Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos

Pardo Moreno G[1], Engel Gómez JL[2], Agudo Polo S[3]

[1]Centro de Salud Ángela Uriarte
[2]Centro de Salud Tres Cantos
[3]Centro de Salud Potes
Madrid

La utilización de servicios sanitarios es un hecho multifactorial en el que confluyen distintas variables[1-2]. Los procesos asistenciales están condicionados por factores raciales y religiosos, por la clase social, la edad, el sexo y por la posibilidad de acceder a los recursos[3]. Tanto estar enfermo como procurar remedio para la enfermedad están influidos por la cultura. La mala comprensión de estos condicionantes culturales, unida al desconocimiento del sistema sanitario por parte de esta población, entorpece el logro de la salud[4-5]. Aunque las barreras legales y administrativas han disminuido, todavía quedan muchas necesidades por cubrir. Para acceder a nuestro sistema sanitario se hace necesario obtener la tarjeta sanitaria, pero muchos de los inmigrantes no conocen cómo y dónde se realiza este procedimiento.

En el marco actual se pueden considerar tres sistemas médicos[6]:

- El Sistema Nacional de Salud, en el que prima la objetivación del proceso. Esto exige al inmigrante una reelaboración de sus códigos de valores y una adaptación al nuevo medio; el inmigrante ha de explicar y entender su enfermedad en claves científico-médicas, propias de nuestra cultura[5,7].
- Medicina alternativa, en la que pueden entrar todas las prácticas cuyo objetivo también es curar, pero que se apartan de lo conocido como medicina científica (curanderos, sanadores, distintos tipos de medicina tradicional mágica…).
- Cuidados legos: en todos los sistemas asistenciales y terapéuticos se necesitan habilidades de autocuidado y autoatención.

Dentro de este marco se ha querido conocer qué barreras de acceso a los servicios sanitarios existen entre la población inmigrante que procede de África Subsahariana, en sus primeros años de llegada, una población con muchas dificultades como son el idioma, la diferencia cultural y otros factores de riesgo social que aparecen en este grupo. Por ello el objetivo de este estudio es conocer dónde acuden cuando presentan un problema médico, si tienen tarjeta sanitaria, si no la tienen por qué, y las principales barreras que encuentran al acceder a los servicios médicos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, realizado en dos Programas de Atención a inmigrantes, uno de ellos llevado a cabo por la Asociación "KARIBU" y el otro por la ONG "Médicos de Mundo". Se trata de dos Centros donde se realizan actividades asistenciales, de prevención y asesoramiento social y legal. Estos dos centros recogen un gran porcentaje de población subsahariana de la Comunidad de Madrid, sobre todo en los primeros años tras su llegada a España.

Población de estudio: inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años que residían en la Comunidad de Madrid. Se seleccionó a todos los inmigrantes que procedían de África Subsahariana que acudieron a los lugares de reclutamiento durante el periodo comprendido entre agosto 2003 y febrero del 2004 y que quisieron participar.

Los participantes fueron informados sobre las bases, objetivos y procedimientos del estudio. La recogida de

la información se realizó mediante entrevista personal, con un cuestionario estructurado en que se recogieron las distintas variables. La participación fue completamente voluntaria.

Se recogió información sobre variables relacionadas con características demográficas (edad, sexo, tiempo de residencia en España, situación laboral, situación administrativa, nivel de español) y variables relacionadas con la utilización de servicios sanitarios (si estuviera enfermo ¿dónde acudiría?, ¿a qué centros ha acudido en los últimos cuatro meses?, ¿utiliza medicina tradicional?, ¿tiene tarjeta sanitaria?, si no la tiene ¿por qué?, utilización del servicio público de salud por inmigrantes con tarjeta, ¿qué barreras de acceso ha encontrado?).

El estudio estadístico se hizo mediante el análisis bivariante con el test de chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se trata de una población de 606 inmigrantes subsaharianos, con una edad media de 27 años (DE 6,61). En la ***tabla 1*** se exponen las principales características sociodemográficas.

Si se encontrasen enfermos un 70,3% (IC 95%: 66,48-73,91) acudiría a centros médicos (hospital, centro de salud, urgencias), 17,16% (IC 95%: 14,24-20,40) acudiría a ONG, 8,25% (IC 95%: 6,19-10,73) preguntaría a amigos y un 3,8% (IC 95%: 2,42-5,64) acudiría a farmacias. Sólo un 0,5% (IC 95%: 0,01-0,14) utilizaría tratamientos caseros.

