las tradiciones han buscado la impunidad, aunque la legislación de su país lo prohíba. Es el caso de las ablaciones y otros delitos encubiertos históricamente por la cultura dominante que atentan contra los derechos más fundamentales, la integridad corporal y la vida.

Un tipo de violencia que se nutre de la violencia de género es la violencia familiar; especialmente la de pareja. Las mujeres inmigrantes, al igual que las autóctonas, no son ajenas a los malos tratos. Por el contrario, los sufren desde una invisibilidad mayor; propiciados por unas condiciones que las expone a riesgos y abusos: desconocimiento de sus derechos, situación irregular, desinformación sobre recursos sociales, carencias afectivas, soledad, miedos, falta de redes sociales, precariedad económica y laboral, etcétera.

La condición de mujer incrementa sensiblemente la dureza del hecho migratorio y por tanto su vulnerabilidad ha de quedar desvelada para evitar actuaciones discriminatorias. Realizamos este capítulo específico porque entendemos que las experiencias vividas por las mujeres en el proceso migratorio son muy diferentes a las de los hombres y corren el riesgo de pasar desapercibidas en un abordaje único, que homogeneizaría las políticas migratorias y la atención sociosanitaria, encubriendo la diferencia.

2. FACTORES QUE INCREMENTAN LA VULNERABILIDAD

Destacamos, entre otros, los referidos a la regularización de su situación, búsqueda de empleo, cuidado de los hijos, la vivienda, la sanidad, el idioma, la deuda y la trampa, la pérdida del patrimonio familiar y las presiones en el país de origen. A continuación nos detendremos en algunos de los más relevantes:

- Aspectos legales: la ley de extranjería, en lo referido al derecho a la reagrupación familiar; ejemplifica muy claramente el desamparo de las mujeres inmigrantes maltratadas, pues el permiso de residencia se les concede por su condición de esposas de un inmigrante regularizado y su renovación depende de que siga con su marido, por lo que, si desea separarse, si no dispone de permiso de trabajo ni puede justificar la obtención de ingresos suficientes puede ser expulsada, a menos que tenga a su favor una sentencia condenatoria del agresor.
- Búsqueda de empleo: habitualmente sólo pueden acceder a trabajos poco o nada regulados –ámbito doméstico, trabajos clandestinos, prostitución y otros– o actividades que atentan contra su dignidad y los derechos humanos más fundamentales como en los casos de prostitución forzada.
- Los negocios familiares, sobre todo bazares, disponen de las mujeres para trabajar una cantidad abusiva de horas, sin sueldo ni cotización a la Seguridad Social y sin derecho a paro, dependiendo absolutamente del cabeza de familia.

- Las políticas migratorias y las regulaciones legales no suelen tener en cuenta la perspectiva de género, ocasionando severas dificultades para conseguir los correspondientes permisos de residencia y, a menudo, las empujan a vivir como irregulares, sin poder denunciar ningún tipo de abuso –jornadas abusivas en el sector doméstico–.
- El cuidado de los hijos: cuando acceden al mundo laboral se encuentran con un grave problema ya que no pueden costearse guarderías ni pagar a una persona que los cuide. Si entran en el servicio doméstico no ven a sus hijos en toda la semana. Éstos quedan al cuidado de hermanas y/o hermanos mayores, que no pueden asistir al colegio.
- La deuda y la trampa: es un motivo de malestar y estrés continuo para aquellas mujeres atrapadas en las redes mafiosas que les engañaron haciéndoles contraer una deuda que nunca termina de saldarse a cambio de un viaje y un trabajo inexistente. Son obligadas a prostituirse y en caso de negarse reciben todo tipo de amenazas, a la vez que se extorsiona a sus familias en el país de origen.
- Presiones familiares: Orovienen de la ayuda reclamada por la familia que dejaron atrás con una economía muy precaria y en los casos en que la mujer es cabeza de familia sufre presiones mucho mayores, a lo que se añade la presión económica del sostén de los hijos que ha traído consigo.
- Malos tratos: la precariedad en las condiciones de la vivienda, el hacinamiento y los estilos de vida estresantes, afectan las relaciones de pareja muy negativamente. Sin embargo, las cifras de malos tratos a mujeres inmigrantes no trascienden apenas puesto que se suelen mantener ocultos. Unas veces no se denuncia por miedo a la expulsión y otras porque en los países de origen está prohibido el divorcio o el abandono conyugal. En estos casos, si rompen las relaciones pueden sufrir el rechazo y exclusión de su comunidad, que las culpabiliza y condena por su decisión. En otras ocasiones son explotadas sexualmente por redes mafiosas y obligadas a prostituirse.

Para prevenir el maltrato es preciso lograr cambios en los consensos de esas representaciones sociales que configuran el «género» y conseguir que los ideales transmitidos a las mujeres de generación en generación dejen de sustentarse en la abnegación, el sacrificio y la servidumbre, valores que alimentan los sentimientos de inferioridad y de culpa que la aqueja. No hay que olvidar que los ideales que atraviesan las identificaciones y determinan las elecciones y la vida de las mujeres han estado al servicio de perpetuar una cultura que excluye a las mujeres de los asuntos del mundo y las condena a ser siervas a las que poder explotar sin tener que pagar por ello.

Interesa el análisis de las relaciones que establecen hombres y mujeres y el conocimiento de los factores implicados en esas formas de relación para poder influir en su modificación. Se trata, en definitiva, de luchar contra los estereotipos, de modificar los consensos sociales para lograr que prevalezcan las relaciones democráticas entre hombres y mujeres. Relaciones basadas en el respeto a la diferencia y en la solidaridad, ya se trate de relaciones de pareja, entre padres e hijas/os o entre hombres y mujeres en el ámbito laboral. No trata por tanto de velar sólo por las mujeres y mejorar sus condiciones y recursos –los hombres también son víctimas de la cultura– sino liberar a los sujetos de las lacras históricas que pesan sobre ellos a fin de despejar la subjetividad –tan continuamente aplastada por las convenciones y la coerción social–.

3. AMOR, PODER Y VIOLENCIA

La violencia es consustancial al ser humano, necesitado de los otros para vivir desde el inicio de su vida –violentado por su prematuridad biológica y expuesto a la violencia traumática de depender de un otro que le acoja–. Esa dependencia puede conducir al reconocimiento del desamparo y la búsqueda de cobijo en el amor o puede abocar en el intento de apropiación del otro. Es el caso del agresor, el cual busca asegurarse la posesión de la mujer, impidiendo que pueda existir como sujeto independiente, con sus propios deseos, o que pueda tener otras referencias ajenas a él, por eso va cortando sus lazos con el mundo (efecto bonsai).

El deseo de la mujer –señal de su subjetividad y de la falta de complementariedad–, le sume en una incertidumbre tan angustiada que buscará aniquilarle con todas las armas a su alcance. Niega la precariedad humana transformándola en ejercicio de poder sobre la mujer, a la que ofrece la completud narcisita y el amor absoluto, incondicional.

El amor incondicional siempre se salda con la violencia, ésta aparece muy pronto cuando no hay condiciones que la limiten. No hay amor sin condiciones. El amor requiere los límites del respeto a la alteridad y de la solidaridad con el otro.

Por su parte, la mujer, subsidiaria de unos valores de abnegación y sacrificio, aguanta, al principio porque se deja seducir y después porque subrepticamente ha quedado reducida a puro objeto de satisfacción sádica del agresor. Anulada en su subjetividad, confundida y perdida en la estrategia aniquiladora del agresor, aún sigue creyendo que vive una pesadilla y espera que todo vuelva a ser como antes. En el proceso de seducción el agresor le promete todo lo que a ella le habría gustado obtener, hasta dejarla atrapada en el discurso mentiroso que la coloca en el lugar del ideal; ha encontrado a alguien que en el mismo acto en que dice que le entrega su vida, lo que busca es endeudarla para siempre. Desde ese momento, su vida y el lugar que ocupa en el mundo dependen de él de modo que sin ese sostén quedaría arrojada a las tinieblas. Amor, ejercicio de poder y violencia quedan amalgamados generando angustia y un permanente sentimiento de culpa por no hacer nada bien ni estar nunca a la altura de lo que se espera de ella. En estas circunstancias su identidad se resquebraja y se van instalando en la mujer ideas de desvaloración y degradación que la llevan a sentir vergüenza de sí misma.

En algunos países, el poder que se ejerce sobre la mujer es tal que aún se siguen pactando los matrimonios desde edades muy tempranas. En estos casos la mujer pasa a servir a un hombre al que entrega su vida, sin que acceda a la posibilidad de tener un proyecto propio.

4. LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Entendemos la violencia como el ejercicio de dominio de un ser humano sobre otro, dominio que elude la diferencia y anula al sujeto, para moldear a la otra persona a imagen y semejanza del propio yo. El ámbito de la familia, por la cercanía que implican los vínculos, constituye un espacio privilegiado para la expresión de ese dominio, que pretende servirse del otro colocándolo en una posición de inferioridad y servidumbre.

El maltrato, sea en forma de violencia física, psicológica o sexual, que ejerce el marido, pareja o expareja sobre la mujer, no se refiere a hechos aislados sino a agresiones continua-

das, y cada vez más severas, que deterioran progresivamente la salud de la mujer y atentan contra su vida.

Como la violencia de pareja se nutre de la violencia de género, interesa descubrir las representaciones culturales, sociales y personales que sostienen las actitudes desencadenantes de la violencia para poder influir sobre las mismas y prevenir los malos tratos.

Cuando se emigra con la pareja, las nuevas circunstancias que implica la inmigración pueden traer aparejadas algunos cambios en la relación. Unas veces porque los roles asociados al hecho de ser hombre o mujer son distintos en el país de acogida y el hombre puede sentir amenazada su imagen narcisista, otras porque se siente cuestionado en sus funciones. En estos casos se distancia afectivamente de la mujer e intenta controlarla o se comporta agresivamente y puede presentar comportamientos autodestructivos. En ciertos casos esta situación existía en su país pero se agravó considerablemente en el proceso migratorio.

No es de extrañar que el encuentro con una cultura distinta lleve a cuestionar algunas ideas de los modelos ideales de feminidad y masculinidad de los países de origen que afecten al modo de concebir las relaciones en lo sucesivo, incluso puede ser fuente de nuevos deseos o expectativas pero también de conflictos de pareja que generen violencia.

Los y las profesionales se encontrarán con alguna de las diferentes fases por las que puede pasar una mujer maltratada. Sin embargo la sensibilidad ante la violencia y la conciencia de sufrir malos tratos es muy diversa porque existen distintas concepciones sobre cómo deben ser las relaciones y sobre la dignidad y libertad a que tienen derecho como ciudadanas y como parejas.

Hay un tipo de violencia habitual denominada Situación Objetiva de Violencia, referida a conductas consideradas legítimas y aceptables por el agresor y toleradas como inevitables por la víctima. Estas situaciones abonan el campo de los síntomas actuales, condicionados por una cultura generadora de nuevas formas de enfermar física y psíquicamente.

A los y las profesionales les corresponde sostener un discurso que devuelva el respeto y la dignidad a las mujeres inmigrantes que sufren malos tratos, proporcionándoles una visión que les permita ver su situación de otra manera.

5. FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA EN LA PAREJA EN MUJERES INMIGRANTES

Algunas de las diversas fuentes consultadas asocian la violencia a la naturaleza de los agresores pero no compartimos tal asociación, ni hay justificación posible pues, habitualmente, sólo agreden a sus parejas y a nadie más.

Otras fuentes la relacionan con factores sociales y las afectadas aluden más a las interacciones y a los comportamientos de la pareja.

En *Violencias cotidianas cuando las víctimas son mujeres*, editado por el Instituto de la Mujer, se presentan datos referidos a la mayor violencia cuando median determinados factores, que son precisamente los que afectan a las mujeres inmigrantes:

- Circunstancias familiares: mayor violencia en familias nucleares que en las extensas. Mayor si un miembro de la pareja es inmigrante, si tiene antecedentes de violencia familiar; cuanto más absorbe tensiones externas o cuanto más desestructurada esté la familia.

- Circunstancias sociobiográficas: mayor violencia si hay diferencia de edad, si se unen jóvenes, si proceden de noviazgos mal resueltos, si existió embarazo prematuro o si él tiene menor cultura y formación que ella.
- Circunstancias laborales: mayor violencia si ella trabaja y él no, si no trabaja ninguno o si ella tiene éxito profesional.
- Circunstancias sociales: mayor violencia si el coste del maltrato es escaso –impunidad–, cuanto más ambivalencia frente al maltrato hay en el entorno –no se manifiesta una condena explícita y firme– y cuanto más aislada está la mujer.
- Circunstancias individuales: mayor violencia si ella es pasiva, dependiente, sacrificada y dedicada al cuidado de los otros. En situaciones personales de cambio, si ella tiene fuertes convicciones religiosas o si ambos carecen de autoestima. Porque además existen –según ellas– condicionantes carenciales de todo tipo, que les impide escapar a la violencia.

Así mismo se enumeran algunas de las dificultades que encuentran las mujeres consultadas, en su condición de víctimas de la violencia de pareja y que no difiere significativamente de otras fuentes diversas:

- Dificultades de tipo afectivo: sienten pena del agresor; creen que él las quiere; no cuentan con apoyos suficientes entre los familiares y amigos.
- Dificultades relacionadas con la socialización recibida por las víctimas: sobrevaloran el matrimonio y la familia, no aceptan «su» fracaso matrimonial; niegan el problema y tienen miedo de afrontar las responsabilidades solas.
- Dificultades que son consecuencias psicológicas del maltrato recibido: tienen destruida su confianza y autoestima, han aprendido indefensión; no responden, se bloquean y no reaccionan.
- Dificultades que tienen que ver con los problemas laborales/formativos: baja cualificación, baja experiencia o desempleo.
- Dificultades de tipo económico: son dependientes; no tienen o no pueden quedarse sin vivienda; no reciben pensión o no quieren bajar de estatus.

Tienen que ver con un sentimiento de indefensión: no confían en la eficacia de la denuncia, ni esperan juicios justos. Consideran, además, que no hay suficientes medidas asistenciales, lo que hace que tengan miedo a la represalia (Instituto de la Mujer, 2001).

Efectivamente, la tolerancia a la violencia por parte de las víctimas está relacionada con la falta de medios para salir de su situación, con la dependencia psíquica y con la falta de apoyos. Finalmente estamos de acuerdo con este estudio en lo referente a que la tolerancia o la justificación de la violencia alimenta los sentimientos de culpabilidad en las mujeres.

A menudo las mujeres que sufren malos tratos consideran que la sociedad tiene una imagen negativa de ellas, una imagen tan degradada como la que tienen de sí mismas (torpes, débiles, mentirosas...), mientras que la misma sociedad percibe positivamente a los maltratadores (educados, serenos, afectuosos...).

Al percibirse tan devaluada en una sociedad que la margina sin coste social para el agresor, sufre una situación de revictimización a la vez que se incrementa su sentimiento de culpabilidad.

6. PROCESO Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

El proceso y presentación del maltrato sigue unas pautas generales aunque es más silenciado en mujeres inmigradas y puede presentar efectos más devastadores por la cronicidad, el deterioro y ausencia de recursos sociales paliativos.

En las mujeres maltratadas, el miedo, los sentimientos de desvalorización y el pánico que sufren les impide reconocer la situación en la cual están inmersas y, en caso de reconocerlo, la distorsión o minimización de la violencia impide valorar su gravedad. Ambas reacciones son producto de los mecanismos de defensa frente a la angustia tan devastadora que genera la violencia. Otras veces, el sentimiento de vergüenza les impide hablar de las experiencias vividas. En esta situación, aunque resulte paradójico e incomprensible, algunas no pierden la esperanza de que su pareja pueda cambiar; mientras conservan para el futuro el ideal de relación que se forjaron. Sin embargo, la culpa y la vergüenza suelen estar muy presentes, incluso ganan relevancia a medida que se prolonga la situación de violencia.

El maltrato puede ser físico, psicológico y sexual. El primero supone un ataque al cuerpo de la mujer y el segundo a su subjetividad, de tal modo que con una estrategia premeditada de desprecios, humillaciones y condena consigue anularla o dejarla como un despojo que no tiene otra posibilidad que permanecer al lado del agresor; quien cada día parece que le perdona la vida cuando en realidad se la está robando. Tantas veces le dice que no vale nada y que es una inútil, que la mujer se lo termina creyendo. Tantas veces la culpa de todo lo que ocurre y de lo que pueda ocurrir; tanto la amenaza con todos los males imaginables que la angustia se apodera de ella y en lo sucesivo presidirá su vida.

Para Piedad Ruiz (1996), todas las formas de maltrato se resumen en una: violencia sexual. Esta autora, lo describe como sigue:

«Cuando se pasa de ser objeto de amor a ser objeto de maltrato, se genera un hecho traumático que provoca un intenso sufrimiento en el que predomina el estado de alerta permanente y una intensa angustia que agota todas las energías de la mujer; incluso las de reserva, de tal forma, que la mujer maltratada entra en ese estado de letargo que caracteriza la hipnosis. Aturdida, pierde la capacidad de pensar y puede llegar a inhibir y paralizar las más elementales reacciones de defensa y protección. Este estado tan cercano a la hipnosis redobra el efecto hipnótico de la ceguera propia del estado de enamoramiento».

Dicha hipnosis redoblada caracteriza clínicamente a la persona maltratada y se constata en las primeras entrevistas. Las pacientes tienen una gran dificultad para poder relatar lo que les ha pasado, no pueden asociar la violencia que han padecido con sus síntomas y su malestar. Creen que son «tontas» y que, por ello, en realidad lleva razón su pareja al decirles que no necesitan a ningún psicólogo pues no hay remedio para su torpeza y locura. Su pareja no le quiere porque no puede quererla. Además, ella, que sería la encargada de sostener el vínculo afectivo, ha fracasado; debe ser porque es una insensible. Es lógico que su pareja la acuse de no quererlo suficiente y de ser frígida, pues últimamente no responde como antes a la llamada del sexo.

Semejante enumeración de autorreproches se parece bastante al «postulado de indignidad» característico de la melancolía, pero es que el modo de presentación de un caso de maltrato es precisamente el estado melancólico».

La violencia se mantiene durante muchos años y pasa por diferentes etapas que se repiten cíclicamente, si bien cada vez la violencia es mayor y dura más. Diferentes fuentes coinciden en señalar las siguientes fases:

- En la primera fase, llamada fase de tensión, el agresor mantiene una buena imagen en el exterior pero en la vida privada desprecia a su pareja, se muestra distante y hostil, realiza demandas irracionales y culpa a la mujer de la mala relación de pareja y de cualquier problema. Son formas de control y maneras de adquirir poder sobre la víctima, propiciadas por la confusión y las dudas sobre la propia percepción que tal situación genera en la mujer.
- Violencia desatada, o fase de agresión, en que la demanda no tiene límites y cuanto mejor se porta la mujer peor la trata, llega a la agresión verbal y luego a la física, mientras la amenaza con quitarle a los hijos o conseguir que la incapaciten por loca. La mujer vive una indefensión aprendida, cree que no tiene salida. Esta fase termina a veces con la muerte de la mujer.
- Fase de conciliación o reacomodación, que sigue a la anterior; en la que el agresor muestra pena, pide perdón y justifica sus agresiones aludiendo a todas las circunstancias adversas que ha vivido; promete cambiar pero en realidad se dispone a repetir el mismo ciclo en cuanto siente que empieza a perder el control o que la mujer gana alguna parcela de autonomía.

En la primera fase se observan actitudes y comportamientos vinculados a la subordinación de género: discriminaciones, exclusiones, rechazos, descalificaciones e impedimentos en el desarrollo de su vida que se amparan en hábitos y costumbres, dejando impune la práctica violenta que los hace posibles. Por tanto, interesa conocer los indicadores de violencia, resultantes de la exposición reiterada a los malos tratos (Anexo I).

Son muchas las mujeres que viven toda su vida en una relación estancada en esta primera fase, en la cual la violencia queda enmascarada en la cotidianidad o en justificaciones del tipo «yo soy así, pero no lo hago por herirte», y se mantiene inalterable porque el agresor nunca reconoce sus agresiones pero se las imputa a la mujer; es ella la que no le ama y en todo caso, en un nuevo acto de generosidad, puesto que a ella le molestan las modificará para demostrarle que la quiere.

En cuanto a las manifestaciones sintomáticas se han descrito las siguientes:

- Malestares recurrentes y difusos: palpitaciones, dolores de cabeza y espalda, dificultades respiratorias, mareos, depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, contracturas musculares, abuso del consumo de alcohol y barbitúricos, trastornos de la alimentación, pérdida de la memoria.
- Síntomas relacionados con el estrés postraumático: recuerdos repetitivos y reviviscencia de las situaciones traumáticas; sueños recurrentes; fobias relacionadas con las vivencias traumáticas.
- Otros síntomas: anestesia emocional, aislamiento, rumiación o evitación de pensamientos, irritabilidad, rabia, estado de alerta, dificultades para trabajar y concentrarse.
- Lesiones y daños físicos: traumatismos leves o graves en forma de hematomas, quemaduras, erosiones, magulladuras, cortes en todo el cuerpo o en alguna parte del mismo, hemorragias nasales o fractura del tabique nasal, pérdida de piezas dentales e ITS.

Interesa prestar especial atención a mujeres embarazadas pues muchos hombres incrementan sus ataques durante el embarazo, de tal modo que pueden aparecer trastornos o abortos espontáneos debidos a agresiones.

Para concluir, destacamos la culpa, la angustia y la vergüenza como elementos centrales del proceso de victimización.

7. PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las necesidades de las mujeres que sufren malos tratos son diversas pues son muchos los aspectos de su vida que resultan afectados, de modo que van a requerir la intervención conjunta de diferentes ámbitos institucionales y profesionales: sanitario, psicológico, social, información y asesoramiento legal, intervención policial y judicial.

