

Un estudio desmonta el mito de que los inmigrantes usan más los centros de salud

LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES SÍ PROVOCAN SOBRECARGA CUALITATIVA EN CONSULTORIOS

El sistema sanitario, indican, absorbe demandas que no le corresponden por falta de un "abordaje integral" previo

ANA IBARRA



Dos inmigrantes acuden al centro de salud de Burlada. FOTO: IBAN AGUINAGA

PAMPLONA. La "sensación inicial" extendida entre la población y entre el propio sector médico de que los inmigrantes provocan una sobrecarga de trabajo en atención primaria se desmonta cuando se analizan los datos cuantitativos. Así lo revela el equipo de profesionales que ha elaborado una investigación sobre inmigrantes y servicios de salud basado en las consultas que disponen los seis centros de atención primaria de Navarra con mayor peso de extranjeros. Así, el 72,4% de los inmigrantes requirió atención en el centro de salud en 2006 frente al 82% de la población autóctona. "Ni vienen más, ni vienen más veces ni tienen más problemas", admite Pilar García, trabajadora social del centro de salud de la Milagrosa.

En realidad, la población inmigrante utiliza menos los servicios de atención primaria. Se ha estimado que en dos años su comportamiento se equipara con el de la población autóctona. Se trata además de una población joven, con predominio de edad de 25 a 44 años, y un mayor uso de los servicios por parte de mujeres.

En cambio, sí se produce una "sobrecarga cualitativa" en la atención de estos centros provocada por una nueva demanda que se

presenta de forma "desordenada y porque existen mayores problemas de comunicación, no sólo por el lenguaje sino por el denominado relato, que es la descripción completa que hace el inmigrante de toda su situación". Los colectivos de inmigrantes además son "variables" en función del lugar de origen, tiempo de residencia, carácter regular o irregular o cercanía al modelo cultural del profesional. En este contexto, los profesionales sanitarios perciben la llegada de los inmigrantes con un componente de "presión asistencial (cuantitativamente significativa) que implica la necesidad de redimensionar el tiempo y tipo de consultas", una población además "distinta", con una movilidad alta y de la que se desconocen antecedentes lo que dificulta a su vez el trabajo.

Por otro lado, la problemática de la población inmigrante y sus demandas ponen de manifiesto los déficits del sistema sanitario y obligan a "repensar" un modelo de medicina primaria que debe "trascender lo biológico". "El duelo, las condiciones de vida, la vivienda o el trabajo repercuten en la salud y habría que trabajar de una manera intersectorial porque se produce una sanitización de los procesos sociales", remarca. De hecho, muchos problemas tienen su base en "condicionantes" socio-económicos que afectan a las personas extranjeras, pero también a las autóctonas. De ahí la necesidad de dar cabida a otros "elementos psicosociales" a la hora de abordar los problemas de salud. "La desigualdad social se convierte en desigualdad en salud constatando que dicha vulnerabilidad sanitaria se agudiza en mujeres y niños", dice el estudio.

CRISIS DEL SISTEMA El "impacto" de la migración surge en un contexto de "crisis de la atención primaria" de manera que el fenómeno migratorio ha venido a multiplicar y ampliar estos desajustes como es la "sobrecarga asistencial, el desorden en consulta, la prioridad a lo curativo y no a lo preventivo, y la sensación de devaluación del sistema ligada a la gratuidad". "Cuando una persona emigra rompe con todos los lazos y el soporte social es el elemento protector de la salud por excelencia y esta gente lo tiene fracturado", reiteran. De ahí la necesidad de "crear una estructura previa de intervención mucho más coordinada", un "abordaje intersectorial e integral" con otras entidades "dentro y fuera del sistema sanitario". Para ello falta una "estrategia" de acogida, al igual que no hay "soluciones adaptadas": urgencias, atención a patologías crónicas, problemas psicosomáticos y laborales... Otra carencia es la educación para la salud o distribuir cargas y perfiles de trabajo entre los profesionales (trabajadores sociales, médicos y enfermeras).



Alarma
Desde Sólo:
99€*

Nuestras Alarmas Funcionan sin Teléfono. ¡ GSM INCLUIDO !

Solicite información ¡ AHORA !

SecuritasDirect.es/Alarmas Anuncios Google

DESTACADOS

DATOS

Seis centros. Los centros investigados son: Tudela Este, San Jorge, Milagrosa, Cascante, Peralta y Burlada que atienden a unos 87.000 pacientes de los que el 14,43% (12.549) son inmigrantes.

Primer estudio. En esta primera fase el equipo investigador ha explotado la información que se recoge en las historias clínicas de toda la población. El paso siguiente consistirá en hacer un estudio con la población inmigrante. La información valorada ha sido relativa a consultas realizadas en los centros de salud, derivación a especialistas, solicitud de analíticas y motivos de consulta.

Expertos. El estudio ha sido realizado entre mayo de 2007 y julio del 2008, y en él han participado diferentes profesionales de disciplinas sanitarias, sociales y ámbitos de trabajo (SNS-Osasunbidea, UPNA e Instituto de Salud Pública): Reyes de Andrés, José María Uribe, Santiago Urmeneta, Carmen Fuertes, Presen Bustince, Lázaro Elizalde y Pilar García.

Limitaciones socioeconómicas. La singularidad clínica del inmigrante viene marcada, según el estudio, por sus limitaciones laborales, dificultades económicas, procesos adaptativos o situaciones patológicas vinculadas a la violencia o al desarraigo.

Coordinación. Se reconoce el trabajo de las ONG y el trabajo de la mediación intercultural. Los profesionales del estudio entienden también que no son necesarias estructuras específicas para inmigrantes. Detectan también la necesidad de realizar "ajustes organizativos" de los equipos sanitarios.