

M^a JOSÉ PLAZA*
RAÚL SORIANO**
BLANCA NOGUÉS***

LAS CIRCUNSTANCIAS SOCIOSANITARIAS DE LOS INMIGRANTES: UNA VISIÓN DESDE LA ORGANIZACIÓN MÉDICOS DEL MUNDO

RESUMEN

Médicos del Mundo es una Organización No Gubernamental de acción humanitaria. Dentro de sus programas de Cuarto Mundo, las personas inmigrantes sin recursos son uno de los colectivos hacia los que dirige su atención. Además de acciones de sensibilización social, los programas como el Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIM), tratan de facilitar su acceso a la sanidad pública, al tiempo que se presta atención socio-sanitaria a aquellos inmigrantes que todavía no han conseguido finalizar los trámites para poder ser atendidos en la misma. A través del trabajo diario, Médicos del Mundo mantiene un contacto directo con la población inmigrante más vulnerable y que presenta mayores cotas de exclusión social. Las personas atendidas en sus programas no son necesariamente representativas del total de inmigrantes que conviven con nosotros, pero sí que se encuentran probablemente entre las más desfavorecidas.

PALABRAS CLAVE: Médicos del Mundo, CASSIM, inmigrantes, sanidad, Comunidad Valenciana

SOCIAL AND HEALTH SITUATION AMONG ECONOMICAL IMMIGRANTS IN VALENCIA.
THE VISION OF "DOCTORS OF THE WORLD"

ABSTRACT

Doctors of the world is a well known N.G.O., which has been working in a different humanitarian actions. We have a variety of programmes which are directed to support some of the excluded groups in our modern society, and one of these visible groups is the immigrants. Our Centre which known as "CASSIM", works with immigrants and offers a multi-disciplinary interventions which are directed to promote both their social and health situation. In our Centre we offer medical assistance for those who haven't had yet their health security card. The medical assistance involves both primary and secondary level. The group, which we are attending now, is not the majority of the immigrants, but we believe that, they have huge necessities concerning social and health aspects.

KEYWORDS: Doctors of the world, NGO "CASSIM", immigrants, medical assistance, region of Valencia.

* Trabajadora Social. Responsable del CASSIM en Médicos del Mundo de la Comunidad Valenciana.

** Trabajador Social. Coordinador de Proyectos de Cuarto Mundo en Médicos del Mundo de la Comunidad Valenciana.

*** Médica. Vocal de Cuarto Mundo en la Junta Directiva de Médicos del Mundo de la Comunidad Valenciana.

Fecha de recepción: noviembre 2003. Fecha de aceptación: diciembre 2003.

INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo, Organización No Gubernamental de acción humanitaria, tiene como objeto intervenir donde la guerra, la enfermedad, el hambre y la miseria constituyen un peligro para la vida humana. Es una Organización carente de toda filiación política o confesión religiosa, en la que todos los pueblos, con sus etnias, creencias y costumbres constituyen el objeto de su acción. Médicos del Mundo, como organización de acción humanitaria y carácter sanitario, orienta su trabajo básicamente en dos direcciones: por una parte, ofreciendo atención sanitaria, orientación y apoyo a las poblaciones más vulnerables y, por otra, denunciando y sensibilizando a la opinión pública y estamentos oficiales, sobre las situaciones de injusticia y/o violación de los derechos fundamentales que sufren estas personas.

Entre las distintas actuaciones desarrolladas por Médicos del Mundo se encuentra una línea de intervención con unas características específicas, denominada "Cuarto Mundo", que consiste en el trabajo dirigido a la población excluida de nuestra "Sociedad del Bienestar". Son grupos de población cuyas especiales circunstancias, tales como carencia de recursos económicos, apoyos familiares o sociales, falta de documentación legal, les sitúan fuera de los cauces y las normas que esta sociedad impone y se encuentran excluidos de las redes normalizadas de atención social, sanitaria, de participación, etc. Así, el trabajo dentro de esta línea se lleva a cabo con personas usuarias de drogas, personas que ejercen la prostitución, minorías étnicas, inmigrantes en situación irregular, etc. Las poblaciones excluidas, con la dinámica propia del tiempo y de los hechos, cambian, se modifican, pero no desaparecen.