El tipo de intervención estará en función del tipo de maltrato, la gravedad que presente, la cronicidad, el grado de deterioro de la salud física y psíquica, los recursos socioeconómicos y personales con los que cuenta, la red de apoyo y cualquier otra particularidad que presente.

Todas las corrientes de análisis coinciden en señalar a la atención primaria como un dispositivo privilegiado para la prevención, detección y atención a los malos tratos.

Estamos de acuerdo con lo expresado por S. Velasco (Instituto de la Mujer, 2006) sobre la importancia de inducir la percepción del usuario/a sobre su exposición al riesgo y vulnerabilidad:

«Toda persona puede estar expuesta a los malos tratos, luego todos y todas debemos conocer cómo se manifiestan y cómo evitarlos. Es un cuidado más de nuestra salud.

Un alto porcentaje de personas maltratadas desconocen que lo están.

No existen signos externos inequívocos que avisen de que una persona puede estar psíquicamente maltratada».

Los y las profesionales de la atención primaria de salud constituyen un pilar fundamental para transmitir información preventiva y, en su caso, intervenir para modificar las actitudes y las conductas. El encuentro clínico ha de llevarse a cabo en todas las consultas de atención primaria susceptibles de identificar mujeres inmigrantes que sufren malos tratos, pero también en los centros de planificación familiar, las consultas de ginecología, enfermería y otras. Todos los y las profesionales pueden realizar intervenciones preventivas en sus consultas y en las actividades que desarrollan pues de lo que se trata en definitiva es de aprovechar el contexto privilegiado de la relación profesional/usuario-a para transmitir mensajes preventivos y producir efectos de subjetivación y de cambio.

Sin embargo, la implicación de los y las profesionales en la prevención y atención sanitaria a los malos tratos ha sido muy desigual y es necesario: adecuar los dispositivos existentes orientándolos a una atención más específicamente dirigida a la búsqueda activa de malos tratos y la promoción de conductas saludables dirigidas a la prevención de los mismos.

Siguiendo el documento de F. Antón Molina, I. Frías Oncina y cols., «Ante cualquier demanda de atención sanitaria que efectúe una mujer por haber recibido una agresión sexual o malos tratos en el ámbito doméstico, se deberá cumplimentar el correspondiente "Parte de lesiones". Si en el reconocimiento médico se detecta que las lesiones han sido provocadas

por una agresión, deberá darse el correspondiente parte al Juzgado. Ante casos de urgencia y gravedad, deberá comunicarse al Juzgado de Guardia, para que facilite la atención del médico o la médica forense y de la autoridad policial, al objeto de que queden cumplimentados de una sola vez los aspectos médicos, policiales, judiciales, sociales y de los recursos del Instituto Andaluz de la Mujer; al objeto de:

- Proceder a la recogida de la denuncia.
- Prever el aseguramiento de pruebas y recogida de muestras.
- Garantizar el acompañamiento y protección de la víctima.

En cuanto a la información a la víctima:

- Debe recibir información sobre su derecho a denunciar la agresión a la policía, guardia civil o juzgado de guardia, en el caso de que no la haya efectuado.
- Se le facilitará información sobre la conveniencia de llamar al teléfono 900 200 999 del Instituto Andaluz de la Mujer; facilitándole la llamada para asesoramiento e información sobre los centros de acogida de emergencia si fuera necesario.
- Se le entregará copia del parte de lesiones».

8. MÉTODO

Los objetivos son:

- Prevenir, detectar e intervenir en situaciones de maltrato.
- Sensibilizar y capacitar a los y las profesionales para percibir la vulnerabilidad de mujeres y hombres a los malos tratos y poner en marcha estrategias y actuaciones de prevención.

Objetivos instrumentales

Formar a los y las profesionales en prácticas de prevención de malos tratos:

- Visibilizar las relaciones de dominio-sumisión derivadas de modelos de género tradicionales.
- Ofrecer información personalizada –conectada con las particularidades de la mujer.
- Abrir espacios de escucha favorecedores de la elaboración psíquica.
- Propiciar cambios de actitudes de género.

El método se fundamenta en un estilo particular de comunicación y relación entre sanitario/a y paciente:

Los profesionales, aún sin saberlo, también pueden estar funcionando en un modelo tradicional jerárquico o de poder cuando desde una posición de superioridad –el o la profesional está en posesión del saber y la mujer está en la ignorancia– prescriben comportamientos considerando que hay un único modelo al que todos han de ceñirse. No se tiene en cuenta al sujeto y no se le dan las explicaciones pertinentes y la información que permita a la víctima ir construyendo su particular modo de afrontar su situación.

El modelo de actuación profesional que proponemos tiene en cuenta al sujeto y es partiendo del mismo que se propone posibilitar un trabajo de información, reflexión y elaboración psíquica. Estamos pues ante un sujeto capaz de reflexionar sobre su posición y llegar a conclusiones que modifiquen su actitud y orienten su conducta, es lo que llamamos elaboración psíquica. Para que la experiencia vivida pueda ser elaborada y simbolizada proporcionando al sujeto un saber sobre lo que le ocurre es preciso que hable de ello puesto que afecta a sus particulares disposiciones psíquicas. Es posible acceder a ese saber en la medida en que dispone de un espacio y de un profesional que escucha lo que le pasa y posibilita que el sujeto pueda escucharse e ir construyendo el saber que le falta. Después, podrá actuar en consecuencia, rehabilitándose a través de sus actos y decisiones.

Desde ese dispositivo sanitario la mujer maltratada ha de reflexionar sobre la mejor forma de actuar para modificar su realidad concreta y definir las estrategias afines a su particular estilo de afrontar los problemas, pues aquello que determinada persona puede realizar sin muchas dificultades a otra puede resultarle imposible o muy costoso y, a la inversa, ésta puede realizar actos que otras no podrían.

A menudo observamos que los obstáculos mayores a una salida de los malos tratos emanan de prejuicios e ideas incuestionables hasta el presente: ideales tejidos en torno al amor, ideas erróneas sobre los modos de vincularse a los otros, el ideal de maternidad y sobre todo la angustia que suscita el miedo a la pérdida del amor. Sólo cuando escuchamos atentamente podemos captarlos y mostrarlos a la mujer víctima de malos tratos, pero es preciso desplegar un espacio donde la palabra auténtica sea escuchada. Nos referimos, claro está, a aquélla que compromete al sujeto y revela sus ataduras y sus imposibilidades pero también sus posibilidades.

La prevención, detección e identificación de malos tratos y condicionantes de género, así como las actuaciones para cambiarlos exigen abordar contenidos psicosociales que atañen a la intimidad y requieren unas condiciones precisas:

- Relación interactiva y no directiva, es decir, de dos sujetos que interactúan respetuosamente, lejos de posiciones de poder-sumisión, fomentando una participación activa y responsable de la mujer en su propio proceso. No se trata en modo alguno de decirle lo que tienen que hacer sino de brindarle la oportunidad de pensar –y construir– lo que quiere hacer.
- Escucha integral referida a los distintos ámbitos de su vida, incidiendo con tacto en los aspectos psicosociales. Interesa animar su relato con preguntas abiertas, cuidando mucho no convertir la entrevista en un interrogatorio.
- Posición de escucha activa, es decir, atenta a los elementos psíquicos y sociales que determinan su situación de víctima. Se trata de dirigir la escucha a los aspectos psicosociales y sus significados para el/la paciente.
- Tratar a la mujer como sujeto integral, atendiendo a los distintos ámbitos que la configuran –biológico, psíquico y social– dando prioridad a las siguientes actuaciones:
 - Escuchar su relato, ayudando a la reconstrucción de los sucesos vividos y la violencia padecida.
 - Orientar selectivamente la escucha hacia sus síntomas, actuaciones y dificultades, y el significado que tienen para ella.

- Considerar su información, percepciones e ideas para intervenir sobre ellas mediante información contrastada.
- Respetar sus elecciones y decisiones. Derivar en su caso y realizar un seguimiento.

9. LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONALES EN LA ENTREVISTA

De alguna manera, es necesario desandar el camino de los malos tratos, es decir, la mujer ha de volver a recuperar las capacidades perdidas en el proceso de violencia, especialmente el juicio crítico, la regulación emocional y la capacidad de reflexionar sobre su modo de vincularse a los otros, es decir sobre la dependencia del amor.

La primera tarea a realizar por el o la profesional de la salud es propiciar una buena acogida que sostenga a la mujer en los momentos de desfallecimiento psíquico, que contenga su angustia y la calme, mientras va estableciendo una relación en la que progresivamente el o la profesional se hace depositario de su confianza.

Después, es preciso desculpabilizarla aclarándole que lo que le pasa es fruto del maltrato recibido, relacionando sus padecimientos y síntomas con la situación de violencia sufrida y ayudándola a recobrar su capacidad de juicio y de percepción de la realidad. Para ello es importante que vaya restaurando sus lazos con el mundo, que aparezcan otras figuras significativas que desplacen la figura del agresor y proporcionen a la mujer experiencias positivas que alivien su dolor y la ayuden a rehabilitarse.

Sólo cuando haya recobrado el juicio crítico y se haya distanciado lo suficiente del agresor como para no tener miedo a volver a caer en sus redes, se ha de apuntar a sus vínculos, invitarla a reflexionar sobre sus vínculos amorosos y su idea del amor que la ha llevado a dejarse atrapar en una dependencia tan invalidante.

A continuación, nos detendremos un poco más en las etapas de intervención:

A) Acogida. Contener la angustia

Sostener a la mujer en momentos críticos a través de una actitud de relación abierta y de contacto: presencia tranquila, mirada y postura de acogida, aún sólo escuchando es una contención eficaz. Transmitir mensajes tranquilizadores y de apoyo.

B) Ordenar y elaborar. La desculpabilización

Tras la contención de la angustia es preciso comenzar la tarea de desculpabilización. Es una tarea de desbroce, en la que se ha de despojar de todas las culpas de las que se ha hecho depositaria.

A través de la escucha y de alentar que el o la usuaria hable de lo que le ocurre es posible que su narración se vaya ordenando y elabore su padecimiento de modo que otras representaciones emerjan presentando nuevas formas de concebir sus relaciones y su vida. En este sentido al profesional le corresponde:

- Despejar las particularidades, características personales, vivencias o ideas que se relacionan con sus dificultades personales y de pareja.
- Concretar los hechos y situaciones que a lo largo de su vida la han atrapado en una dependencia material y afectiva. Las dependencias, alimentadas por un tipo particular de vinculación al otro, se repiten indefinidamente si no se toma conciencia de ello.

- Detectar ideas que obstaculizan el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad –negación del alcance de la violencia y el riesgo, expectativas falsas relacionadas con un cambio de actitud del agresor; confusión de la tiranía con el amor; negación de la vulnerabilidad y el riesgo como mecanismo defensivo por miedo a las consecuencias personales y sociales–.
- Señalar los obstáculos, desplegados en su relato, que impiden un afrontamiento eficaz de los malos tratos.
- Reforzar los comportamientos, actitudes e intenciones que favorecen un afrontamiento eficaz de los malos tratos.

C) Transmisión. Apuntar a las relaciones afectivas y los vínculos.

