

# NECESIDADES EN SALUD DE LOS INMIGRANTES DE EUROPA DEL ESTE<sup>1</sup>

HACIA UN MODELO COMUNITARIO DE EDUCACIÓN EN SALUD

MIREIA FERRI SANZ

*INSTITUTO UNIVERSITARIO POLIBIENESTAR, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*

ARANTXA GRAU I MUÑOZ

*DPTO. SOCIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA SOCIAL, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*

ANTONIO SANTOS ORTEGA

*INSTITUTO UNIVERSITARIO POLIBIENESTAR, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA*

Recepció: 2 juliol 2016; acceptació: 25 setembre 2016

## RESUMEN

EL ARTÍCULO PRESENTA RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO MEET (*MEETING THE HEALTH LITERACY NEEDS OF IMMIGRANT POPULATION*) REALIZADO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE LA COMISIÓN EUROPEA «LIFE LONG LEARNING /GRUNDTVIG PROGRAMME» (REF: 540139-LLP-1-2013-1-IT-GRUNDTVIG-GMP) POR UN EQUIPO DE ESPECIALISTAS DE CINCO PAÍSES EUROPEOS (ITALIA, AUSTRIA, CHIPRE REINO UNIDO Y ESPAÑA). EL OBJETIVO DEL PROYECTO ES APLICAR UN MODELO INNOVADOR COMUNITARIO DE EDUCACIÓN EN SALUD (COMMUNITY-BASED HEALTH EDUCATION-CHE) QUE ABARCA A PROFESIONALES DE LA SANIDAD Y A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD INMIGRANTE DE CARA A QUE ESTOS ADQUIERAN COMPETENCIAS SOBRE SALUD Y SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA.

LA PRIMERA FASE DEL PROYECTO MEET HA INCLUIDO LA REALIZACIÓN DE UN ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES EN SALUD DE LOS INMIGRANTES Y LA SELECCIÓN DEL COLECTIVO CONCRETO AL QUE SE DIRIGIRÍA LA ACTUACIÓN DEL PROGRAMA MEET. EL GRUPO SELECCIONADO HA SIDO EL DE INMIGRANTES DE EUROPA DEL ESTE. PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE NECESIDADES, SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE ESTE COLECTIVO EN EL ÁREA DE SALUD Y SE HA APLICADO UNA METODOLOGÍA CUALITATIVA BASADA EN *FOCUS GROUP* Y EN ENTREVISTAS CON INFORMANTES CUALIFICADOS EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y EN LA SANIDAD. EL TRABAJO DE CAMPO SE HA

<sup>1</sup> Este artículo es fruto del proyecto de investigación MEET (*Meeting the health literacy needs of immigrant population*) financiado por el Life Long Learning Programme de la Comisión Europea (ref.: 540139-LLP-1-2013-1-IT-GRUNDTVIG-GMP). Su objetivo es adaptar y aplicar en cuatro países europeos un modelo innovador comunitario de educación en salud (Community-based Health Education-CHE). Jordi Garcés ejerció como investigador principal del proyecto y la asociación AIBE Balcan nos ayudó a lo largo de todo el proceso. Este texto se basa en una comunicación presentada al VIII Congreso Sobre Migraciones Internacionales. Granada, 16-18 septiembre de 2015.

REALIZADO EN LA CIUDAD DE XÀTIVA, DONDE SE DESARROLLARÁ EL CONJUNTO DEL PROYECTO Y DONDE EXISTE GRAN PRESENCIA DE INMIGRANTES BÚLGAROS Y RUMANOS.

SOBRE LA BASE DE ESTE ESTUDIO, SE EXPONDRÁN EN ESTE ARTÍCULO LAS NECESIDADES EN SALUD DE ESTOS INMIGRANTES. SE DESTACARÁN SUS DIFICULTADES EN LOS TERRENOS DE PROMOCIÓN DE SALUD Y EN LA PRESENCIA ALTA DE TABAQUISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL. EN ESTE ÚLTIMO TERRENO, SE DESARROLLA EN LA ACTUALIDAD LA IIª FASE DEL PROGRAMA MEET DEDICADA A LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD, QUE IMPLICA A PROFESIONALES SANITARIOS Y A INMIGRANTES DEL COLECTIVO MENCIONADO.

### PALABRAS CLAVE:

INMIGRACIÓN, SALUD, PROMOCIÓN DE LA SALUD, DESIGUALDADES EN SALUD.

### INTRODUCCIÓN

Entre las imágenes más dramáticas que la larga crisis ha generado en estos últimos años en España, una de las más difundidas ha sido la de la pérdida de derechos de los inmigrantes en el terreno de la salud. Su situación, de por sí difícil, se agravó con la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, que recortó el Sistema Nacional de Salud, desvirtuó su carácter universal y afectó gravemente al sector de inmigrantes en peores condiciones, a los que ha expuesto a una «incertidumbre extrema» en cuanto a su situación sanitaria (Moreno y Figueredo, 2013: 45). Aunque los resultados electorales posteriores y el cambio de gobierno en diferentes regiones ha revertido posteriormente este recorte de derechos, la situación de partida no se ha recompuesto completamente y, sobre todo, se ha extendido un estado de confusión y diversidad de normas entre las Comunidades Autónomas. El golpe sufrido ha dejado tocado el derecho a la salud de los inmigrantes.

