III Jornada Salud e Inmigración:
"Enfoques y retos ante las Desigualdades sociales"
Detección de necesidades y recomendaciones

Índice:

Introducción:

1- Desigualdades en salud.

2- Indicadores de salud y mapas de la vulnerabilidad.

3- Salud mental e inmigración.

4- Jóvenes migrantes.

5- Salud e interculturalidad.

Fotos de la jornada

Introducción:

Esta jornada fue organizada por La Fundación La Merced Migraciones, en colaboración con Madrid Salud y otras entidades sociales, en el marco del proyecto "MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA para la gestión de la diversidad cultural y la prevención de la discriminación en el ámbito de la salud", financiado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y el Fondo Social Europeo. La jornada se realizó en el Colegio de Médicos el día 27 de noviembre de 2017 en horario de 9:00 a 14:30 horas. El objetivo de la jornada fue identificar las principales desigualdades en salud que afectan a la población inmigrante y elaborar recomendaciones en materia de gestión de la diversidad en este ámbito.

Personas asistentes: 58 participantes. Profesionales sanitarios, trabajadores/as sociales, mediadores/as interculturales, investigadores/as sociales y miembros de entidades sociales.

El proceso de la jornada estaba orientado a la identificación y reducción de las desigualdades sociales en salud desde una perspectiva intercultural entre los participantes y representantes de las diferentes entidades con el fin de la mejora de la salud de la población inmigrante.

Es conocido que la pobreza es uno de los factores que genera mayores desigualdades sociales y que más daña la salud. La esperanza de vida de los pobres en todos los países

es menor que la del segmento económicamente pudiente de la población; similar fenómeno se produce en una misma ciudad entre los habitantes de sus barrios de extrema pobreza y extrema riqueza. Y aunque la inmigración está socialmente estratificada y es culturalmente diversa, en el caso de los inmigrantes recién llegados, esa exposición a la exclusión social (por su situación administrativa, barreras idiomáticas, dificultades en la homologación de estudios, trabajos en mayores condiciones de precariedad, escasez de redes sociales de apoyo, etc.), es más acentuada que en aquellos inmigrantes que llevan muchos años residiendo en nuestro país. La aporofobia, o el rechazo al pobre, y en este caso, al pobre "que no es de aquí", se convierte así en una percepción social que tiende a instalarse en un sector de la sociedad. Por eso es tan importante para contrarrestar lo anterior, la promoción de una sociedad cada vez más inclusiva, donde los servicios públicos incluido el sistema sanitario y sus profesionales, tengan en cuenta esta problemática, promocionen la equidad y pongan de relieve una perspectiva intercultural que contemple los deberes y derechos que todos y todas tenemos como ciudadanos/as.

Por lo general, los movimientos de población hacen que los migrantes sean más vulnerables a riesgos sanitarios y los exponen a los posibles peligros y al estrés relacionado con los desplazamientos, la inserción y adaptación a su nuevo entorno.
Las personas que acaban de migrar a menudo se ven enfrentadas a una situación de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión y tienen escaso acceso a prestaciones sociales y servicios de salud. Por su parte, los trabajadores migrantes suelen concentrarse en sectores y ocupaciones con un alto nivel de riesgo de salud laboral.

El análisis de las desigualdades sociales en salud en las diferentes mesas de trabajo, se ha focalizado en la dimensión del factor migratorio como determinante social de la salud y como generador, asimismo, de desigualdades sociales en salud entre población migrante. Desde esta perspectiva, en la *"III Jornada Salud e Inmigración: enfoques y retos antes las desigualdades sociales"*, se ha analizado el impacto actual en las desigualdades sociales en la salud de las personas inmigrantes. Asimismo se ha profundizado en el conocimiento de las necesidades en salud de este colectivo.

El principal objetivo de la salud pública es evitar las desigualdades entre las personas migrantes y la población de acogida en lo que concierne a la situación sanitaria y al acceso a los servicios sanitarios. A su vez, es necesario garantizar los derechos sanitarios de los migrantes, para lo cual hay que prevenir y actuar contra la discriminación o estigmatización y suprimir los obstáculos que impiden el acceso de los inmigrantes a una adecuada atención y prestaciones sanitarias.

La equidad en el acceso a los servicios sanitarios con relación al estado de salud de la población debería constituir una de las prioridades de los países desarrollados, y debieran promoverse acciones y medidas dirigidas a garantizar la eliminación de las desigualdades, ya sean en función de la edad, el género, la clase social, la etnia, el país de origen, la situación migratoria, la situación laboral, etc.

La Jornada se inició con una ponencia que sirvió de marco de referencia introductorio, para después pasar a 5 Mesas temáticas que fomentaron la participación y facilitaron el intercambio de opiniones y experiencias. Los debates y aportaciones se centraron en las desigualdades sociales presentes en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. Se trabajó el eje de las desigualdades sociales en salud a través de diagnósticos participativos grupales en todas las áreas temáticas propuestas que se presentan en la atención sanitaria a pacientes inmigrantes. Se identificaron las dificultades que tienen, tanto los/as profesionales sociosanitarios/as como los/as usuarios/as inmigrantes en su relación asistencial. A continuación, se reformularon muchas de esas dificultades en propuestas de mejora para reducir las desigualdades que afectan la salud de las personas inmigrantes.