- Transmitir información personalizada sobre maltrato durante todo el proceso de la entrevista, desvelar las ideas erróneas sobre el amor y los lazos afectivos. Argumentar la necesidad de poner límites a la demanda –insaciable y voraz– para posibilitar el respeto y el amor; afianzar los planteamientos positivos, reforzar las elaboraciones correctas y clarificar las dudas.
- Transmitir otra manera de ver su situación, nuevas formas de percibir la realidad personal y social.
- Reafirmar la importancia de cambiar actitudes y conductas, dando mensajes de confianza en los recursos y posibilidades de la mujer maltratada.
- Plantear los malos tratos como un efecto de la cultura tradicional, muy frecuente pero invisible.
- Proporcionar información sobre las posibles medidas a tomar, recursos existentes y actuaciones posibles.
- Utilizar la relación sanitario/a-paciente para transmitir mensajes de cambio que producen efectos considerables.
- Transmitir mensajes que contengan actitudes alternativas no consideradas anteriormente por la paciente.

D) Ayudar a reformular

- Ayudar a la mujer a que pueda explicitar sus intenciones, estrategias y actuaciones.
- Ayudarle a concluir respecto a sus elaboraciones, a formular un plan o pensar estrategias de actuación.
- Cerciorarse de que se han tenido en cuenta las dificultades de acceso a los servicios sociales y sanitarios por limitaciones culturales, del idioma o étnico-religiosas.
- Tener en cuenta las dificultades por situaciones de riesgo psicosocial: dependencia o precariedad económica, carencia de red de apoyo, aislamiento o marginación social, sobrecargas familiares, desestructuración familiar u otras circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. Junta de Andalucía.

Alberdi I, Matas N. *La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a las mujeres en España*. Fundación La Caixa, nº 10.

- Antón Molina F, Acosta Ferrer M, Agüera Urbano C, Alcaide Amorós R, Fornelino Díez A, Frías Oncina I. *Guía para la atención sanitaria a víctimas de malos tratos*. Sevilla: Consejería de Salud, Documento Interno, 2001.
- Ciriza A. *Reflexiones sobre la alteridad*.
- Frías I et al. Coordinado por Corral N. *Feminidades. Mujer y psicoanálisis: una aproximación crítica desde la clínica*. Madrid: Montesinos Ensayo, 2005.
- Frías I et al. Coordinado por Corral N. *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*.
- Hirigoyen MF. *El acoso moral*. Barcelona: Paidós, 2000.
- Instituto Andaluz de la Mujer. *Violencia contra las mujeres. Ámbito sanitario*. Sevilla, 1999.
- Instituto Andaluz de la Mujer. *Plan de Acción del Gobierno Andaluz contra la violencia hacia las mujeres*. Sevilla, 2001.
- Instituto Andaluz de la Mujer. *Violencia contra las mujeres*. Cuaderno informativo. Sevilla, 2001.
- Instituto Andaluz de la Mujer. *Procedimiento de coordinación para la atención a las Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales*. Sevilla, 2003.
- Millás JJ. *Hay algo que no es como me dicen. El caso de Nevenka Fernández contra la realidad*. Madrid: Aguilar, 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. *La salud de las mujeres inmigrantes*. Madrid: Salud XVIII, 2005.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. *Violencias cotidianas cuando las víctimas son mujeres*. Estudios 56. Madrid, 2001.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Salud 3. Madrid, 2005.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. *Protocolo de prevención de la transmisión heterosexual del VIH con enfoque de género en Atención primaria*. Salud 7. Madrid, 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Salud 5. Madrid, 2006.
- Ruiz Castillo, P. *El maltrato a la mujer*. Madrid: Síntesis, 2006.

ANEXOS

Anexo I

Condicionantes de género del modelo tradicional y modelo de transición en mujeres y hombres que dificultan el cambio de actitudes. Tomados del «Protocolo de prevención de la transmisión heterosexual del VIH con enfoque de género en atención primaria». Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de la Mujer.

Condicionantes de género para las mujeres:

- Relaciones de subordinación con respecto al hombre.
- Dependencia afectiva y/o económica.
- Escasa autonomía y autoestima
- Pasividad.
- Aislamiento
- Resignación ante la insatisfacción y el riesgo.
- Silenciar el deseo y la actividad sexual que la mujer y el hombre tradicionales pueden tomar como degradante.

- Negación de la vulnerabilidad y el riesgo para no reconocer la propia actividad sexual y otras posibles relaciones sexuales.
- Autovalidación como mujer a través de la relación de pertenencia al hombre.
- Subordinación del propio deseo a ser objeto del deseo masculino y en consecuencia valorar más la satisfacción masculina que la propia, aceptando las condiciones que pone el hombre.
- Entrega incondicional.
- Incapacidad para romper la subordinación diciendo «no» a relaciones de subordinación por temor a perder al hombre y el vínculo del que la mujer depende.
- Escasa confianza y competencia de la negociación con la pareja Dificultad para decir «No» por temor a provocar agresiones en relaciones con malos tratos o abusos.
- Actúan restos de los roles tradicionales:

Anexo II. Factores de riesgo de Muerte Violenta en Mujeres Maltratadas¹

Si cumple alguno de éstos aunque la lesión física sea leve y la mujer no precise ingreso hospitalario habría que ponerlo en conocimiento urgente del Juzgado de guardia, por el riesgo que corre.

- Frecuencia creciente de incidentes violentos.
- Aumento de la severidad de las lesiones infringidas.
- Agresión sexual.
- Uso o presencia de armas u objetos utilizados como tales.
- Amenaza de muerte.
- Intento de homicidio.
- Intento de poner fin a la relación.
- Infracción del domicilio de la mujer tras la separación.
- Seguimiento obsesivo del ex marido a la mujer e hijos/as.

¹ Tomado de Antón Molina F, Acosta Ferrer M, Agüera Urbano C, Alcaide Amorós R, Fornelino Díez A, Frías Oncina I. *Guía para la atención sanitaria a víctimas de malos tratos*. Sevilla: Consejería de Salud, Documento Interno, 2001.



X. VULNERABILIDAD DEL HECHO MIGRATORIO

C) *Mutilaciones genitales femeninas*

María Casilda Velasco Juez y María Isabel Oliver Reche

1. INTRODUCCIÓN

Un tema de preocupación, sometido a un importante debate social, es el de las mutilaciones genitales femeninas. Cada vez son más las mujeres que vienen a nuestro país procedentes de países donde la práctica de la mutilación genital es habitual. Algunos inmigrantes procedentes de África y Oriente Medio siguen practicando la mutilación genital con sus hijas después de haber llegado a Europa o América. Recientemente se han registrado algunos casos en países como Francia, USA, Canadá, Países Bajos, Suecia y España. Por eso es importante que los profesionales de la salud tengan la suficiente información al respecto. Desde el ámbito de la educación y la sanidad es preciso realizar una labor preventiva para que la mutilación no se produzca entre población inmigrante procedente de países donde se practica de manera regular; además de tratar las secuelas que hayan quedado en las mujeres que han sido mutiladas en su país de origen (Grande, 2000).

2. DEFINICIÓN

Según el informe de la OMS de 1998, se habla indistintamente de mutilación genital femenina (MGF) o de mutilaciones sexuales femeninas (MSF). Según la definición conjunta de la Organización Mundial de la Salud, la FNUAP y la UNICEF (1997), «las mutilaciones genitales femeninas designan todas aquellas intervenciones que conllevan una ablación total o parcial de los órganos genitales externos de la mujer; o toda otra mutilación de los órganos genitales externos femeninos, que sean practicados por razones culturales y no con fines terapéuticos».

Existen cuatro formas básicas de mutilación genital femenina, clasificadas por la OMS en su informe de 1998 de la siguiente forma (Velasco, 2002):

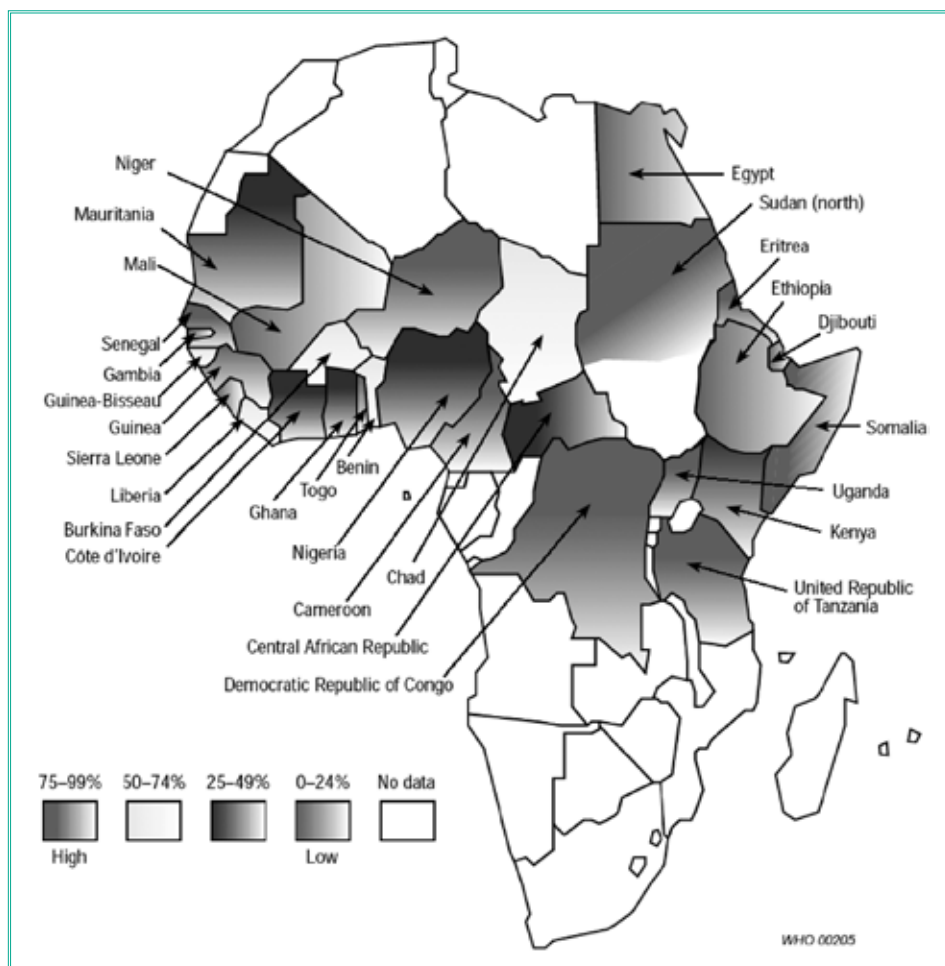
- Tipo I. Clitoridectomía. Es la forma más habitual de mutilación, y también la menos lesiva. Consiste en la escisión del prepucio del clítoris en su totalidad, con la extirpación total o parcial del clítoris.
- Tipo II. Extirpación del prepucio del clítoris, con la escisión total o parcial del clítoris y parte de los tejidos adyacentes, incluso de todos los labios menores.
- Tipo III. Infibulación, también llamada «mutilación faraónica». En este caso se extirpa toda la vulva femenina: no sólo el clítoris y los labios menores, también los mayores. A continuación se cosen las heridas o se mantiene unida la zona mutilada con el fin de que al cicatrizar cierre la vagina, quedando un pequeño orificio diminuto para la salida de la orina y de la sangre menstrual. Esta práctica se da en países como Eritrea, Somalia, Sudán, Mali y Egipto, suponiendo un 15% de las mutilaciones practicadas.

