

Repercusión de las desigualdades sociales en el estado y procesos de salud/enfermedad de los inmigrantes económicos y su relación con los servicios sanitarios públicos



Escuela universitaria Vitoria-Gasteiz

Grado en Enfermería. Curso académico 2015/16

Sheila Llamosas García

Director: Javier Otero Prol

Trabajo Fin de Grado. Mayo de 2016

Nº total de palabras: 6.447

Agradecimientos

A mi tutor, Javier Otero por la disposición prestada en todo momento. Sus sugerencias y comentarios fueron fundamentales para la elaboración de este trabajo.

A todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de la realización de este trabajo, con sus palabras, gestos de apoyo e infinita paciencia.

Y un especial agradecimiento a todos los vecinos, pacientes y amigos inmigrantes que me ayudaron a tomar conciencia del trabajo que aún queda por hacer para construir una sociedad más respetuosa, justa y saludable.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS.....	10
4. METODOLOGIA.....	11
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	15
5.1. Estado de salud real y/o autopercebido.....	16
5.1.1. Síndrome de Ulises.....	16
5.1.2. Hipótesis del Inmigrante Sano.....	17
5.1.3. Género e inmigración.....	19
5.2. Uso de los servicios sanitarios.....	20
5.2.1. Factores determinantes en el uso de los servicios sanitarios.....	20
5.2.2. Análisis de la frecuentación en base a unidades específicas.....	21
5.2.2.1. Servicios de Atención Primaria (AP).....	22
5.2.2.2. Servicios de Atención Especializada (AE).....	22
5.2.2.3. Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).....	22
5.3. Posibles limitaciones en el sistema sanitario para la atención al inmigrante.....	23
5.3.1. Resultados de los datos obtenidos: personal sanitario.....	23
5.3.2. Resultados de los datos obtenidos: colectivo inmigrante.....	24
5.3.3. Recomendaciones en base a los datos obtenidos.....	24
6. CONCLUSIONES	27
7. REFERENCIAS	30
8. ANEXOS	35
Anexo 1: Términos clave de migración.....	35
Anexo 2: Datos del INE para 2015.....	36
Anexo 3: Marco legal. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.....	37
Anexo 4: Tabla de conceptos y palabras clave.....	39
Anexo 5: Anexo 5.1: Tabla de proceso de búsqueda bibliográfica (1º objetivo).....	41
Anexo 5.2: Tabla de proceso de búsqueda bibliográfica (2º objetivo).....	42
Anexo 5.3: Tabla de proceso de búsqueda bibliográfica (3º objetivo).....	44
Anexo 6: Diagrama de flujo de selección de los artículos en bases de datos.....	46
Anexo 7: Tabla resumen de la literatura consultada.....	47

<i>Anexo 8: Tabla análisis comparativo de variables y resultados. Primer objetivo.....</i>	<i>67</i>
<i>Anexo 9: Tabla análisis comparativo de variables y resultados. Segundo objetivo....</i>	<i>70</i>
<i>Anexo 10: Mapa conceptual.....</i>	<i>73</i>
<i>Anexo 11: Diagnósticos enfermeros.....</i>	<i>74</i>
<i>Anexo 12: Riesgos potenciales.....</i>	<i>76</i>

1. Introducción

La migración es un fenómeno social, complejo y multifacético, casi inherente al ser humano. Los motivos que han llevado a las personas a tomar la decisión de abandonar su lugar de origen han sido diversos a lo largo de la historia. En cambio, existen motivaciones de carácter casi vital, que empujaron y empujan a muchas personas a abandonar sus hogares; conflictos políticos, guerras, la esperanza de una vida mejor, etc.

Una clara consecuencia del mestizaje que genera la migración es la repercusión que tiene en el ámbito sanitario, y es que la cultura determina la salud, actúa como fundamento en la causa y la evolución de los procesos de salud/enfermedad y, por tanto, en las necesidades, consumo de recursos y las distintas relaciones terapéuticas que emergen de esta realidad, y que se enmarcan dentro de la competencia profesional del equipo sanitario.

El objetivo de este trabajo se centra en analizar los aspectos más relevantes que pudieran condicionar la atención al colectivo inmigrante; conocer su situación de salud, determinar el uso y acceso a los servicios sanitarios públicos e identificar posibles limitaciones en el sistema sanitario para la atención a estas personas. Tras analizar los resultados se encontró que no es tanto la procedencia como lo son las condiciones de vida, trabajo y manejo de las distancias culturales las que repercuten en la salud de estas personas, además de en el uso y la relación con los servicios sanitarios.

De las conclusiones halladas se extrae además la importancia de una formación profesional adaptada a las necesidades específicas de este colectivo, el diseño de recursos y políticas sanitarias eficaces para una atención de calidad a estas personas y la necesidad de plantear y llevar a cabo estudios con objetivos más específicos, que atiendan a la gran diversidad que presenta el colectivo inmigrante.

2. Marco conceptual y justificación

Tres cuartas partes de los migrantes en el mundo proceden de países en vías de desarrollo, siendo 214 millones migrantes internacionales, lo que supone un 3.1% de la población mundial según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)¹.

Las migraciones internacionales son muchas veces consecuencia directa de las condiciones económico-sociales que viven estos países² y, aunque la casuística que motiva la decisión de migrar puede ser diversa, los factores económicos, como la situación laboral y la promesa de una mejor calidad de vida son, por excelencia, los motivos principales que llevan al incremento del flujo de personas entre territorios³⁻⁶.

A pesar de que la procedencia de estos migrantes se extiende a casi cualquier área geográfica, para esta revisión se considerará inmigrante a la persona nacida en alguno de los países que forman parte de la clasificación de países en desarrollo agrupados por región, facilitada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁷ (véase fig. 1), por ser los lugares de procedencia más frecuentes en nuestro territorio (población africana, latinoamericana, asiática y europea no comunitaria principalmente), por las características migratorias que presentan (migrantes económicos¹), y por considerarlo un colectivo susceptible de una mayor vulnerabilidad⁸ a pesar de la disparidad en cuanto a determinantes personales y colectivos⁸⁻¹⁰. (Ver anexo 1: términos clave de migración).

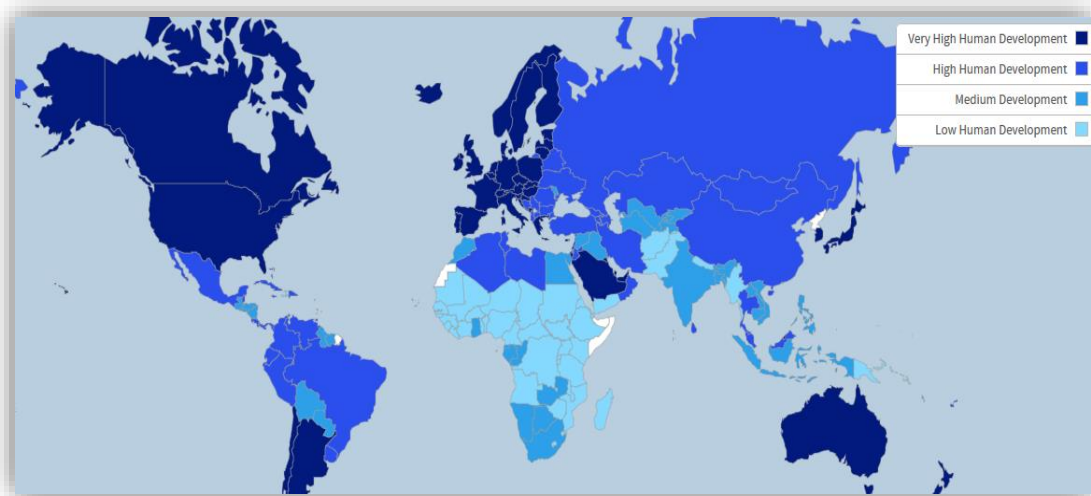


Fig. 1: Clasificación de países en desarrollo agrupados por región (PNUD).

Por un lado, y según la literatura consultada, son las personas más sanas y en edad productiva las que emprenden el viaje migratorio, por lo que el estado de salud del que parten sería el óptimo o al menos el más aceptable^{3,4,9} pero, por otro, asumen riesgos como los relacionados con la forma de llegada, que podrían condicionar su estado de salud tanto físico como mental a la llegada y durante su permanencia en el país⁶.

Entre las distintas formas de llegada se encuentran la vía terrestre, aérea y marítima y, según las condiciones del viaje y otros factores relacionados (la pobreza extrema, la falta de recursos, la vinculación con distintos tipos de mafias, los problemas de salud que se pueden generar, etc.) las consecuencias del proyecto pueden incluso llegar a resultar fatales en muchas ocasiones¹¹.

Con respecto a la vía marítima, una de las más utilizadas por este colectivo, la OIM informa de que, en los últimos cuatro años, 1,4 millones de migrantes y refugiados han cruzado el Mediterráneo a través de las tres rutas principales que unen Europa con el norte de África y Turquía, registrándose entre ellos más de 8.100 muertes relacionadas con el proceso migratorio¹¹.

Sumándose a los problemas que puedan generar las condiciones del viaje, la migración supone cambios y reajustes en el entorno del individuo que implican forzosamente la adaptación a una nueva cultura y sistema desconocidos. A éstos además, podrían añadirse una serie de factores que no se relacionarían necesariamente con el lugar de procedencia ni la forma de entrada (características propias de cada individuo y cada colectivo como la edad, el género, la cultura del país de procedencia, el tiempo de permanencia en el país de acogida, la situación socioeconómica y administrativa, las posibles cargas familiares, etc.) pero que podrían ser determinantes en la salud de este sector de la población^{3,4,6,8-10,12-14} y condicionar quizá el uso que hacen de los servicios sanitarios, así como dificultar el análisis de su condición real de salud y la puesta en marcha de recursos eficaces para su atención^{9,10,15}.

En los últimos años, España ha sido el país de la Unión Europea con mayor presión migratoria. El desarrollo económico experimentado y el hecho de pasar a formar parte en 1986 de la Unión Europea supuso grandes cambios en el país, pasando de ser un territorio con altas cifras de emigración a convertirse en un país de inmigración⁵.

El perfil de los primeros inmigrantes que llegaban a España no se correspondía con el actual (migrantes económicos), sino que se trataba de individuos que, atraídos por las condiciones climatológicas y sociales, se asentaban en el país con objetivos turísticos y de ocio (jubilados con altos ingresos económicos en su mayoría)⁵.

El aumento de la migración de tipo económico fue provocado, por un lado, por el incremento de registros en régimen general (validez temporal de un año, condicionado por la disponibilidad de una oferta de trabajo o contrato en vigor, desarrollar una actividad económica por cuenta propia o contar con recursos económicos suficientes para poder vivir sin trabajar) y, por otro, durante 2007 y 2008, por inmigrantes comunitarios provenientes de zonas europeas menos desarrolladas (Rumanía y Bulgaria, por ejemplo)⁵.

Esta evolución de la migración no siguió un patrón lineal. En 1996 el ritmo de crecimiento se intensificó, llegando a su máxima a partir del año 2000. Por tanto, si a principios del siglo XXI la inmigración suponía alrededor del 2%, en diez años una de cada ocho personas empadronadas era extranjera⁵. (Véase tabla 1).

Tabla. 1: Evolución de la población inmigrante

	España	EE.UU.	Norte de Europa	Sur de Europa	Centro Europa
1960	0.8	5.2	3.0	1.1	5.2
1965	0.9	4.8	4.3	1.2	6.0
1970	1.1	4.6	4.9	1.4	6.8
1975	0.8	5.3	5.3	1.4	7.4
1980	0.6	6.2	5.8	1.6	8.2
1985	1.1	7.5	6.0	2.0	8.8
1990	1.9	9.1	7.5	2.8	9.1
1995	2.5	10.6	7.9	3.9	11.0
2000	4.0	12.2	8.5	4.4	11.6
2005	11.1	12.9	9.3	7.2	11.9

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision.

Como muestran los datos, a diferencia del resto de países miembro, la entrada al país de población inmigrante se ha llevado a cabo de forma rápida y repentina lo que ha obligado a la asimilación de nuevas características sociales de una manera apresurada⁵.

Aunque el inicio en 2008 de la crisis económica ha podido afectar a la entrada masiva de personas en el país, según la nota publicada por el INE, el año pasado el número de extranjeros era de 4.447.852 personas¹⁶ (véase anexo 2). A estos datos se añade que el número de inmigrantes que carece de los documentos legales de residencia resulta desconocido para las Administraciones Públicas, aunque se estima que la cifra podría ser superior al medio millón de personas según el Plan de Ahorro que presentó en Europa el presidente del Gobierno Español en 2013¹⁷.

España es uno de los países que se acoge a la cobertura sanitaria universal, aunque las recientes modificaciones legales (Real Decreto-ley 16/2012)¹⁷ (véase anexo 3) podrían haber supuesto un cambio en la asistencia a la población inmigrante (modificaciones en la cobertura asistencial a los inmigrantes en situación administrativa irregular, que han podido generar riesgos para la salud individual y pública^{12,17-19}) condicionando la atención a estas personas.

Éste y otros aspectos se analizarán a lo largo de este trabajo ya que, si la equidad se entiende como un acto de justicia, también debe entenderse como una cuestión de efectividad desde la salud pública, que priorice la prevención de situaciones de emergencia y garantice la salud y el bienestar de todas las personas, sin excepción¹², por lo que el papel de los profesionales sanitarios resulta determinante en la atención a este sector de la población.

Concretamente, si consideramos la enfermería como parte fundamental para la prevención, promoción y garantía en cuestiones de salud, así como clave en la asistencia sanitaria a la sociedad, la asunción de un papel protagonista en este ámbito, que posibilite y contribuya a la toma de conciencia y a la acción, resulta imprescindible²⁰.

En primer lugar, la enfermería asume un lugar indispensable en la relación “paciente-profesional”, ya que su relevancia en la atención y la estrecha relación con los pacientes y la comunidad (por la relación que establece con ellos, el tiempo que comparten, el contacto directo con éstos, etc.), la convierte en pieza clave a la hora de abordar las adversidades y los diferentes acontecimientos vitales de cada persona, para lo que debe tomar en consideración que éstos están condicionados directamente por una escala de valores y creencias relacionados directamente con la propia cultura del individuo²⁰.

En segundo lugar, y desde la asunción de este papel protagonista, la enfermería ha de brindar una atención holística, integradora, que se adapte a cada individuo y cultura, cuidando, educando y defendiendo los derechos de cada persona²⁰ y, en el caso del colectivo inmigrante, puede resultar especialmente importante. Conocer su historia de vida (sus orígenes, costumbres, idioma, significado de la salud/enfermedad y cómo los aborda, etc.), el manejo de la propia salud y, en consecuencia, la relación con los profesionales y centros sanitarios es posiblemente la única herramienta para brindar un cuidado culturalmente adecuado, fomentar la buena salud, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de una calidad de vida como mínimo, aceptable.

Por tanto, para que esto pueda llevarse a cabo, es necesario que los/las profesionales conozcan cuáles son las características de la población a la que atienden y, más concretamente en cuanto al colectivo inmigrante, conocer **cuál es su estado de salud, la relación con los servicios sanitarios y las posibles barreras/limitaciones que se encuentran**, para así poder atender a las necesidades específicas de cada colectivo y ofrecer una atención global, que no excluya a una parte importante de nuestra sociedad.

3. Objetivos

- Analizar la situación de salud de las personas inmigrantes.
- Determinar el uso que hacen de los servicios sanitarios públicos.
- Identificar posibles limitaciones en el sistema sanitario para la atención a este colectivo.

4. Metodología

El diseño de este Trabajo de Fin de Grado se basa en la revisión crítica de la literatura consultada sobre la salud de la población inmigrante y su relación con los servicios sanitarios públicos. La revisión tuvo una duración aproximada de 8 meses, entre septiembre de 2015 y mayo de 2016.