LA SALUD DEL INMIGRANTE: ALGUNAS CLAVES PARA SU ANÁLISIS

Las condiciones en que actualmente se está produciendo la llegada de personas inmigrantes a España, por regla general de un modo irregular son, en sí mismas, un factor de vulnerabilidad social. Las consecuencias sociales de esta circunstancia se traducen en dificultades para integrarse efectivamente en la comunidad de destino, lo que puede afectar directamente a su salud. Desde esa perspectiva pueden identificarse varios factores que inciden directamente sobre la situación sanitaria del colectivo, y que podrían agruparse en las diferentes áreas que se exponen a continuación.

Situación administrativa de irregularidad

Se trata de una circunstancia que dificulta el acceso a la atención sanitaria pública. Durante los últimos años se han producido avances significativos en el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana. Pero, a diferencia de otras comunidades autónomas, los trámites para obtener la tarjeta sanitaria requieren una tramitación burocrática dilatada lo que dificulta la atención a los pacientes en los recursos sanitarios de la Administración y, en determinados casos, la imposibilitan, accediendo únicamente a los servicios de urgencias.

En determinadas Comunidades Autónomas el acceso sigue siendo muy difícil para las personas inmigrantes en situación de irregularidad, con evidente desigualdad en los servicios sanitarios por razones puramente geográficas. En la Comunidad Valenciana

esta posibilidad ha quedado recogida en la siguiente legislación:

- Decreto 88/89 de 12 de Junio, del Gobierno Valenciano, que extiende el derecho a la asistencia sanitaria a personas que carezcan de suficientes recursos económicos.
- Resolución de 8 de Febrero de 1999, que extiende la asistencia sanitaria pública a los menores extranjeros en situación irregular.
- Ley Orgánica 4/2000, reformada por Ley 8/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social que, en su artículo 12, establece el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros.
- Decreto 26/2000 del Gobierno Valenciano, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria.

Condiciones precarias de subsistencia

Las consecuencias derivadas o relacionadas con la situación de irregularidad incluyen empleos temporales en la economía sumergida, exentos de condiciones contractuales a respetar por ambas partes, mal remunerados y en precarias condiciones de seguridad laboral, lo que puede aumentar el índice de siniestralidad laboral. La situación de desempleo permanente con la subsiguiente disminución de ingresos económicos es otra de las posibilidades.

Se producen condiciones de alojamiento precarias, en las que se inscribe el hacinamiento, los hogares insalubres con deficientes condiciones de habitabilidad, e incluso la ausencia de vivienda, cuyas consecuencias pueden incidir en la higiene e incluso aumentar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. En ese contexto se propician situaciones como: trastornos de adaptación, que pueden derivar en somatizaciones, alimentación inadecuada, transmisión de enfermedades infectocontagiosas, etc.

Por otra parte, la continua búsqueda de medios de vida que garanticen una subsistencia mínima fomenta la alta movilidad geográfica de la población inmigrante, fundamentalmente por razones de índole laboral. Así surge lo que se está dando en llamar "inmigrantes saltamontes", personas con una elevada movilidad geográfica y laboral que padecen un determinado problema de salud y que carecen de un seguimiento sanitario adecuado. La misma contingencia de la movilidad incide también en la desagregación de las unidades de convivencia familiar. Como indican Jansà y Villalbí (1995, 65), la migración en sí es un factor estresante de primera magnitud.

En cuanto a la alimentación, se detectan situaciones de déficit nutricional, ya sean derivadas de una situación económica precaria, como las relacionadas con las costumbres alimenticias procedentes de los países de origen. Tal como apuntan algunas fuentes (MONTAYA *et al.*, 2001) las dificultades en el proceso de adaptación, sobre todo en los primeros momentos, pueden conducir a mantener una alimentación poco variada y de riesgo para el desarrollo de obesidad, cáncer o afecciones cardiovasculares.