Un 52,15% (n=316) (IC 95%: 47,92-56,02) ha acudido a algún centro médico en los últimos 4 meses. El mayor porcentaje ha acudido a consultas médicas de ONG (47,96%, IC 95%: 42,47-53,76), seguido del que va a las consultas de centro de salud (29,15%, IC 95%: 24,16-34,46) y las urgencias de hospital (15,36%, IC 95%: 11,7-19,98). Se han encontrado diferencias significativas ($p<0,0001$) entre las siguientes variables:

• Tiempo de residencia. Cuanto mayor tiempo en España se utilizan más los servicios sanitarios de la Seguridad Social (urgencias y consultas de centro de salud) en vez de las ONG. Un 73% de los inmigrantes que llevan más de dos años en España acude a los servicios de la Seguridad Social, frente al 37% de los que llevan en España menos de dos años.

• Nivel de español: los inmigrantes con mejor nivel de español acuden más a servicios sanitarios de la seguridad social (64%), frente a un 34% de los que tiene un nivel de español bajo.

• Situación regularizada: un 86% de los que tienen una situación administrativa regularizada acuden a servicios sanitarios de Seguridad Social, frente al 44% de los que tiene una situación administrativa irregular.

A los que no habían acudido a ningún centro médico, se les preguntó el porqué. Los resultados se muestran en la ***tabla 2***.

Tabla 1. **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA**

Tiempo de residencia	n	% (IC95%)
Mayor de 2 años	438	72,2 (68,53-75,81)
Menor de 2 años	168	27,8 (24,19-31,47)
Sexo		
Hombres	336	55,45 (51,39-5945)
Mujeres	270	44,5 (40,55-48,61)
Situación administrativa		
Regularizada	69	11,4 (8,97-14,19)
Sin regularizar	537	88,6 (8,81-91,03)
Situación laboral		
Sin contrato	538	88,6 (8,81-91,03)
Con contrato	68	11,4 (8,97-14,19)
Nivel de español		
Bajo	331	54,6 (50,56-58,64)
Alto	275	45,4 (41,36-49,44)

Tabla 2. **POR QUÉ LOS INMIGRANTES NO HAN ACUDIDO A NINGÚN CENTRO MÉDICO**

	n	% (IC 95%)
No se ha sentido enfermo	163	56,21 (50,29-62,00)
Problema poco grave	22	7,59 (4,82-11,26)
No tiene papeles	58	20,00 (15,55-25,07)
Utilizó tratamiento casero	2	0,69 (0,08-2,47)
Utilizó medicina tradicional	4	1,38 (0,38-3,49)
Pidió consejo a amigos / familiares	4	1,38 (0,38-3,49)
Acudió a farmacia	37	12,76 (9,14-17,15)
TOTAL	290	100

Tabla 3. RELACIÓN ENTRE INMIGRANTES CON TARJETA SANITARIA Y VARIABLES "TIEMPO DE RESIDENCIA", "NIVEL DE ESPAÑOL", "SITUACIÓN LABORAL", "SITUACIÓN REGULARIZADA" (p<0,0001)

VARIABLES		TARJETA SANITARIA					
		n		%		TOTAL	
		No	Sí	No	Sí	n	%
TIEMPO DE RESIDENCIA	<2 años	378	60	86,30	13,70	438	100
	>2 años	55	113	32,74	67,26	168	100
NIVEL DE ESPAÑOL	Bueno	140	135	50,91	49,09	275	100
	Malo	293	38	88,52	11,48	331	100
SITUACIÓN LABORAL	Sin contrato	419	119	77,88	22,12	538	100
	Con contrato	13	55	19,40	80,60	67	100
SITUACIÓN REGULARIZADA	Sí	11	58	15,94	84,06	69	100
	No	422	115	78,58	21,42	537	100

Observamos que un 59,24% (IC 95%: 55,21-63,18) no utiliza medicina tradicional, un 36,80% (IC 95%: 32,95-40,78) la utilizaba anteriormente en sus países, pero en el momento actual no la utiliza, y un 3,96% (IC 95%: 2,55-5,84) utiliza medicina tradicional. De las personas que utilizan medicina tradicional un 92% son mujeres.

