



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/291.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Percepción de los profesionales de la salud sobre la relación con los servicios sanitarios de la población autóctona e inmigrante en un área sanitaria
<i>Autores</i>	Emilia Medina Estévez, Francisco José Gómez Navarro
<i>Centro/institución</i>	Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud. Universidad de Almería.
<i>Ciudad/país</i>	Almería, España
<i>Dirección e-mail</i>	limedeste@gmail.com

RESUMEN

La emigración es un fenómeno que ha tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad. Se da básicamente por motivos económicos o de seguridad en los países de origen. El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es intenso, superior al 17% anual de media, alcanzando cifras del 25% en Cataluña y superior al 20% en la Comunidad de Madrid, seguidas de la Comunidad Valenciana y Andalucía. En los años 80 se recibió una importante afluencia de población africana que se ocupó en el sector agrícola. A partir de los 90 creció la inmigración de los países asiáticos y la de los países latinoamericanos [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La emigración es un fenómeno que ha tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad. Se da básicamente por motivos económicos o de seguridad en los países de origen.

El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España es intenso, superior al 17% anual de media, alcanzando cifras del 25% en Cataluña y superior al 20% en la Comunidad de Madrid, seguidas de la Comunidad Valenciana y Andalucía.¹

En los años 80 se recibió una importante afluencia de población africana que se ocupó en el sector agrícola. A partir de los 90 creció la inmigración de los países asiáticos y la de los países latinoamericanos.

Los aspectos socioculturales de este colectivo tienen una importante implicación sanitaria y en la relación paciente-profesional de las ciencias de la salud.²

La percepción de la salud de los inmigrantes, no hay que analizarla solamente a partir de la población que acude a consultas sanitarias, ya que según algunos estudios, suelen acudir con menos frecuencia que la población autóctona en similares circunstancias y cuando los procesos se encuentran más avanzados.^{3,4} Es importante favorecer la integración de los inmigrantes sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen. Se considera que el determinante principal de la salud de los inmigrantes es su nivel de integración en la sociedad receptora.^{5,6}

Del análisis de las experiencias de investigación y políticas sobre inmigración internacionales, destacan conclusiones como que : los sistemas de información tienen que recoger variables más específicas, ser menos etnocéntricos con respecto a la salud, integrar técnicas cualitativas en la evaluación de las necesidades de salud de la población inmigrante e incorporar estrategias participativas con el fin de determinar las prioridades de investigación y la planificación de servicios sanitarios, estudiar los aspectos de desigualdad y discriminación que afectan al estado de salud y a su acceso a los servicios sanitario e incorporar estrategias dirigidas a los profesionales sanitarios mediante la sensibilización y formación en las necesidades de los colectivos de inmigrantes.⁷

Los centros de salud y los servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario. Para los profesionales que trabajan en estos servicios tiene interés conocer la vivencia de salud-enfermedad que tiene la población a la que atienden. Así mismo es preciso conocer y analizar las posibles barreras y el papel de la Atención Primaria como puerta de entrada en el abordaje sanitario integral. Para ello se necesitan aportaciones de los propios usuarios, de los profesionales y de los que proveen los servicios.⁸

Los problemas por los que consulta el paciente inmigrante en el centro de salud^{9,10} son los mismos que los de la población autóctona.¹¹ En un estudio realizado en el Centro de Salud de Vúcar (Almería), próximo a nuestro centro de estudio, se recoge que los problemas de salud de los inmigrantes se relacionan con las condiciones de vida en el medio y que la respuesta a sus necesidades sanitarias (más relacionada con factores sociales), debería provenir de la Atención Primaria.¹²

Las administraciones sanitarias deberían mejorar la accesibilidad, la formación de los profesionales y disminuir las barreras culturales e idiomáticas.¹³ En un estudio realizado en 15 centros de salud de Zaragoza se valoraron las actitudes de los médicos hacia los

pacientes inmigrantes mediante una encuesta de opinión. Los resultados ofrecidos informaron que el 75% de los médicos recibieron formación en inmigración y que pensaban que los inmigrantes somatizan más que los autóctonos, que eran peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos que los autóctonos.¹⁴

El estudio de la relación entre el estado de salud y las necesidades de atención sanitaria, se muestra relevante para poder identificar los desequilibrios en los recursos y establecer una correcta ordenación de prioridades preventivas y asistenciales.¹⁵

Se conoce por encuestas de salud realizadas en otras comunidades, y extrapolable a la andaluza, que la consulta del médico de familia y la hospitalización son los servicios sanitarios en los que se ha encontrado una menor diferencia de frecuentación entre población inmigrante y autóctona. Sin embargo, la consulta al médico especialista y a los servicios preventivos, son las prestaciones utilizadas con menor frecuencia por la población inmigrante.^{16,17}

¿Cuál es la realidad en el Centro de Salud Ejido Norte?