Enfermedades importadas del país de origen

Algunas de las personas inmigrantes que llegan a nuestra Comunidad son portadoras de enfermedades sin diagnosticar y, en consecuencia, sin el tratamiento adecuado. Estos procesos, de no ser atendidos sanitariamente, pueden persistir constituyendo un riesgo para sí mismos y, en ocasiones, para la salud comunitaria. Además de enfermeda-

des también presentes en España tales como vih/sida, las hepatitis víricas, la sífilis, la tuberculosis, etc., pueden presentar enfermedades características, o frecuentes, de los países de origen y prácticamente desconocidas o de baja incidencia en el territorio español. Es el caso de enfermedades tropicales como el paludismo, la malaria, etc., que afectan sobre todo a los recién llegados. Según refieren Roca *et al.* (2002), las enfermedades derivadas de las condiciones de vida en pobreza son las que suponen un mayor riesgo para la población receptora. La aproximación a estas enfermedades desde el sistema sanitario presenta algunas dificultades, derivadas básicamente de la inusual presencia en los centros de atención primaria, que deben prestar o canalizar su tratamiento.

Aspectos culturales

La percepción individual por la que una persona se siente sana o enferma, así como la reacción que tiene frente a una patología, difiere en función de las referencias sociales y culturales de los países de origen, así como por factores de personalidad, de manera que se le puede dar mayor o menor importancia a determinados síntomas o circunstancias, o pueden darse diferentes percepciones sobre la forma de identificar el concepto de salud. El desconocimiento o motivación para aceptar las pautas de la medicina preventiva puede estar vinculado a factores culturales.

Por otra parte, el desconocimiento del idioma puede dar lugar a dificultades diagnósticas por parte de los profesionales, o falta de comprensión por parte de los pacientes para seguir las indicaciones terapéuticas o para alcanzar una adecuada adherencia a las mismas. La automedicación y la utilización de remedios naturales procedentes de la cultura de origen, también pueden afectar a la salud del inmigrante. Se trata, en definitiva, de elementos culturales e idiomáticos que devienen en barreras para la comprensión de la situación de salud del paciente inmigrante y que repercuten en la efectividad de la atención que pueden prestar los servicios sanitarios (Editorial, en Atención Primaria, 2001).

Género y salud

La desigualdad entre hombres y mujeres en condiciones de vida y oportunidades sociales es una característica común a los países empobrecidos y a los desarrollados. Esta desigualdad se traduce en nuestro contexto en situaciones de precariedad laboral y social particulares, que afectan a las mujeres inmigrantes y acaban repercutiendo en su salud. Diversos estudios refieren una mayor propensión a presentar alteraciones psicológicas por el desarraigo, el estrés o las dificultades de adaptación.

Por otra parte, la violencia de género, a la que las mujeres inmigrantes se encuentran especialmente expuestas, puede manifestarse como una violación de su integridad física y mental o de su libertad de movimientos, y se puede producir en el ámbito familiar o comunitario. Algunas de sus consecuencias para la salud pueden ser: muerte, suicidio, trastornos mentales, agresiones durante el embarazo, embarazos no deseados, etc. Especial relevancia tiene el aumento del ejercicio de la prostitución que realiza una parte de estas mujeres y que, además de problemas sanitarios, puede agregar dificultades a su proceso de incorporación social.

Quizá estas claves nos acerquen un poco más a esta realidad emergente, bastante desconocida y apenas estudiada, que incide en nuestro sistema de salud actual. Es necesaria

una reflexión que se traduzca en la puesta en marcha de medidas que garanticen una adecuada intervención desde el punto de vista sanitario con este colectivo, que constituye un porcentaje creciente de la población de España, y cuyo derecho a la salud viene recogido en nuestra legislación.

LA EXPERIENCIA DEL CASSIM

En el contexto que se acaba de exponer, Médicos del Mundo inicia su andadura en el trabajo con este colectivo. Desde 1994 la organización ha puesto en funcionamiento el Programa de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes en diferentes Comunidades Autónomas. Actualmente se encuentra operativo en las comunidades de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco.