Criterios de inclusión:

La población diana a la que va dirigido este trabajo la componen las personas inmigrantes nacidas en alguno de los países que forman parte de la clasificación de países en desarrollo facilitada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y que cuyo objetivo migratorio fuera el económico.

Teniendo en cuenta las características de las personas inmigrantes que llegan al país, los territorios de procedencia más habituales incluidos para este trabajo serán Europa no comunitaria, Asia, África y Latinoamérica (Países de renta baja y media principalmente). La muestra incluye tanto personas usuarias de los servicios de salud, como aquellas que aún no los han utilizado, a fin de evitar errores de representación en la revisión.

Para enmarcar y justificar los objetivos se tomaron en cuenta toda clase de artículos de investigación; revisiones sistemáticas de la literatura, artículos descriptivos, boletines oficiales, literatura gris, etc., aunque se limitó la selección de los artículos para los resultados, incluyendo tan sólo artículos académicos, escritos en castellano o inglés.

Criterios de exclusión:

Para el análisis de resultados se excluyeron del trabajo todas las publicaciones anteriores a 2005, artículos referidos a personas inmigrantes procedentes de países de rentas altas (PRA) o con otros objetivos migratorios, así como artículos que sólo contemplaran temas específicos (patología/necesidad concreta, sector específico: edad, país de origen concreto, limitados al género, etc.). Asimismo, se rechazaron documentos de tipo cartas al director, capítulos monográficos, etc., y aquellos sin acceso a texto completo.

Referente a los criterios éticos, se decidió no contar con publicaciones que no cumplieran con la ética profesional y no respetaran los principios bioéticos (artículos de opinión no fundamentados en la evidencia).

Se realizaron varios ensayos con diferentes terminologías con el objetivo de encontrar ecuaciones de búsqueda que permitieran el hallazgo de resultados afines al tema. Los operadores booleanos "AND" y "OR" fueron utilizados para recuperar toda la literatura existente.

Las **palabras clave** utilizadas para dar respuesta a los objetivos fueron (véase anexo 4):

-Primer objetivo: Palabras clave: “Health Status”, “Emigrants and Immigrants”, “Healthy Immigrant Effect”, “inmigración económica situación salud España” y “salud mental inmigración”.

Ecuación de búsqueda:

“Health Status” AND “Emigrants and Immigrants”

“Healthy Immigrant Effect”

“inmigración económica situación salud España”

“salud mental inmigración”

“Inmigración” AND “Estado” AND “Salud”

“Salud” AND “Mental” AND “Inmigración”

-Segundo objetivo: Palabras clave: “Health Services Needs and Demand”, “Emigrants and Immigrants”, “Inmigración económica uso servicios sanitarios”.

Ecuación de búsqueda: “Health Services Needs and Demand” AND “Emigrants and Immigrants”

“Inmigración económica uso servicios sanitarios”

-Tercer objetivo: Palabras clave: “Problemas en la atención al inmigrante”, “Atención al inmigrante”, “Mejoras en la atención al inmigrante”, “Barreras sistema sanitario inmigrantes”, “Immigrant care”, “Immigrants needs and demands”, “Delivery of Health Care” y “carencias del sistema”.

Ecuación de búsqueda: “Problemas en la atención al inmigrante”

“Atención al inmigrante”

“Mejoras en la atención al paciente inmigrante”
“Barreras del sistema sanitario” AND “Inmigrantes”
“Immigrant care”
“Immigrant Health” AND “needs”
“Emigrants and Immigrants” AND “Health Services Limitation”
“Emigrants and Immigrants” AND “Health Services Needs and Demands/ OR Delivery of Health Care” AND “Spain”
“Carencias inmigración”

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado, se realizaron búsquedas exhaustivas en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales desde las plataformas My Athens y Ovid, y desde la página de la Universidad del País Vasco, mediante el acceso a través de Cisco; Medline, IME, Doyma, Dialnet, CINAHL, Cuiden y Cochrane Plus (véase anexo 5). Se realizaron asimismo búsquedas en la base de datos de Google Académico. Para la obtención de datos facilitados por distintas instituciones y organizaciones (OIM, PNUD, INE, etc.) se realizaron búsquedas manuales.

A fin de enriquecer el trabajo se investigó sobre la existencia de guías de práctica clínica en la organización dirigida a enfermería basada en la evidencia (Fisterra), para lo que no se obtuvieron resultados. Finalmente, a pesar de no encontrar ningún documento que cumpliera con esta descripción, para el apartado de recomendaciones, se decidió utilizar los resultados encontrados en los artículos analizados, junto con guías de actuación y manuales para la atención al colectivo inmigrante por considerarlo de especial interés tras el análisis de resultados del tercer objetivo.

De un total de 753 artículos encontrados en las bases de datos consultadas, se descartaron 207 publicaciones tras la lectura de títulos y resúmenes. De ellas, 126 fueron descartadas por no referirse al colectivo a estudio; 193 se centraban exclusivamente en enfermedades concretas, y 78 artículos limitaban sus resultados e investigación a personas de una edad o género concretos. Finalmente, se prescindió de 130 estudios por repetirse durante las búsquedas, no permitir el acceso a texto completo, o por tratarse de literatura gris u otro tipo de publicaciones.

De las búsquedas se obtuvieron 18 artículos que, junto con los encontrados mediante búsqueda manual (4 artículos), se completa así una **muestra final de 22 artículos** seleccionados para el análisis de resultados; 17 escritos en castellano, y 5 en inglés. El proceso de selección queda reflejado en el diagrama de flujo (véase diagrama de flujo anexo 6).

Esquema de las etapas del proceso:

-Pre-análisis: Durante esta primera etapa se realizó una nueva lectura de los artículos escogidos y se extrajeron los datos más significativos de los textos para elaborar las tablas-resumen de la literatura consultada (véanse anexo 7).

-Análisis: La siguiente lectura de los textos permitió identificar temáticas en las que categorizar la información. Como herramienta de ayuda se elaboró un árbol categorial y mapas conceptuales para cada objetivo propuesto.

-Síntesis de la información: Se realizaron figuras y tablas que reflejaran la heterogeneidad de los resultados encontrados por considerarlas de ayuda en la comprensión de los datos recabados. (Véanse anexos 8 y 9). Finalmente, se realizó un mapa conceptual global que mostrara gráficamente la información recabada (véase anexo 10) y se completó el apartado de recomendaciones con todo lo recogido a lo largo del análisis de resultados y la consulta de las guías de actuación encontradas.

5. Resultados y discusión

Un total de 22 artículos fueron seleccionados para la muestra final. En base a la categoría de éstos, 12 correspondían a artículos descriptivos basados en encuestas oficiales de salud, 9 eran del tipo descriptivo cualitativo de orientación fenomenológica, y un último artículo correspondía a una revisión sistemática de la literatura (véase fig. 2). En cuanto al idioma de los estudios seleccionados, la muestra se compuso de un total de 17 artículos publicados en castellano y 5 en inglés.

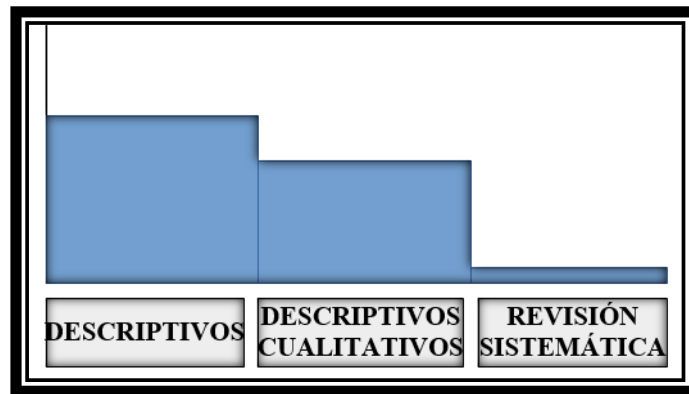


Fig. 2: Clasificación del tipo de artículos encontrados.

Se decidió clasificar y organizar la información obtenida en base al árbol categorial realizado (véase fig. 3), y dividir el trabajo en función de los tres objetivos planteados: estado de salud, uso de los servicios sanitarios y limitaciones del sistema para la atención al colectivo inmigrante. Estos tres objetivos se subdividieron además según las características clasificatorias encontradas en los artículos analizados:

- Primer objetivo: salud mental (Síndrome de Ulises), estado de salud e Hipótesis del Inmigrante sano, género e inmigración.
- Segundo objetivo: factores determinantes del uso, frecuentación en las diferentes unidades asistenciales.
- Tercer objetivo: percepción del equipo profesional, percepción del colectivo inmigrante.

Tras este proceso de organización estructurada y agrupación de la información se procedió a su interpretación.



Fig. 3: Árbol categorial

5.1.- Estado de salud real y/o autopercebido

Para este primer objetivo, como se menciona en el apartado anterior, se concluyó clasificar la información en base a 3 factores, por ser éstos reiteradamente mencionados en la literatura consultada. En primer lugar, se describen los datos referentes a la salud mental, tomándola como punto de partida en las posibles repercusiones que el proceso migratorio puede tener en la salud del individuo, por el mero hecho de migrar.

En segundo lugar, el estado de salud real y/o autopercebido, que incluye la información encontrada respecto a la Hipótesis del Inmigrante Sano (HIS) y, por último, se describen los resultados sobre las diferencias encontradas referentes al género, ampliamente comentadas en los textos analizados.

Además de las figuras realizadas durante el análisis del primer objetivo, para una mejor comprensión y esquematización de los resultados, se determinó la inclusión de una tabla resumen en el apartado de anexos (véase anexo 8) que mostrara la heterogeneidad encontrada en cuanto a variables analizadas y resultados encontrados en los estudios, considerando que éstas diferencias podrían condicionar el análisis e interpretación de los datos encontrados.

5.1.1.- Síndrome de Ulises

El “Síndrome de Ulises”, bautizado así por el psiquiatra José Achótegui²¹, director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR), hace

referencia a un síndrome de estrés crónico o múltiple que, a menudo, se trata de un problema compartido por muchas de las personas inmigrantes, quienes, al igual que el héroe mítico, tienen que afrontar innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos²².

Se trata de una variante del duelo migratorio, un cuadro reactivo de estrés ante situaciones límite que no pueden ser elaboradas (duelo extremo)²¹. Según el autor, en base a las características de la migración, existen 7 tipos diferentes de duelo susceptibles de generar problemas en el individuo migrante; la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física²¹.

Se realizó una búsqueda para determinar la situación en cuanto a salud mental en este colectivo y, según los datos consultados, los resultados mostraron mayores tasas de nuevas consultas psiquiátricas en población centro-suramericana, y menor en europeos orientales²³. La incidencia más baja se presentó entre las personas procedentes de Bulgaria, Marruecos, Rumania y Polonia, siendo los trastornos adaptativos leves con ansiedad y depresión los de mayor incidencia²³. No encontraron una evidencia estimada de procesos graves lo que, según los autores, se asocia a una posible infrautilización de los recursos e infradiagnóstico de este tipo de problemas²³.

Asimismo, en base a las conclusiones que extraen de los datos obtenidos, aunque los grandes síndromes psiquiátricos son de carácter universal²³, los factores socioculturales podrían condicionar su expresión clínica y la disposición para solicitar atención, generándose también formas diferentes de manifestación²³. Por tanto, los autores concluyen que la cultura de origen, junto con las barreras en la comunicación, jugarían un papel determinante en la etiología, sintomatología y consideración patológica de la enfermedad mental²³.

5.1.2.- Hipótesis del Inmigrante Sano

Otro concepto que se menciona de forma repetida en la literatura consultada es el de la Hipótesis del Inmigrante Sano (HIS). Según ésta, la persona inmigrante presentaría mejores indicadores de salud autopercebida con respecto a la población autóctona²⁴⁻²⁶, hábitos de vida más saludables, así como menor incidencia de problemas crónicos y limitantes²⁴⁻²⁸. La explicación a éstos resultados se basa en la asunción de que la migración económica es un fenómeno

migratorio selectivo, en el que sólo las personas jóvenes y en edad productiva son quienes emprenderían este tipo de viaje²⁴⁻³⁰. (Véase fig. 4).

Según los datos consultados, la HIS sólo se cumple en aquellas personas con un tiempo de permanencia en el país receptor no superior a 5-10 años, para equipararse al estado de salud autopercebido por la población autóctona a partir de ese periodo^{24-27,29}. Uno de los estudios seleccionados determinó incluso que por cada año adicional de residencia, la probabilidad de padecer problemas crónicos y sufrir limitaciones para la realización de las actividades diarias podría aumentar en un 1,12% y un 0,7% respectivamente²⁶.

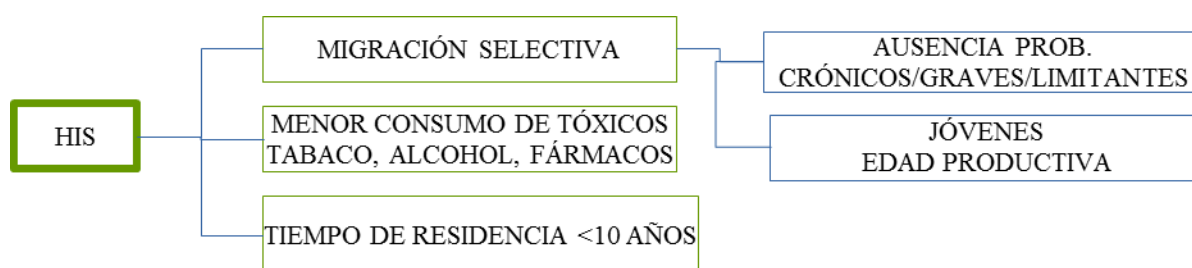


Fig. 4. Hipótesis del Inmigrante Sano.

No todos los artículos seleccionados apoyaron esta hipótesis. Una de las publicaciones que analizó este concepto comparándolo con estudios publicados a nivel internacional relacionó las diferencias en las condiciones de vida, marco legal, planes de acogida y políticas sanitarias del país receptor, con los resultados encontrados²⁹. (Véase fig. 5). Según los datos aportados en su estudio, la existencia de este concepto se cumpliría en países como Canadá o EEUU, pero no así en territorio europeo, donde los datos demostraron resultados contrarios sobre la HIS en España, Bélgica y Francia²⁹.

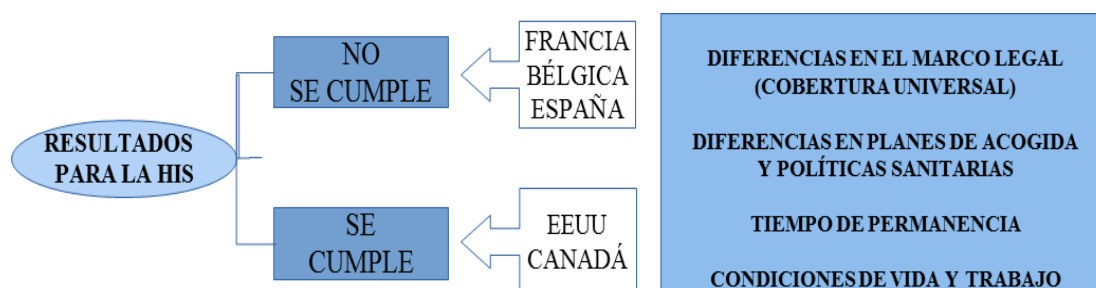


Fig. 5. Relación de resultados nacionales e internacionales

A nivel nacional se mantiene esta heterogeneidad en los resultados (ver fig. 6). Por un lado, algunos de los artículos defendían la existencia de ésta hipótesis en base a los datos recabados, pero por otro, se encontraron varios artículos que no mostraron evidencia para la HIS. Éstos últimos determinaron que el estado de salud autopercebido por el colectivo inmigrante era peor que el referido por la población autóctona^{27,31} y que, además, presentaban condiciones socioeconómicas y de apoyo social percibido más precario comparado con la población nativa; variables que, según las conclusiones obtenidas por algunos autores^{28,31}, mostraron tener mayor peso en la valoración de la salud de estas personas.