En este contexto, destacados especialistas en desigualdades en salud han puesto de relieve cómo los recortes a diferentes colectivos y en diferentes ámbitos, están impactando sobre los determinantes sociales de la salud (Borrell, Rodríguez-Sanz, Bartoll, Malmusi y Novoa, 2014). En estos años de crisis, ha crecido irrefrenablemente el paro; ha disminuido el gasto social y ello ha empeorado el índice de Gini y otros indicadores sobre des-

igualdad. La encuesta de población activa (EPA) muestra, en el primer trimestre de 2015, una tasa de desempleo de los inmigrantes del 34,5%. Diez puntos por encima de la población autóctona. Resultados similares encontramos cuando consultamos otros indicadores, como el riesgo de pobreza y exclusión, los problemas de vivienda o la reducción de ingresos. Estos últimos afectan, sobre todo, a los deciles de ingresos más bajos, marcados por una fuerte presencia de trabajadores inmigrantes (Foessa, 2014).

A las ya conocidas malas condiciones de vida de los inmigrantes, se les añaden, tras la crisis, nuevos impactos y riesgos en su salud. Algunos de ellos han sido ya detectados y medidos: se ha relacionado la actual disminución de los ingresos económicos con el deterioro de la dieta (Dávila-Quintana y González, 2009; Winter et al., 2012) o con una mayor adopción de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol (Winter et al., 2012). Además, las diferencias regionales en la limitación del acceso a los servicios sanitarios dificulta el control de patologías crónicas, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de enfermedades entre los inmigrantes, así como las actividades preventivas y de promoción de salud. Todo ello facilitará la transmisión de enfermedades infecciosas y multiplicará el uso del servicio de urgencias al limitarse el acceso a la atención primaria (Vázquez, Vargas y Aller, 2014; Vázquez et al., 2013). En el terreno de la salud mental, se ha detectado un empeoramiento de la situación para la población

en general (Gili et ál., 2013), que también se refleja entre el colectivo de inmigrantes (Agudelo-Suárez et al. 2013). Por su parte, Rubiales-Gutiérrez et al. (2010) han determinado, basándose en la encuesta nacional de condiciones de trabajo (ENCT) una mayor prevalencia de accidentes laborales entre los trabajadores extranjeros –12.7% frente a 10,3% de los españoles—. Todo indica que esta prevalencia se acrecentará con el aumento de la precariedad en el mercado de trabajo que se verifica actualmente y que augura un empeoramiento de las condiciones de vida de los inmigrantes.

Como conclusión a estos resultados de investigación, son muchos los autores que subrayan las negativas expectativas en el campo de la salud entre los inmigrantes y que preconizan cambios necesarios tanto en el terreno de las decisiones políticas, como en la investigación y el trabajo de los profesionales del sector sanitario (Vázquez, Vargas y Aller, 2014). Para abordar esta incertidumbre y la grave carencia de datos sobre la cuestión, se han emprendido ya iniciativas, desarrolladas por expertos en salud pública, para medir el impacto de la crisis en desigualdades en salud (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Berjón, Cabeza y Borrell, 2014). Los impactos de la crisis plantean una nueva coyuntura que exige la formulación de propuestas creativas, capaces de reducir desigualdades, tanto en lo referente al acceso a los servicios de salud, como en lo relativo a la relación profesional-paciente. Por tanto, el sistema nacional de salud español precisa de una agenda de reformas para garantizar los servicios básicos de un modelo que goza de un gran apoyo ciudadano. Es necesario idear herramientas que puedan ser eficaces en esta fase de contracción que vivimos y que puedan afrontar las crecientes y complejas necesidades en salud de los colectivos inmigrantes.

En este contexto, se enclava el proyecto de investigación MEET (Meeting the health literacy needs of immigrant population), realizado en el marco del programa de la Comisión Europea «Life Long Learning Programme (ref.: 540139-LLP-1-2013-1-IT-GRUNDTVIG-GMP) por un equipo compuesto por especialistas de cinco países europeos (Italia, Reino Unido, Austria, Chipre y España). Su obje-

tivo es adaptar y aplicar un innovador modelo de educación en salud comunitaria (Community-based Health Education-CHE) (Lai Fung Chiu, 2003), que implica a profesionales de la sanidad y a miembros de la comunidad inmigrante con la finalidad de adquirir competencias relacionadas con la alfabetización en salud. El modelo CHE fue premiado por el Ministerio de Salud Británico en el año 2000 y adoptado por numerosos distritos sanitarios del Reino Unido. En este modelo, se define una nueva figura que va más allá del mediador o traductor ya que los inmigrantes son formados para afrontar temas específicos de salud que afectan a todo el colectivo del que forman parte.

La efectividad de atraer a inmigrantes a programas de prevención en salud ha sido estudiada en estos últimos años y la idea de formar a los propios inmigrantes para extender hábitos saludables en sus comunidades resulta muy eficaz (Paredes, et al., 2013). Igualmente, realizar esto en un contexto institucional, creando estructuras de intervención y formación adecuadas, lleva a que se constatan mejoras al involucrar a trabajadores sociales comunitarios que actúen como traductores, mediadores culturales y facilitadores, como es el caso del estudio realizado en Barcelona en una campaña para controlar la tuberculosis (Edison et al., 2012). Asimismo, la competencia cultural de los profesionales sanitarios ha sido ampliamente discutida como herramienta para mejorar el sistema y reducir desigualdades en la atención primaria (García y Prieto, 2010).