En el caso de la Comunidad Valenciana, el CASSIM abre sus puertas en 1995 para atender a las personas inmigrantes que se encuentren en situación administrativa irregular y vivan en condiciones de vulnerabilidad y exclusión socio-sanitaria. Sus objetivos generales son:

- el acceso de las personas inmigrantes al sistema sanitario público.
- Prestar atención socio-sanitaria integral a inmigrantes en situación administrativa irregular, con especial atención a los más desfavorecidos, en aquellas situaciones en que la legislación y/o la especificidad del sistema sanitario público autonómico actual les dificulta en la práctica recibir atención socio-sanitaria.
- Informar para sensibilizar a las Administraciones Públicas, asociaciones y población general, de la importancia y necesidad de atender a este colectivo, así como denunciar situaciones en las que se produzca la vulneración de sus derechos fundamentales.

La puesta en marcha de este dispositivo se traduce en actividades diversas, tanto sanitarias como socioculturales.

Actividades sanitarias

La persona beneficiaria del programa, durante el tiempo en que carece de atención sanitaria normalizada, recibe, si lo precisa, atención sanitaria primaria, con apertura de su historia de salud y realización de protocolo de primera visita. En caso necesario, se realizan las pruebas complementarias que precise y se deriva a medicina especializada, a través de contactos con profesionales que colaboran como voluntarios con la entidad. Asimismo se llevan a cabo acciones de medicina preventiva: vacunaciones, búsqueda activa de tuberculosis, analíticas de riesgo, etc.

Actividades sociales

Se realiza un seguimiento social de los casos, con especial incidencia en la incorporación de la persona al Sistema Sanitario Público, mediante la tramitación de la Tarjeta Sanitaria y el asesoramiento acerca de cuáles son sus derechos en materia de salud, y los

recursos a los que tiene acceso. Además, se informa y asesora en otros aspectos relacionados con la inmigración en general, tanto a las personas inmigrantes como a los recursos sociales y sanitarios público y privados que demanden información.

Talleres de promoción integral de la salud y grupo de apoyo psicosocial con inmigrantes

Desde una perspectiva de salud integral se tratan asuntos relativos a la salud mental, la educación para la salud y la integración social, mediante la creación y consolidación de grupos de apoyo formados por personas inmigrantes, lo que redundará en la mejora de su salud.

Actividades de desarrollo y participación

Médicos del Mundo participa en diferentes foros públicos tanto para dar a conocer las acciones que viene desarrollando, como para sensibilizar a la opinión pública y a los agentes sociales de esta realidad.

Actividades formativas

Esta organización realiza cursos de formación dirigidos a personal sanitario y no sanitario de nuestro sistema público, con el objetivo de dotar de conocimientos y herramientas que mejoren la calidad de la atención prestada a los inmigrantes. Este año se han realizado 14 cursos de formación en los que han participado cerca de 300 profesionales de nuestro sistema sanitario. También se participa en la coordinación con el resto de ONG's que desarrollan su labor en la Comunidad en esta materia.

DATOS RECOGIDOS DE LA INTERVENCIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO

En este apartado se exponen los datos cuantitativos extraídos de nuestra intervención en la Comunidad Valenciana de enero a septiembre del año 2003. Es muy importante destacar que estos datos aluden únicamente a las realizadas por Médicos del Mundo Comunidad Valenciana y al perfil de personas atendidas. En todos los casos son personas mayores de edad, ya que la atención a menores y a mujeres embarazadas es inmediata en el sistema sanitario público. La mayor o menor afluencia de determinadas nacionalidades no es necesariamente extrapolable a otros contextos de carácter sanitario.

Durante los primeros 9 meses del 2003, el CASSIM ha atendido a un total de 793 personas. De ellas 603 (81%) son pacientes nuevos, mientras que 190 (19%) son pacientes en seguimiento procedentes de años anteriores. Estos pacientes han generado 1.150 atenciones sanitarias en consultas de medicina general, 159 atenciones en consulta de salud mental y 851 atenciones sociales.

La mayor parte de los pacientes atendidos por el CASSIM proceden de América Latina, con un total del 69'5%. A continuación, les siguen los ciudadanos de la Europa del Este, África Subsahariana, Norte de África y por último, inmigrantes procedentes de Asia.