5.1.3. Género e inmigración

Otro factor importante extraído de los estudios es el de la autovaloración de la salud en la mujer inmigrante ya que, en la mayoría de los artículos, ellas reportaron peores indicadores de salud con respecto al sector masculino^{25,26,30,31}. Los autores asocian además una serie de circunstancias añadidas en este colectivo que serían susceptibles de actuar como factor determinante para una peor valoración entre ellas³¹. (Véase fig. 6).

La explicación para estos resultados aportada por los diferentes autores fue atribuida a la feminización de la migración y a la existencia de concepciones culturales patriarcales que generarían dificultades añadidas para las mujeres en cuanto a la adquisición y mantenimiento de redes de apoyo familiar y social, exponiéndolas a una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad²⁵.

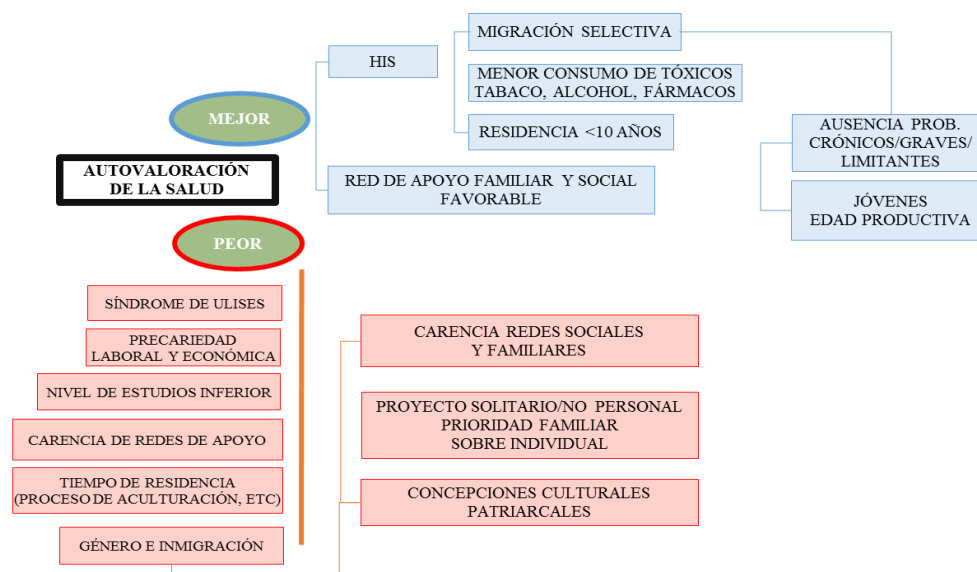


Fig. 6. Agrupación de los resultados encontrados.

5.2.- Uso de los servicios sanitarios

Una vez analizado el estado de salud de las personas inmigrantes y los factores que pudieran condicionarlo, se pasó a determinar el uso que hacen de los servicios sanitarios, a de fin valorar las necesidades que presenta este sector de la población en el cuidado y mantenimiento de su salud y la relación/frecuentación en estos servicios.

Para ello, y con la intención de facilitar una mejor comprensión y organización de la información recabada, ésta se clasificó en base a las diferencias encontradas en los datos obtenidos de la literatura consultada: factores determinantes en el uso de los servicios y frecuentación en las diferentes unidades asistenciales (Atención Primaria, Especializada y Servicio de Urgencias Hospitalarias).

Se tomó en consideración el tipo de variables analizadas en los diferentes estudios por considerarlas de especial interés en la interpretación de los resultados³² para lo que se realizó una tabla que mostrara de forma esquemática la heterogeneidad de los datos encontrados (véase anexo 9).

5.2.1.- Factores determinantes en el uso de los servicios sanitarios

Por un lado, los autores encontraron que el grado de inclusión social y las distancias culturales referentes al manejo del idioma, los posibles prejuicios en cuanto a ciertas disciplinas como la salud mental y el constructo cultural de la salud, suponen un obstáculo a la hora de utilizar los servicios sanitarios³³⁻³⁸, e incluso favorecen un acceso tardío y exclusivo a la atención de situaciones urgentes y fases avanzadas del problema^{33-35,38}.

En cuanto a la importancia del constructo cultural de la salud, a modo de ejemplo entre otras implicaciones importantes, algunos autores hacen referencia al “concepto utilitarista” asociado a la capacidad de trabajar sobre las necesidades sanitarias³³⁻³⁸, que favorece la falta de continuidad asistencial, el mayor riesgo de complicaciones asociadas y relega los servicios de prevención y promoción de la salud a un segundo plano (la salud sólo es importante cuando afecta a la capacidad de trabajar).

Por otro lado, la situación familiar y social también condiciona la frecuentación en las diferentes unidades asistenciales³⁴, así como un nivel formativo menor con respecto a la población autóctona, situaciones económicas desfavorables y condiciones laborales precarias (incompatibilidad horaria, miedo a perder el trabajo por baja laboral, utilización de los servicios a demanda, etc.)³³⁻³⁷. Estos factores favorecen en general una frecuentación menor de los servicios según los resultados encontrados³⁶, aunque también se encontró que las condiciones laborales precarias aumentan la accidentabilidad y, por tanto, el uso de los recursos³⁶.

Por último, según los artículos seleccionados, el tiempo de residencia en el país receptor mejora el conocimiento referente al funcionamiento y servicios ofertados por el sistema sanitario, lo que es motivo tanto de una mayor frecuentación^{33-35,37}, como de un menor uso (uso adecuado del sistema al conocer el funcionamiento y circuito sanitario, y una mayor/mejor continuidad asistencial que evitaría complicaciones añadidas)³⁸.

Asimismo, la situación real y/o percibida de salud de la persona inmigrante podría sufrir un detrimento favorecido por las condiciones socioeconómicas y laborales en base al aumento del tiempo de permanencia en el país lo que, según los datos recabados, podría repercutir también en un aumento de las necesidades asistenciales en este colectivo^{33,35,37}. (Véase fig. 7)

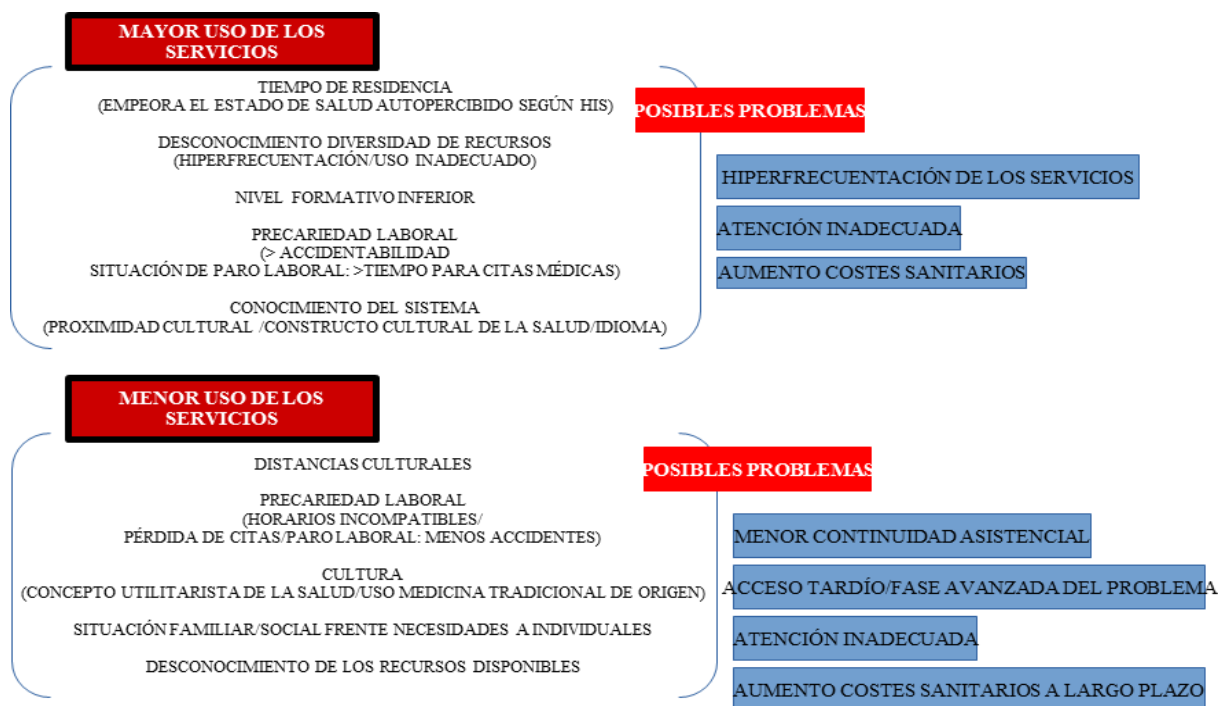


Fig. 7. Relación entre factores determinantes y utilización de recursos

5.2.2.- Análisis de la frecuentación en base a unidades específicas de atención

En el epígrafe anterior se mostraron ciertas generalidades que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte del colectivo inmigrante. En cambio, dadas las diferencias encontradas en el uso en cuanto a las diferentes unidades asistenciales, se creyó conveniente abordar este aspecto de manera específica, tomando como referencia la clasificación aportada por los diferentes autores; la frecuentación en los servicios de Atención primaria, Atención Especializada, y Servicio de Urgencias. (Véase fig. 8).

5.2.2.1.- Servicios de Atención Primaria (AP)

En cuanto a los Servicios de AP, los datos encontrados en las publicaciones revisadas mostraron que el uso que el colectivo inmigrante hace de los Servicios de Atención Primaria (AP) es igual o menor en comparación con el que hace la población autóctona^{33,35-38}, a excepción de un artículo que, basado en entrevistas a personal sanitario, concluyó que las personas procedentes de países del sur de América, llegan a hiperfrecuentar estos servicios³⁴.

5.2.2.2. Servicios de Atención Especializada (AE)

Las conclusiones sobre el uso de la AE y la continuidad asistencial, son unánimes; los autores determinaron que la frecuentación en este tipo de servicios era menor entre el colectivo inmigrante, comparado con las personas nativas³³⁻³⁸.

5.2.2.3. Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH)

En cuanto al SUH, tan sólo uno de los estudios analizados concluye que el uso y la frecuentación por parte de las personas inmigrantes es mayor que la realizada por las personas nativas³⁷ y dos de ellos, que este servicio haría las veces de puerta principal de entrada y contacto directo con los servicios sanitarios^{34,37}. El resto de publicaciones, en cambio, asociaron un menor uso de estos servicios a este colectivo^{33,35,36,38}.

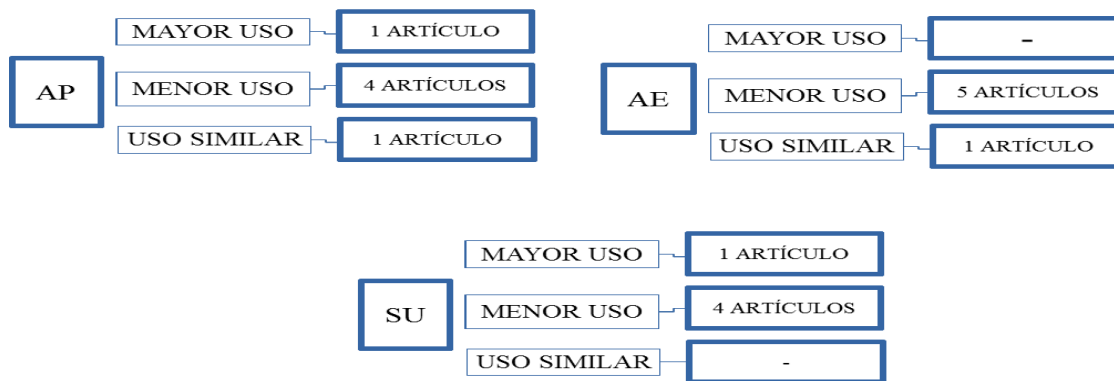


Fig. 8. Uso de los servicios sanitarios. Relación de resultados.

5.3.- Posibles limitaciones en el sistema sanitario para la atención al inmigrante

A pesar de que en España el acceso a la atención sanitaria es universal, la mayoría de los estudios consultados determinan que el uso que hacen estas personas de los recursos viene determinado por varios factores culturales y sociales que pueden condicionar el acceso a los distintos recursos sanitarios³³⁻³⁸. Por tanto, la equidad en éste aspecto podría no garantizar la igualdad del acceso a una atención de alta calidad³⁶.

Para este objetivo, por tanto, se decidió clasificar los resultados en función de si los datos encontrados se basaban en las opiniones facilitadas por personal sanitario o bien, por personas pertenecientes al colectivo inmigrante, a fin de comprobar si existía una correlación en las conclusiones obtenidas entre ambos grupos.

5.3.1. Resultados de los datos obtenidos: personal sanitario

Los artículos escogidos que basaron sus estudios en entrevistas realizadas a profesionales del ámbito sanitario, muestran una serie de dificultades en la atención al colectivo inmigrante que tienen que ver, por un lado, con las dificultades encontradas en cuanto a la comunicación con este sector de la población; barreras idiomáticas, falta de material traducido y de disponibilidad de un traductor o mediador cultural³⁹⁻⁴².

Por otro lado, los autores distinguieron también dificultades relacionadas con la formación transcultural de los profesionales^{39,41,42}, las distancias culturales (malentendidos, diferentes

conceptos sobre el cuidado y la salud, etc.)^{40,41}, las dificultades para una adecuada continuidad asistencial⁴⁰ (movilidad del colectivo, pérdida de citas, etc.), y la dificultad de ofrecer un tiempo suficiente de consulta para la atención a este colectivo⁴¹. (Véase fig. 9).

5.3.2. Resultados de los datos obtenidos: colectivo inmigrante

En cuanto a los estudios que analizaron las respuestas ofrecidas por las personas inmigrantes, los resultados muestran correlaciones referentes a las dificultades en la comunicación⁴³⁻⁴⁵ y las distancias culturales^{44,45}. La única diferencia entre los datos obtenidos según la clasificación expuesta, es referente a un artículo que incluía también el sentimiento de discriminación percibido por las personas inmigrantes entrevistadas⁴⁴. (Véase fig. 9).

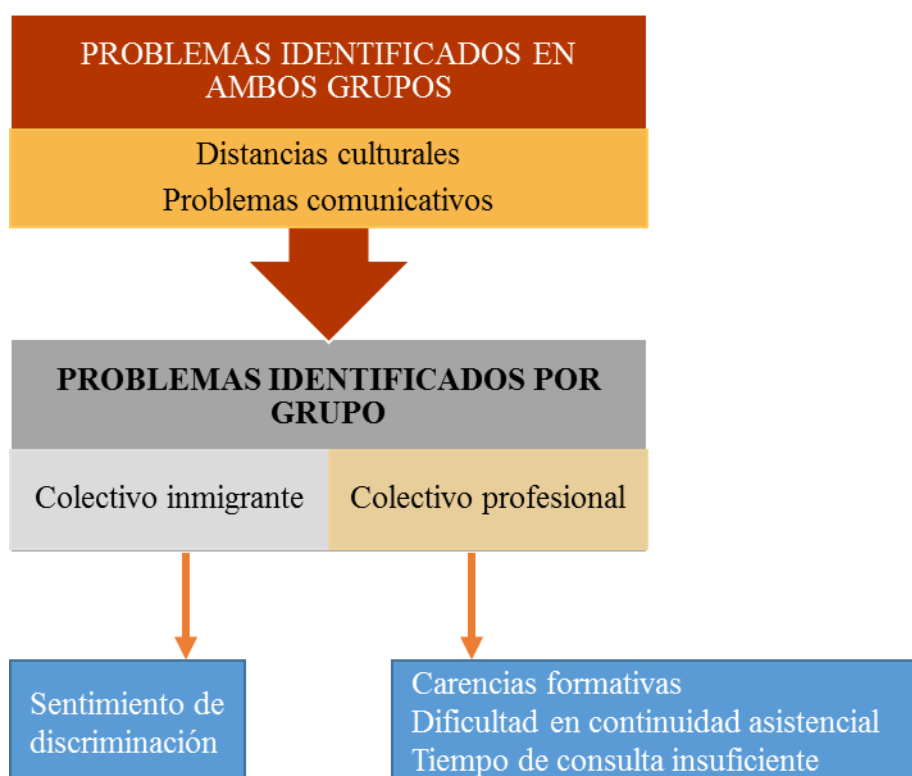


Fig. 9. Dificultades en la atención.