Con el propósito de aplicar este modelo CHE de educación en salud, se emprendió una primera fase del proyecto que ha incluido: la realización de un análisis de las necesidades en salud del colectivo de inmigrantes seleccionado, al cual se dirigirá la actuación, y la determinación de los temas de salud objeto de intervención en función de las principales necesidades detectadas entre ellos en el área territorial elegida para el desarrollo del proyecto: la ciudad de Xàtiva (Valencia).

Podemos adelantar que el grupo seleccionado ha sido el de inmigrantes de Europa del Este por su alta presencia en Xàtiva. El tema escogido ha sido el de la difusión de hábitos de vida saludables.<sup>2</sup> Esta

comunicación presenta el análisis de necesidades realizado en la primera fase del proyecto para determinar los temas de salud a los que se enfocará el proceso de formación en salud a los inmigrantes seleccionados. Sobre la segunda fase que implica el modelo CHE, destinada a la formación de inmigrantes, se presentarán resultados en próximos artículos.

En los siguientes apartados, presentaremos la metodología del proyecto de investigación MEET y del modelo CHE (1); ofreceremos resultados del trabajo de campo realizado (2) y concluiremos con una discusión sobre los principales resultados de esta primera fase del proyecto MEET y de la aplicación del modelo CHE (3).

## 1. METODOLOGÍA

El modelo de intervención comunitaria CHE se desarrolla en etapas progresivas de complejidad basadas en la estructura característica de los procesos de investigación-acción en salud (Lai Fung Chiu, 2003). El modelo requiere la intervención participada de la ciudadanía, en nuestro caso se trata del colectivo de inmigrantes de Europa del Este residente en Xàtiva y del personal sanitario que trabaja en centros de la ciudad. Este grupo se ha convertido, en el proceso de investigación, en sujeto que define y prioriza las principales necesidades en materia de salud (Mazarrasa et al, 2006). La primera etapa en el desarrollo del modelo consistió en la elaboración de un diagnóstico de necesidades en salud con la participación de la población-diana. A continuación, damos cuenta de este proceso y de la metodología seguida para obtener la colaboración de los actores implicados.

El protocolo del proyecto MEET estipulaba que, para desarrollar esta primera fase del proyecto, se realizarían dos grupos focales. El primero compuesto por profesionales de la salud y el segundo por el colectivo de inmigrantes. La metodología cualitativa es una estrategia muy adecuada para llevar a cabo procesos de detección de necesidades en salud, pues capta problemas emergentes, de detección más

difícil, y aporta comprensión sobre la concepción cultural a propósito de la vivencia de la salud de un colectivo (Conde y Pérez, 1995). A través de la técnica del grupo focal, se han recogido opiniones de primera mano y visiones críticas de los participantes en el proyecto. Ello ha permitido encontrar herramientas y determinar los temas de formación más pertinentes para fases posteriores del proyecto.

En el primer grupo focal (GDI, grupo de inmigrantes), se convocó a población migrada procedente de Europa del Este, objeto de nuestro estudio. Se contactó a los participantes en el grupo a través de AIBE Balcan, la mayor asociación de inmigrantes de la localidad que atiende preferentemente a personas búlgaras. Se realizó la dinámica grupal con la participación de cuatro mujeres búlgaras implicadas y conocedoras del trabajo de la asociación. Las características de las participantes fueron las siguientes: rango de edad entre 22 y 50 años, nivel educativo medio y situación laboral diversa. En la figura 1, se resumen los ítems principales que estructuraban la recogida de información de este primer grupo focal.

En el segundo grupo focal (GDP, grupo de profesionales) participaron 6 profesionales del sistema público sanitario representantes de las siguientes áreas: medicina de familia, enfermería, pediatría, enfermería de urgencias hospitalarias, matronería, salud pública. La captación se llevó a cabo a través de la Regidoria de Sanitat de Xàtiva y a través del Centro de Salud Pública de Xàtiva. El grupo de discusión se completó con una entrevista abierta a la trabajadora social de uno de los centros de salud de la localidad. El trabajo social, integrado en los centros de salud, juega un papel clave en la resolución de conflictos y en la difusión de información entre inmigrantes y personal sanitario. Tanto en la entrevista con la trabajadora social como en los *focus group* se empleó un guión de ítems diseñado por los coordinadores del proyecto MEET. En la figura 2, se apuntan los principales núcleos temáticos que guiaron la recogida de información.

<sup>2</sup> Los datos del Padrón Municipal de 2014 muestran que del total de inmigrantes que residen en la ciudad de Xàtiva (3083 personas), el del 59% proceden de Europa del Este. Las nacionalidades más presentes son la rumana (1099) y la búlgara (653). Nuestro trabajo se ha centrado mucho sobre este último grupo. Su principal asociación –AIBE Balcan– ha facilitado mucho el proceso de investigación.