Entre los pacientes atendidos durante los nueve primeros meses del año 2003 destaca la mayor proporción de mujeres, que suponen el 63% del total. Las latinoamericanas, suman

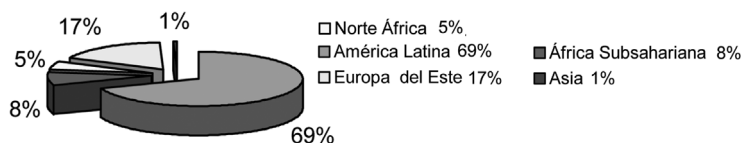


Figura 1. Procedencia de los pacientes atendidos por el CASSIM entre enero y septiembre de 2003

Cuadro 1. Inmigrantes atendidos por el CASSIM, en porcentajes

Franjas de edad	África Subsahariana		Norte África		América Latina		Europa del Este		Asia	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
En %										
18 a 24 años	0,25	0,25	0,00	0,25	4,16	4,54	0,88	1,26	0,00	0,00
25 a 34 años	1,26	1,51	1,77	0,00	7,31	12,11	1,01	3,15	0,00	0,00
35 a 44 años	1,77	1,13	1,26	0,63	7,44	15,76	1,77	3,03	0,38	0,25
45 a 64 años	0,63	0,13	0,50	0,63	2,90	8,58	1,64	1,89	0,00	0,00
> 64 años	0,13	0,63	0,00	0,00	1,01	5,67	0,76	1,77	0,00	0,00
TOTALES	4,04	3,66	3,53	1,51	22,82	46,66	6,05	11,10	0,38	0,25

el 46'66% de las personas atendidas, frente al 22'82% de hombres de la misma procedencia. Los inmigrantes procedentes de Europa del Este, también muestran un gran desequilibrio entre sexos aunque aportan menos efectivos: 11'10% son mujeres y 6'05% son varones.

En cambio, entre los oriundos del continente africano predominan los hombres, aunque las diferencias no son muy acusadas. Así, en los países del África Subsahariana encontramos que el 3'66% corresponde a mujeres frente a un 4'04% de varones de los mismos países. Procedentes del Norte de África se encuentra un 1'51% de mujeres frente a los 3'53% de hombres.

La población atendida muestra un perfil relativamente joven. El 90 % de los pacientes corresponde a personas que se encuentran en edad laboral activa, mientras que el 10% corresponde a personas mayores de 64 años. La franja de edad más frecuente es la de 35 a 44 años, con un 32%, seguida con muy poca diferencia por la de 25 a 34 años, con un 29%. En estos datos no figuran los menores de 18 años, puesto que la legislación asegura la asistencia sanitaria a los menores de edad en todos los casos y por lo tanto no están incluidos en la población objeto de esta atención

Entre las enfermedades más frecuentes destacan las del aparato genitourinario (con un 23'2%), y los trastornos mentales (con un 11%), seguidas de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (con un 9'7%). Por el contrario, las patologías que presentan la menor incidencia dentro de esta clasificación son: neoplasias, anomalías congénitas y afecciones en el período perinatal.

Estos datos vienen a coincidir con los de otros informes, según los cuales las personas inmigrantes no constituyen a su llegada un grupo de riesgo específico, siendo las situaciones de marginalidad, soledad, hacinamiento y pobreza a las que se enfrentan durante el proceso migratorio, las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades.

Cuadro 2. Patologías más frecuentes en los usuarios del CASSIM (CIE-9)

Presencia de patologías en los usuarios del Cassim (CIE-9)	%
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	6
II. Neoplasias	0
III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	2.5
IV. Enfermedades de glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y de la inmunidad	3
V. Trastornos mentales	11
VI. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	5
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	6
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	5.1
IX. Enfermedades del aparato digestivo	9.3
X. Enfermedades del aparato genitourinario	23.2
XI. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1.2
XII. Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	7.3
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	9.7
XIV. Anomalías congénitas	0
XV. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0
XVI. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1
XVII. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	0.2
XVIII. Otras	9.5

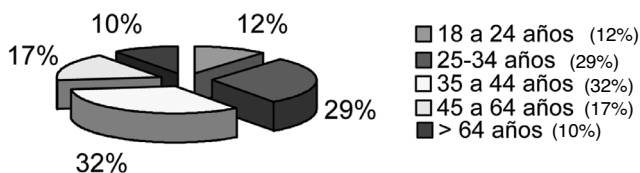


Figura 2. Porcentaje de pacientes atendidos según su edad

SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

La experiencia de nuestra organización en el trabajo cotidiano con población inmigrante nos lleva a entender que los procesos de incorporación de este colectivo como usuarios del sistema sanitario público, son manifiestamente mejorables. En este sentido se describen brevemente algunos aspectos sobre los que podría incidirse para mejorar esta situación:

1) Facilitar el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario público.