- Tipo IV. No clasificables. Se trata de diversas prácticas, tales como la incisión, la punción del clítoris, la cauterización para quemar el clítoris y los tejidos de alrededor; la introducción de sustancias corrosivas en la vagina para provocar sangrado o para cerrarla, la ampliación de la apertura vaginal mediante un corte en el periné, etcétera.

3. PREVALENCIA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA

En la actualidad, la ablación del clítoris sigue siendo una práctica muy extendida en el mundo, fundamentada en la tradición. Afecta a 135 millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Se calcula que dos millones o más de niñas son sometidas a esa operación cada año, produciéndose aproximadamente seis mil nuevos casos por día, o sea, cinco niñas por minuto, con una prevalencia que varía entre el 5 y el 98% según la zona geográfica.

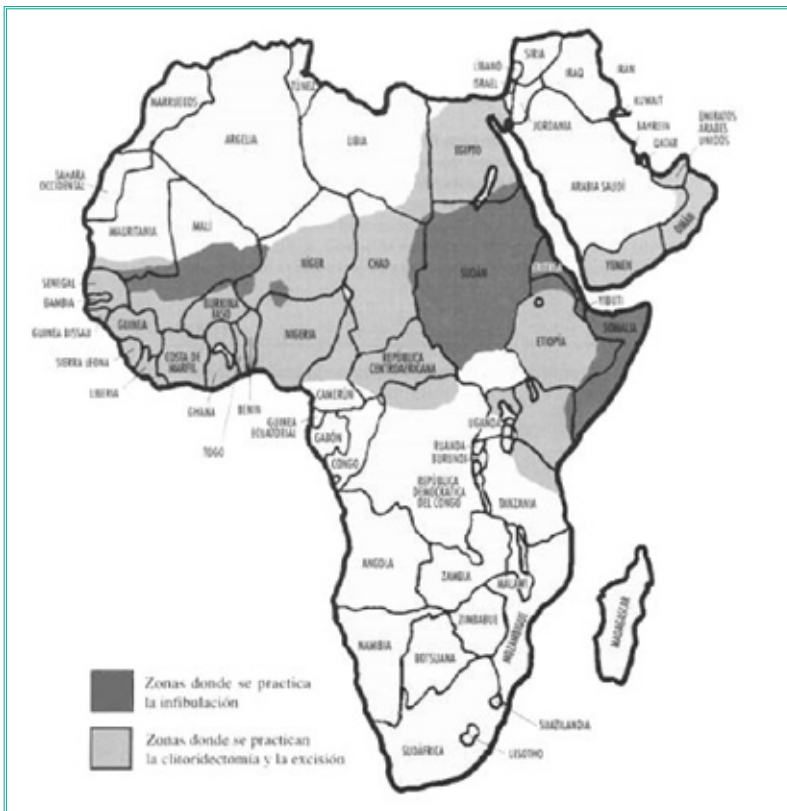
Prevalencia de la mutilación genital femenina en África.



Se practica en veintinueve países, particularmente del África subsahariana, tales como Burkina Faso, Etiopía, Senegal, Tanzania o Malí. Aunque no se relaciona con el Islam, se registra también en algunos países árabes, como en Oriente Medio, extremo meridional de la Península Arábiga, Golfo Pérsico, Egipto, Pakistán, algunas zonas de la India, Emiratos Árabes, Somalia, Omán y Malasia. También se conocen casos producidos en países occidentales, en inmigrantes procedentes de los países donde se practica de manera habitual, bien practicados en los regresos vacacionales a sus países de origen, bien en los países de inmigración.

Según el informe de las Naciones Unidas «The World's Women 1995», la mutilación genital femenina afecta al 70% o más de las mujeres de Burkina Faso, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Malí, Sierra Leona, Somalia y Sudán. Del 50 al 60% en Benin, República Centro-Africana, Chad, Costa de Marfil, Egipto, Gambia, Guinea-Bissau, Kenia, Liberia, Nigeria y Togo. Del 20 al 30% en Ghana, Mauritania, Níger y Senegal. Del 5 al 10% en Uganda, Tanzania y Zaire (Juliano, 1998). La mayoría (un 85%) de las mutilaciones realizadas en África son de primer y segundo grado, mientras que la infibulación constituye el 15%. El medio rural y el bajo nivel socio-educativo constituyen factores de riesgo para esta práctica, realizada tanto por población musulmana, animista, como cristiana.

Tipos de mutilación genital femenina en África y Oriente Medio



Fuente: Amnistía Internacional. La Mutilación Genital Femenina y los Derechos Humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. EDAI, 1998.

4. LA PRÁCTICA DE LA MSF

El tipo de mutilación, la edad a la que se practica y la forma en que se realiza, varían en función del país, la región o la etnia. Aunque se puede realizar en un amplio rango de edad, tanto a niñas de pecho como a muchachas jóvenes, frecuentemente es practicada a niñas de entre 8 y 14 años. Sin embargo, cada vez es realizada a edades más tempranas para que la niña mutilada recuerde menos el dolor experimentado y transmita con mayor facilidad la costumbre.

Puede ser realizada tanto individualmente como en grupo. Generalmente es practicada por las mujeres ancianas con experiencia de las aldeas: parteras tradicionales o curanderas que adolecen de conocimientos sanitarios. Dado que mayoritariamente es realizada al margen del ámbito sanitario, se realiza sin anestesia, con unas precarias condiciones higiénicas, y con instrumentos rudimentarios (cuchillos, piedras afiladas, latas, cristales rotos, o cualquier otro elemento cortante). Sin embargo, personas acomodadas de zonas urbanas solicitan esta práctica a los profesionales sanitarios, en condiciones higiénicas, y con anestesia.

Justificaciones sociales

Aunque el origen de la mutilación genital no se conoce, se remonta muy lejos en la historia, habiéndose documentado en el siglo XI. Habría que preguntarse porqué una práctica con consecuencias tan nefastas para la salud se ha perpetuado a través del tiempo. Aunque es un tema tabú, del que prefiere no hablarse, se aluden razones de diversa índole para justificarla. Algunas de estas razones son el respeto por las costumbres y por la tradición, como señal de identidad cultural o pertenencia al grupo social, como ritual de iniciación en la entrada a la edad adulta y preparación al matrimonio (se cree que la ablación incrementa la feminidad), motivos higiénicos y estéticos, el control de la sexualidad femenina y de las funciones reproductivas de la mujer; se alude también a que la mutilación incrementa el placer sexual del hombre, y otras variadas razones.

Aunque con frecuencia desde algunos países musulmanes se han aludido motivos religiosos (precepto coránico), el Islam no prescribe esta práctica en sus libros religiosos y, de hecho, no tiene ningún arraigo en países de mayoría musulmana, como en el Magreb. El Hadji Mohamed Moussa Diallo, teólogo islamista de Mali, se ha pronunciado en contra: *«la excisión no es una obligación religiosa en los musulmanes, ya que no se encuentra ningún texto que la haga obligatoria; la persistencia de esta práctica en nuestros días es por el solo hecho de la costumbre»* (Segbo y Hamado, 2000). Esta práctica posiblemente es anterior al Islam, y no tiene nada que ver con esta religión; de hecho, en el África Negra la practican tanto musulmanes, animistas como cristianos. Así mismo, en Egipto la practican tanto los musulmanes como los cristianos coptos. Por tanto, el motivo religioso no puede ser esgrimido, ya que se realiza con independencia de la religión practicada.

Detrás de todas las razones esgrimidas, en la base de las mutilaciones, se encuentran las desigualdades de género: las relaciones de poder, la violencia masculina, y el control de la sexualidad femenina. Es un hecho que con la mutilación se consigue una humillación de la mujer; se intenta asegurar su fidelidad y se ve alterada su sexualidad.

Consecuencias para la salud

Las consecuencias de la mutilación son desastrosas para la salud física y psíquica de las mujeres, que unidas a una alta tasa de mortalidad materno-infantil en los países en los que

se da, ensombrece aún más el cuadro sanitario de las mujeres. Se trata de un grave problema de salud pública en algunos países, ya que tiene consecuencias nefastas en el plano físico, psicológico y social, produciendo la muerte de 250 mil mujeres cada año en todo el mundo, producidas durante la intervención, o más tardíamente, durante el parto.

Las mutilaciones genitales femeninas provocan complicaciones médicas que pueden aparecer inmediatamente, poco después o mucho más tarde. Entre las consecuencias físicas inmediatas está el *shock* hemorrágico o por el dolor; que en algunos casos es causa de muerte; infecciones del tracto urinario y de la zona pélvica, tétanos, transmisión de la hepatitis B y el VIH/SIDA y septicemia, debido a las condiciones antihigiénicas en que se realiza habitualmente; lesiones en los tejidos cercanos a los órganos genitales (meato urinario, uretra, vejiga, vagina, perineo, ano o recto), etc. A largo plazo, sus consecuencias pueden ser dolores por retención de orina, incontinencia urinaria o de heces, retención de la sangre menstrual debido a que la apertura que deja la circuncisión es demasiado pequeña; abscesos y quistes vulvares y quistes; infecundidad por la presencia de afecciones inflamatorias pélvicas como resultado de una infección crónica de los órganos reproductores o porque la penetración sexual se hace difícil; partos difíciles, complicaciones en el parto; frigidez sexual y miedo ante las relaciones sexuales genitales. En el plano psicológico pueden aparecer secuelas tales como ansiedad, temor, sensación de humillación, depresión y psicosis, incluso desunión en el hogar a causa de la insatisfacción sexual de la pareja (Velasco, 2000).

De este modo, las mutilaciones sexuales pueden marcar para siempre la memoria de las mujeres que la sufren, constituyendo un ataque a su integridad física. Esta práctica supone un exponente más de la discriminación a la que han sido sometidas tradicionalmente las mujeres en todas las épocas y en todas las culturas. Además, viola derechos fundamentales como son el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos inhumanos y degradantes. Sin embargo, la justificación que se hace de la mutilación como algo que entra dentro del ámbito cultural, y por lo tanto objeto de respeto al considerarse una tradición, cuestiona estos derechos humanos básicos.

Lucha contra las mutilaciones genitales femeninas

Esta práctica comenzó a ser denunciada con la penetración colonial en África, sobre todo por parte de los misioneros. Surgieron dos corrientes contrapuestas: una de respeto por la tradición en nombre del relativismo cultural, y otra de denuncia en base a la violación de los derechos humanos (Martín, 2000). A partir de 1975, los movimientos de mujeres africanas, que contemplaban la MGF como una violación a la integridad física, llamaron la atención de los organismos internacionales. Actualmente la OMS aborda las MGF no como un problema privado, doméstico y personal, sino como un problema de salud pública, de corte sanitario, social y político.