La población ejidense se sitúa a 1 de enero de 2013 en los 82.983 ciudadanos, suponiendo la población inmigrante el 32,14% . Las nacionalidades con mayor presencia en el municipio son los habitantes de origen marroquí 55,99% del total de extranjeros, seguidos de los rumanos con el 17,10% y de los búlgaros, rusos y guineanos con el 5,65%, 3,26% y 2,11% de la población extranjera.^{18,19}

En un estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, han sido identificadas Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), que son “espacios urbanos claramente delimitados en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian problemas en vivienda, absentismo y fracaso escolar, desempleo, deficiencias higiénico-sanitarias y desintegración social” .^{20,21} Una de estas ZNTS se sitúa en el ámbito de actuación del Centro de Salud de Ejido Norte, por tanto, como se recoge en el Contrato Programa, se debe idear un plan específico de intervención en salud donde se programen estrategias que faciliten la adecuación de la atención sanitaria a las necesidades detectadas.

Por tanto, un importante aspecto a tener en cuenta es esta diversidad cultural. Cada persona tiene una imagen sociocultural de lo que debe ser su encuentro y relación con el profesional de la salud. Esta imagen está culturalmente definida y afecta a todo el proceso de contacto con el personal sanitario. La cultura define y tipifica las enfermedades, las dota de significación social y crea su contexto terapéutico.²²

En estudios similares a éste y también de carácter cualitativo, los profesionales manifestaban la “poca incentivación desde el sistema”, “sensación de explotación” y “aumento de las prestaciones a mayor población sin mejora de los recursos”. También expresan el poco tiempo disponible por paciente, y que la población inmigrante necesita una atención durante más tiempo y un sistema menos rígido.^{23,24} Nuestra población de estudio tiene unas características similares, pero en nuestra Comunidad Autónoma las transferencias en materia de salud hacen que las políticas no sean exactamente coincidentes.

Ante tal realidad, con este estudio se pretende disponer de información sobre las posibles diferencias y necesidades de la población autóctona e inmigrante, en relación con el uso de los servicios sanitarios ofertados en el Centro de Salud del Ejido, desde la perspectiva de los profesionales de las ciencias de la salud, así como el planteamiento de posibles áreas de mejora.

Objetivos

General:

Conocer cómo perciben los profesionales sanitarios del Centro de Salud de El Ejido, la relación con los servicios sanitarios de la población autóctona e inmigrante durante los años 2012-2013.

Específicos:

Conocer las necesidades asistenciales en los distintos colectivos desde la perspectiva de los profesionales.

Identificar dificultades sentidas por los profesionales de la salud en las relaciones con los distintos colectivos.

Analizar las actitudes, sentimientos de los profesionales sanitarios implicados en la atención de los distintos colectivos.

Metodología

a) Diseño del estudio

Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico que nos permita conocer el fenómeno de estudio desde las vivencias de los profesionales que realizan la atención. El método para acercarnos al objeto de la investigación va a ser el etnográfico o naturalista. Con él se va a intentar reproducir con la máxima fidelidad posible la concepción que del fenómeno tienen los participantes.

b) Emplazamiento

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Ejido Norte en El Ejido (Almería) durante 2012-2013.

En El Ejido hay 2 Centros de Salud: Ejido Norte es el más antiguo y cuenta con los servicios de RX, urgencias, matrona, odontología, medicina de familia y pediatría; y Ejido Sur, más reciente y que cuenta con consultas de medicina de familia y pediatría, para el resto de servicios tiene que derivar al Centro de Ejido Norte.

c) Sujetos de estudio

La población de estudio serán los profesionales sanitarios que trabajan en el Centro de Salud de Ejido Norte. La plantilla de éste cuenta con 59 profesionales. Los criterios de inclusión que se aplicarán son:

Acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Tener experiencia profesional en el Centro de Salud de al menos 1 año.

Dado el volumen de personal del Centro de Salud y su área de Urgencias se realizará un muestreo intencional representativo de la población de estudio: los que tengan un conocimiento amplio y general del fenómeno, los que posean información más específica, y los que tengan experiencias y conocimientos atípicos o no comunes.

Se van a considerar como criterios de segmentación de los informantes: el grupo al que pertenecen según el coordinador responsable y el tiempo de trabajo en el centro.

Los grupos según el coordinador son:

A = Coordinador médico como responsable
B = Coordinador de enfermería como responsable
C = Coordinador de Urgencias como responsable.

Los grupos según el tiempo de trabajo en el centro son:

1 = Más de 10 años de trabajo en el centro.

2 = De 5 a 10 años de trabajo en el centro.

3 = De 1 a 4 años de trabajo en el centro.

Los grupos quedarían: A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3

De esta forma se intenta recoger la mayor cantidad posible de perspectivas diferentes.