Si la legislación señala la salud como derecho fundamental y la intención del sistema sanitario público es su universalización, es preciso dotar a este sistema de herramientas de trabajo útiles y operativas que no dificulten el proceso de incorporación de la persona inmigrante. Para ello sería conveniente abordar los siguientes aspectos:

- Simplificar los trámites burocráticos para la obtención de las Tarjetas Sanitarias, de forma que no queden excluidas las personas que no pueden acceder a la documentación exigida para su tramitación.
- Agilizar el proceso de tramitación para que disminuya el tiempo de espera, que en la actualidad puede ser de dos a tres meses hasta la recepción de la tarjeta definitiva.

Este tiempo de espera dificulta el tratamiento de las patologías del paciente y contribuye en su posible empeoramiento.

- c) Unificar los criterios de incorporación al sistema sanitario público en las diferentes Comunidades Autónomas, evitando situaciones de agravios comparativos en función de criterios de territorialidad.

2) *Realizar registros de población reales y actualizados*

Estos registros permiten conocer la distribución espacial de la población inmigrante, la densidad demográfica de esta población en las distintas demarcaciones sanitarias, los diferentes colectivos asentados en cada zona, de forma que se les dote equitativamente de recursos materiales y humanos necesarios a la sanidad pública, adecuados a las demandas de los diferentes colectivos.

3) *Favorecer la investigación en materia de salud de los inmigrantes*

Resulta fundamental que se realicen más estudios de investigación para conocer la situación real respecto a la salud de los inmigrantes, sus necesidades y prioridades sanitarias para poder planificar y acometer acciones encaminadas a lograr una atención adecuada.

4) *Actualización de conocimientos y formación específica a los profesionales sanitarios*

Además, es fundamental desarrollar programas de formación que incrementen la capacitación de los profesionales sanitarios que día a día llevan a cabo su labor sin contar, en muchas ocasiones, con conocimientos y recursos que les permitan abordar esta nueva realidad desde el punto de vista sanitario. No únicamente en materia de salud, sino en otros aspectos interrelacionados y que afectan, inevitablemente, a ésta: aspectos psicosociales, conocimiento de diferentes contextos culturales, situación jurídica actual, recursos sociales existentes, etc.

5) *Fomentar la mediación intercultural en el ámbito sanitario*

Los diferentes contextos geográficos en origen, las diferencias de género, idioma, cultura, religión, etc., determinan distintas necesidades y aproximaciones, de forma que el tratamiento de este colectivo no puede ser homogéneo. La mediación intercultural es una de las herramientas que facilita este acercamiento, de forma recíproca, desde el inmigrante al profesional sanitario, y viceversa. Es un recurso que pretende facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración social. El mediador intercultural realiza funciones de primera acogida, acompañamiento y sensibilización de las partes. Realiza traducciones del idioma, e interpreta los diferentes códigos socioculturales. Todo ello supone un gran apoyo para ambas partes, facilitando el entendimiento y una intervención de mayor calidad.

6) *Fomentar el conocimiento de nuestro idioma*

Es necesario estimular el aprendizaje del lenguaje de la sociedad de acogida, incluso entre los hispano-parlantes, para el conocimiento de los síntomas de las enfermedades

por las que acuden a la consulta, la correcta comprensión del tratamiento que se debe seguir, etc. Paralelo a esto, sería de gran utilidad la creación y distribución de materiales documentales multilingües: folletos informativos, guías, etc., para aquella población con escaso tiempo de permanencia en España y mínimo conocimiento del idioma, que garantice una correcta comprensión de aspectos importantes relacionados con la salud.