Del total de nuestra muestra un 71,45% (IC 95%: 67,68-75,02) no tiene tarjeta sanitaria. Tener tarjeta sanitaria se relaciona (p<0,0001) con el tiempo de estancia en España, nivel de español, situación laboral y situación regularizada *(Tabla 3)*. Entre quienes alegaron no tener tarjeta sanitaria la principal razón era por falta de información *(Tabla 4)*.

Tabla 4. RAZONES SOBRE POR QUÉ NO TIENEN TARJETA SANITARIA

	n	% (IC 95%)
No necesidad	29	6,70 (4,53-9,48)
Falta de información	358	82,68 (78,78-86,13)
Dificultad para empadronamiento	46	10,62 (7,88-13,92)
TOTAL	433	100

A quienes tenían tarjeta sanitaria y no acudieron a ningún centro de salud se les preguntó el porqué. La falta de información es la que provoca que en el 46,94% (IC 95%: 32,53-61,73) no acudan a centros sanitarios a pesar de tener tarjeta sanitaria, y el 20,41% (IC 95%: 10,24-34,34) no acude porque prefieren ir a la ONG. Un 32,65% (IC 95%: 19,95-47,54) no se han sentido enfermos.

Las principales barreras de acceso al sistema sanitario se muestran en la *tabla 5*. Entre los que refieren haber tenido barreras administrativas, un 15% se encuentran en una situación regularizada, frente al 50% de los que se encuentran en una situación administrativa irregular (p<0,0001).

DISCUSIÓN

Distintos estudios concluyen que la autoatención es la pauta más frecuente como primera alternativa y que el número de intervenciones domésticas suponen altos porcentajes[8]. En este estudio los cuidados legos quedan en último lugar, lo que puede estar relacionado con la poca red social que todavía hay entre esta población, la falta de asociacionismo y la falta de productos y/o personas para realizar esos cuidados. Los viajes que realizan son largos, pueden traer pocas cosas y no se plantean traer productos de su tierra. Esta falta de red social también se puede observar en la población que acudiría a personal no médico en caso de sentirse enferma, porcentaje bajo respecto a otros estudios hechos en población de

Tabla 5. BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO		
	n (n=124)	% (IC 95%)
Barreras administrativas (problemas con la cita previa, interconsultas…)	44	35,48 (27,10-44,58)
Problemas de idioma	25	20,16 (13,49-28,31)
Problemas con el horario laboral	64	51,61 (42,47-60,68)
Barreras culturales	16	12,90 (7,56-20,11)
Actitud del personal	10	8,06 (3,94-14,33)
Sensación de incomprensión	23	18,55 (12,14-26,52)
Tiempo de espera	29	23,39 (16,26-31,83)
Problemas económicos	25	20,16 (13,49-28,31)

inmigrantes de grupo más asentados y con mayor red social, donde se encuentran porcentajes más altos[9].

El mayor porcentaje de inmigrantes acudiría a un centro médico si se sintiera enfermo, dato que contradice lo que responden al preguntarles dónde han acudido en los últimos 4 meses. Probablemente acuden a ONG porque es lo que conocen, por la facilidad de acceso a estos servicios y por el temor de muchos de ellos a los servicios públicos[10]; de todas formas, el tiempo de residencia es un factor favorecedor para el mayor uso de centros médicos del Sistema Sanitario. La utilización de los servicios de urgencias es mayor que la referida en otros estudios[9].

Según Cots (2002)[11], una de las vías más utilizadas para entrar en el dispositivo sanitario público por parte de la población inmigrante es a través de "urgencias". Esto puede ser provocado por la situación de precariedad laboral, que puede obligar a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas de horario, por la situación administrativa de irregularidad y por la falta de conocimiento de la prestación de otros servicios sanitarios desde atención primaria; se trata de lugares que no conocen en su experiencia previa de utilización de servicios en sus países, en los que la vía más frecuente para acceder a algún servicio sanitario es acudir al hospital.