Se exponen a continuación un resumen de la **detección de necesidades y recomendaciones de las 5 mesas de trabajo**:

1- Desigualdades en salud.

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores que deben ser considerados dentro del concepto de salud, estos factores están relacionados a veces de manera compleja con aspectos muy variados. El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud, es un tema de mucha importancia en la actualidad que además deben ser el marco de referencia y actuación de la salud pública. Para lograr disminuir las desigualdades sociales en salud se hace imprescindible hacerlo mediante los mecanismos generadores o perpetradores de las desigualdades, que precisamente se describen en el marco de los determinantes estructurales o intermedios de la desigualdad propuesto por la Organización Mundial de la Salud y adaptado por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en España.

La inmigración es uno de los determinantes sociales de la salud directamente influenciado por las políticas sociales que se lleven a cabo y que pueden provocar profundas desigualdades sociales en la salud de los inmigrantes. El género, la clase y la etnia van a determinar dichas desigualdades especialmente en este colectivo, situándolo en la escala más baja de la posición social; esta vulnerabilidad también se hace visible en el Sistema de Salud.

En marco del desarrollo de la *III Jornada Salud e Inmigración:"Enfoques y retos ante las desigualdades en salud"* y con los diferentes participantes de la mesa temática de "Desigualdad y salud" mediante el intercambio de opiniones y experiencias entre actores de diferentes perfiles que representaban principalmente a Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y al sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, se identificaron los retos en temas de desigualdad y salud en sus áreas de trabajo así como posibles formas de mejora o de superar dichas desigualdades.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Dificultades o retos	**Propuesta de mejora**
Estructurales	
Real decreto Ley 16/2012	Buscar las vías legislativas con las que se pueda derogar el Real Decreto, ya que es considerado el mayor perpetrador de desigualdades no sólo para la población inmigrante, sino también para la población autóctona que emigra hacía otros países.
Barreras acceso de trabajo	Fomentar la participación en el mercado laboral.
Barrera idiomática	1. Facilitar la disponibilidad de intérpretes y mediadores "de la misma comunidad" en los diferentes servicios de salud. 2. Facilitar el acceso al estudio del castellano gratuito. 3. Integrar en los grupos de trabajo de intérpretes no voluntarios sino como parte de los equipos de trabajo contratado garantizando la confidencialidad de la información. 4. Facilitar el acceso a la traducción oficial de documentos "importantes en salud, por ejemplo:

	la cartilla de vacunación".
Intermedios	
Precaria situación económica de la población inmigrante	Fortalecer grupos de autoayuda y acceso a trabajo.
Invisibilización de la mujer inmigrante y alteración de su proyecto de vida	1. Visibilizar el rol de la mujer inmigrante y facilitar el acceso y participación en grupos de apoyo. 2. Incluir la perspectiva de género. 3. Reivindicar las perspectivas de género.
Presencia de grupos más vulnerable dentro de la población inmigrante LGBTI	Visibilizar la realidad vivida por este grupo.
Intermedios	
Precarias condiciones de vivienda, movilidad geográfica y cambio de domicilio	Facilitar el acceso a vivienda.
Falta de acceso a información de la población inmigrante sobre sus derechos en especial a la salud	1. Facilitar información sobre los derechos de la población inmigrante. 2. Facilitar la formación a profesionales en competencias interculturales.
Falta de información sobre el RD/16 a todos los funcionarios sanitarios	Hacer jornada de capacitación a todo el personal sanitario que facilite unificar información y criterios en cuanto a atención de la población inmigrante.
Facilitar el acceso de algunos grupos minoritarios	1. Identificar los lugares donde se encuentran los grupos. 2. Realizar procesos de acercamiento en la misma comunidad a los grupos de estas comunidades.
Empoderar a los colectivos inmigrantes	1. Realizar jornadas lúdico/recreativas con los

	diferentes grupos de población inmigrante sobre salud y sus derechos en la preservación de la salud así como en los otros determinantes. 2. Fomentar los espacios de intercambio con el sector salud. 3. Fomentar procesos de integración e inclusión que generen espacios de encuentro y convivencia. 4. Fomentar las redes propias de los colectivos inmigrantes. 5. Acciones colaborativas desde los diferentes niveles, teniendo como eje central el ámbito comunitario.
Limitación en el acceso a alimentos, sobre todo los saludables	Facilitar el acceso a los alimentos, a su uso y preparaciones saludables.
Facilitar la atención de procesos de prevención y promoción de la salud y no la enfermedad.	1. Dejar de tratar como enfermedad al duelo migratorio. 2. Humanizar las políticas sanitarias, fortalecer sus recursos y presupuesto.
Barreras administrativas de acceso al sistema sanitario	Formar a los administrativos de los centros de salud sobre los derechos y acceso al sistema sanitario de los pacientes inmigrantes. Fortalecer el trabajo en red y facilitar el proceso de compartir la información.
Prisma biomédico frente a la misión social o transcultural y la medicalización por la presión asistencial	Potenciar la atención en salud desde la perspectiva de la transculturalidad.
Falta de acompañamiento en educación a niños	Brindar apoyos extracurriculares a los niños y

y niñas de origen extranjero.	niñas de origen extranjero.
Miedo a acudir a centros asistenciales de salud	1. Por miedo a ser identificados como inmigrantes irregulares y de ser devueltos a su país de origen. 2. Falta de solvencia económica para cubrir los costes de atención.