FIGURA 1 Guión de ítems utilizado en el grupo focal con población migrada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar el estado de salud de los inmigrantes: identificando carencias entre los usuarios inmigrantes y los proveedores de salud, los principales retos y barreras y las potenciales áreas de intervención del modelo CHE.</li> <li>• Caracterizar los servicios de salud hacia los inmigrantes: identificación de organizaciones de ayuda, servicios ofrecidos, extensión geográfica, etc.</li> <li>• Identificar las necesidades de formación de los inmigrantes: evaluación de su conocimiento y competencias en salud y las potenciales áreas y ámbitos de intervención.</li> </ul>

FIGURA 2 Guión de ítems utilizado en el grupo focal con profesionales de la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso por parte de la población migrada a la atención y servicios de programas de promoción y prevención. Factores que limitan el acceso a los servicios sociales y médicos.</li> <li>• Conocimiento sobre comportamientos de riesgo de los grupos vulnerables.</li> <li>• Existencia y participación en formación y cursos de actualización profesional para los trabajadores de la salud, encaminados a ampliar el conocimiento en necesidades específicas de inmigrantes y que favorezcan un servicio de «competencias culturales». Conocimiento de material multilingüe con información útil.</li> <li>• Sugerencias para ampliar la información necesaria para el acceso a los servicios de salud a través de la participación de las comunidades de migrantes.</li> <li>• Sugerencias dirigidas a la implementación de «redes» de asociaciones de profesionales, personal sanitario, organizaciones internacionales, trabajadores sociales, organizaciones de derechos humanos e inmigrantes.</li> </ul>

Los grupos focales se realizaron en la ciudad de Xàtiva, tuvieron una duración aproximada de 80 minutos y fueron moderados por investigadores del proyecto MEET.

Los archivos de audio grabados fueron transcritos literalmente para poder realizar un análisis de discurso (Conde, 2010) con el apoyo del programa Atlas.ti v6.1. Para llevar a cabo el análisis cualitativo, se elaboró un sistema de códigos que recogía los ítems incluidos en el guión de los grupos focales. La codificación fue completándose con códigos in vivo a medida que se identificaban temáticas emergentes en el discurso. Siguiendo los pasos de la teoría fundamentada (*Grounded Theory*), avanzamos progresivamente hacia fases de análisis más profundas. Exponemos, a continuación, algunos de los resultados de este proceso analítico.

## 2. RESULTADOS

Exponemos los resultados más relevantes obtenidos en cada uno de los grupos focales. En

la exposición de la información, se destacarán los contenidos discursivos relativos a la finalidad principal de los grupos: hacer un diagnóstico de necesidades en salud a partir del cual diseñar el módulo de la formación-acción que se desarrollará en la segunda fase del proyecto de investigación.

### 2.1. GRUPO FOCAL CON POBLACIÓN BÚLGARA MIGRADA

#### a) Estado de salud percibido

Cuando se interpela al grupo de inmigrantes sobre sus problemas de salud, sus primeras alusiones son a sus relaciones con los servicios de salud y a los problemas administrativos y de derechos. Muestran una intensa preocupación y dudas acerca de los procedimientos administrativos requeridos actualmente por el sistema de salud. La crisis y el proceso de consolidación de los búlgaros como ciudadanos de la UE despierta dudas y lagunas entre los asistentes que cuentan casos de familiares de

visita en España que no han sido atendidos o solo lo han sido en urgencias.

El segundo tema mencionado en cuanto a las dificultades de cara a los servicios de salud es el idioma. Una de las participantes con un alto conocimiento de español opina:

Yo llevo tres años acompañando a gente al centro médico y la principal causa es el idioma, que no pueden explicarse, que no entienden lo que les va a decir el médico y es más que nada por los resultados de analíticas. [...] tienen miedo de decir algo mal y el médico no... a ver el médico les va a entender». Estos inmigrantes son capaces de expresarse cotidianamente en español, pero en el terreno de la salud se produce un vacío desestabilizante en su comunicación. (GDI)

La discusión sobre el idioma abre diversas propuestas por parte de los inmigrantes que facilitarían su situación, entre estas se barajan las de contratar traductores de las lenguas respectivas, lo que además propiciaría la inserción laboral de los inmigrantes. Se menciona también la mayor necesidad de servicios de traducción en las urgencias, donde la precisión de la información puede ser más necesaria.

En cuanto a las características del estado de salud de los inmigrantes, las principales enfermedades que manifiestan son, en sus propias palabras:

Tabaquismo primero, cáncer segundo, cáncer ya no especificamos porque cáncer de mama ya conozco varios casos, muchos casos de mujeres búlgaras. Después problemas con el sistema... con los huesos. (GDI)

Del grupo surgen algunas voces que completan este último problema asociado a los trabajos que realizan en la construcción y en el transporte por carretera en vehículos pesados. Cuando se profundiza en el problema del tabaquismo, se recogen opiniones que lo ligan a

lo que están viviendo los búlgaros los últimos 30 años. Ha cambiado mucho la vida, la gente vive en crisis muchos años, sin ver salida, sin ver luz en el túnel y el estrés es muy grande y, la gente encuentra alivio en cualquier cosa... (GDI)

Estas causas externas, sociológicas, son mencionadas sin profundizar mucho más sobre ello y el tema deriva hacia razones de índole más psicológicas:

Es un hábito ya y hace mucho tiempo que fumo, y creo que no lo voy a dejar. Pero mi problema personalmente es que no quiero dejarlo, es que es otra cosa no poder y no querer, yo no quiero. Es la verdad que yo no quiero dejarlo. (GDI)

Esta esfera del hábito se presenta como muy difícil de modificar ya que para ello se necesita la colaboración de quien sufre de tabaquismo y esto se contempla como algo muy complicado.