5.3.3. Recomendaciones en base a los datos obtenidos

De la información extraída de los artículos analizados en el apartado de resultados y tras consultar diferentes publicaciones y guías de actuación encontradas mediante búsquedas manuales⁴⁶⁻⁴⁸, se extrajeron una serie de diagnósticos⁴⁸ (véase anexo 11), riesgos potenciales⁴⁸

(véase anexo 12) y recomendaciones que se identifican como necesarias para evitar carencias en la atención a este colectivo³⁹⁻⁴⁸.

-Identificar los patrones de relación: Actitud.

- **Asimilación:** anulación cultural. (Considerados ciudadanos de pleno derecho, pero no se permite que mantengan su identidad).
- **Integración:** Aceptación e integración cultural, manteniendo la propia cultura.
- **Interculturalidad:** Interacción entre diversas culturas. Igualdad, integración y convivencia.
- **Multiculturalidad:** las comunidades viven según su cultura, pero se tienen que incorporar aspectos de la cultura autóctona.
- **Segregación:** separación, marginación.

❖ Acogida: Adaptada a cada individuo.

Conocer las necesidades de la persona:

- Procedencia y origen étnico de la persona.
- Tiempo de residencia.
- Soporte social.
- Idioma.
- Estilo de comunicación no verbal.
- Religión.
- Preferencias y prohibiciones alimentarias.
- Condiciones y calidad de vida y vivienda.
- Situación económica del paciente.
- Creencias y prácticas en salud.
- Costumbres y creencias acerca de las situaciones de transición en la vida como el nacimiento, la enfermedad y la muerte.
- Gestión de expectativas (opción de retorno a su país, deudas pendientes, etcétera).
- Tipo de trabajo.
- Situación administrativa (regular o irregular).

❖ Anamnesis:

- Comprobar filiación correcta e informar de cómo llevarlo a cabo en caso de necesario.

- País de origen y ruta migratoria (incluido análisis de patologías presentes en el país de origen, posibles enfermedades adquiridas durante el viaje, etc.).
- Genograma familiar. Situación geográfica de los referentes familiares. (Red familiar/social de la que dispone).
- Grado de elaboración del proyecto migratorio. (expectativas previas y futuras, etc.).
- Salud mental. (Elaboración de duelos y riesgos potenciales, prejuicios, etc.).
- Exámenes de salud previos (patologías diagnosticadas y tratamientos recibidos, alergias, hábitos tóxicos, vacunas, antecedentes familiares, etc.).
- Exploración general y PAPPS.
- Pruebas complementarias si precisa.

❖ Principales dificultades que pueden aparecer y recomendaciones:

Problemas lingüísticos: Puede ser útil la presencia de traductores, mediadores o agentes de salud comunitaria (como puente entre culturas), así como familiares y personas del entorno que faciliten la comunicación.

Diferencias en la utilización del lenguaje no verbal: actuar con precaución e identificar el lenguaje no verbal universal y el exclusivo a culturas concretas.

Paralenguajes: incluyendo tonos de voz, enfatizaciones, etc. característicos de cada grupo poblacional (es preciso conocerlos para evitar errores en la interpretación: enfado por un tono de voz elevado, etc.).

Herramientas y recursos: Disponer de materiales en diversos idiomas y accesibles de manera inmediata y más tiempo por paciente.

Informar: profesionales de referencia a los que puede acudir, circuitos y recursos del sistema.

Diferencias culturales: formación en competencia cultural centrada en aspectos culturales y que atienda a la diversidad. De carácter práctico, a fin de proveer atención a pacientes con culturas diversas. Que atienda a los condicionantes culturales y personales, hábitos de vida, etc., y esté basada en el respeto y la capacidad de detectar diferencias religiosas y culturales, básico para asumir el mayor compromiso posible ante el cuidado y la atención a la persona inmigrante.

Interferencias emocionales: el profesional puede presentar emociones negativas al percibir la atención al inmigrante como un esfuerzo añadido (sensación de inseguridad y falta de preparación, falta de tiempo suficiente, sensación de esfuerzo añadido, etc.). La persona inmigrante, por su parte, puede sentir rechazo, desconfianza, incomprensión y frustración.

Movilidad del colectivo: puede suponer dificultades en la continuidad asistencial. Informar sobre profilaxis, vacunaciones, consejos generales, etc.

Desconocimiento de los recursos y funcionamiento del sistema: Informar y educar. Realización de actividades programadas con formato de taller y metodología grupal, que proporcione confort psicológico a las personas y permita descargar ansiedad ante personas con iguales problemas, y donde los participantes sean parte integrante y activa en el proceso. Ayudarse de material traducido, mediadores culturales, intérpretes, etc.

Éstas pautas constituyen únicamente una aproximación a la mejora en la calidad asistencial al colectivo inmigrante, sin olvidar que también las políticas sanitarias, el marco legal y la involucración tanto de organizaciones como del personal sanitario juegan un papel imprescindible en el logro de los objetivos.

6. Conclusiones

En base a la evidencia estudiada, las características socioeconómicas y circunstancias sociales, familiares e individuales son determinantes en la valoración del estado de salud de estas personas²¹⁻³¹, siendo la precariedad laboral, la falta de apoyo social, discriminación percibida y distancias culturales (manejo del idioma, constructo cultural en cuanto al cuidado de la salud, sintomatología y consideración patológica de la enfermedad, etc.), los factores determinantes más importantes para este colectivo en la autovaloración de su salud²¹⁻³¹.

Los resultados sobre el uso de los servicios sanitarios concuerdan en la importancia del grado de inclusión, la comunicación, situación familiar y social, características sociodemográficas y socioeconómicas, el constructo cultural de la salud (concepto utilitarista, prejuicios en cuanto a ciertas disciplinas, etc.)^{33,34,37,38}, y el tiempo de residencia^{33,34,37,38}, como determinantes de la utilización de los recursos.

En la misma línea, las limitaciones y carencias encontradas en la atención a la persona inmigrante se centran sobre todo en las dificultades para la comunicación³⁹⁻⁴⁴, las distancias culturales^{40,41}, un tiempo de consulta insuficiente para atender a las necesidades de este colectivo⁴¹ y la falta de formación intercultural de los profesionales^{39,41,42}.

Al analizar los resultados encontrados en su conjunto, las características determinantes halladas se corresponden con la definición de desigualdad social en salud emitida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en sus Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.

Según la definición aportada por éste, las desigualdades se definirían como: “*diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente, resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos*¹³”.

Por tanto, los datos obtenidos muestran cómo las desigualdades que sufren (desconocimiento del idioma, proceso de aculturación, posible discriminación, desconocimientos de los programas de promoción y prevención, un nivel formativo menor, desconocimiento del sistema y su funcionamiento, situación socioeconómica, etc.) son, según los datos encontrados, responsables de una morbilidad superior a otros factores de riesgo para la salud, además de prevenibles en la mayoría de los casos^{8,9,13}.

Tomando como referencia estos datos se considera que el nivel de respeto y la capacidad de detección de las diferencias religiosas o culturales en relación con el cuidado de la salud, es una tarea fundamental que los profesionales sanitarios deben asumir con el mayor compromiso para lograr una atención culturalmente apropiada ante la diversidad⁴⁵.

-Conclusiones sobre la literatura consultada

Entre las limitaciones encontradas en los estudios destacan la diversidad en cuanto al tamaño de las muestras, problemas de representatividad, infrarrepresentación o sobrerrepresentación de determinados grupos^{25,27,35}, problemas de validez de la información recogida (relacionados sobre todo con los instrumentos de medición), la restricción de los estudios a determinadas zonas geográficas que dificultan la extrapolación de resultados a otras comunidades y la ausencia de variables clave de ajuste o estratificación³².

Dada la heterogeneidad y características de los resultados encontrada en los artículos, en futuras investigaciones es preciso plantear objetivos más específicos, que atiendan a la gran diversidad y factores condicionantes del grupo de población inmigrante, para así recuperar resultados más realistas de la situación actual. Asimismo, se considera necesario diseñar estudios que no sólo se basen en la interpretación de encuestas y entrevistas aleatorias basadas en la memoria y las circunstancias puntuales de la población diana, sino que basen sus análisis en herramientas más fiables y medibles de cara a una representación más adecuada³².

A modo de ejemplo, para la valoración del uso de los servicios sanitarios, una de esas herramientas utilizadas en algunos de los estudios consultados^{36,37} es la que se basa en el marco teórico propuesto por Aday y Andersen, que diferencia entre acceso potencial (análisis de los determinantes) y realizado, y que además consideran las características de la población (predisponentes, facilitadores y necesidad), proveedores y aseguradoras (factores del servicio de salud) que influyen en la utilización^{49,50}.

El presente trabajo no está exento de otras limitaciones tales como; el alcance limitado, la muestra total de artículos escogidos y la imposibilidad de acceso a texto completo de diversos artículos seleccionados. Sin embargo, entre las fortalezas del estudio, se ha de destacar la sistematizada estrategia de búsqueda, así como su selección y análisis crítico, que ha permitido el acercamiento a una realidad social y de salud pública.

Como conclusión general extraída del presente trabajo, se considera que existe una imperiosa necesidad de investigación sobre la atención al colectivo inmigrante y las medidas para abordarlo, además de que la Enfermería debe implicarse en revelar las incógnitas pendientes y estar capacitada para responder a las necesidades de toda la comunidad.

“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”.

Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). HECHOS Y CIFRAS 2014. México. [Consulta noviembre de 2015]. Disponible en: <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2>
- 2.- Gozávez V. La inmigración extranjera en España. Cultura Sociedad. *Nueva Revista*. 2007; 111.
- 3.- López L. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Rev esp Atención Primaria*. 2008; 40:232–233.
- 4.- Malmusi D, Ortiz G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2014; 88(6): 687-701.
- 5.- Valero J A, Coca J R, Valero I. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de población*. 2014; 20(80): 9-45.
- 6.- Seppilli T. Le nuove immigrazioni el problema di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo. La nuevas inmigraciones y los problemas de estrategia de los servicios sanitarios europeos: un cuadro introductorio *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* . 2006; 22:179-202. CSIC. Base de Datos ISOC.
- 7.-Fakuda-Parr S, Jahan S, Norman O, Raworth K, Hill R, Mezzetti P, et al. Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano. Informe sobre el desarrollo humano [sede web]. New York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2001 [acceso febrero de 2016]. Disponible en: <http://hdr.undp.org>
- 8.- Ronda E, Ortiz G, Hernando C, Vives-Cases C, Gil-Gonzalez D, Casabona J. [General characteristics of the original articles included in the scoping review on health and immigration in Spain]. [in Spanish] *Rev Esp Salud Publica*. 2014; 88(6): 675-85. In: Ovid MEDLINE®.
- 9.- Agudelo AA, Ronda E, Gil D, Vives C, Garcia AM, Garcia F, Ruiz C, Lopez MJ, Porthé V, Sousa E, [The migratory process, working conditions and health in immigrant workers in Spain (the ITSAL project)]. [in Spanish] *Gac Sanit*. 2009; 23 Suppl 1115-21. In: Ovid MEDLINE®.
- 10.- Sanchis A., Varela C., Martins G., Díaz M. Riesgo psicosocial de los trabajadores inmigrantes en España. *Med. segur. Trab*. 2013; 59(232): 345-360.
- 11.- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). [Sede web]. [Consultado enero 2016]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/news/la-oim-contabiliza-3771-muertes-de-migrantes-en-el-mediterraneo-en-2015-y-mas-de-un-millon-de>
- 12.-Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado. Plan Estratégico Ciudadanía e Inmigración. Madrid. Dirección General de Integración de los Inmigrantes; 2011-2014. [Sede web]. [Consultado enero 2016]. NIPO: 790-11-177-8. Disponible en:

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf

13.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. NIPO en línea: 680-15-007-1. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf

14.- Martín U, Esnaola S. Changes in social inequalities in disability-free life expectancy in Southern Europe: the case of the Basque Country. *Intern. j. equity health*. 2014; 13(1): 74. In: Ovid MEDLINE®.

15.- Pardo G, Engel JL, Agudo S. Factores condicionantes de salud en población inmigrante procedente de África subsahariana. *Semergen. Medicina de familia*. 2007; 33(1).

16.- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de enero de 2015. Estadística de Migraciones. Datos Provisionales. INE; 1 de enero de 2015 [citado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np917.pdf>

17.- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Boletín Informativo de la Seguridad Social, (11-11-2015). Disponible en:

http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/169476

18.- Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco, Nº 127, (29-6-2012). Disponible en:

<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-bopv2/es/p43aBOPVWebWar/VerParalelo.do?cd2012002973>

19.- Red Acoge. Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables [Informe Sanidad]. Madrid. 2015. Disponible en:

http://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jur%C3%ADdico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf

20.- Plaza del Pino FJ, Martínez L, Rodríguez J, Plaza del Pino MD. Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes. *Inquietudes: Revista de enfermería, Año 13*. 2007; 37: 33-39.

21.- Achotegui J, Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*. 2009; 106(4): 122-133.

22.- Farré JJ, Simó M, Mérida M^ªP, Pelegrí T, Baiget M, Miñano C. Necesidad de atención sanitaria, en el síndrome de Ulises. *Ciber Revista -Esp-*. 2014; 40.

- 23.-Sendra JM, de Francisco P, Iribarren M, Vargas M. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): Estudio descriptivo. *Rev Psiquiatría Salud Mental*. 2012; 5(3): 173-182.
- 24.- Dean J, Wilson K. 'My health has improved because I always have everything I need here...': A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants. *Social Science & Medicine*. 2010; 70(8): 1219-1228 Available from: CINAHL.
- 25.-Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C. [Sociodemographic variables and lifestyle as predictors of self-perceived health in immigrants in the Basque Country [Spain]]. [in Spanish] *Gac Sanit*. 2008; 22(5): 404-12. In: Ovid MEDLINE®.
- 26.- Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. Healthy Immigrant Effect: An Empirical Approach to the Health Trajectory of Immigrant Population Based on the 2011-2012 ENSE. *Estudios de Economía Aplicada*. [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 15]; 31(2): 339-358. Disponible en: CSIC. Base de Datos ISOC.
- 27.- Garcia P, Oliva J. [Health-related quality of life of working-age immigrant population]. [in Spanish] *Gac Sanit*. 2009; 23 Suppl 138-46. In: Ovid MEDLINE(R).
- 28.-Porthé AV, Benavides F, Vázquez ML, Ruiz C, García A, Ahonen E, Agudelo A, Benach J. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit*. 2015; 23: 107-14.
- 29.-Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?. *Eur J Public Health*. 2014; 24 Suppl 180-6. In: Ovid MEDLINE®.
- 30.- Aerny N, Ramasco M, Cruz J L, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanitaria*. 2010; 24(2): 136-144.
- 31.- Rodriguez E, Gonzalez Y, Bacigalupe A, Martin U, Lanborena N. [Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain)]. [in Spanish] *Gac Sanit* . 2014; 28(4): 274-80. In: Ovid MEDLINE.
- 32.-Monge S, Ronda E, Pons M, Vives C, Malmusi D, Gil D. Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2015; 29(6): 461-463.
- 33.-Carmona R, Alcazar R, Sarria A, Regidor E. [Use of health services for immigrants and native population: a systematic review]. [in Spanish] *Rev Esp Salud Publica*. 2014; 88(1): 135-55. In: Ovid MEDLINE®.