2- Indicadores de salud y mapas de la vulnerabilidad.

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos especialmente sucesos biodemográficos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La Organización Mundial de la salud los ha definidos como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud siempre requieren el uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son: registros de sucesos demográficos, censos de población y vivienda, registros ordinarios de los servicios de salud, datos de vigilancia epidemiológica, encuestas por muestreo (encuestas poblacionales), registro de enfermedades, otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).

Existen algunos indicadores relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores, por ejemplo: la política sanitaria, las condiciones socioeconómicas, vulnerabilidad, las prestaciones de atención de salud, el estado de Salud. Los indicadores más utilizados para medir el estado de salud de la población son: indicadores de mortalidad, natalidad, morbilidad y calidad de vida, esperanza de vida.

Las siguientes son las cuestiones que los grupos de trabajo relataron con respecto a los indicadores de salud que existen actualmente para medir la salud de la población migrante, y qué aspectos sería necesario poner en marcha para mejorar los indicadores que se están utilizando o qué otros se pueden proponer, y las acciones a poner en marcha para mejorar los resultados en salud de la población inmigrante.

En indicadores de salud como la mortalidad y la esperanza de vida no se registra la variable país de origen, sin embargo sí que se dispone de algunos indicadores que miden la salud de la población inmigrante. Algunos de estos indicadores provienen de

datos epidemiológicos: registros de Tuberculosis, VIH, embarazos no deseados, o Interrupciones voluntarias del embarazo. También se han realizado investigaciones cualitativas que estudian las actitudes, creencias y comportamientos con respecto a la salud de esta población. De todas formas los grupos manifiestan la necesidad de mejorar todos los indicadores de salud.

Por otra parte, la Dirección General de Salud Pública de Madrid ha desarrollado una metodología de Mapas de la Vulnerabilidad en Salud, que parten de un modelo de Determinantes Sociales de la salud, un enfoque de Equidad e Interculturalidad.

Un Mapa de Vulnerabilidad en Salud (MVS) es la representación espacial de zonas donde concurren características compartidas por la población residente que definen su situación de vulnerabilidad (condiciones de vida, vivienda o trabajo precarias, escasez o difícil acceso a recursos, problemas urbanos y medioambientales, peor estado de salud, etc.), así como los recursos y activos en salud existentes. Estos están facilitando el trabajo comunitario en salud a los equipos socio-sanitarios y favoreciendo la planificación, la priorización y la intervención en salud en territorios concretos.

La representación de esas zonas de vulnerabilidad se realiza mediante el Sistema Geográfico de Indicadores en Salud (SIGIS), que permite la superposición de capas con información seleccionada sobre algunos determinantes sociales de la salud (indicadores sociodemográficos, entre ellos población migrante, país de origen, económicos, medioambientales, mortalidad, recursos sanitarios, educativos, sociales etc.) facilitando la identificación y la priorización de situaciones y colectivos hacia los que dirigir las intervenciones. (M. Ramasco Gutiérrez et al. /Gaceta Sanitaria. 2017; 31(5): 432-435).

El SIGIS es un instrumento excelente para evidenciar y visualizar desigualdades en salud e identificar zonas con mayores problemas a escala local. Supone una herramienta dialógica que permite un análisis completo de la situación. Su adaptabilidad a zonas geográficas pequeñas evita la agregación de datos y resulta más útil para un uso comunitario (equipos de salud, concejalías, etc.), pudiendo realizarse a nivel de barrio, distrito o incluso sección censal. A partir de la selección de las zonas básicas de salud con peores indicadores de vulnerabilidad en salud, se inicia un proceso de relación con los actores clave de un territorio a fin de identificar conjuntamente áreas prioritarias de intervención y desarrollar un plan de acción consensuado.

Como paso previo a la elaboración del MVS, un grupo de trabajo técnico ad hoc formado por representantes de los servicios de salud pública, selecciono las zonas básicas de salud (ZBS) más vulnerables a partir de los indicadores relacionados con la vulnerabilidad disponibles en sus sistemas de información y los contemplados en el Atlas de Mortalidad y desigualdades socioeconómicas y medioambientales 1993-2006 y 2001-2007. La selección final, que a continuación se muestra, se hizo por consenso técnico. Indicadores utilizados: Índice de privación compuesto por (porcentajes de personas en desempleo, asalariados eventuales, trabajadores manuales, instrucción insuficiente global y jóvenes), Inmigrantes de países de rentas bajas, Personas mayores

de 74 años: porcentaje de personas de 75 o más años de edad respecto al total, Personas mayores de 74 años que viven solas, Hacinamiento, Áreas de concentración de infravivienda y Mortalidad general para cada Zona Básica de Salud.

Por su parte, desde Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), se han identificado zonas con mayor vulnerabilidad urbanística llamadas Zonas de Intervención Preferente (ZIP), zonas con un deterioro urbanístico importante. Tanto las zonas identificadas a través de los MVS como las ZIP son lugares en los que reside una parte importante de inmigrantes, los más vulnerables, y la mortalidad y la morbimortalidad de esas zonas es mayor que la de la población que vive en zonas más ricas.