Otro de los aspectos tratados para completar información sobre hábitos saludables es el del consumo de alcohol. El mayor consumo de los inmigrantes de Europa del Este se atribuye por su parte al factor cultural:

El alcohol igual si, pero comparado con las medidas que tienen los españoles, porque en Bulgaria siempre se ha bebido de otra forma, es decir, para ti 100 gramos de alcohol serán un montón de alcohol y, para nosotros eso no es nada... [...] Es un aperitivo. (GDI)

Este carácter de «aperitivo» trivializa los males que el alto consumo de alcohol pueda traer y refuerza esa imagen cultural del alcohol como algo no importante. Sin embargo, incluso tras la expresión de estas opiniones que refuerzan el lado social, comunitario de los hábitos saludables, se volvía a manifestar, contradictoriamente, desde las participantes del grupo que el consumo de alcohol era un problema individual arraigado «en la mentalidad y el modo de vivir de cada uno» (GDI).

Probablemente, estas razones individuales del consumo de alcohol o tabaco están muy determinadas por la hegemonía actual de un punto de vista muy individualizador y psicologizador de los problemas, que siempre hace aparecer estos escenarios individuales como los de mayor importancia para explicar dichos problemas. Sin embargo, sin despreciar esta esfera individual como origen de problemas, consideramos que la esfera social (crisis y modos de vida) y la esfera comunitaria son ámbitos

de intervención preferentes para intervenir en los consumos de tabaco y alcohol.

#### b) Formación y promoción de la salud

Cuando se abordan en el grupo de discusión temas relacionados con la formación en salud, se expresa la opinión de que la edad marca una frontera significativa. Los jóvenes son más abiertos y tienen menos necesidades, los adultos muestran barreras al respecto, como son: actitudes muy poco abiertas y falta de formación: «la gente 30 años para arriba (...) no les podemos inculcar ningún asunto formativo, no solo saludable, ninguno. Porque tienen rechazo instintivo a eso» (GDI). Este adjetivo «instintivo» es una condensación cargada de sentido sobre las dificultades en este terreno de quienes

... ya han vivido de una forma 30 años y ya a esa persona difícilmente la puedes encarrilar en un camino saludable (...) están poco dispuestos los búlgaros al tema ese de formarse y de que le digas que se tienen que prevenir de eso y de lo otro. (GDI)

Al ser preguntado el grupo por la manera óptima de acabar con las resistencias descritas en el párrafo anterior, sus respuestas se inclinan por un abordaje individual de la formación y la prevención. Se entiende que los mayores avances se consiguen con la difusión de la información por la vía individual, personal. No se pronostican resultados muy positivos para procesos de promoción de la salud que lleven aparejadas reuniones en grupo. Sería un derroche de recursos e incluso un método contraproducente, dicen. En este contexto, se plantea al grupo las posibilidades de éxito de un programa de formación-acción en salud basado en la educación entre iguales, realizada por los propios inmigrantes. Las respuestas al respecto resultan muy positivas, considerando que la información proveniente de un compatriota cercano podría ser un medio de intervención eficaz. Las inmigrantes conocen y han participado en otros proyectos de promoción en salud de los que se muestran muy satisfechas y hasta orgullosas:

Proyectos de salud hemos hecho pocos, dos de prevención de drogas y dos con el Ayuntamiento de Já-

tiva preventivos en general. Pero hemos conseguido resultados y yo creo que mejores que en otros campos, con los proyectos de salud (GDI).

#### 2.2. GRUPO FOCAL CON PROFESIONALES DE LA SALUD

Las profesionales de la salud que han participado en el grupo focal dibujan un perfil concreto sobre los inmigrantes de Europa del Este que suelen atender en sus consultas: se trata de mujeres jóvenes de capital cultural elevado, ocupadas en trabajos descualificados que no se corresponden con su formación, de familias reducidas, que, aunque no muestran una sociabilidad intensa con sus grupos de iguales, sí participan de redes de apoyo que utilizan, por ejemplo, para acceder a los servicios sanitarios.

##### a) Accesibilidad a los servicios sanitarios

Las profesionales han destacado distintos factores que podemos identificar como barreras a la accesibilidad de la población rumana/búlgara a los servicios sanitarios.

##### a.1) Idioma y cultura

El desconocimiento del castellano se revela para ellas como una clara dificultad de acceso a la información relativa a la atención sanitaria. Además, lo consideran como un factor que trunca las relaciones que se puedan dar entre el profesional sanitario y la comunidad de inmigrantes. Sin embargo, una de las características que distingue a la población del Este —dicen las profesionales— es su facilidad para aprender el idioma con cierta rapidez, lo que convierte el desconcierto inicial en una situación transitoria. Por otra parte, tal y como ha reconocido la trabajadora social del centro de salud, se trata de una población que hace uso de redes de apoyo, personas de la propia comunidad que sirven de puente lingüístico y cultural entre el personal sanitario y la persona recién llegada.

No obstante, cabe advertir que, según nuestra exploración de los discursos, muchas de las situaciones de incomprensión idiomática apuntadas

por las profesionales podrían entenderse más bien como desajustes culturales. Es decir, no es que las personas rumanas o búlgaras no entiendan a las profesionales, sino que no son capaces de descodificar culturalmente lo que el personal sanitario les sugiere o prescribe.

Las mismas profesionales acusan la burocratización excesiva de los trámites (solicitud de tarjeta sanitaria, solicitud de cita...) como una barrera fundamental de accesibilidad. Los recorridos asistenciales están tremendamente burocratizados atendiendo a una lógica propia difícil de comprender por grupos sociales ajenos —y a veces no tanto— a la institución.