Se va a seleccionar intencionadamente a informantes que serán de inicio los profesionales de más tiempo trabajado en el centro. Posteriormente identificarán a otros como buenos informantes, mediante la estrategia de muestreo nominado-bola de nieve.

El tamaño de la muestra no se determinará con antelación sino en el transcurso de la investigación, siguiendo el principio de saturación: cuando no se obtengan datos nuevos, el equipo investigador dejará de incorporar participantes. En base al número de profesionales al que podemos acceder y que cumplan el perfil indicado, partiremos de un número que oscila entre 18-22 participantes.

d) Dimensiones del estudio

Tras la revisión bibliográfica realizada, se han determinado las siguientes dimensiones o categorías de estudio:

Significado y creencias sobre el concepto de salud en los dos colectivos
Percepciones de las dificultades generadas por la interacción entre la actividad laboral y el cumplimiento de normas internas en el centro.

Vivencias en las consulta de pediatría y urgencias. Se pretende estudiar cómo viven los profesionales la hiperfrecuentación en estos dos servicios, sentimientos ante la problemática con el cumplimiento de las vacunaciones, cumplimiento de normas básicas de prevención, nutrición...entre los inmigrantes y autóctonos.

Sentimientos, emociones y temores que despiertan en los profesionales la diversidad cultural, el aumento demográfico, la inclusión de zonas con necesidades de transformación social, etc. Se conocerá cómo perciben la diversidad cultural y los mecanismos de adaptación a las nuevas necesidades que esto ha conllevado durante los años de servicio en el Centro de Salud.

Sentimientos y emociones desarrollados ante los apoyos recibidos y adecuación de los recursos sanitarios. Se pretende estudiar cómo perciben los profesionales el apoyo desde otras instituciones (Distrito, mediadores culturales, ONG's, asociaciones vecinales...)

Percepción de los profesionales del grado de seguimiento de las recomendaciones en la población autóctona e inmigrante. Se pretende conocer la percepción que tienen los profesionales del grado de adherencia, seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones en cuanto a tratamiento, prevención, cumplimiento de temas administrativos en la población inmigrante y la autóctona.

Actitudes y vivencias de los profesionales ante cambios progresivos de las demandas en áreas específicas como la de la atención a la mujer, urgencias, y trabajadora social.

Dado el carácter flexible de la investigación cualitativa, no se descarta que cuando se obtengan los primeros resultados, se contemple alguna nueva dimensión de estudio o se modifique alguna de las consideradas previamente.

e) Recogida de datos

Se realizarán entrevistas semiestructuradas con una guía que estará integrada por las dimensiones de estudio que han sido definidas.

De acuerdo con los criterios de segmentación identificados, se elegirán al menos dos participantes de cada grupo (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3), de forma que se garantice que todos los grupos identificados queden representados.

Se va a invitar a los participantes mediante una carta personalizada enviada desde la Gerencia del Distrito y firmada por el Coordinador médico, de enfermería, o de urgencias y un investigador. Ésta irá acompañada del correspondiente permiso laboral para la asistencia a la sesión. Una semana antes se recordará telefónicamente la cita y se recogerá si algún profesional rechaza la invitación, haciendo la propuesta a otro informante. La entrevista se va a realizar en la sala de reuniones del mismo Centro de Salud. Se informará y pedirá su consentimiento para usar una grabadora de audio y un cuaderno de campo para anotar impresiones sobre el desarrollo de las entrevistas.

Se garantizará la confidencialidad de sus opiniones, así como que las transcripciones sólo serán escuchadas por el equipo investigador, suprimiendo las referencias que pudieran llevar a identificar a los participantes. La duración de la entrevista será de 45-60 minutos (aunque se pedirá permiso por unas 2 horas, por si alguien necesitase más tiempo) y será realizada por el investigador. Se agradecerá verbalmente a cada profesional el tiempo y disponibilidad para participar en el estudio al finalizar la entrevista.

f) Análisis de los datos

El análisis de la información recogida será efectuado por el equipo investigador, siguiendo estos pasos:

Preparación de los datos: transcripción literal de las entrevistas grabadas, de forma que se conocerá no sólo lo que dicen los informantes sino también su manera de decirlo, incluyendo las anotaciones del cuaderno de campo. Se asignará un código de identificación a cada entrevista, de manera que se sepa en todo momento quien es la persona de la que proviene la información.

Descubrimiento de los temas: se realizará una lectura detallada y minuciosa de las entrevistas transcritas y las notas de campo. Tras esta lectura se buscarán los temas, examinando los datos de todas las formas posibles.

Codificación: reunión y estudio de todos los datos que se refieran a temas o ideas. Ésto implica dar orden a los datos obtenidos según las categorías. Se tratará de integrar los datos tal como fueron expresados por los entrevistados, respetando su lenguaje, opiniones, creencias, vivencias...