Reconocer que la MGF es una de las muchas formas de injusticia social que sufren las mujeres de todo el mundo es imprescindible para que los organismos nacionales e internacionales se vuelquen en la erradicación de esta práctica, tomando las medidas más apropiadas para ello, y desarrollando una clara legislación en este sentido. La Declaración Universal de Derechos Humanos y las numerosas normas internacionales que se derivan de ella, subrayan la obligación que tienen los estados de garantizar el respeto a los derechos humanos básicos, como el derecho a la seguridad física y psíquica, a no sufrir discriminación por razón de género, y a la salud.

Además de la implicación de las propias mujeres africanas, constituidas en comités de lucha contra la mutilación que desarrollan actividades de información y de educación, la mayor parte de los países africanos han potenciado las asociaciones de lucha y desarrollado legislaciones nacionales que prohíben las mutilaciones. Así mismo, cada vez existe un movimiento internacional mayor, que incluye especialmente a los países receptores de inmigración.

En España, el tema de las mutilaciones ha comenzado a tener eco en las instituciones públicas desde hace pocos años. Algunas ONGs, como *Medicus Mundi*, se han dedicado a realizar actividades de sensibilización para informar a los profesionales sanitarios españoles y denunciar las desigualdades sociales y de salud. En nuestro país, existe una legislación que prohíbe expresamente la práctica de la mutilación. La Ley Orgánica 11/2003, del 29 de septiembre, estipula:

1. Quien cause a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, debe ser castigado con una pena de prisión de seis a doce años.
2. Quien cause a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones debe ser castigado con una pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima es menor o incapacitada, es aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curaduría, guarda o acogimiento por un tiempo entre cuatro a seis años, si el juez o la jueza lo considera adecuado para el interés del menor o incapacidad.

5. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL (NYBRO, 1998)

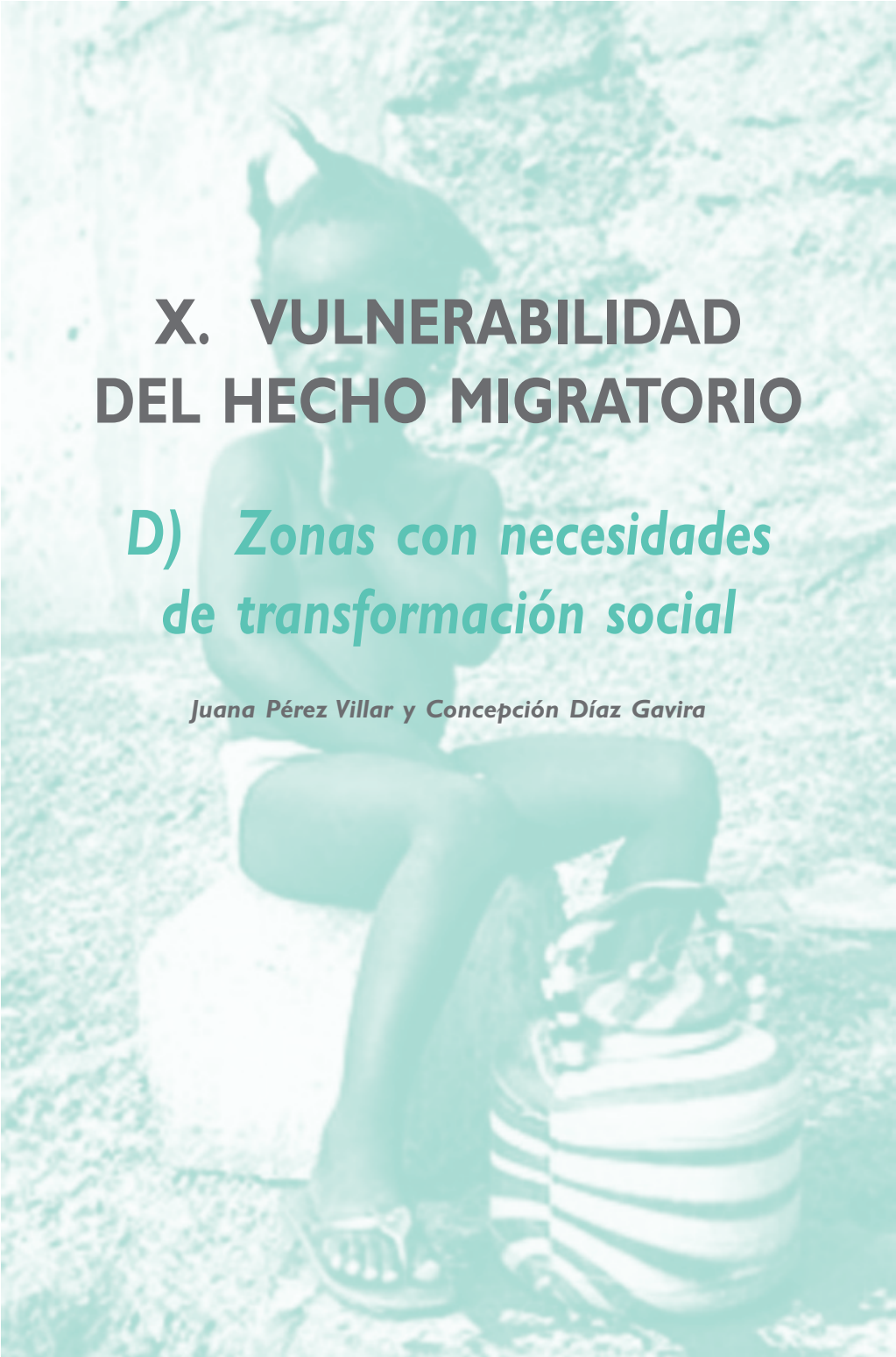
- Cualquier consulta, especialmente las ginecológicas y las de control del embarazo, constituyen una buena oportunidad para identificar a aquellas mujeres extranjeras que hayan sido mutiladas, y un espacio para la sensibilización, la educación sanitaria, y la prevención.
- Cuando se habla de mutilación genital, hay que elegir cuidadosamente la terminología utilizada, evitando cualquier connotación culpabilizadora.
- Evaluar la amplitud de la mutilación, comprobar la elasticidad del tejido perineal y examinar cicatrices.
- Ofrecer educación sanitaria en la que se describa la anatomía femenina y las consecuencias de la circuncisión femenina puede disuadir a muchas mujeres de transmitir esta peligrosa tradición.
- Explicar que determinados problemas experimentados, como problemas urinarios o menstruales, no son simplemente problemas específicos femeninos, sino que están estrechamente relacionados con la práctica de la mutilación.
- Enseñar ilustraciones de una vulva normal y de una mutilada, mostrándole cómo le ha sido realizada la práctica, así como sus consecuencias.
- Apoyarse en folletos y materiales adaptados lingüística y culturalmente.
- Preguntar a la mujer y a su pareja sobre la intención de perpetuar la práctica con sus hijas y, en caso positivo, informarles sobre las consecuencias físicas y psicológicas para la salud, y la legislación existente al respecto, constituyendo una causa de delito en nuestro país.

Recomendaciones generales para la prevención (Rul-Ian y Coello, 2006)

- Poner en conocimiento de las familias procedentes de los países donde es común la práctica de la ablación, las consecuencias sanitarias y legales que tiene esta práctica. Las actividades educativas deben ir enfocadas tanto hacia profesionales que trabajan directamente con esta población como para la comunidad inmigrante.
- Debe hacerse un especial hincapié en aquellos grupos, o circunstancias, que presente un mayor riesgo de práctica a una menor: pertenecer a una familia donde la madre y/o las hermanas mayores la hayan padecido, o a un grupo familiar que tenga muy presente la idea del retorno al país de origen, y la proximidad de un viaje de la menor al país de origen.
- Las intervenciones deben de ir dirigidas hacia todo el núcleo familiar, tanto al hombre como a la mujer.
- La información proporcionada debe utilizar argumentos comprensibles por las propias comunidades de inmigrantes, adaptada cultural y lingüísticamente. Por ello, el trabajo de concienciación debe implicar a los propios colectivos, utilizando la mediación intercultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Grande ML. Todos contra la mutilación genital femenina. *Index de Enfermería*. 2000;31:7-8.
- Juliano D. *La causa saharaui y las mujeres*. Barcelona: Icaria, 1998, p. 29.
- Martín Casares A. Ablación del clítoris y relativismo cultural: cuestiones de antropología y etnocentrismo. *Index de Enfermería*. 2000;31:22-4.
- Nybro L. Sobre cómo una matrona puede cambiar las actitudes. *Entre Nous. La Revista europea de salud reproductiva*. 1998.
- Rul-Ian G, Coello I. *La mutilación genital femenina*. Palma de Mallorca: Direcció General de Cooperació-Conselleria d'Inmigració i Cooperació, 2006.
- Segbo P, Hamado N. Excisión (mutilación genital femenina). Una realidad en Burkina Faso. *Index de Enfermería*. 2000;31:17-21.
- Velasco C. Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas. *Matronas Profesión*. 2000;2:10-8.
- Velasco Juez MC. La mutilación genital femenina. En: Martín A, Velasco C, García F, coordinadores. *Las mujeres en el África Subsahariana*. Barcelona: Ediciones del Bronce, 2002, pp. 289-308.

A young girl with dark hair is sitting on a light-colored, textured rock. She is wearing a dark, short-sleeved top and dark shorts. She is looking towards the camera with a slight smile. Next to her is a large, striped bag with horizontal bands of dark and light colors. The background is a bright, overexposed outdoor setting.

X. VULNERABILIDAD DEL HECHO MIGRATORIO

D) Zonas con necesidades de transformación social

Juana Pérez Villar y Concepción Díaz Gavira

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud se pronuncia en términos de inequidad y salud, resaltando aquellas situaciones que son innecesarias, evitables e injustas.

En Andalucía, el III Plan Andaluz de salud incorpora la mejora de la salud de la ciudadanía, instando a que se promuevan entornos sociales donde las personas se desenvuelvan en condiciones seguras, contribuyendo a la mejora de la atención integral a la salud.

El II Plan de Calidad recoge a su vez la necesidad de impulsar estrategias para el abordaje de las situaciones de exclusión social desde la perspectiva de la atención sanitaria a estos colectivos.

Estas desigualdades tienen su expresión geográfica en la configuración urbanística de las ciudades, donde sus habitantes no se distribuyen de forma homogénea, sino que se concentran en núcleos poblacionales según su situación social y económica.

En estas zonas, que se caracterizan por deficiencias en infraestructura, construcciones de baja calidad, escasos equipamientos (comercios, parques, instalaciones deportivas, etc.), falta de accesibilidad y dificultades en la comunicación con el resto de la ciudad, a causa de barreras urbanísticas y problemas de transporte; se concentran los colectivos más vulnerables, con menores niveles de renta, problemas de integración social, etcétera.

En este sentido, podemos observar cómo la población inmigrante se está asentando precisamente en estas zonas, debido al bajo coste de la vivienda y otros factores sociales, como podemos ver en los ejemplos siguientes.