Además del trabajo conjunto entre instituciones, sería necesario trabajar con las ONGs, ya que ésta es una población más vulnerable y es más difícil que se acerque al sistema sanitario: algunas personas acaban de llegar al barrio y no saben hablar el español y no van al centro de salud, otro colectivo de los más vulnerables son las personas inmigrantes en situación administrativa de irregularidad que por ejemplo van a realizarse la prueba de VIH y no quieren identificarse por miedo a se comunique a la policía. Otros colectivos con dificultades son las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución y que han sufrido la trata, muchas veces tampoco acuden a los centros de salud si no que son atendidas por ONG.

Po todo ello, tendrían que darse acuerdos institucionales que permitieran proponer indicadores comunes y así evitar duplicidades, aunar esfuerzos y realizar planes y proyectos conjuntos que favorezcan la reducción de las desigualdades en salud de esta población. Si que es cierto que se realiza un trabajo coordinado entre los centros de salud y los centros municipales de salud en temas puntuales, pero éste no es suficiente y todos los grupos comentan que es imprescindible el compromiso político entre las instituciones, éste facilitaría el trabajo en común y el éxito de los proyectos. Además el trabajo coordinado ha de darse tanto a nivel intrainstitucional como interinstitucional.

Las Mesas de Salud, son un ejemplo de trabajo común, a través de ellas los profesionales de distintas instituciones se ponen en contacto directo y eso facilita la realización de trabajos en común, evitando la duplicidad de acciones. Lo cierto es que ese trabajo hace que se comparta información y se llegue a consensos, el fallo es que la mayor parte de este trabajo depende del esfuerzo que realizan los profesionales y de las agendas de los profesionales, agendas muy sobre cargadas que dificultan el trabajo comunitario.

Otros ejemplos de trabajo comunitario en salud que se nombran son: la creación de una Comisión de inmigración en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés en la que participan centros de salud, ONGs y hospital, Mesas de Convivencia que están trabajando por la cohesión social en barrios con alta presencia de población inmigrante, los Mapas de Activos en salud, Programas de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) que realizan campañas "anti-rumor" para combatir el racismo centrándose en lo que nos une, en lo común entre la población inmigrante y la española…

El hecho de que no se realicen más acciones de integración de la población inmigrante y de proyectos comunitarios en salud que tengan en cuenta a esta población tiene que ver con varias cuestiones: no es un tema prioritario a nivel político, sólo se convierte en prioritario cuando se produce algún caso grave y concreto que aparezca en los medios de comunicación, además se está produciendo un aumento de los partidos de extrema derecha con ideas de rechazo a los inmigrantes pobres (aporofobia), para la población española no se trata de un problema fundamental sino que ve a los inmigrantes como competidores de recursos y la población inmigrante es menor y tiene menos poder que la autóctona.

En el trabajo comunitario han de participar tanto los técnicos como la administración, como los vecinos, sin embargo en casi todas las intervenciones que se realizan no se consigue que la comunidad participe, así pues tenemos que pensar en cómo incluir a la población en esos proyectos. De todas formas desde las Instituciones no se da prioridad a ese trabajo comunitario, lo cual implica como se ha comentado que no sea fácil realizarlo, por eso es fundamental comunicar los resultados a los niveles de responsabilidad y de decisión para que se facilite esa intervención comunitaria

Un ejemplo es el que se ha producido a partir de un proyecto de intervención comunitaria en una zona concreta sobre mejoramiento de la salud bucodental de menores de un territorio vulnerable, se ha comunicado a los responsables de la atención Bucodental de la Comunidad de Madrid y ha permitido que la experiencia se extienda a otros territorios vulnerables.

Otro tema que se ha trabajado en los grupos es las consecuencias de la implantación del Real Decreto de 2012 por el que se pasa de una atención universal de la salud a un sistema de aseguramiento que dificulta y excluye del sistema a la población inmigrante más vulnerable, incluso se han producido casos de exclusión de mujeres embarazadas del sistema de salud que si que tienen derecho, debido entre otras cosas, a que las unidades administrativas no han recibido una información adecuada, además la población inmigrante es volátil y eso dificulta su seguimiento.

3- Salud mental e inmigración.

Los movimientos migratorios, conllevan una serie de repercusiones psicológicas, sociales, culturales y económicas para las personas a las que es preciso atender.
Nadie mejor que la propia persona que experimenta el proceso de migración sabe lo que significa la palabra "migrante" o "refugiado". Nadie conoce su realidad y lo que implica dejar atrás lo más querido, pasar miedo e incluso terror o perder a un ser querido sin llegar a entender ni un atisbo de razón.

Tal y como plantea el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, es importante promover un modelo de intervención en salud mental que atienda a las reacciones comunes que comparten aquellas personas que se ven obligados a marchar de sus

hogares por diversas causas tan terribles como un conflicto bélico, precarias condiciones de vida o problemas políticos, entre otros. En definitiva, reacciones relacionadas con:

· La pérdida: se refiere a personas, lugares, recuerdos, etc. que quedan atrás, en mi ciudad y por el camino.