Relativización: Se interpretarán los datos en el contexto en que fueron recogidos. Tras analizar las primeras tres entrevistas en las que participará un informante de cada grupo, se revisarán las dimensiones de estudio, para plantear posibles modificaciones.

g) Limitaciones del estudio y consideraciones éticas

En cuanto a las limitaciones del estudio, la principal dificultad encontrada radica en el hecho de que parte del equipo investigador pertenece al Centro de Salud donde se efectúa, lo que podría alterar la realización de las entrevistas. Para evitar este inconveniente se va a introducir un investigador ajeno al emplazamiento de estudio, que se encargará de realizar parte de las entrevistas.

Si durante el muestreo no se escogieran a participantes de menos tiempo trabajado, los investigadores tienen previsto incluirlos, ya que podrían aportar posibles diferencias y formas de abordar necesidades y problemas similares en otros centros en los que han estado realizando labor asistencial.

También se tiene previsto entrevistar a los Coordinadores médico y de enfermería, ya que son los que pactan con la Gerencia de Distrito los servicios ofertados, la organización asistencial y de los profesionales en las dos unidades. Éstas pueden enriquecer las aportaciones y explicaciones del resto de profesionales.

Aspectos éticos

Se respetará el anonimato de los informantes, así como su libre participación en el estudio. Para la realización de las entrevistas se firmará un consentimiento escrito en el que quedarán claros los objetivos del estudio y la confidencialidad de los datos.

Plan de trabajo

- 1 - Presentación del estudio y captación de los participantes (un mes).
- 2 - Realización, transcripción y análisis de las entrevistas (12 meses)
- 3 - Verificación de resultados (3 meses):
- 4 - Elaboración de conclusiones y difusión de los resultados (3 meses):

Bibliografía

1. Fuertes C, Martín Laso M A,. El inmigrante en la consulta de atención primaria . Anales Sis San Navarra, 2006;29 (1):9-25.
2. Saura RM, Suñol R, Vallejo P, et al. El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. Gac Sanit, 2008;22 (6):547-554
3. Jansa JM,. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev. Esp. Salud Publica , 1998;(72):165-168.
4. Borrell, C., Fernández, E., Schiaffino, A., Benach, J., Rajmil, L., Villalbí, JR., Segura, A.: "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance?" International Society for Quality in Health Care, 2001;13
5. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de

Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.

6. Hedemalm A, Schaufelberger M, Ekman I. Equality in the care and treatment of immigrants and native Swedes: a comparative study of patients hospitalised for heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008; 7(3):222-8

7. Serra-Sutton V, Rajmil L, Pons J, Adaptado de: Serra-Sutton V, Hausman S, Bertomeu N, Berra S, Elorza JM, Rajmil L. Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en países europeos: el caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2004; 1:4-6

8. Grupo de Consenso de Atención al Inmigrante. SemFyC, SEMERGEN, CESM. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. 2003.

9. Ballesteros AM, Anaya JA, Cámara MA, López J, Pagan E, Ghelichkhani Latify-Alavijeh M. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente?. *Semergen*. 2005;31:516-20.

10. Soler-González J, Serna C, Rué M, Bosch A, Ruiz M, Gervilla J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten prim*. 2008;40(5):225-231.

11. Sánchez R, Soto M, Pérez N, Alonso FJ, de Castro C, García MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo. *Semergen*. 2005;31:408-12

12. Vázquez J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuad. gest. prof. aten. prim*. 2002; 8(2):54-60.

13. Lacalle M, Gil G. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Prim* 2009;25: 634-638

14. García J, Gonzalez C, Buil B, García M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2006; 34 (6): 371-6.

15. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M [Adapting health services to the specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. *SESPAS, Gac Sanit*. 2008;1:86-95.

16. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10):701-7.

17. Regidor E. Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008.

18. <http://www.elejido.es/index.php>

19. Abdessamed Lahib Dabaj. Salud e Inmigración. Tesis doctoral: El caso de los marroquíes en el Poniente Almeriense (El Ejido). Universidad de Granada. Departamento de Estudios Semíticos. Facultad de Filosofía y Letras. 2008.

20. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores>

21. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypoliticassociales/areas/inclusion/zonas-transformacion/p>.

22. Romero MC. La transculturalidad es parte de la evidencia del cuidado de enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(3)

23. Blanco JM, Rojas R, Ortiz JJ, Revuelta A. Estudio de la problemática de la población latinoamericana en una zona básica de salud. Centro de Salud Comillas Madrid. SEMG. Junio 2005.

24. Ramos JA, Pérez A, Enguix N, Álvarez C, Martínez ML. Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social. *Aten Primaria*. 2013;45(7):358-367.