- 34.- Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten. Primaria*. 2012; 44(2): 82-88.
- 35.-Vall-Llosera L, Saurina C, Saez M. [Immigration and health: needs and primary health care use by immigrant population in the Girona Health Region]. [in Spanish] *Rev Esp Salud Publica*. 2009; 83(2): 291-307.
- 36.- García I, Vargas I, Sanz B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M, Vazquez ML, I M. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(10): 182-201. In: Ovid MEDLINE®.
- 37.- Bas P, Fernández M, Albar MJ, García M. Percepción y experiencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit*. 2015; 29(4): 244–251.
- 38.-Sánchez JA, Alarcón D, Murillo F, Pérez I. Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía 2011. *Informes Estudios e Investigación*. 2011 [Consulta Marzo 2016]: Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010233836&DocumentID=AEA000127>
- 39.-Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *Journal Of Cultural Diversity*. 2006; 13(4): 190-201. Available from CINAHL
- 40.-Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. [Internet] 2006 [cited 2015 Nov]; 37(03): 154-59. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0212-6567/37/154>
- 41.-Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov]; 23(5): 396-402. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0213-9111/23/396>
- 42.-Preciado M, Gisbert E. Training and transculturality: immigrant patient care as perceived by first-year nursing students. *Cultura De Los Cuidados*. 2006; 20: 55-61. Available from: CINAHL
- 43.-Aller MB, Colome JM, Waibel S, Vargas I, Vazquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10(4): 1474-88. In: Ovid MEDLINE®.
- 44.-Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Immigrant perceptions of the Spanish National Healthcare System and its services. In Press, Corrected Proof . Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com.proxy1.athensams.net/science/article/pii/S0212656715001857?np=y>
- 45.-Fuertes C., Trujillo E., Pinillos M.A., Balanzó X., Miró Ò., Burillo-Putze G. La atención a la diversidad en urgencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33(1): 149-161.

46.-Valerio LI. coordinador. Guía de atención primaria al paciente inmigrante. 2ª ed. Cataluña: Grupo de Trabajo en Cooperación y Salud Internacional (COCOOPSI). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2011. Disponible en:

http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsT treball/Docs/Cocoopsi/CAST_guiapacientinmigrant.pdf

47.-Roca C. coordinadora. Guía de atención clínica al paciente inmigrante. Cooopsi, Comissió de Cooperació i Salut Internacional de la SCMFIC. Revista Clínica Electronica en Atención Primaria; 2003. Disponible en:

https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m2n3/rceap_a2004m2n3a5.pdf

48.-García R. coordinador. Con la colaboración de la Escuela andaluza de Salud Pública: González E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Consejería de salud, Junta de Andalucía; 2007. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf

49.-Vargas-Lorenzo Ingrid, Vázquez-Navarrete M. Luisa, Mogollón-Pérez Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. salud pública*. 2010; 12(5): 701-712.

50.-Aday LA, Andersen RM A framework for the study of access to medical care. *Health Serv. Res.* 1974; 9: 208–220.

8. Anexos

ANEXO 1: Términos clave de migración.

Inmigración - Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él.

Migrante - A nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término "migrante." Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por "razones de conveniencia personal" y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias.

Refugiado - Persona que con "fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país". (Art. 1 (A) (2), de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de 1967).

Migración laboral - Movimiento de personas del Estado de origen a otro con un fin laboral. La migración laboral está por lo general regulada en la legislación sobre migraciones de los Estados. Algunos países asumen un papel activo al regular la migración laboral externa y buscar oportunidades de trabajo para sus nacionales en el exterior.

Migrante calificado- Trabajador migrante que por sus competencias recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país distinto al suyo. Por esas razones, está sujeto a menos restricciones en lo que respecta a la duración de su estadía en el país receptor, al cambio de empleo y a la reunificación familiar.

Migrante documentado - Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él, de acuerdo al criterio de admisión.

Migrante irregular - Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular).

Trabajador de temporada - Todo trabajador migrante cuyo trabajo, por su propia naturaleza, depende de condiciones estacionales y sólo se realice durante parte del año. (Art. 2 (2) (b) de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de 1990).

Migrante económico - Persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen. Este término se distingue del de "refugiado" que huye por persecución o del refugiado de facto que huye por violencia generalizada o violación masiva de los derechos humanos. También se usa para hacer referencia a personas que intentan ingresar en un país sin permiso legal y/o utilizando procedimientos de asilo de mala fe. Asimismo, se aplica a las personas que se establecen fuera de su país de origen por la duración de un trabajo de temporada (cosechas agrícolas), llamados "trabajadores de temporada" o temporeros.

ANEXO 2: Datos del INE para 2015

Cifras de Población a 1 de enero de 2015. Estadística de Migraciones 2014 (INE)

25 de junio de 2015

Principales resultados *Datos Provisionales*

-La población residente en España disminuyó en 72.335 personas durante 2014 y se situó en 46.439.864 habitantes a 1 de enero de 2015.

-El número de españoles aumentó en 156.872 personas y el de extranjeros disminuyó en 229.207. En estos resultados influye el proceso de adquisición de nacionalidad española que afectó a 205.870 residentes en 2014.

-Durante 2014 España registró un saldo migratorio negativo de 102.309 personas (españoles y extranjeros), un 59,3% menor que en 2013. La inmigración aumentó un 9,4% y la emigración descendió un 23,1% respecto al año anterior.

-En el caso de los españoles, el saldo migratorio fue de -37.507 personas en 2014, un 8,3% menor que el año anterior.

-En 2014 emigraron 78.785 españoles, de los cuales 50.249 eran nacidos en España.

-En el caso de los extranjeros, el saldo migratorio fue de -64.802 personas en 2014, un 69,2% menor que el año anterior. Emigraron 330.559 personas e inmigraron 265.757.

ANEXO 3: Marco Legal

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

«Artículo 3. *De la condición de asegurado.*

1. **La asistencia sanitaria** en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, **se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.**

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y **los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.**

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción *oficial correspondiente*, *el ex cónyuge* a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante **el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.**

6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.»

[...]

Tres. Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 ter. *Asistencia sanitaria en situaciones especiales.*

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) **De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.**

b) **De asistencia al embarazo, parto y postparto.**

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»

ANEXO 4: TABLA DE CONCEPTOS Y PALABRAS CLAVE

CONCEPTOS	SINÓNIMOS	INGLÉS	PALABRAS CLAVE
Inmigración	migración, éxodo, desplazamiento, llegada, traslado, entrada	migration exodus crossing movement moving reestablishment	Emigration and Immigration migrants emigrants and immigrants
Salud	Salubridad sanidad	good health robust health sanity perfect health excellent health good state of health	Health Status Health
Servicios de salud	-Prestación sanitaria -asistencia sanitaria -red de salud -sistema sanitario -atención médica	healthcare provision healthcare health assistance health network sanitary system medical care health Care health assistance	Health Care Services Health services

Acceso	entrada llegada	entry Access, ingress entrance	Health Services Accesibility Access Utilization
Desigualdad	diferencia disparidad divergencia distinción diferenciación	difference disparity discrepancy , divergence distinction differentiation	Healthcare disparities Social Inequalities in health Determinants Health Status Disparities
Necesidad/ Carencia	apuro aprieto carencia falta escasez insuficiencia	Need Necessity lack shortage scarcity deficiency	Needs and Demands
Limitación	Restricción barrera obstáculo	limitation constraint restraint restriction	-
Prestación	Servicio ayuda asistencia beneficio	Delivery Benefit Provision of a service	Delivery of health care

ANEXO 5: TABLAS DE PROCESO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

ANEXO 5.1.: TABLA DE PROCESO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (PRIMER OBJETIVO)

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº DE RESULTADOS	ESCOGIDOS	OBSERVACIONES
MEDLINE	Health Status/ (65295) limit 1 to (structured abstracts and yr="2005 - 2015") (20043) "Emigrants and Immigrants"/ (7203). 1 and 2 and 3 (167)	167	4	No objetivo: 26 Limitados a una nacionalidad: 48 No relevancia para el objetivo: 12 Edad no productiva: 17 Otros migrantes: 8 Enfermedades concretas: 38 No acceso a texto completo: 8 Sólo mujeres: 6 Seleccionados: 4
IME	Healthy immigrant effect	1	1	Un único artículo como resultado de la búsqueda
CINAHL	Healthy immigrant effect	Búsqueda manual	1	-
Doyma	inmigración económica situación salud España 2005-2015	49	1	No tratan el objetivo: 23 Edad: 3 Repetidos: 2 Literatura gris: 2 Mujeres: 1 Enfermedades concretas: 9

				No interés para el objetivo: 7 Nacionalidad concreta: 2 Seleccionados: 1
Science Direct	salud mental inmigración	Búsqueda manual	1	-
CUIDEN	inmigración and estado and salud	47	1	No objetivo: 15 Otras nacionalidades: 5 Patología concreta: 5 Mujeres: 3 Repetidos: 4 Otras publicaciones: 11
CUIDEN	salud and mental and inmigración	66	0	No objetivo: 17 Otras nacionalidades: 10 Patologías concretas: 6 Mujeres: 2 Repetidos: 10 Otras publicaciones: 21

ANEXO 5.2: TABLA DE PROCESO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (SEGUNDO OBJETIVO)

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE RESULTADOS	ARTÍCULOS ESCOGIDOS	OBSERVACIONES
MEDLINE	"Health Services Needs and Demand"/ (45456)	93	2	No objetivo: 21 Edad: 5

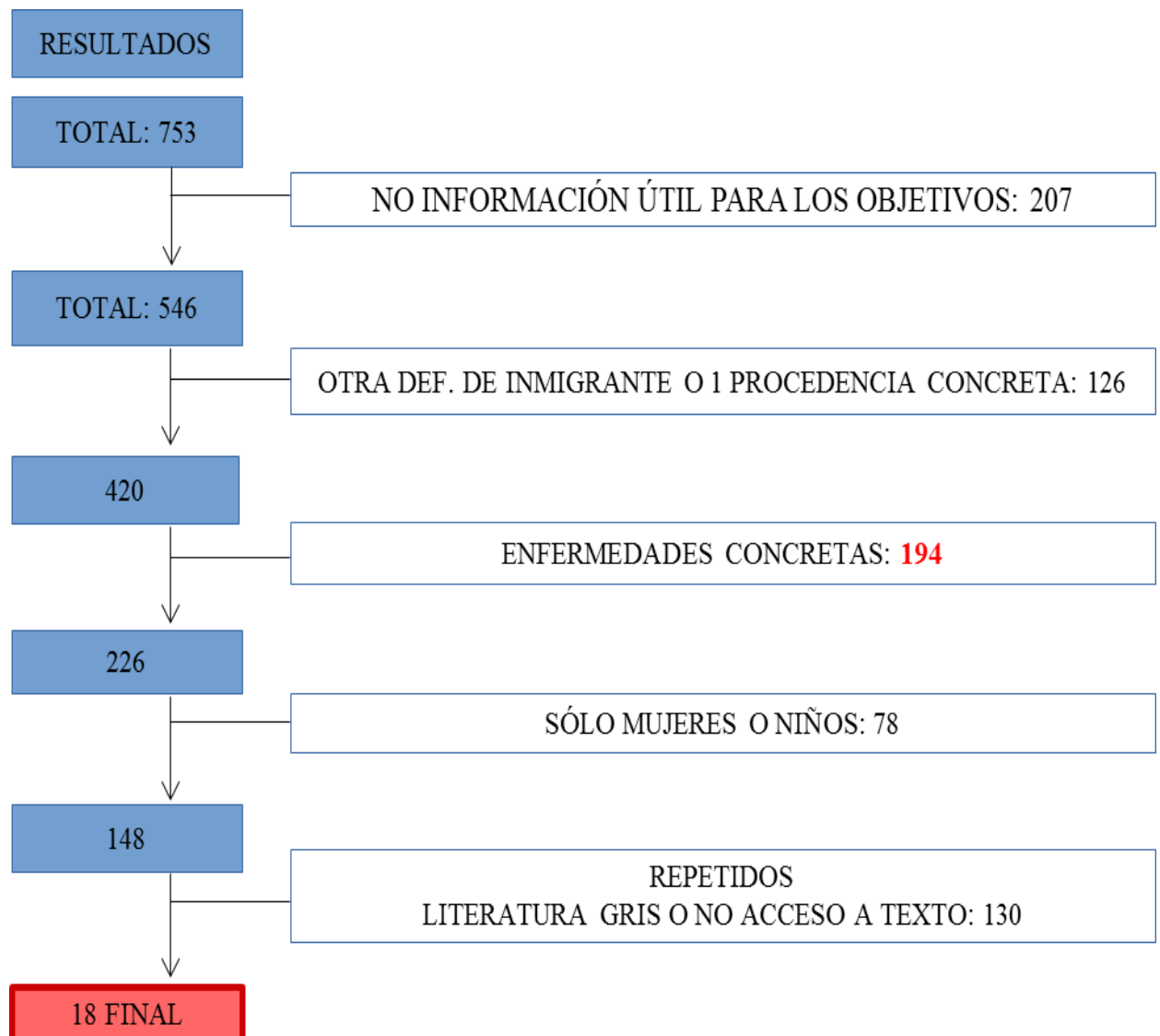
	2 limit 1 to (structured abstracts and yr="2005 - 2016") (7195) 3 "Emigrants and Immigrants"/ (7203) 4 1 and 2 and 3 (93)			Otras nacionalidades: 13 Refugiados, presos, etc.: 7 Enfermedades concretas: 23 Mujeres: 15 Repetidos: 3 No PRB: 3 No texto completo: 1 Seleccionados: 2
Doyma	Inmigración económica uso servicios sanitarios. Filtros: 2005-2015	28	1	No objetivo: 9 Repetidos: 6 Edad: 2 Enfermedades concretas: 10
Dialnet unirloja	Inmigración uso servicios sanitarios	16	2	No objetivo: 4 Mujeres: 4 Nacionalidades: 1 Enfermedades concretas: 2 Edad: 1 No PRB: 1 Repetido: 1
COCHRANE PLUS	Immigrants	3	0	No objetivo: 3
COCHRANE PLUS	Immigrantes	23	1	No objetivo: 3 Enfermedades concretas: 16 Otras publicaciones: 2 No datos nuevos de interés: 1

ANEXO 5.3: TABLA DE PROCESO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA (TERCER OBJETIVO)

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE RESULTADOS	ARTÍCULOS ESCOGIDOS	OBSERVACIONES
Doyma	Problemas en la atención al inmigrante	25	0	Repetidos: 7 No objetivo: 11 enfermedades: 3 mujeres: 3 Nacionalidad: 1
Doyma	Atención al inmigrante 2006-2015	162	2	Repetidos: 33 No objetivo: 36 De 1 nacionalidad: 15 Enfermedades: 65 Sólo mujeres: 11 Seleccionados: 2
Science Direct	Mejoras en la atención paciente inmigrante	77	0	No información de interés (repetidos, no hablan del objetivo, etc.)
Science Direct	Barreras del sistema sanitario AND inmigrantes	Búsqueda manual	1	Perspectiva del usuario
FISTERRA	Inmigración	2	0	RESULTADOS PARA GUÍA CLÍNICA: (HEPATITIS CRÓNICA Y SOMATIZACIÓN EN PEDIATRÍA) NO VALEN
CINAHL	Atención al inmigrante 2005-2016	7	0	Enfermedades concretas: 4 No objetivo: 2 Otra nacionalidad: 1