Lo que deriva de esta situación, señalan, es una situación e falta de información y, en muchas ocasiones, la salida de la persona migrada del recorrido de atención:

De hecho, hay mucha gente que no conoce ni siquiera cómo sacar la tarjeta sanitaria, independientemente de si puede o no acceder a ella, con lo cual ni lo intentan. Ni saben lo que es ni dónde tienen que ir. (GDP)

#### b) Participación en los programas de prevención y promoción de la salud

Las profesionales consultadas no establecen diferencias notables entre la población inmigrante y la autóctona por lo que se refiere a las enfermedades prevalentes. Sin embargo, sí identifican diferentes comportamientos en la participación en los programas de prevención y promoción de la salud.

Algunas de las profesionales apuntan no haber tenido contacto con esta población en los programas de diabetes, cáncer de mama, hipertensión... La falta de trato se justifica, a menudo, por la barrera idiomática —no saber el idioma significa no tener acceso a la información que se da— o por problemas de acceso o de falta de información. Otras profesionales, sin embargo, ven en esta falta de participación barreras de otro tipo:

Tienen otras prioridades. Igual nosotros nos interesa que haya prevención y promoción, pero la prioridad es mantenerse: mantenerse aquí, mantener al niño o

la niña que tiene, ya sea aquí o en el país de origen, y mantener a toda la familia que viene detrás. (GDP)

Por último hay profesionales que destacan diferencias culturales en ello, advirtiendo que las rumanas y búlgaras relacionan los servicios sanitarios con la enfermedad y no con la salud. Se acude a ellos cuando se tiene un malestar grave:

Ellos no tienen percepción de promoción ni prevención. Ellos vienen al problema agudo y que se lo solucionen ahora. A ellos no les hables de prevenir ni nada de eso. Es problemas agudos y basta. (GDP)

#### c) Explorando la puesta en marcha del CHE

En este sentido, hay que señalar que las profesionales valoran muy positivamente el acompañamiento entre iguales, destacándolo como una medida que promovería una mejor accesibilidad de la población migrada a los servicios de salud:

Todo lo que son accesos a programas o pruebas, no es muy accesible para ellos. Yo pienso que debería de haber, pues eso, mediadores o yo qué sé, lo que fuera. Algo, alguien que les pudiera pues acompañar, que fuera de su cultura, alguien pues un poco que pudiera facilitar eso... (GDP)

Por otro lado, también se manifestó interés y sensibilidad ante la propuesta de trabajo en red profesionales-población migrada.

### 3. DISCUSIÓN

Los anteriores resultados muestran que existen particularidades relevantes en el grupo de inmigrantes de Europa del Este que es necesario tener en cuenta de cara a la puesta en marcha del proyecto MEET y de la aplicación del modelo CHE, eje de intervención en este proyecto. Estas particularidades se despliegan en temas relacionados con aspectos de salud y aspectos socioculturales entrelazados.

La complejidad de la relación entre salud e inmigración se pone de manifiesto cuando profundizamos en las diferencias entre la salud autopercibida y el estado de salud general de la población



inmigrante. La llegada a países con sistemas de salud avanzados elimina muchos de los efectos adversos que esta población podría sufrir en sus países de origen. Sin embargo, la inmersión en las costumbres del país de destino y las circunstancias de precariedad muy extendidas entre los/las inmigrantes —riesgos laborales, hacinamiento, dificultades de adaptación— pueden incidir negativamente en su salud. Esto hace que algunos autores consideren que el principal factor de riesgo para la salud de la persona inmigrante es el propio proceso de inmigración (Díaz Olalla, 2009).

En este sentido, aunque buena parte de las investigaciones realizadas en España en torno a la salud de los inmigrantes confirman la hipótesis del «inmigrante saludable», esta salud autopercibida va matizándose, conforme se prolongan sus residencias en España, debido a múltiples y muy variadas causas: barreras de acceso al sistema sanitario, condiciones laborales y rasgos generales del proceso de aculturación (Hernández y Jiménez, 2009). Partiendo de esta línea de investigación, Rivera et al. (2013) han calculado que un año adicional de residencia, aumenta la probabilidad de la población inmigrante de padecer enfermedades crónicas (1,12%) y sufrir limitaciones de las actividades diarias (0,70%). Este hecho ha llevado a muchos especialistas a hacer hincapié en la necesidad de aumentar los sistemas de prevención y de promoción de hábitos saludables.

Uno de los rasgos distintivos que han caracterizado a la población-diana de nuestra investigación, es su alto consumo de tabaco y alcohol. Los datos que hemos recogido en los *focus group* confirman nuestras impresiones iniciales de una alta incidencia del tabaquismo en este grupo de inmigrantes y, a su vez, de las consecuencias negativas para la salud que ello conlleva, como lo atestiguan diferentes informes autorizados como los de la European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENST, 2003) los de Eriksen (2015). Este último estima que Bulgaria es el primer país de la Unión Europea en consumo de cigarrillos o que Rumanía es el de mayor exposición al tabaco en los lugares de trabajo y donde es más barato el coste del paquete de cigarrillos. En este sentido, los resultados de nues-