· Lo traumático: se asume que en una guerra son muchas las situaciones en las que las personas sienten miedo y pueden ver comprometida su propia vida o la de los suyos.

· La incertidumbre o los problemas con la adaptación: al partir no sólo quedan atrás muchas personas, se abre un camino que lamentablemente no siempre es claro, y la"visión al final del túnel" es borrosa. Además, el destino (en este caso, la sociedad de acogida) es desconocido, novedoso (entendemos que no todo lo que veas te guste) e imprevisible (pocas respuestas sobre lo que queda por venir).

El Enfoque Psicosocial en las migraciones: (Melero y Col. *"La persona más allá de la inmigración")*.

En lo relativo a la valoración e intervención con personas migrantes, y en general en contextos de diversidad cultural, la perspectiva psicosocial se convierte en la alternativa ante las perspectivas mayoritarias en estos contextos en donde, incluso sin quererlo, la persona queda relegada a lo que las condiciones jurídico administrativas, socioeconómicas y mediáticas determinan en cada contexto estatal o territorial.

Los números no son sino infinidad de historias con nombres, apellidos, historia, derechos, dignidad, horizontes y metas. Más allá del termino inmigrante lo fundamental es que hay una persona que experimenta una situación (Emigración, Inmigración, Asilo…), que marca un punto de inflexión en su vida, donde nada volverá a ser como había sido hasta ese momento.

Siguiendo este enfoque en toda intervención debemos contemplar:

- Los puntos en común con otras personas, derivados de los factores socioculturales y contextuales propios del país de origen, de los procesos de socialización en el mismo y de la experiencia en el lugar de residencia; y derivados también de la pertenencia al grupo humano, con todas las características que consideramos "universales".
- Las diferencias, derivadas de factores individuales e identitarios y de las circunstancias personales, tanto en la forma de vivir la experiencia migratoria como en los apoyos y modos de afrontamiento en la nueva situación y sus relaciones tanto con la sociedad de origen como en la de acogida.

Estas variables psicosociales deben ser contempladas en un doble sentido:

- Lugar de origen: el ambiente de la sociedad de la que se parte, los motivos para emprender el camino y la experiencia asociada, serán diferentes en función de estos factores.
- Lugar de destino: marcará las consecuencias de la experiencia migratoria.

En resumen el bienestar integral de la persona migrante (entendido a nivel biopsicosocial), la dignificación de sus condiciones de vida y la igualdad de derechos y oportunidades de las mismas siguen siendo los fines últimos de la intervención.

En el presente grupo de trabajo se analizan las necesidades detectadas entre los agentes públicos e instituciones sociales del ámbito sociosanitario que intervienen en los procesos de integración de estas personas migrantes, con el objetivo de encontrar puntos en común y sinergias a explorar para garantizar un mejor enfoque, no solo de la salud Mental de las personas migrantes, si no de la Salud Mental Comunitaria en Sociedades tan diversas como la Comunidad de Madrid.

ANÁLISIS- DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

Los agentes participantes en la mesa de trabajo identificaron diversas problemáticas recurrentes, algunas generales para la población migrada y otras más específicas de algún colectivo, o de los propios servicios sanitarios o tejido institucional:

Situaciones detectadas en las personas inmigrantes atendidas desde el tejido social y/o sanitario:

- Para las patologías muy estructuradas de salud mental, se consigue un acceso y seguimiento en los recursos de específicos de salud mental, por parte de la población inmigrante, siempre y cuando exista un acompañamiento por parte de una figura que se considera imprescindible: el mediador sociosanitario. Esta figura existe en determinadas entidades del tercer sector y no en todos los distritos, esto hace imprescindible una buena vinculación entre las entidades sociales y el sistema de salud.
- En diversos colectivos migrantes (más detectado en mujeres inmigrantes), tanto los servicios de salud (Atención primaria, Atención hospitalaria, oncología…), como en entidades del tercer sector que trabajan con mujeres migrantes, se detecta una problemática específica que aparece de forma muy reiterada:
    - Incremento de la sintomatología "inespecífica" ansioso depresiva vinculada a factores externos como la crisis o el aislamiento social.
    - Los servicios de Salud Mental, "no llegan" para atender estos perfiles que acaban siendo Medicalizados en atención primaria.