CINAHL	Immigrant care (2005-2016)	13	0	No objetivo: 3 Otras nacionalidades: 5 No acceso texto completo: 3 No datos de interés para el trabajo: 1 Sólo tiene en cuenta a médicos: 1
CINAHL	Immigrant Health AND needs	27	2	No objetivo: 8 No información interés: 1 Nacionalidades concretas: 7 Enfermedades concretas: 6 Repetidos: 1 Edad: 2
Medline	Emigrants and immigrants AND health services limitation	0	-	
Medline	"Emigrants and Immigrants"/ (7321). limit 1 to (abstracts and yr="2005 - 2016") (5940) "Health Services Needs and Demand"/ or "Delivery of Health Care"/ (114244) 1 and 2 and 3 (291). Spain/ (58736). 4 and 5 (24)	24	1	No objetivo: 3 Nacionalidades concretas: 3 Otros inmigrantes: 1 Mujeres: 3 Niños: 1 Enfermedades concretas: 4 Repetidos: 7 NO ACCESO TEXTO: 1
Google académico	Carencias inmigración	Búsqueda manual	1	-

ANEXO 6: Diagrama de flujo de selección de los artículos en bases de datos



ANEXO 7: TABLA RESUMEN DE LA LITERATURA CONSULTADA

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES	
FUENTE	ScienceDirect (búsqueda manual)
AUTOR	23.- Sendra JM, de Francisco P, Iribarren M, Vargas M. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): Estudio descriptivo. Rev Psiquiatría Salud Mental. 2012 [Revista en internet]. 5(3): 173-182. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989111000796
AÑO/PAIS	2012. Segovia
OBJETIVO	describir características asistenciales, evolución temporal, diferencias entre inmigrantes, y diagnósticos asociados a las nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias en inmigrantes en Segovia
TIPO DE ESTUDIO	descriptivo
MUESTRA	Población inmigrante, mayoritariamente de PRB y media, por ser los más numerosos en el territorio
HALLAZGO DE INTERESES	Mujeres: más consultas. Mayor tasa de nuevas consultas psiquiátricas en población centro-suramericanos, y menor en europeos orientales. Incidencia más baja: personas procedentes de Bulgaria, Marruecos, Rumania y Polonia. Trastornos adaptativos leves con ansiedad y depresión: mayor incidencia. Posible infrautilización e infradiagnóstico de problemas graves. La cultura de origen, así como las barreras en la comunicación, jugarían un papel determinante en la etiología, sintomatología y consideración patológica de la enfermedad mental.
PALABRAS CLAVE	Salud mental e inmigración

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES	
FUENTE	CINAHL.

AUTOR	24.- Dean J, Wilson K. 'My health has improved because I always have everything I need here...': A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants. Social Science & Medicine [serial on the Internet]. (2010, Apr 15), [cited February 14, 2016]; 70(8): 1219-1228 10p. Available from: CINAHL.
AÑO/PAIS	2010 Canadá
OBJETIVO	Analizar las diferencias entre el estado de salud de los inmigrantes y autóctonos de Canadá
TIPO DE ESTUDIO	Cualitativo
MUESTRA	Inmigrantes con objetivo migratorio económico.
HALLAZGO DE INTERESES	EN INGLÉS. HIS: Se cumple en Canadá. Con el tiempo el estado de salud se equipara al de la población autóctona.
PALABRAS CLAVE	Healthy Immigrant Effect

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	MEDLINE
AUTOR	25.-Rodriguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C. [Sociodemographic variables and lifestyle as predictors of self-perceived health in immigrants in the Basque Country [Spain]]. [in Spanish] Gac Sanit [Internet]. 2008 [cited 2008 Sep-Oct];22(5):404-12. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=19000520
AÑO/PAIS	2008. País Vasco.
OBJETIVO	Investigar la importancia de los factores sociodemográficos y de los estilos de vida en la autovaloración de la salud en los inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario del País Vasco.

TIPO DE ESTUDIO	descriptivo transversal
MUESTRAS	152 subsaharianos, 219 magrebíes, 167 latinoamericanos y 151 europeos no comunitarios. PRB EDAD PRODUCTIVA
HALLAZGO DE INTERESES	-La única variable determinante sobre estilos de vida que ha sido relevante es el alcohol (muchos de los participantes eran musulmanes). -Mejor valoración: hombres. (Feminización de la migración: mujeres latinoamericanas: proyecto en solitario que prioriza las necesidades del proyecto familiar. Mujeres magrebíes: proyecto no personal determinado por la reagrupación familiar. Concepciones culturales patriarcales y el desamparo que sienten, generan dificultades en cuanto a las redes de apoyo familiar y social, haciéndolas más vulnerables.). Apoyan la hipótesis del inmigrante sano. NO representación de ASIÁTICOS
PALABRAS CLAVE	Health Status AND "Emigrants and Immigrants"

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	IME
AUTOR	26.- Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. Healthy Immigrant Effect: An Empirical Approach to the Health Trajectory of Immigrant Population Based on the 2011-2012 ENSE. Estudios de Economía Aplicada. [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Dic 15]; 31(2): 339-358. Disponible en: CSIC. Base de Datos ISOC.
AÑO/PAIS	2013 España

OBJETIVO	Estudiar la dinámica de salud de la población inmigrante en España y aportar evidencia empírica que demuestre la existencia del Healthy Immigrant Effect.
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo transversal
MUESTRAS	A partir de 15 años. Con objetivo migratorio económico.
HALLAZGO DE INTERESES	- Mejores niveles de salud que la población nacional en los tres indicadores considerados - Aquellos inmigrantes que llevan 10 o más años: estados de salud similares a la población nacional, mientras que los más recientes: mejores resultados. HIS -Las mujeres peor. -un año adicional de residencia aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y sufrir limitaciones de las actividades diarias, en un 1,12 y en un 0,70% respectivamente.
PALABRAS CLAVE	Healthy Immigrant Effect

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	MEDLINE
AUTOR	27.- Garcia P, Oliva J. [Health-related quality of life of working-age immigrant population]. [in Spanish] Gac Sanit [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec];23 Suppl 138-46. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&A=N=19926170
AÑO/PAIS	2009. Cataluña.
OBJETIVO	estudiar la calidad de vida relacionada con la salud, centrándonos en población inmigrante en edad productiva (16–50 años).
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo

MUESTRAS	Edad productiva (16-50 años). Objetivo migratorio: económico.
HALLAZGO DE INTERESES	Peor valoración: dolor/malestar y ansiedad/depresión. Mejor en: autocuidados. Nivel de estudios inferior, precariedad laboral, peor situación económica. Menor consumo de alcohol y tabaco. Tiempo de estancia: peor valoración en estancias intermedias (5-10 años), después se equipara. Si se controlan todas las variables no se cumple el efecto del inmigrante sano. Mayor relevancia: desigualdades sociales. NO representación de ASIÁTICOS
PALABRAS CLAVE	Health Status AND "Emigrants and Immigrants"

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	Doyma
AUTOR	28.- Porthé AV, Benavides F, Vázquez ML, Ruiz C, García A, Ahonen E, Agudelo A, Benach J. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gac Sanit. [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 10]; 23:107-14. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com.proxy1.athensams.net/ei/ctl_servlet?_f=1012&id_articulo=13145748&idinst=19
AÑO/PAIS	2015. España
OBJETIVO	Describir las características de la precariedad laboral en inmigrantes irregulares en España y su relación con la salud.
TIPO DE ESTUDIO	Cualitativo
MUESTRAS Y TIPO DE PACIENTES	EDAD PRODUCTIVA INMIGRANTES IRREGULARES PRB

HALLAZGO DE INTERESES	elevada inestabilidad laboral; ausencia total de empoderamiento en tanto no cuentan con un marco de protección legal; elevada vulnerabilidad agudizada por su situación legal y su estatus de inmigrante; nivel de ingresos insuficiente; ausencia total de derechos laborales y escaso poder para exigir mejores condiciones; tiempo de trabajo extenso y a ritmo acelerado. Reportaron no haber tenido problemas de salud graves, aunque destacan problemas de salud física y mental que relacionan con sus condiciones de empleo y situación legal.
PALABRAS CLAVE	Inmigración económica situación salud España

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES	
FUENTE	MEDLINE
AUTOR	29.- Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?. Eur J Public Health [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov];24 Suppl 180-6. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=25108002
AÑO/PAIS	2014 España
OBJETIVO	Explorar la heterogeneidad de las diferencias de salud entre los migrantes y nativos en cuatro países europeos
TIPO DE ESTUDIO	INGLÉS . Descriptivo
MUESTRAS	Procedentes de PRB en edad productiva
HALLAZGO DE INTERESES	Peor estado de salud percibida en Francia, Bélgica y España. Mejor en Italia. (Hipótesis: por fuerte selección de la migración o una mejor integración de los inmigrantes). Causas posibles: Diferencias en el marco legal, tiempo de permanencia (por la “hipótesis de asimilación”: a mayor tiempo de estancia, la salud se equipara), condiciones de vida y trabajo, distancias en el idioma, diferencias en los planes de acogida y políticas sanitarias.

PALABRAS CLAVE	Health Status AND "Emigrants and Immigrants"
----------------	--

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	CUIDEN
AUTOR	30.- Aerny N, Ramasco M, Cruz J L, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanitaria. 2010 mar-abr. Consultado el 18 de febrero del 2016. 24(2):136-144. Disponible en: < http://www.index-f.com/ >
AÑO/PAIS	2010. Madrid
OBJETIVO	Describir el estado de salud y sus determinantes en los inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid y compararlos con los de la población autóctona.
TIPO DE ESTUDIO	descriptivo transversal
MUESTRA	12.190 inmigrantes de países de renta media-baja con menos o más de 5 años de residencia en España.
HALLAZGO DE INTERESES	Perfil: personas jóvenes, con una situación laboral precaria y ocupaciones por debajo de su nivel académico. Hábitos de vida: fumarían y beberían menos y la participación en programas de prevención y promoción sería menor. Los problemas crónicos serían similares al resto, aunque presentan una prevalencia más escasa. En cuanto a las mujeres: estado de salud autopercebido y mental peor, en comparación con autóctonas, condicionado por el tiempo de residencia en el país (sería peor para aquellas mujeres con un tiempo de residencia igual o superior a 5 años).
PALABRAS CLAVE	inmigración and estado and salud

ESTADO DE SALUD DE LOS INMIGRANTES

FUENTE	MEDLINE
AUTOR	31.- Rodriguez E, Gonzalez Y, Bacigalupe A, Martin U, Lanborena N. [Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain)]. [in Spanish] Gac Sanit [Internet]. 2014 [cited 2014 Jul-Aug];28(4):274-80. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24613078
AÑO/PAIS	2014. País Vasco
OBJETIVO	Analizar las desigualdades en el estado de salud percibido y el papel de diferentes determinantes sociales en la explicación de tales desigualdades.
TIPO DE ESTUDIO	descriptivo transversal.
MUESTRA	Inmigrantes de entre 18-65 años. EDAD PRODUCTIVA. PROCEDENCIA: PRB Y MEDIA
HALLAZGO DE INTERESES	-Relación significativa con la salud: nivel de estudios, situación laboral y apoyo social. También ser mujer: mujeres magrebíes tuvieron peores resultados que las autóctonas. Lo atribuyen a un efecto conjunto de varias desigualdades (género e inmigración). -Sin efecto significativo: tiempo de residencia, comprensión del idioma y discriminación percibida. No descartan el efecto del inmigrante sano.
PALABRAS CLAVE	Health Status AND "Emigrants and Immigrants"

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FUENTE	MEDLINE
AUTOR	33.- Carmona R, Alcazar R, Sarria A, Regidor E. [Use of health services for immigrants and native population: a systematic review]. [in Spanish] Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov-Dec];88(1):135-55. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24728396

AÑO/PAIS	2014. España
OBJETIVO	describir la evidencia científica sobre si existen diferencias en la utilización de los servicios de medicina general y especializada entre la población inmigrante con respecto a la autóctona.
TIPO DE ESTUDIO	Revisión bibliográfica 1994 hasta 2013 estudios anglosajones y del norte de Europa e Italia
MUESTRA	Todos los inmigrantes, mayoritariamente en edad productiva
HALLAZGO DE INTERESES	Servicios de medicina general: el mismo uso AE: menor o igual uso de los servicios de medicina especializada. Factores geográficos y culturales: la proximidad cultural puede condicionar la frecuencia. Población africana: mayor utilización por mayores problemas de salud. Diferencias socioeconómicas: las condiciones laborales pueden conducir a determinados colectivos a la pérdida de las citas previas. Tiempo de residencia: mayor tiempo, mayor integración y conocimiento del sistema sanitario, y peor salud autopercebida y mental, mayor necesidad y utilización de los servicios sanitarios.
PALABRAS CLAVE	“Health Services Needs and Demand” AND "Emigrants and Immigrants

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FUENTE	DIALNET
AUTOR	34.- Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Aten. Primaria. [serial on the Internet]. 2012. [Consulta 10 Dic. 2015]. 44(2):82-88. Disponible en : http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3892053
AÑO/PAIS	2012. Barcelona

OBJETIVO	conocer desde el punto de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los distintos colectivos de inmigrantes, detectar las dificultades y facilidades de acceso al sistema sanitario, conocer la puerta de entrada que utilizan para acceder al sistema, la continuidad asistencial que ejercen o la relación que se establece entre profesional y usuario.
TIPO DE ESTUDIO	cualitativa, exploratoria, descriptiva y de carácter fenomenológico
MUESTRA	73 profesionales de atención primaria y hospitalaria: cargos directivos o coordinadores, médicos, personal de enfermería y mediadores culturales.
HALLAZGO DE INTERESES	Según los profesionales: no hay barreras de acceso, el servicio de urgencias es principal puerta de acceso y hacen una menor continuidad asistencial. Diferencias en el acceso y uso según el origen y según el grado de integración social. Uso determinado por: dominio de la lengua y un mejor conocimiento del sistema. Paciente sudamericano: hiperfrecuentadores y demandantes. Los pacientes chinos: acceden muy tarde. Causa: uso de medicina tradicional. Origen marroquí y pakistaní: acceso tardío; por la precariedad laboral y económica. La cultura sanitaria del país de origen: ayuda a interpretar cómo será el acceso y la utilización de los servicios. Salud mental: reciben menos pacientes de los que cabría esperar, (prejuicios).
PALABRAS CLAVE	Inmigración uso servicios sanitarios

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
FUENTE	DIALNET
AUTOR	35.- Vall-Llosera L, Saurina C, Saez M. [Immigration and health: needs and primary health care use by immigrant population in the Girona Health Region]. [in Spanish] Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov-Dec];83(2):291-307. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2990658
AÑO/PAIS	2009. Girona

OBJETIVO	analizar la morbilidad atendida, las necesidades y la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria por parte de la población inmigrante, comparándolo con los usuarios autóctonos teniendo en cuenta el sexo, la edad, el origen geográfico y los condicionantes sociodemográficos.
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo
MUESTRA	645 usuarios de los servicios de atención primaria. Inmigrantes económicos y en edad productiva
HALLAZGO DE INTERESES	Estadísticamente significativas: detectan una población inmigrante más joven, más hombres, con mayor precariedad laboral, menor nivel educativo y con unas peores condiciones de vivienda que la población autóctona. La población autóctona: mayor número de visitas, mayor cantidad de medicamentos, más trastornos crónicos, más prácticas preventivas y mayor conocimiento de los métodos de planificación familiar. A peores niveles de formación y mayor precariedad laboral, mayor frecuentación al margen del origen. Una peor salud real y/o percibida: mayor frecuentación, mientras que un mayor conocimiento de métodos de planificación familiar y su utilización, favorece un menor uso de los servicios, independientemente del origen. No asiáticos
PALABRAS CLAVE	Inmigración uso servicios sanitarios

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
FUENTE	MEDLINE
AUTOR	36.- Garcia I, Vargas I, Sanz B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M, Vazquez ML, I M. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2014 [cited 2015];11(10):10182-201. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=25272078
AÑO/PAIS	2015. España

OBJETIVO	analizar los cambios en el acceso a servicios de salud y sus determinantes en la población inmigrante y nativos en España, antes y durante la crisis económica.
TIPO DE ESTUDIO	EN INGLÉS Descriptivo. Análisis comparativo de dos iteraciones de la Encuesta Nacional de Salud español (2006 y 2012)
MUESTRA	INMIGRANTES DE PAÍSES DE RENTA MEDIA-BAJA. DE 16 A 59 AÑOS.
HALLAZGO DE INTERESES	Urgencias: Sin diferencias excepto: Menor uso: en 2012, los inmigrantes en paro hacen un menor uso de los servicios de emergencia que los trabajadores inmigrantes. Hipótesis: mayor conocimiento del sistema de salud, disminución de los accidentes de trabajo, posiblemente debido al aumento del desempleo relacionado quizá con tener el tiempo necesario para visitar a un médico general. La equidad en el acceso a la atención no garantiza la igualdad de acceso a una atención de alta calidad. AP y AE: Menor uso, pero las mujeres hacen un mayor uso de los dos servicios. Hipótesis: uso relacionado con los servicios de maternidad y ginecología (SE EXCLUYE atención PARTOS en el estudio). las clases sociales más pudientes hacen un menor uso de la atención primaria y un mayor uso de los servicios de atención especializada.
PALABRAS CLAVE	"Health Services Needs and Demand", "Emigrants and Immigrants"

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
FUENTE	Doyma
AUTOR	37.- Bas P, Fernández M, Albar MJ, García M. Percepción y experiencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov]; 29(4):244–251. Disponible en: http://www.cespyd.es/procomdi/images/d/d2/Gaceta2015a.pdf
AÑO/PAIS	2015. Campo Gibraltar.