Entre los que no acudieron a ningún centro sanitario, llama la atención los que respondieron que no tenían papeles, dato observado también en otros estudios[12], lo que indica la falta de información sobre el acceso al sistema sanitario, ya que éste no es requisito para tener la tarjeta sanitaria o acceder a los servicios sanitarios. Seguramente este factor también influya sobre los que no tienen una situación regularizada y han acudido más a ONG; muchos de ellos piensan que no tienen derecho a la asistencia dentro de nuestro Sistema Sanitario.

La mayor parte de ellos no usa medicina tradicional, probablemente por la falta de red social y familiar que apoye este tipo medicina. Otro dato encontrado es que las mujeres son quienes más la utilizan, lo que nos da una idea del papel de cuidadora de la mujer dentro de estos colectivos.

Muchos inmigrantes no tienen tarjeta sanitaria. La principal razón es la falta de información sobre el acceso a nuestro Sistema Sanitario (lo desconocen, no saben cómo acceder a la tarjeta sanitaria). Pero esta falta de información también se ha observado entre las personas con tarjeta sanitaria que no habían acudido a ningún centro de salud. Llama la atención que una proporción considerable de ellos desconoce dónde ir en caso de enfermedad.

Las principales barreras de acceso a nuestro sistema sanitario, inicialmente, son la falta de información y el desconocimiento de los servicios, seguido por el desconocimiento del idioma. Pero ¿qué pasa una vez que llegan a nuestros servicios? Entre las personas que han acudido a algún centro de la Seguridad Social, la principal barrera que se alega son los problemas con el horario laboral,

también visto en otros estudios[12]; le siguen las barreras administrativas (sistema de citas, requisitos administrativos, mucha burocracia, pocos materiales adaptados...). Otras barreras o problemas que encuentran en la atención en los centros de salud son el tiempo de espera y el manejo del idioma. En distintos estudios se ha observado la necesidad de la comunicación interlingüística tras la llegada constante de inmigrantes con otros idiomas. La Administración Local y las Comunidades Autónomas tienen pocos recursos específicos para este asunto, lo que hace que el modo más común de hacerse entender por parte de la población extranjera sea gracias a la ayuda de amigos, parientes, con frecuencia hijos. Respecto al efecto de la comunicación entre los intérpretes y los profesionales de salud existe en la literatura mucha discusión[13-16].

Podemos concluir que las principales barreras de acceso a nuestro sistema sanitario, inicialmente, son la falta de información y el desconocimiento de los servicios. Una vez que ya han accedido a él, las principales barreras son el horario laboral, los problemas administrativos, el tiempo de espera y el idioma. Todo ello nos indica la necesidad de una mayor información acerca del funcionamiento de nuestro Sistema Sanitario, sobre todo en las primeras etapas tras su llegada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Barbero B, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Albear L. Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid. Metas de Enfermería 2004;7(1):26-32.
2. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 2000;26: 314-318.
3. Comelles JM. Sociedad, salud, enfermedad. Jano 1985;655:71-83.
4. Calvo Buezas T. Inmigración, cultura y salud. Ofrim/suplementos diciembre 1997:96-110.
5. Checa F. La culturización del dolor. Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos. En: Checa F. Africanos en la orilla. Barcelona: Icaria 1998:81-121.
6. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos R. La Antropología médica en México. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana 1992:101.
7. Uribe Oyarbide JM. Atención primaria y centro de salud: la construcción social de la salud. Jano 1994;156:69-74.
8. De Las Heras Mosteiro J. El proceso asistencial y la utilización de los Servicios sanitarios por la población inmigrante irregular. El Discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 2002.
9. Sanz B, Schumacher R, Torres AM. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud? Ofrim/suplementos 1998;14-24.
10. Jansá JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la Salud Pública. Revista Española Salud Pública 1998;72:165-168.
11. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Val O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gaceta Sanitaria 2002;16(5):376-384.
12. Ugalde A. Salud e inmigración económica del tercer mundo en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1995:57-78.
13. Valero Garcés C. Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de Salud. Ofrim/suplementos 2001:118-131.
14. Phalen M, Parkman S. How to work with an interpreter. British Medical Journal 1995;(311) 7004:555-7.
15. Kravizt RL, Helms LJ, Azan R, Antonius D, Meinikow J. Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish and Russian. Med Care 2000;38 (7):728-38.
16. Triad Research Inc. Final valuation Report "Evaluation of the Language and Culture Facilita-tion Pilot Project", 2002.