  - Alta tolerancia al sufrimiento psicológico en mujeres inmigrantes, priorizando siempre otras necesidades: trabajo, cuidados a otros, envío de dinero…
- Dificultad de adherencia a diversos tratamientos y/o grupos de apoyo o terapéuticos detectado sobre todo en mujeres migrantes:
  - Dificultades horarias y de conciliación
  - Falta de apoyo social.
  - Miedo a la enfermedad y al tratamiento (está ocurriendo este abandono incluso en pacientes de oncología).
- En cuanto a jóvenes inmigrantes y acciones de promoción de la salud y prevención se detecta que es complicado llegar a jóvenes inmigrantes si no son latinoamericanos, incluso en barrios con mucha diversidad cultural. Probablemente las barreras idiomáticas y la distancia cultural en cuanto a la concepción de la salud pueden estar influyendo. Se detectan en estos jóvenes latinoamericanos residentes en Madrid determinadas situaciones relacionadas con la salud mental:
  - Importante aumento de situaciones de maltrato dentro de la pareja.
  - Normalización de algunos aspectos relacionados con la violencia de género, sobre todo de control:
    - Valoración positiva de los celos.
    - Validación del control de la pareja vía redes sociales, etc.
  - Se identifican las problemáticas pero la adhesión a intervenciones grupales es complicada.
- Reagrupaciones "complicadas" a nivel psicosocial: los procesos de reagrupación familiar, se dilatan en el tiempo, por requisitos económicos y administrativos generando una gran tensión emocional, sobre todo a las madres que desean reagrupar a sus hijos menores de edad. Normalmente esta reagrupación se produce tras años de separación y desde los recursos especializados en intervención psicosocial con personas inmigrantes se detectan dificultades para reestablecer el vínculo materno filial una vez producida la reagrupación. Esto genera desestructuración familiar y dificultades de adaptación en los menores y adolescentes recién llegados.
- En el caso de hombres inmigrantes, se detecta una alta incidencia en el abuso de sustancias como estrategia de afrontamiento ante situaciones psicosociales como la soledad, el aislamiento, el desempleo o las dificultades de adaptación cultural.
- Desde diversos recursos de salud mental se detectan situaciones de desarraigo y despersonalización.
- Dificultad para costearse tratamientos farmacológicos prescritos desde salud mental, o de deshabituación al tabaquismo.

Diagnóstico de dificultades detectadas en los propios servicios sanitarios, a nivel institucional o en las Ongs especializadas.

- Desbordamiento de los recursos de salud Mental (para toda la población), el seguimiento es muy espaciado en el tiempo, y hay lista de espera para el acceso en Madrid. Dada la inestabilidad y movilidad de la población inmigrante, esto dificulta aún mucho más el acceso.
- En Madrid las entidades sociales relacionadas con el mundo de las migraciones no suelen presentar muchos proyectos relacionados específicamente con salud e inmigración, y las que lo hacen tienen dificultades en sostener la financiación de los proyectos. Esto genera, que no haya muchos recursos especializados trabajando en salud mental e inmigración.
- Existe cierto sesgo cultural a la hora de interpretar, diagnosticar y etiquetar en malestar emocional de personas provenientes de marcos culturales alejados del contexto de nuestros servicios sanitarios.
- Existen múltiples laberintos burocráticos que dificultan una atención igualitaria e integral con enfoque biopsicosocial a la población inmigrante en Madrid:
    - Las personas indocumentadas tienen dificultades para acceder, sin un acompañamiento al sistema de salud.
    - Los solicitantes de Protección Internacional, tienen derecho a la atención sanitaria y a tramitar su tarjeta sanitaria, no obstante existe un desconocimiento en el sistema sanitario, con respecto a en qué situación administrativa se encuentra una persona con "tarjeta roja", o con la hoja blanca previa, y a qué servicios podrá acceder.
- Los servicios de prevención, tienen dificultades en "acceder" y conectar con colectivos inmigrantes de habla no española.
- Se detecta la necesidad de promover más espacios de encuentro entre el sistema de salud pública y el tejido asociativo que interviene con población inmigrante.
- A pesar de la importancia del trabajo en red de las distintas entidades, el sistema de subvenciones no favorece el trabajo en red ni la posibilidad de trabajar conjuntamente con personas diversas en cuanto a su perfil de documentación.
- En general, se considera muy relevante y necesaria la presencia de mediadores interculturales en el ámbito sociosanitario. Actualmente su presencia depende casi exclusivamente del tejido asociativo, esto genera una desigualdad de derechos en cuanto al acceso a los sistemas de Salud en general, y de salud mental en particular.

- Desde los dispositivos de Salud mental, al detectar problemáticas psicosociales que sostienen el malestar emocional, se tiende a derivar a los Servicios Sociales Municipales, sin tener en cuenta dispositivos más específicos, en Migraciones, Protección internacional, Interculturalidad.
- En los dispositivos de atención directa a la salud mental, se detecta dificultad para la adaptación de herramientas clínicas que permitan un abordaje intercultural o transcultural a la intervención.
- Los sistemas de traducción e interpretación telefónica, (únicos disponibles en muchos dispositivos de la sanidad pública), resultan claramente insuficientes, especialmente para intervenciones terapéuticas en salud mental.
- El acceso a los servicios de traducción gestionados desde órganos oficiales, resulta excesivamente burocrático.

PROPUESTAS Y BUENAS PRÁCTICAS

- Reforzar los recursos de traducción y mediación intercultural en el ámbito sanitario.
- Tanto desde el ámbito de prevención de la salud, como desde el tejido social es importante promover espacios donde romper el aislamiento de las personas inmigrantes y Solicitantes de Protección Internacional. Para esto es imprescindible fomentar el conocimiento mutuo entre los distintos recursos.
- Poner el foco en lo comunitario, dado el desbordamiento de los recursos de atención individual directa en Salud Mental.
- Importancia de fomentar la sensibilidad intercultural de los las profesionales de la salud. Promover desde todos los dispositivos un enfoque biopsicosocial.
- Promover formaciones específicas en temáticas relacionadas con las migraciones para profesionales sociales y sanitarios , por ejemplo:
    - Identificación de potenciales víctimas de trata.
    - Protección Internacional.
- Extender un enfoque transcultural en las intervenciones en Salud Mental con personas migradas, y fomentar el uso de la creatividad y la flexibilidad en los enfoques de intervención para adaptarlos a una sociedad cada vez más diversa.
- Incluir la psiquiatría transcultural en el sistema de salud (sobre todo en grandes unidades hospitalarias).
- Establecer "caminos de ida y vuelta", de lo individual a lo comunitario, en el ámbito de la salud.
- Coordinación constante entre las entidades especializadas que hacen "de puente", entre la población migrada y los recursos de salud mental.