7) *Plantear la intervención desde un enfoque interdisciplinar*

Son muchos los factores sociales que influyen en la situación del individuo y que, indefectiblemente, afectan a la salud (vivienda precaria, alimentación deficiente, estrés, etc.), como hemos mencionado con anterioridad. Se hace necesario trabajar con una óptica interdisciplinar, flexible y dinámica, donde tengan cabida todos los agentes sociales que intervienen, logrando una buena comunicación entre el conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios.

8) *Reforzar las actividades preventivas y de promoción de la salud*

Es muy importante lograr una conciencia individual y de grupo en aspectos tales como la promoción y educación para la salud y la medicina preventiva, fomentando actividades de estas características que capten la atención e implicación del colectivo de inmigrantes, en materias como la salud sexual y reproductiva, información sobre enfermedades de transmisión sexual, vacunaciones, etc.

* * * * *

En el perfil de los usuarios de estos programas se reconoce que se trata mayoritariamente de población joven y que el porcentaje de mujeres (63%) es mayor que el de hombres. América Latina, Europa del Este y África Subsahariana son las tres áreas de procedencia predominantes. Entre las atenciones sanitarias especializadas, las afecciones genitourinarias y los problemas de salud mental son las que han presentado mayores incidencias durante los 9 primeros meses de 2003. Algunas de las claves para conocer las circunstancias que afectan directamente a su estado de salud tienen relación directa con la misma situación administrativa irregular, con las condiciones precarias de subsistencia, o la importación de enfermedades de alta prevalencia en el lugar de origen. Además influyen también aspectos culturales y de género. Entre las propuestas que Médicos del Mundo lanza para mejorar la situación sanitaria de las personas inmigrantes y para eliminar las barreras que con frecuencia impiden el normal acceso de las mismas a las redes de atención pública, se recogen las siguientes: realización de registros de población más precisos, favorecer la investigación en materia de salud sobre las personas inmigrantes, fomentar acciones de educación sanitaria dirigidas tanto a ese colectivo como al personal sanitario, fomentar la mediación intercultural en el ámbito sanitario, promover el conocimiento del idioma o idiomas, plantear estrategias de actuación desde enfoques más interdisciplinares y reforzar las actividades preventivas y de promoción de la salud.

La puesta en marcha de medidas que contemplen estas propuestas desde el sistema sanitario público redundará en un beneficio, tanto para la salud de las personas migradas como para la sociedad receptora en general. Es necesaria una reflexión y planificación

para acometer esta nueva realidad, tanto desde el punto de vista sanitario, como desde un contexto general, que se traduzca en políticas globales de apoyo a la integración social, disminuyendo los riesgos de exclusión de este colectivo.

Médicos del Mundo, como organización que lucha contra la exclusión social en esta Sociedad de Bienestar, aboga por medidas de estas características, que acercan a los cauces de asistencia normalizados y fomentan la comprensión y el mutuo entendimiento. A ello sigue dedicando sus esfuerzos para contribuir a una sociedad más justa y equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

- CEIM. Seminario *Salud pública e inmigración*. Valencia, octubre 2003
- Editorial (2001): El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Atención Primaria*. Vol. 28, 2 (30 de junio) 21 pp.
- JANSÀ, J.M. y VILLALBÍ, J.R. (1995): La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Atención Primaria*. Vol. 15, 5 (31 de marzo) 321-327
- Médicos del Mundo Comunidad Valenciana (2003): *Informe de Exclusión 2003*
- Médicos del Mundo Comunidad Valenciana (2002): *Memoria anual 2002*
- Médicos del Mundo España (2002): *Memoria anual 2002*
- MONTOYA, P.P.; TORRES, A.M. y TORRIJA, M.E. (2001): La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Atención Primaria*. Vol. 27, 4 (15 de marzo) 269 pp.
- Página web "Diario Médico. Com". 17/01/2002: *Un problema sanitario sin resolver: la atención de los inmigrantes y sus hijos*. 06/05/2003: *Tribuna. Inmigración y salud*. 17/01/2003: *Se debe integrar a los inmigrantes en el sistema sanitario público*
- Página web "Málaga Acoge". *Mediación Intercultural*.
- ROCA *et al.* (2002): Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.231 pacientes. *Med Clin* (Barcelona), 119 (16), 616-19