2. DATOS SOBRE INMIGRACIÓN Y ZONAS DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

En el Informe Especial al Parlamento «La Inmigración en la provincia de Granada. 2004» (elaborado por el Defensor del Pueblo Andaluz y editado en febrero de 2005), podemos observar cómo se distribuye la población extranjera en los distintos barrios de Granada (Tabla I). Pudiendo observarse que son los distritos de Zaidín, Norte (Barrios de Cartuja y Casería de Montijo, destacan sobre los demás del Distrito), Centro (Barrios de San Matías y Sagrario) y Ronda (en Figares y Camino de Ronda) los más habitados por extranjeros.

Otro ejemplo, podemos encontrarlo en «Vivienda y segregación de los inmigrantes en Andalucía» (Fernández y Checa, 2003), donde se nos presenta un análisis del hábitat de los inmigrantes en Andalucía, indicando que la ubicación de los alojamientos de los inmigrantes en Andalucía presenta una doble tipología, por un lado, están los diseminados y, por otro, los

Tabla 1. Número total de habitantes por nacionalidad y continentes. Ayuntamiento de Granada (1 de enero de 2004)			
<i>Distritos</i>	<i>Nº personas empadronadas</i>	<i>Españoles</i>	<i>Extranjeros</i>
Albaicín	14.282	13.302	980
Beiro	26.170	25.472	698
Centro	28.860	27.324	1.536
Chana	24.552	23.701	851
Genil	30.642	29.843	799
Norte	32.284	30.661	1.623
Ronda	44.799	43.473	1.326
Zaidín	43.127	40.933	2.194
Municipio de Granada	244.716	234.709	10.007

alojamientos localizados en las periferias urbanas o/y en los centros degradados de los núcleos urbanos. El primer tipo de asentamiento, predomina en los grandes núcleos rurales y en las pequeñas y medianas ciudades, con fuerte actividad económica productiva agraria. El segundo tipo, predomina mayoritariamente en las ciudades y capitales de provincia.

Como ejemplo del primer tipo de asentamiento, la vivienda diseminada, podemos observar en la tabla 2 la distribución de la población en diseminados en El Ejido y entidades locales.

Tabla 2. Población en diseminados en El Ejido y entidades locales				
<i>Poblaciones</i>	<i>Extranjeros</i>	<i>Nacionales</i>	<i>% extranjeros</i>	<i>% nacionales</i>
Almerimar	—	—	—	—
Balerna	132	295	30,9	69
El Ejido	549	262	67,6	32,3
Guardias Viejas	60	49	55	44,9
Matagorda	470	328	58,9	41,1
Las Norias	682	995	40,6	59,3
Pampanico	149	443	25,1	74,8
San Agustín	537	161	76,9	23
Sta. Mª del Aguila	635	769	45,2	54,7
Tarambana	112	448	20	80
Total	3.326	3.750		

Fuente: Padrón de El Ejido, 2000. Elaboración propia.

En cuanto a la residencia en el ámbito urbano, dicho informe viene a decir que el acceso a la vivienda está condicionado por un mercado inmobiliario controlado por agencias inmobiliarias y por la capacidad económica y legal del demandante, elementos que, junto con

el prejuicio y la discriminación, determinan la existencia del contrato o no, la calidad de la vivienda, el hacinamiento y la facilidad para acceder a la misma.

Así, dichos autores refieren haber encontrado que en las grandes ciudades tanto los inmigrantes documentados, como los no documentados tienen grandes dificultades en encontrar viviendas en los barrios o lugares que se suponen «normalizados», puesto que el mercado residencial está controlado casi en su totalidad por agencias inmobiliarias con una visión hacia un demandante nacional o extranjero del primer mundo más o menos adinerado, lo que provoca que los inmigrantes tengan que buscar casa en aquellos lugares de la ciudad donde el mercado es controlado por pequeños propietarios o inmobiliarias que trabajan con casas de baja calidad y donde el precio de acceso es menor.

3. ESTRATEGIAS EN ZNTS DESDE EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Estas situaciones, por tanto, están provocando desigualdades en salud en función del territorio. Por este motivo, y para promover la accesibilidad a los servicios de salud, se inició un programa de estrategias en salud en zonas con necesidades de transformación social.

Actualmente, estas zonas son objeto de atención preferente por parte del Gobierno Andaluz y se definen por parte de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social como:

«... espacios geográficos, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias:

- Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
- Elevado índice de absentismo y fracaso escolar.
- Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales.
- Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.
- Fenómenos de desintegración social. ...»

El Servicio Andaluz de Salud sensible a las causas que subyacen en el origen de las enfermedades y en el desigual acceso a las prestaciones sanitarias, pone en marcha una serie de líneas de actuación para reducir el impacto de las desigualdades y evitar la inequidad. Las líneas de actuación son las siguientes:

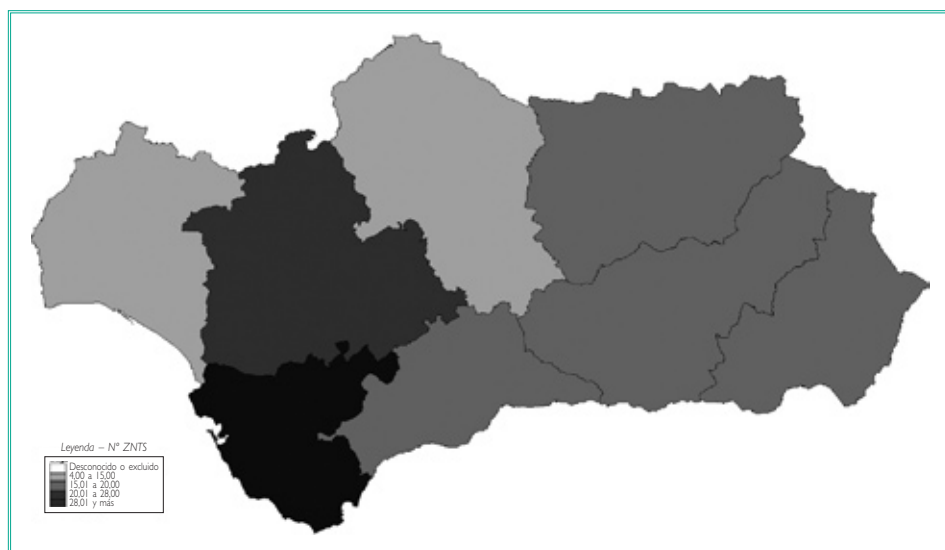
- El análisis de la situación de salud y riesgo social de la zona.
- El análisis de los recursos, su enfoque y organización.
- Las estrategias de trabajo básicas a implantar por los equipos.

Este programa pretende obtener resultados en salud aplicando intervenciones específicas en zonas con necesidades especiales, con los siguientes criterios:

- Partiendo del análisis exhaustivo de la zona.
- Valorando la aportación de nuevos perfiles profesionales.
- Centrando las actividades en la familia.
- Desde la intersectorialidad y la coordinación.
- Utilizando todos los recursos disponibles: propios y ajenos.

El Servicio Andaluz de Salud a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria mediante Resolución 1069/2006 resuelve identificar las ZNTS preferentes para la Intervención Social en Salud. Actualmente en Andalucía se han identificado 152 Zonas con Necesidades de Transformación Social, como se refleja a continuación.

Representación geográfica de las ZNTS de Andalucía año 2006



I. Zonas con Necesidades de Transformación Social en Andalucía en el año 2006. Datos de la Subdirección de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Como se puede apreciar a *grosso modo* las provincias con mayor número de Zonas con necesidades de Transformación Social son Cádiz, seguida de Sevilla y Almería.

El Plan de actuación en Zonas con Necesidades de Transformación Social debe incluir una estrategia de intervención con criterios de riesgo social, lo cual implica:

- Analizar la situación social y sanitaria del entorno.
- Preferenciar la cartera de servicios.
- Adecuar la organización de los centros.
- Orientar a los profesionales.
- Mejorar la continuidad asistencial.
- Trabajar la cooperación intersectorial y con los agentes locales.
- Incorporar un programa específico para familias en desventaja social en función de las particularidades y su diversidad cultural.

Es fundamental adecuar la formación a los profesionales que intervengan en estas zonas a través del diseño de planes de acogida y formación específica en:

- Formación en destrezas y habilidades para la intervención en estas zonas.

Es obvio que el posicionamiento de los profesionales con respecto a estas zonas, en su forma de entender e interpretar el fenómeno de la exclusión social, van a influir directamente y a determinar sus prácticas profesionales, lo que hace necesaria la profesionalización de la intervención en estas ZNTS desde el ámbito de la salud.

En este sentido, el Servicio Andaluz de Salud a través de los planes formativos apoya la adecuación de los profesionales que trabajan en estas zonas en la realización de los planes de intervención así como, en las siguientes habilidades y competencias profesionales:

- Escucha activa a la comunidad.
- Actitud positiva ante la diversidad cultural.
- Capacidad de trabajo en equipo y multidisciplinar.
- Apoyo a la comunidad y su desarrollo.
- Socializador de la información.
- Dinamizador.
- Capacidad de flexibilidad, adaptación y gestión del cambio.
- Aprendizaje continuo.

BIBLIOGRAFÍA

III Plan Andaluz de Salud 2003-2008.

II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008.

Defensor del Pueblo Andaluz. *La Inmigración en la provincia de Granada*. 2004. Informe especial al Parlamento.

Documento Marco. *Atención a la Salud en las Zonas con Necesidades de Transformación Social de Andalucía (ZNTS)*. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección de Coordinación y Salud, 2004.

Fernández Gutiérrez F, Checa Olmos JC. Vivienda y segregación de los inmigrantes en Andalucía. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 1 de agosto de 2003;VII(146[061]). Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98.

Resolución 1069/2006 de *Zonas Geográficas Preferentes para la Intervención Social en Salud*. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud.



XI. MEDIACIÓN INTERCULTURAL

*Rafael Muriel Fernández, Rafael García Galán
y Pilar de Lasheras Amat*

1. BASES Y ANTECEDENTES DE LA MEDIACIÓN CON POBLACIÓN INMIGRANTE

Los programas de actuación que se articulan para el desarrollo de políticas públicas, precisan, en ocasiones, llegar a determinados colectivos poblacionales que espontáneamente no acuden a los servicios, inicialmente por desconocimiento de la oferta o lo que es más frecuente, por pertenecer a grupos poblacionales desfavorecidos, inmersos en un itinerario de exclusión: las barreras en ocasiones lingüísticas, étnicas y en la mayoría de las ocasiones culturales y/o económicas, a veces también de género, reducen la accesibilidad a los centros públicos; lo que finalmente provoca la búsqueda de instrumentos que mejoren la accesibilidad de estos grupos a los servicios en cuestión.

La mediación, por tanto, tiene como objetivo inicial favorecer la accesibilidad de los usuarios y procurar la comprensión de las recomendaciones que de la visita se derive, su papel es establecer una línea de comunicación y cooperación entre el usuario y los profesionales de los servicios en el caso de la salud, entre la población inmigrante y los profesionales del SAS. Con el objetivo final de mejorar la salud de la persona, la familia y el entorno.

Por lo que, el primer componente es mejorar el acceso a los servicios y establecer una comunicación comprensiva entre estos dos actores: los profesionales de los Servicios de Salud y los miembros de las Asociaciones de Autoayuda.

2. APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

En lo que a Salud se refiere, se ha venido desarrollando progresivamente una forma concreta de entender la mediación muy vinculada a la accesibilidad de los servicios en primera intención; posteriormente reforzando la comunicación como «emisor-receptor», y posteriormente como apoyo cualitativo a problemas o situaciones de salud como el proceso de nacer en nuestro territorio, con una cultura ajena a como se vive este proceso en los servicios del país de acogida, como se vive a su vez las relaciones familiares, el papel de la mujer; los conflictos con los jóvenes y la segunda generación, etc... Siempre teniendo claro que la mediación es sólo un instrumento que busca la autonomía final del paciente y su familia, de forma que su pretensión central es no ser necesaria cuanto antes.

Esta evaluación en los contenidos y en la labor de mediar, también está ocurriendo en cómo ejercer y con qué objetivos la mediación. En las etapas iniciales se vinculó con la acción voluntaria y el papel de las asociaciones, posteriormente se impuso la necesidad de sostener también financieramente estas acciones, por lo que se abrió paso el pago por intervención. Paralelamente crecieron las necesidades de capacitación en el perfil del mediador o mediadora

y se fue asentando una mediación como empleo, de tal forma que se multiplican las ofertas de trabajo y se habla de yacimiento de empleo, entrando el mediador y la mediación en el mercado de trabajo y, por lo tanto, en los circuitos de contratación para el desempeño de labores de mediación más concretas y específicas.

A la vez que se afianzaban los objetivos de integración de la población inmigrante y, por lo tanto, también de su funcionamiento autónomo en relación con los servicios, los problemas de comunicación básica se proponen resolver en el terreno tecnológico con programas y aplicaciones que aseguran un entendimiento básico. A su vez comienzan a aparecer otras necesidades acordes ya con la familia, el proceso de descendencia, el papel de la mujer y la segunda generación de ya andaluces, pero con importantes problemas de salud mental, desarraigo, proyecto vital, con la amenaza del binomio exclusión-reacción en términos de «salud-social».

Es la etapa que confirma el II Plan en su análisis y plantea como atención intercultural, reconociendo la heterogeneidad y la diversidad (al menos cinco culturas-núcleos centrales que, a su vez, se diversifican en la convivencia en el territorio). Esto hace que de nuevo se revitalice la mediación cualitativa, vinculada a la convivencia familiar, interculturalidad, y a situaciones complejas relacionales, lo que exige una mediación cercana a los problemas de la vida cotidiana, por parte de las asociaciones, lo que plantea sostener financieramente los programas de mediación, más que la acción del mediador más o menos profesionalizado.

A su vez la atención que prestan los profesionales de salud va mejorando: se van capacitando progresivamente y evolucionan de acuerdo con la sensibilidad social, y los planes y programas que se elaboran gracias a sus experiencias y aportaciones.

Diversificar las actuaciones teniendo en cuenta la cultura y las expectativas de los colectivos de inmigración también forma parte de los avances profesionales y de la organización de los servicios, de modo que en lo posible la clave de la interculturalidad ha de formar parte del «quehacer profesional». En este sentido la tarea profesional tiene en su perfil un importante porcentaje de mediación, sobre todo en atención primaria, en el área de la atención centrada en la familia, naturalmente para las médicas y médicos de familia, para la atención infantil y pediatría, y de forma particular, para los trabajadores sociales y la enfermería de enlace. Quedan especialmente implicadas las decisiones de dirección y las labores de epidemiología y salud pública al respecto. De modo que el profesional que atiende a la población inmigrante también ha de alcanzar una capacitación de mediador en la toma de decisiones que estas personas realizan y que tienen repercusiones en la salud.

3. LA ACCIÓN MEDIADORA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA: CONCRECIÓN DE LAS FORMAS DE INTERMEDIACIÓN

Podemos decir que la actividad de los mediadores y las mediadoras interculturales en el campo de la salud comienza a reconocerse oficialmente a partir del 19 de marzo de 1999, cuando la Consejería de Salud y la Fundación Progreso y Salud suscriben el Convenio de colaboración en materia de salud pública para el colectivo de inmigrantes, con algunas de las entidades sociales que trabajaban con ellos.

Se trataba de «preservar la salud individual de la población inmigrante en Andalucía y la salud de la comunidad en la que se desenvuelven, incrementando la accesibilidad de dicho

colectivo a la atención sanitaria, a través de estrategias de captación y seguimiento de la asistencia y de participación en programas de salud». Este objetivo se desarrolló, fundamentalmente, en base a labores informativas, de acompañamiento y traducción que realizaban los mediadores (profesionales o voluntarios) de las entidades suscriptoras del convenio, cuando detectaban su necesidad para la asistencia sanitaria a una persona inmigrante o su familia, así como en los casos de intermediación para vacunaciones en campamentos, investigación de brotes, detección de contactos o seguimiento de largos tratamientos, etcétera.

Las actuaciones de acompañamiento e intermediación en esos primeros momentos han sido muy importantes y valoradas; hasta el punto de que hoy se considera superado el miedo y las reticencias iniciales que impedían acudir al sistema sanitario público en condiciones de irregularidad administrativa. Cada vez más se constata en los centros asistenciales un acceso espontáneo de personas inmigrantes, desplazándose a dichos centros la demanda y actividad mediadora que antes residía en las asociaciones. Todo esto ha ido creando la necesidad de abordar la mediación intercultural en el sector sanitario de una forma más matizada.

Los días 12 y 13 de diciembre de 2005 los profesionales del sector de salud celebraron una conferencia sobre «la atención sanitaria a la población inmigrante» en el marco del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía que durante esas fechas se estaba elaborando. El grupo de trabajo que analizó «los instrumentos» necesarios para la puesta en marcha de los objetivos socio-sanitarios de dicho plan, en un primer momento centró su atención sobre «la mediación intercultural y su concreción de cara al nuevo convenio».

Como premisa imprescindible, se definió la inmigración objeto del convenio como aquella que llega por necesidades económicas, en algunos casos con itinerarios migratorios complejos, y comparte, al llegar, los riesgos sociales del hacinamiento y las zonas marginales urbanas que los hacen doblemente vulnerables a problemas de salud.

Como conclusión de este apartado, se establecieron las formas de intervención mediadora en la atención a las necesidades de salud:

- A) **El acompañamiento:** es la mediación que se venía trabajando en el convenio con las asociaciones, mediante la cual dichas entidades determinaban aquellos casos en los que, por motivos de idioma, choque cultural o desconocimiento del complejo funcionamiento de los centros sanitarios, necesitaban un acompañamiento personal que ellas mismas proporcionaban. Si bien se reconoce que todavía puede ser necesario en determinados casos para los primeros contactos con el sistema, se aconseja que su realización, lejos de crear dependencias, esté bien orientada a la autosuficiencia personal y, por tanto tenga una tendencia en la práctica cotidiana a ser sustituida por las otras modalidades.
- B) **La mediación de los propios profesionales sanitarios:** esta modalidad se determinó como preferencial y de futuro. Dejando aparte los problemas de idioma que, probablemente, encuentren solución en alguna aplicación tecnológica, optar por esta vía supone capacitar al personal de los centros sanitarios en habilidades y aptitudes que les facilite la adecuación de su ejercicio profesional al entorno cada vez más multicultural de la realidad social en la que intervienen. No se trata, por tanto, de someterlos a una sucesión de sesiones temáticas regladas, sino más bien de ver cómo ir adecuando las rutinas y protocolos de su práctica cotidiana –hoy por hoy, homogenizada a un perfil de usuario muy estandarizado–, a los hábitos de vida, costumbres y creencias que proceden de culturas distintas y desconocidas e intervienen en su estado de salud o en su forma de enfermar

y curar. Al tratar esta opción en la Conferencia Sectorial, se insistió muy reiteradamente, en la importancia fundamental de que la organización de los servicios facilite esta labor mediadora, dotando a los profesionales del tiempo, condiciones e instrumentos suficientes y adecuados.

- C) **La colaboración de las asociaciones en tareas de mediación:** es la otra modalidad preferencial de cara al desarrollo más inmediato, en especial de aquellos objetivos dirigidos a la promoción de la salud, la mujer inmigrante y la prevención de problemas de salud mental. Requiere el establecimiento de un nuevo Acuerdo-marco de colaboración entre la Consejería y las asociaciones y sindicatos que deseen participar en dichas actividades, sustituyendo al anterior Convenio. Como opción complementaria a la anterior, priman las actividades realizadas por las entidades sociales en consonancia con los objetivos socio-sanitarios del II Plan. Es decir, proporcionar una buena información y derivación a los centros sanitarios, cooperar con los profesionales del sistema público en la adaptación de los programas a las características de las diversas culturas, participar en acciones formativas dirigidas tanto a los grupos poblacionales inmigrantes, como a los mediadores y sanitarios, promover programas de intervención en barriadas o con familias para la prevención de problemas psico-sociales, de malos tratos, inadaptación juvenil, etcétera.
- D) **La contratación de mediadores profesionalizados:** opción valorada como excepcional, sólo se usará en casos o centros muy determinados por las características de la población de referencia, situaciones sanitarias especiales, como la aparición de un brote epidémico, necesidades particulares de intervención en grupos de contextos culturales poco frecuentes, u otras circunstancias que se salgan de las posibilidades de las dos modalidades preferenciales.

De acuerdo con las premisas de este seguimiento funcional de la evolución de la acción mediadora, que por otro lado, se encuentra implícita, como hemos comprobado, en la formulación del II Plan, la Conferencia Sectorial organiza consensuadamente cuatro categorías de mediación, que actualmente engloba toda la mediación de los servicios públicos, que en general atiende a la inmigración, pero con especial énfasis en la realidad de la atención de los Servicios de Salud:

A	Acompañamiento	Mediación de apoyo a Programas de Promoción de Salud y Prevención de conflictos relacionales.	Resolución por aplicaciones tecnológicas.
B	Profesionales sanitarios	Mediación integrada en los perfiles profesionales de la salud.	Capacitación y formación.
C	Asociaciones en tareas de mediación	Mediación para favorecer la accesibilidad y la comunicación con la autonomía como objetivo central.	Soporte de financiación a nivel provincial.
D	Mediadores profesionalizados	Mediación profesional en contratos de trabajo.	Excepcional para problemas específicos y prevalentes.

Entender los distintos desarrollos que tiene la mediación, colocarnos en línea de acuerdos y consensos para sus diferentes aplicaciones es básico para concentrar los esfuerzos en el objetivo central, de dotar al colectivo inmigrante de aquellos instrumentos que les permitan tomar las decisiones sobre su salud, en pie de igualdad como lo hace la población autóctona.

BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia sectorial de Salud* (Bormujos –Sevilla–) diciembre 2005: «Conclusiones».
- Laghrich S. Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la Comunidad Valenciana. *Revista elect. de estudios filológicos*. 2004 dic;8.
- Sánchez E,Vicente M. Mediación intercultural: formación y praxis de convivencia. La experiencia de Sevilla Acoge. *PH cuadernos. Patrimonio inmaterial y gestión de la diversidad*, pp. 376-91.