- Organizar talleres de promoción de la salud de forma conjunta entre los recursos de salud mental y los servicios especializados en migraciones.
- Aprovechar el acceso a plataformas informáticas, para favorecer las redes de contacto institucional entre el Tercer Sector y el sistema sanitario, y líneas de coordinación.
- Elaboración de Protocolos específicos para facilitar las "derivaciones preferentes" a recursos de salud mental para perfiles muy vulnerables: víctimas de violencia, supervivientes de tortura o trata, etc.
- Buenas prácticas identificadas a extender a más territorios o distritos:
    - Mesa de Salud de distrito Centro: En ella participan tanto recursos sociales como sanitarios del distrito, llevan reuniéndose mensualmente desde hace varios años. No sólo hacen diagnósticos, difunden actividades y recursos, además programan actividades conjuntas respondiendo a necesidades detectadas; por ejemplo: trabajo de la maternidad con mujeres de Bangladesh dinamizado por mediadoras interculturales.
    - Espacio de género de Carabanchel/Latina: Se comparten recursos y se programan actividades conjuntas, sobre todo dirigidas a implementar el enfoque de género en las intervenciones sociales y sanitarias desarrolladas en el distrito.
    - Servicios de prevención y promoción de la salud: Se trabaja sobre "relaciones saludables" en institutos y espacios de educación no formal, donde "conviven" jóvenes inmigrantes y autóctonos.
    - Proyecto ITSMO: Detección y prevención de drogodependencias en población inmigrante. Madrid Salud.
    - Proyecto: QUIERETE MUCHO, de prevención con jóvenes y adolescentes, promovido desde Madrid Salud con la participación de entidades del Tercer Sector.

En general las propuestas y necesidades de mejora se resumen en varias cuestiones relacionadas con el enfoque adecuado para abordar la Salud Mental en una sociedad intercultural:

*El fomento del trabajo en Red.

*El Enfoque psicosocial de las migraciones.

*El trabajo comunitario complementario a la intervención individual.

*La incorporación de un enfoque intercultural, transcultural y de género en las intervenciones en salud mental.

*Abordar la salud mental comunitaria como una cuestión de dignidad y derechos incluyendo por supuesto a las personas que han vivido, están viviendo o vivirán un proceso migratorio.

4- Jóvenes migrantes.

1. ANÁLISIS DE LA REALIDAD (DIAGNÓSTICO, DIFICULTADES Y RETOS).

Durante la jornada se abordaron diferentes realidades, diagnósticos y dificultades del trabajo y acompañamiento sociosanitario con jóvenes migrantes en Madrid. Los/as distintos/as profesionales expusieron varios elementos comunes, que se detallan a continuación:

- ADOLESCENCIA/JUVENTUD como período más crítico y vulnerable en la población migrante. Se manifiestan las dificultades en el trabajo con este colectivo, con mayor resistencia al trabajo con profesionales y a las intervenciones y tratamientos regulares a medio y largo plazo. La reducción de recursos sociosanitarios es un hecho, a medida que aumenta la edad, existiendo numerosos recursos para la infancia pero disminuyendo en la adolescencia y siendo muy escasos en la etapa juvenil (sobre todo a partir de los 18 años). Además muchos/as jóvenes se ven obligados/as a tomar roles adultos por sus necesidades y entrar en un mercado laboral precario. También es un período muy crítico a la hora de la regularización de documentos, permisos, solicitudes de asilo, ya que muchos son menores y dependen de adultos que no están en el país o no pueden tampoco regularizar su propia situación. Un caso aparte, muy flagrante, son los/as jóvenes tutelados/as y en centros de protección que al cumplir la mayoría de edad quedan en una situación de desamparo, cuando no en situación de calle.

- GÉNERO. Un elemento muy señalado desde los/as participantes es la gran vulnerabilidad de las chicas jóvenes migrantes en comparación con el resto de jóvenes. Se exponen elementos como el maltrato de género o el riesgo de embarazo y de contraer una ETS como riesgos principales de estas jóvenes. También las dificultades de visualización de esta problemática, ya que muchas de ellas permanecen en las casas, con roles inadecuados, en muchos casos, de sumisión y obligadas al cuidado de los otros. Otro elemento es el tipo de trabajo al que se puede acceder como mujer migrante, en muchas ocasiones con horarios muy extensos, sin vida propia

para su propio desarrollo personal y social, y sin regularización de contrato ni cotización en la seguridad social.