OBJETIVO	Identificar y describir las necesidades y los problemas percibidos por la población inmigrante en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud.
TIPO DE ESTUDIO	cualitativo descriptivo de orientación fenomenológica
MUESTRA	18 a 65 años 51 inmigrantes de 11 nacionalidades. (China, India, Marruecos, Senegal, Lituania, Ucrania, Rusia, Costa de Marfil, Nigeria, Argelia y Guinea)
HALLAZGO DE INTERESES	En general utilizan la asistencia a demanda y quedan relegados los servicios de promoción y prevención de la salud. Necesidades de alfabetización en salud. Datos: Mayor uso de las urgencias. Menor uso de la AP. Barreras del sistema sanitario: falta de disponibilidad de intérpretes. Tiempos de espera. Uso de tecnicismos de los profesionales. Horarios de consulta incompatibles. Falta de información sobre servicios y programas. Según tiempo de permanencia en el país (desconocimiento del sistema + influencia de las condiciones laborales + idioma + cultura: menor uso: importante alfabetización en salud. Después se equipara). Género: mujer de cultura islámica, papel secundario en las decisiones sobre salud, menor capacidad para desenvolverse por desconocimiento del idioma y nivel formativo menor. Procedencia China: satisfacción baja con los servicios, muestras comportamientos de segregación cultural.
PALABRAS CLAVE	Inmigración económica uso servicios sanitarios.

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FUENTE	COCHRANE PLUS
AUTOR	38.- Sánchez JA, Alarcón D, Murillo F, Pérez I. Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía 2011. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010233836&DocumentID=AEA000127

AÑO/PAIS	2011. Sevilla
OBJETIVO	Conocer los patrones de frecuentación de los usuarios e identificar qué factores son los que condicionan esa conducta.
TIPO DE ESTUDIO	Cualitativo Descriptivo
MUESTRA	1025 encuestas válidas a usuarios de los servicios sanitarios
HALLAZGO DE INTERESES	Las personas que utilizaban los recursos de modo frecuente, lo hacen tanto en una red como en otra. Perfil del usuario: personas mayores de 50 años (especialmente mayores de 65), en mayor medida mujeres, con bajo nivel de estudios e ingresos, y preferentemente de nacionalidad española. Colectivo que realiza un menor uso: persona joven, estudiante, y con un nivel académico superior a la media. Colectivo inmigrante: uso más espaciado, y por problemas concretos y puntuales.
PALABRAS CLAVE	Inmigrantes

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

FUENTE	CINAHL
AUTOR	39.- Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. Journal Of Cultural Diversity [serial on the Internet]. (2006, Winter2006), [cited February 14, 2016]; 13(4): 190-201 12p. Available from CINAHL
AÑO/PAIS	2006. Minnesota
OBJETIVO	Identificar las necesidades de los inmigrantes y refugiados y la forma en que se ven afectados por la pobreza y las tensiones post- inmigración
TIPO DE ESTUDIO	cualitativo, exploratorio. Entrevista a 62 profesionales sanitarios
MUESTRA	Sobre personas procedentes de PRB y media, migración económica

HALLAZGO DE INTERESES	<p>EN INGLÉS</p> <p>Según los datos recabados, confirman que las condiciones socioeconómicas adversas son responsables de las carencias que experimenta la población inmigrante. Por tanto, las políticas y programas gubernamentales relacionados con el bienestar, la salud, las barreras idiomáticas, la formación profesional de los trabajadores en el ámbito sanitario, y las políticas sociales (integración, vivienda, etc.) juegan un papel determinante en la salud de este colectivo.</p> <p>Resuelven así, que los cambios políticos y de la organización en favor de solventar las desigualdades en salud y fomentar las políticas sociales, evitarían problemas más costosos a largo plazo.</p>
PALABRAS CLAVE	Immigrant Health AND needs

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA	
FUENTE	Doyma
AUTOR	40.- Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. [Internet] 2006 [cited 2015 Nov]; 37(03): 154-159. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0212-6567/37/154
AÑO/PAIS	2006. España
OBJETIVO	Conocer los problemas que percibe el médico de familia en la atención al inmigrante y describir las soluciones propuestas.
TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo, transversal
MUESTRA	262 médicos de 18 centros de salud
HALLAZGO DE INTERESES	<p>Los inmigrantes acuden más de urgencia (81,1%), es más habitual que no tengan historia clínica (74,7%), tienen dificultades para obtener la tarjeta sanitaria individual (53%) y un 67% no manifiesta dificultades para acceder al hospital.</p> <p>Causas: movilidad del colectivo (82,9%), el idioma (82,3%) y la cultura (71,3%), y como soluciones se proponen tener traductor (95,6%), o mediador cultural (82,7%).</p> <p>En clínica: no se perciben diferencias en las enfermedades ni una mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas (66%); asimismo, la falta de experiencia en patología nueva dificulta la atención (60,3%).</p> <p>Necesidad de elaborar protocolos específicos y crear una unidad de enfermedades importadas.</p>

	Prioridades: información sobre circuitos sanitarios y facilitar la tarjeta sanitaria.
PALABRAS CLAVE	Atención al inmigrante

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA	
FUENTE	Doyma
AUTOR	41.- Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov]; 23(5):396-402. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0213-9111/23/396
AÑO/PAIS	2009. España
OBJETIVO	Analizar las necesidades de apoyo expresadas por el personal sanitario en la atención al colectivo inmigrante y aportar sugerencias de mejora.
TIPO DE ESTUDIO	cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio y fenomenológico.
MUESTRA	entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales en una muestra teórica de informantes: directivos de proveedores (21) y profesionales de primaria y especializada (42).
HALLAZGO DE INTERESES	<p>-Materiales en diversos idiomas, más servicios de traducción, disponibilidad de mediadores culturales (como puente entre culturas) y más tiempo por paciente: para superar las barreras a la comunicación e información. Se identificaron problemas en la comunicación (falta de disponibilidad de intérpretes, material insuficiente e inaccesible, desconocimiento del idioma, etc.).</p> <p>-Formación transcultural (centrada en aspectos culturales y que atienda a la diversidad), de carácter práctico: para proveer atención a pacientes con culturas diversas (idioma, hábitos, nivel de analfabetismo, condicionantes culturales, etc.)</p> <p>-Para llevar a cabo los cambios y adaptaciones: introducir cambios en el sistema sanitario, y mejorar los planes estratégicos de acogida al inmigrante, así como campañas de información, con el respaldo de todas las instituciones del territorio y llevando a cabo modificaciones en las políticas sanitarias. Los resultados apuntan al desconocimiento, debilidades en las estrategias e instrumentos utilizados como responsables de la ineficacia de las medidas.</p>

	-Necesidades percibidas por el personal sanitario en la atención del inmigrante: tres grandes áreas: comunicación e información, formación y adaptación del sistema sanitario.
PALABRAS CLAVE	Atención al inmigrante

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

FUENTE	CINAHL
AUTOR	42.- Preciado M, Gisbert E. Training and transculturality: immigrant patient care as perceived by first-year nursing students. Cultura De Los Cuidados [serial on the Internet]. (2006, Sep), [cited February 14, 2016]; (20): 55-61 7p. Available from: CINAHL
AÑO/PAIS	2006. Madrid
OBJETIVO	captar la evolución de la imagen del paciente inmigrado entre los estudiantes de enfermería antes y después de su paso por las prácticas hospitalarias.
TIPO DE ESTUDIO	Cualitativo
MUESTRA	Estudiantes de enfermería (1 ^{er} curso) antes y después de su paso por las prácticas hospitalarias.
HALLAZGO DE INTERESES	<p>Previo a la formación: la opinión era similar a la de la población autóctona. Su posición relacional, paternalista.</p> <p>Tras la formación y prácticas: los dispositivos para la atención al paciente inmigrante eran insuficientes, destaca la falta de trato personalizado y la variabilidad en el comportamiento de los profesionales.</p> <p>Conclusiones: la formación debería centrarse en la tolerancia y la comprensión de los problemas de salud asociados al hecho migratorio.</p> <p>Las opiniones de los estudiantes coinciden con las de los profesionales: necesario fomentar la preparación de los profesionales.</p>
PALABRAS CLAVE	Immigrant Health AND needs

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

FUENTE	MEDLINE
AUTOR	43.- Aller MB, Colome JM, Waibel S, Vargas I, Vazquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan];10(4):1474-88. In: Ovid MEDLINE(R) [Internet]. http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23571452
AÑO/PAIS	2013. Cataluña
OBJETIVO	Comparar la percepción de continuidad entre inmigrantes y nativos en cuanto a relación, gestión e información en la atención y explorar la influencia de la duración de la estancia en la percepción de la continuidad de los inmigrantes
TIPO DE ESTUDIO	Transversal INGLÉS
MUESTRA	1.500 pacientes, 331 inmigrantes. pacientes mayores de 18 años que habían recibido At. primaria y secundaria en los tres meses anteriores a la encuesta. Los pacientes que no habían sido atendidos por profesionales de la medicina o que no podían entender o comunicarse efectivamente en catalán español o fueron excluidos (53,6 %) eran de América Central o del Sur ; 19,1 % eran del norte de África y el Magreb y el 16,7 % de Europa .
HALLAZGO DE INTERESES	Causas: posibles prejuicios de los profesionales, malentendidos y tiempo de consulta insuficiente. El tiempo de residencia influye en la percepción, a mayor tiempo de permanencia mejora relacional entre profesional/paciente (mejora el dominio del idioma, expectativas y actitud hacia los profesionales/sistema). Atención Secundaria: los inmigrantes valoraron más positivamente estas unidades en relación con los autóctonos. Es posible que los profesionales de Atención Secundaria hagan un esfuerzo extra para mejorar la comunicación con las personas inmigrantes.
PALABRAS CLAVE	Emigrants and Immigrants, Health Services Needs and Demand/ or Delivery of Health Care

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

FUENTE	ScienceDirect
AUTOR	44.- Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Immigrant perceptions of the Spanish National Healthcare System and its services. In Press, Corrected Proof —Note to users. Disponible en: http://www.sciencedirect.com.proxy1.athensams.net/science/article/pii/S0212656715001857?np=y
AÑO/PAIS	2015. Barcelona
OBJETIVO	Conocer la percepción, la utilización y la satisfacción en relación con los servicios sanitarios de un grupo de inmigrantes residentes en Barcelona en relación con su género, procedencia y clase social.
TIPO DE ESTUDIO	Estudio descriptivo transversal
MUESTRA	Centros situados en barrios de alta privación socioeconómica. 225 inmigrantes
HALLAZGO DE INTERESES	<p>La mayoría de las personas inmigrantes encuestadas valoran la atención en la consulta como respetuosa, siendo este aspecto uno de los más valorados entre el colectivo inmigrante, aunque la valoración general, y sobre todo la de las personas en situación administrativa irregular, es de percepción de discriminación por parte de los servicios sanitarios y, cerca del 70%, hace responsable de la calidad asistencial recibida a las diferencias culturales.</p> <p>En cambio, los tiempos de espera y el tiempo dedicado por los profesionales sanitarios a su atención no parecen ser aspectos en los que encuentren carencias significativas. En cuanto a la información recibida, los grupos entrevistados la valoraron como suficiente, pero en cuanto a la calidad en la comunicación, las personas procedentes de países de habla no hispana la calificaron como difícil.</p> <p>Finalmente, la valoración global de la calidad en los servicios, en comparación con la del país de origen fue valorada como mejor, con algunas diferencias respecto al país de procedencia y sexo de las personas entrevistadas.</p>
PALABRAS CLAVE	Barreras del sistema sanitario AND inmigrantes

CARENCIAS EN LA ATENCIÓN/DEFICIENCIAS DEL SISTEMA

FUENTE	Google académico
--------	------------------

AUTOR	45.- Fuertes C., Trujillo E., Pinillos M.A., Balanzó X., Miró Ò., Burillo-Putze G.. La atención a la diversidad en urgencias. Anales Sis San Navarra. 2010 [revista en la Internet]. [citado 2016 Feb 18]; 33(1):149-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200016&lng=es
AÑO/PAIS	2010. España
OBJETIVO	Analizar aspectos a tener en cuenta en la atención al paciente inmigrante
TIPO DE ESTUDIO	descriptivo
MUESTRA	Inmigrantes (migración económica)
HALLAZGO DE INTERESES	Dificultades en el profesional: una buena anamnesis, dificultades en cuanto a patologías desconocidas, dificultades de comunicación y el seguimiento de los procesos. Persona inmigrante: barreras idiomáticas, desconocimiento de derechos, del funcionamiento del sistema, incompatibilidad horaria, falta de comprensión del tratamiento/diagnóstico (uso de medicina tradicional, creencias culturales/religiosas), falta de mediadores culturales.
PALABRAS CLAVE	Carencias inmigración

ANEXO 8: Tabla análisis comparativo de variables y resultados. Primer objetivo.