tro análisis de detección de necesidades concuerdan con otros estudios realizados en España sobre el colectivo de inmigrantes de Europa del Este, situándola a la cabeza del consumo de tabaco junto a la población magrebí (Rodríguez et ál., 2008). Por lo que se refiere al consumo de alcohol, estos autores determinan que un 32% de personas encuestadas provenientes de países del Este se declaran bebedores habituales, lo que constituye el porcentaje más alto de todos los colectivos inmigrantes. De igual modo, el colectivo de bebedores ocasionales también presenta cifras elevadas. En esta línea, Fabré (2010) destaca la mayor frecuencia en patologías hepáticas por el alto consumo de bebidas alcohólicas de alta gradación que se da entre mujeres del Este. En la presentación de nuestros resultados, hemos advertido que la población estudiada sitúa dicho consumo de tabaco y alcohol en la esfera individual, sin embargo, consideramos que la esfera social (crisis y modos de vida) y la esfera comunitaria, son ámbitos de intervención preferentes para intervenir en estos consumos de tabaco y alcohol, contexto que nos ofrece el MEET como proyecto de formación-acción.

En otro orden de cosas, pero en relación directa con esta idea, la bibliografía científica identifica, entre la población migrada del Este, una frecuencia elevada en las consultas de urgencias (Rodríguez et ál. 2008; Ben Cheikha, 2011). Esta sobreutilización de los servicios de urgencias se agrava por las faltas de asistencia a las citas programadas o a los programas de prevención y promoción de salud. De acuerdo con La Torre et al. (2010), podemos señalar que los sistemas de salud pública de países del Este de Europa no se focalizan prioritariamente en temas ligados a la prevención ni a la promoción de la salud.

Ahora bien, en relación a este último punto, cabe destacar algunas aportaciones de autores que inciden en las dificultades de acceso y accesibilidad que la población migrada puede encontrar, ante unos programas diseñados y gestionados desde una visión etnocéntrica de la salud y su asistencia (Llosada et al, 2012). Ante esta situación, Vázquez, Baraza y Sayed-Ahmad (2007) recalcan la importancia de recoger las opiniones y sugerencias que personas

usuarias, agentes sociales y profesionales puedan hacer respecto a la disminución de las barreras administrativas, idiomáticas y culturales. Por su parte, Llosada et al (2012) señalan dos elementos fundamentales para comprender el uso que hace la población migrada de los servicios sanitarios. Estos serían, por un lado, el conocer la cultura sanitaria de los países de origen de la población atendida y por el otro, promocionar el que los y las usuarias formen parte de un colectivo o grupo de ayuda entre iguales asentado en el país.

Un motivo de reivindicación en lo relativo a las necesidades de las y los profesionales tiene que ver con la importancia de contar con personas mediadoras de salud o agentes comunitarios de salud. Como señalan Muriel, García y Lasheras (2007) el papel de la mediación sería el de establecer una línea de comunicación y cooperación entre las personas usuarias y los/las profesionales de los servicios de la salud. La mediación intercultural ha demostrado sus beneficios en lo referente a proporcionar atención individual a personas con especial vulnerabilidad, así como a promover la dinamización comunitaria (Alcaraz et al, 2014).

En esta línea, la educación entre iguales ha demostrado su impacto positivo en acciones llevadas a cabo en nuestro contexto de referencia (García-Lalinde et al, 2004; Mazarrasa et al, 2006; López-Sánchez et al, 2013). Lo que distingue la educación entre iguales de otros tipos de participación social, es que a los/las agentes que participan se les otorga el papel de personas expertas respecto a sus iguales, así como de agentes promotores del cambio en los temas sociosanitarios en los que han sido formados/dos (García-Lalinde et al, 2004). Respondiendo a esto, Vázquez, Baraza y Sayed-Ahmad (2007) insisten en prestar especial atención al contexto socio-sanitario, ofreciendo formación específica en temas sanitarios y de educación para la salud a los agentes comunitarios y mediadores interculturales, pero también dedicando un esfuerzo al trabajo coordinado entre profesionales y organizaciones/agentes que desarrollan su actividad con la población migrada. Del análisis de los grupos focales realizado en esta investigación, se extrae una aceptación positiva, con respecto a este tipo de metodología, tanto entre

la población migrada como entre las profesionales. El modelo comunitario de educación en salud CHE se basa en esta metodología.

Para concluir, podemos afirmar que consideramos que los antecedentes de participación en planes de prevención y promoción de la salud por parte de nuestra población-diana, junto a la idoneidad detectada del modelo de educación de iguales en este grupo de inmigrantes de Europa del Este, contribuyen a aumentar las posibilidades de éxito de una intervención basada en el modelo CHE.

#### BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO-SUÁREZ, A., RONDA, E., VÁZQUEZ, M.L., GARCÍA, A.M., MARTÍNEZ, J.M., BENAVIDES, F. (2013) Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal of Public Health*. n° 58(4), 627-31.
- ALCARAZ, M., PAREDES-CARBONELL, J., LÓPEZ-SÁNCHEZ, P., RAMÍREZ, L.M., HURTADO, F., DUMITRACHE, L. (2013) Conversaciones informales en un programa de salud comunitaria: evaluación del proceso. *Index de Enfermería* n° 22, 199-203.
- BEN CHEIKHA, W., ABAD, J.M., ARRIBAS, F., et al. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). *Gaceta Sanitaria*, n° 25, 314-321.
- BORRELL, C., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BARTOLL, X., MALMUSI, D. y NOVOA, A.M. (2014) El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud Colectiva*, n° 10, 95-98.
- CONDE, F. y PÉREZ, C. (1995) La investigación cualitativa en Salud Pública. *Revista Española en Salud Pública* n° 69, 145-14.
- CONDE, F. (2010) *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS.
- DÁVILA-QUINTANA, C.D. y GONZÁLEZ, B. (2009) Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria* n° 23, 261-5.
- EDISON, J. ORCAU, A., MILLET, J.P., et al. (2012) Community health workers improve contact

- tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health*. n.º12, p. 158.
- ERIKSEN, Michael P. (ed.) (2015) *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society.
- EUROPEAN NETWORK FOR SMOKING PREVENTION (ENSP) (2003) *Status Report on Oral Tobacco 2003* Recuperado el 16 de marzo de 2015 del sitio web del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). <<http://www.cnpt.es/documentacion/internacional/ENSP%20Report%20on%20Oral%20Tobacco.pdf>>.
- FABRÉ, E. (2010) *Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Programa MIAS*, Saatchi & Saatchi Healthcare Madrid.
- FUNDACIÓN FOESSA (2014) VIIº Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, 2014. Madrid: Cáritas Española Editores.
- GARCÍA LALINDE, G., GUTIÉRREZ HERNANZ, E., MORANTE, L., (2004) *Bola de Nieve. Guía Didáctica del taller para agentes de salud*. Madrid: Grupo GID.
- GARCÍA, V. y PRIETO, I. (2010) La competencia cultural como herramienta para la atención sanitaria a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria* n.º 24, 431-32.
- GILI, M., ROCA, M., BASU, S., MCKEE, M., STUCKLER, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, n.º 23, 103-8.
- HERNÁNDEZ, C. y JIMÉNEZ, D. (2009) Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, n.º 23, 47-52.
- LA TORRE, G., MANNOCCI, A., MCCARTHY, M, et al. (2010) Investigación en salud pública; ¿hay diferencias entre los países del norte, el sur y el este de Europa? Una perspectiva desde las asociaciones nacionales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, n.º 24, 253.
- LAI FUNG CHIU (2003) *Application and management of the Community Health Educator Model. A Handbook for Practitioners*. Leeds: Nuffield Institute for Health, 47 p.
- LLOSADA, J., VALLVERDÚ, I., MIRÓ, M., et al. (2012) Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*, n.º 44, 82-88.
- LÓPEZ-SÁNCHEZ, P., PAREDES-CARBONELL, J.J., ALCARAZ, M., RAMÍREZ, L.M., EL BOKHARI, M. (2013) Rediseñando un curso de formación-acción de agentes de salud de base comunitaria 2009-2012. *Index de Enfermería*, n.º 22, 166-170.
- MAZARRASA, L., BLÁZQUEZ, M.I., MARTÍNEZ, M., CASTILLO, S., LLÁCER, A. (2006) Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales. En: *La prevención de la infección del VIH sida en la población inmigrante*. Madrid: Secretaría del Plan Nacional de Sida Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MORENO, F.J. y FIGUEIREDO, S. (2013) Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, n.º 13, 24-27.
- MURIEL, R., GARCÍA, R., LASHERAS, P. (2007) Mediación intercultural En: García, R. (editor). *Conceptos. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*, Consejería de Salud, Sevilla.
- OLIVA, J. y PÉREZ, G. (2009) Inmigración y salud. *Gaceta Sanitaria*, n.º 23, 1-3.
- PAREDES-CARBONELL, J.J.; ALCARAZ, M.; LÓPEZ, P.; RAMÍREZ, L.M. Y EL BOKHARI, M. (2013), «Mihsalud: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia», *Revista Comunidad*, Vol. 14.
- PÉREZ, G., RODRÍGUEZ-SANZ, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, F., CABEZA, E., BORRELL, C. (2014) Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, n.º 28 Supl 1, 124-31.
- REGIDOR, E., SANZ, B., PASCUAL, C., LOSTAO, L., SÁNCHEZ, E., DÍAZ OLALLA, J.M. (2009) La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, n.º 23, 4-11.

- RIVERA, B., CASAL, B., CURRAIS, L. (2013) Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*, nº 31, 339-357.
- RODRÍGUEZ, E., LANBORENA, N., SENHAJI, M., PEREDA, C. (2008) Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de la autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, nº 22, 404-12.
- RUBIALES-GUTIÉRREZ, E., AGUDELO-SUÁREZ, A., LÓPEZ-JACOB, M.J., RONDA-PÉREZ, E. (2010) «Diferencias en los accidentes laborales en España según país de procedencia del trabajador». *Salud Pública Mexicana* nº 52, 199-206.
- VÁZQUEZ, J., BARAZA, P., SAYED-AHMAD, N. (2007) Orientación a los servicios sanitarios de la diversidad cultural. En: García, R. (editor). *Conceptos. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*, Consejería de Salud, Sevilla.
- VÁZQUEZ, M.L., TERRAZA-NÚÑEZ, R., HERNÁNDEZ, S., et al. (2013) Are emigrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish Policies. *Health Policy*, nº 113, 236-46.
- VÁZQUEZ M.L., VARGAS, I., ALLER, M.B. (2014) Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, nº 28, 142- 46.
- WINTERS, L., MCATEER, S., SCOTT-SAMUEL, A. (2012) *Assessing the impact of the economic downturn on health and wellbeing*, Liverpool: Liverpool Public Health Observatory.