Referencia	Variable Dependiente	Variable Independiente	Resultados
Sendra JM et al²³ 2012	-Incidencia poblacional de nuevas consultas -Relación de diagnóstico e inmigración -Ser inmigrante	-Características sociodemográficas -Características asistenciales (número de consultas, derivación, trimestre de consulta) -Características clínicas (diagnósticos clínicos)	-Nuevas consultas: Incidencia más alta en mujeres y personas procedentes de centro y Suramérica. Incidencia más baja: europeos orientales. -Problemas más frecuentes: trastornos desadaptativos leves con ansiedad y depresión. -El duelo migratorio es una situación vital estresante. -Importancia de la cultura en la expresión clínica de los síndromes psiquiátricos. Posible infradiagnóstico.
Dean J et al²⁴ 2010	-Autovaloración de la salud (a la llegada, permanencia y en comparación con la autóctona)	-Objetivo migratorio -Características sociodemográficas -Definición de salud individual -Hábitos de vida (actividad física, dieta, consumo alcohol/tabaco) -Tiempo de permanencia	-Tiempo de permanencia < 3 años: valoración similar: 2 personas. Buena: 7 personas. Muy buena: 11 personas. Entre 3-10 años: Mala: 1. Similar: 1. Muy buena: 5. >10 años: Mala: 0. Similar: 1. Buena: 4. Muy buena: 0 Apoya HIS: SÍ.
Rodríguez E et al²⁵ 2008	-Autovaloración de la salud	-Características sociodemográficas (procedencia, sexo, edad, nivel formativo, tiempo de permanencia) -Estilos de vida (IMC, horas de sueño, consumo de	-Valoración positiva de la salud (buena o muy buena): Magrebíes: 64,2 % Subsaharianos: 78,7% Latinoamericanos. 66,1% Europeos no comunitarios: 67,1% -Comparación de resultados con la población autóctona:

		tabaco/alcohol, actividad física relacionada con la ocupación).	Mejor valoración de hombres inmigrantes de entre 25-44 años. Peor valoración de las mujeres (70% frente al 82% de las mujeres autóctonas). HIS: SÍ.
Ribera B et al²⁶ 2013	-Autovaloración de la salud. -Presencia de problemas crónicos -Presencia de problemas limitantes para las AVD.	-Lugar de procedencia -Tiempo de permanencia -Características sociodemográficas y socioeconómicas	-Existe una amplia evidencia en favor de la HIS en países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Australia. -Las mujeres refieren peor estado de salud. -Las condiciones socioeconómicas son más precarias -La probabilidad de declarar mejor autovaloración de la salud fue de entre el 1,1% y 0,5%. La probabilidad de padecer problemas crónicos fue de un 10,23% y la de padecer problemas limitantes de un 27,5% menor que en población autóctona. HIS: SÍ
García P et al²⁷ 2009	-Calidad de vida referida -Autovaloración de la salud.	-Lugar de procedencia -Tiempo de permanencia -Características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel formativo, ocupación, apoyo social) y socioeconómicas. -Estado de salud diagnosticado. -Hábitos de vida.	-Las personas inmigrantes reportan mejores resultados para los indicadores de autocuidados y actividad cotidiana. -Peor para dolor/malestar y ansiedad/depresión, y situación socioeconómica. -Menor prevalencia de problemas de salud diagnosticados. -Hábitos de vida más saludables. HIS: NO.

Porthé V et al²⁸ 2009	-Autovaloración de la salud	-Características laborales (situación laboral y formativa, condiciones laborales, actividad sindical) y sociodemográficas -Percepción de salud	-No refieren problemas graves de salud -Problemas de salud mental leves relacionados con la situación legal y laboral. -Refieren peores condiciones de vida, laborales y sociales que repercute en su salud -Precariedad laboral “extrema”.
Moullan Y et al²⁹ 2015	-Autovaloración salud	-Tiempo de residencia -Condiciones vida y trabajo -Marco legal, planes de acogida, políticas sanitarias	-Peor estado de salud percibida en Francia, Bélgica y España. Mejor en Italia. (Hipótesis: por fuerte selección de la migración o una mejor integración de los inmigrantes). -Causas posibles: Diferencias en el marco legal, tiempo de permanencia (por la “hipótesis de asimilación”: a mayor tiempo de estancia, la salud se equipara), condiciones de vida y trabajo, distancias en el idioma, diferencias en los planes de acogida y políticas sanitarias.
Aerny N et al³⁰ 2010	-Estado de salud de las personas inmigrantes de entre 16 y 54 años -Determinantes en la valoración de la salud	-Características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, tipo de vivienda y condiciones), socioeconómicas y laborales -Actividad física en el trabajo, consumo de tabaco/alcohol -Autocuidado (medición periódica de la TA, cribados) -Tipo de cobertura sanitaria	-Perfil: personas jóvenes, en situación laboral precaria que fumarían y beberían menos. La participación en programas de prevención y promoción sería menor. -Los problemas crónicos presentan una prevalencia más escasa. -En cuanto a las mujeres: estado de salud autopercebido y mental peor en comparación con autóctonas, condicionado por el tiempo de residencia en el país.

		-Utilización previa de los recursos -Autovaloración de la salud	
Rodríguez E et al³¹ 2014	-Autovaloración de la salud	-Características sociodemográficas (lugar nacimiento, edad), socioeconómicas y apoyo social. -Discriminación percibidas- Estatus migratorio (tiempo de permanencia, situación administrativa, comprensión del idioma)	-Variables explicativas para una peor valoración de la salud: Nivel formativo, situación laboral, menor apoyo social, percepción de discriminación -Mujeres magrebíes: la peor valoración (55,8%). HIS: NO

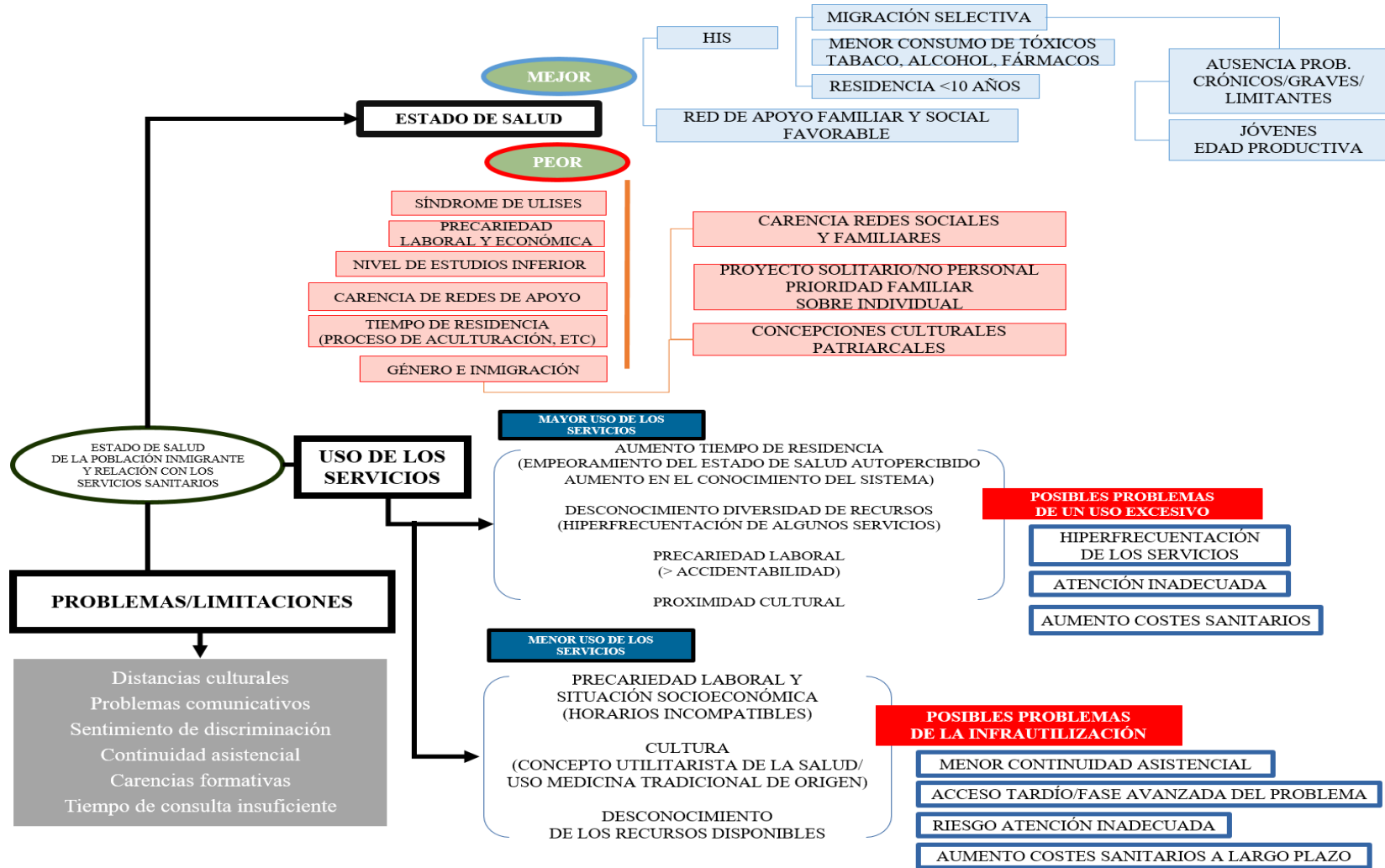
ANEXO 9: Tabla análisis comparativo de variables y resultados. Segundo objetivo.

REFERENCIA	Variable resultado	Variable explicativa	RESULTADOS
Carmona R et al ³³ 2014	-Uso de los servicios de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE)	-Necesidad -Situación socioeconómica -Estado civil -Limitaciones para las AVD -Hábitos de vida -tiempo de residencia -Cobertura sanitaria	-Sin diferencias en el uso de los servicios de AP y AE con respecto a la población autóctona

Llosada J et al ³⁴ 2012	-Uso de los servicios sanitarios por pacientes inmigrantes (opinión del profesional)	-Consideraciones generales de los profesionales de la salud -Acceso y uso según origen -Contexto que facilita el acceso a los servicios	-No encuentran barreras en el acceso -Mayor uso de las urgencias -Acceso tardío y poca continuidad asistencias relacionado con precariedad laboral y problemas de inclusión social -La condición de inmigrante no es suficiente para explicar la relación con los servicios: Diferencias asistenciales entre el colectivo inmigrante
Vall-Llosera L et al ³⁵ 2009	-Necesidad -Utilización de los servicios de AP con respecto a población autóctona	-Situación personal del entrevistado -Estado de salud -Estilo de vida -Salud mental y transculturalidad -Relación con el país de origen	Colectivo inmigrante: -50,1% visitas a AP -50% consumo de fármacos -29,6% trastornos crónicos -38% analfabetismo -53,5% vivienda en alquiler Autóctonos: -61,2% visitas a AP -66,7% consumo de fármacos -51,4% trastornos crónicos -17,4% analfabetismo -15% vivienda en alquiler -Tras el ajuste de las variables no se encontraron diferencias entre los dos colectivos.

García I et al ³⁶ 2015	-Necesidad insatisfecha -Uso de los diferentes niveles asistenciales	-Necesidad -Predisponentes -Factores favorables (MODELO ADAY y ANDERSEN)	-No se encontraron diferencias significativas en el uso de los diferentes niveles asistenciales, ni en cuanto a los determinantes de la utilización.
Bas P et al ³⁷ 2015	-Respuesta ante un problema de salud -Acceso al sistema -Conocimiento de los recursos de -Necesidades de alfabetización en salud	(MODELO ADAY y ANDERSEN)	-La respuesta ante un problema de salud se relacionan con la cultura de origen y el tiempo de residencia (a menor tiempo, mayor desconocimiento del sistema, desconocimiento de las diferencias de un servicio u otro, mayor uso de la medicina tradicional de origen y mayor uso del servicio de Urgencias). -Necesidades de alfabetización en salud relacionadas con el conocimiento del sistema y dominio del idioma.
Sánchez J et al ³⁸ 2011	-Uso de los diferentes niveles asistenciales -Caracterizar la muestra -identificar grado de conocimiento del sistema de Atención Primaria -Identificar motivaciones, percepciones y preferencias en el uso de Servicios de Urgencias Hospitalarias.	-Características sociodemográficas y socioeconómicas. -Motivo de salud por el que acuden. -Conocimiento del sistema. (MODELO ANDERSEN Y NEWMAN)	-Las personas que utilizaban los recursos de modo frecuente, lo hacen tanto en una red como en otra. -Perfil del usuario: personas mayores de 50 años, en mayor medida mujeres, con bajo nivel de estudios e ingresos, y preferentemente de nacionalidad española. -Colectivo que realiza un menor uso: persona joven, estudiante, y con un nivel académico superior a la media. -Colectivo inmigrante: uso más espaciado, y por problemas concretos y puntuales.

ANEXO 10: Mapa conceptual



ANEXO 11: Diagnósticos enfermeros

Diagnósticos enfermeros en población extranjera	
Diagnósticos (Código NANDA)	Relacionados con
00078.– <i>Manejo inefectivo del régimen terapéutico</i>	Dificultades económicas
	Complejidad del sistema de cuidados de salud
	Falta de soporte social
	Déficit de conocimientos
00099.– <i>Mantenimiento inefectivo de la salud</i>	Falta de las habilidades de comunicación
	Falta de recursos materiales
00002.– <i>Desequilibrio nutricional por defecto</i>	Factores económicos
	Factores religiosos, culturales
00028.– <i>Riesgo de déficit en el volumen de líquidos</i>	Disminución en la ingesta
00013.– <i>Diarrea</i>	Infecciones por mala higiene en los alimentos
00011.– <i>Estreñimiento</i>	Malos hábitos alimentarios ingesta de poca fruta, verdura...
00095.– <i>Deterioro del patrón del sueño</i>	Malas condiciones en la vivienda
	Separación de la familia
	Situación de ilegal
00093.– <i>Fatiga</i>	Relacionada con el trabajo

00051.–Deterioro de la comunicación verbal	Diferencias culturales
	No conocimiento del idioma
00153.–Baja autoestima situacional	Cambios de rol social en el hombre
	Fallo y rechazo
	Conducta inconsistente con los valores
00060.–Interrupción de los procesos familiares	Situación de transición o crisis
	Modificación de las finanzas familiares
00052.–Deterioro de la interacción social	Ausencia de personas significativas
	Barreras de la comunicación
00056.–Deterioro parental	Traslado
	Falta de recursos
00065.–Patrones sexuales inefectivos	Deterioro de las relaciones con la persona significativa
	Déficit de conocimientos sobre métodos anticonceptivos
00146.–Ansiedad	Conflictos sobre las metas de la vida
	Amenaza de cambio en el rol, en el entorno y en la situación económica
00069.–Afrontamiento inefectivo	Incertidumbre
	Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación
00114.–Síndrome del estrés del traslado	Cambio ambiental
	Traslado temporal o permanente
	Falta de apoyo adecuado por parte del grupo o sistema
00083.–Conflicto de decisiones	Percepción de amenazas a los valores personales
00066.–Sufrimiento espiritual	Separación de los vínculos culturales y creencias
	Puesta a prueba del sistema de creencias y valores
00035.–Riesgo de lesión	Con medios de transporte
	Con medios físicos (vivienda, trabajo)
00053.–Aislamiento social	Alteración del bienestar
00111.–Retraso en el crecimiento y desarrollo	Cuidados inapropiados

ANEXO 12: Riesgos potenciales.

Tabla 1. Criterios de riesgo social específicos para la población inmigrante

1. Irregularidad y/o ausencia de documentación personal mínima: DNI-pasaporte, tarjeta de residente, etcétera.
2. Problema laboral y/o económico que le exponga a la indigencia.
3. Aislamiento, desarraigo y/o ausencia de red social o familiar de apoyo y que dificulten la atención de problemas de salud.
4. Existencia de patología que exija especial control y seguimiento desde el sistema sanitario, con el objetivo de servir como agente de conexión.
5. Problema de vivienda que genere o mantenga problemática sanitaria y que dificulte el desarrollo normalizado de los convivientes: carencia, hacinamiento, ausencia-precariedad de servicios, subarrendos, etcétera.
6. Menores no escolarizados, explotación laboral de menores, menores cuidadores.
7. Factores culturales que dificulten la normalización del acceso a los servicios sanitarios.
8. Vivir en zonas de riesgo social elevada. Estigmatización y rechazo por parte de la población autóctona.
9. Problemas de comunicación.