- PROCESOS DE REAGRUPACIÓN. La gran afectación de la historia vital y el duelo migratorio que se produce en la gran mayoría de jóvenes en su proceso de migración. Se producen reagrupaciones con figuras maternas y/o paternas que casi no conocen, sin apenas vínculo afectivo ni apego hacia ellos/as. También se producen recomposiciones familiares que los/as jóvenes no conocen ni comprenden, con el gran conflicto que ello puede tener para su bienestar psicológico y el desarrollo de su identidad personal y familiar.

- DESARRAIGO Y CHOQUE CULTURAL por la vivencia de dos mundos en la misma realidad. Se habla del gran impacto en la identidad personal, social y cultural que tiene el abandono de su hogar y parte de su familia, si no toda al completo. El problema personal y social del desarraigo cultural, en un momento vital de una identidad aún no elaborada, es muy crítico para muchos/as jóvenes.

- DIVERSIDAD DE REALIDADES dentro de las problemáticas de los migrantes. Las distintas características como ser hombre, mujer, niño, adolescente, joven, padres y madres adolescentes, diferentes lugares de origen con sus diferencias culturales y conductuales, etc. Cómo afecta de forma muy distinta a cada persona su proceso de migración y cómo hay que abordar de forma singular cada caso, sin caer en prejuicios, estereotipos ni generalidades.

- EXPECTATIVAS DE LOS JÓVENES MIGRANTES al llegar al destino que no se corresponden con la realidad que encuentran. Sobre todo a nivel profesional, se encuentran con enormes dificultades en la incorporación al sistema educativo de España y, fundamentalmente, en el mercado laboral. Además de los problemas de regularización y documentación, existe una infravaloración de los logros y la experiencia laboral en sus países de origen, con problemas para homologar y acreditar sus estudios y profesiones.

- INCORPORACIÓN AL MERCADO LABORAL como punto concreto que crea grandes dificultades en el desarrollo de los/as jóvenes. Por un lado, porque tienen mucho más difícil acceso a puestos de trabajos no precarios y, por otro lado, por la falta de supervisión, atención y cuidado de sus

adultos referentes (padres, familiares, etc.) debido a las largas jornadas laborales.

- DIFICULTADES INSTITUCIONALES como la imposibilidad de acceso a la sanidad (pública) y hacer frente al coste de tratamientos de sus enfermedades. La existencia de prejuicios y de dificultades en el manejo emocional de los/as profesionales que trabajan con migrantes en general y jóvenes, en concreto; con mayores conductas de riesgo, estilos de vida fuera de los valores de nuestra sociedad, problemas de comunicación por el idioma, indicaciones y pautas que chocan con sus creencias y actitudes, etc. También se manifiestan las diferencias entre las necesidades y demandas reales de los/as migrantes con la oferta e intervenciones impuestas por las instituciones, que en muchos casos ni les interesan ni suponen un beneficio real para ellos/as.

- FALTA DE ESPACIOS SOCIALES INTERCULTURALES REALES, heterogéneos y abiertos a toda la población con independencia de los países de origen, creencia, género y orientación sexual. Se habla de que muchas personas huyen de la realidad de sus países y encuentran una imitación de ciertos elementos y actitudes en espacios y actividades de interculturalidad.

- Se acentúa la NECESIDAD DE PROFESIONALES, FIGURAS DE MEDIACIÓN MIGRANTES, además de usuarios/as y particulares, en espacios profesionales, como por ejemplo, este tipo de jornadas.

- FALTA DE TRABAJO EN RED DE LOS RECURSOS en la coordinación y complementación de las distintas intervenciones que los diversos recursos ponen en marcha (escolar, salud, ocio, socioeducativo, laboral, judicial, etc.). Se expone que en muchas ocasiones ni se conocen los recursos que existen y que pueden ofrecer un apoyo tanto a jóvenes migrantes como a profesionales que trabajan con ellos/as.

- DIFERENCIAS EN EL PENSAMIENTO, CREENCIAS Y ABORDAJE, sobre todo, ante problemas de salud que aumentan la distancia y el desentendimiento entre profesionales y migrantes. Muchos/as migrantes poseen una estructura mental de ideas, creencias y supersticiones muy diferentes a los de nuestra sociedad, así como una gran diferencia de explicación, diagnóstico, abordaje, tratamiento de las enfermedades, más

aún las de tipo mental. También se observa un temor en los/as jóvenes a la institucionalización, quedándose fuera de la red de recursos y servicios públicos de forma voluntaria, con gran movilidad e inestabilidad en los espacios de intervención.

5- Salud e interculturalidad.

A lo largo de las últimas décadas, la llegada de grupos poblacionales procedentes de diferentes partes del mundo ha ido transformando el paisaje social y cultural del territorio español. Enmarcado en un contexto de profundos cambios económicos, sociales y políticos presentes tanto a nivel nacional como global, España ha pasado de ser un país de emigrantes a consolidarse como un país receptor de población extranjera que llega con el objetivo de mejorar sus condiciones económicas, sociales y laborales. Esto se debe, en gran medida, a las profundas desigualdades sociales existentes entre las distintas regiones del mundo y que convierten a la emigración en un derecho que se manifiesta como un fenómeno imparable.

En el terreno de la salud, la presencia cada vez mayor de contextos tan diversos implica el contacto constante de diferentes grupos culturales con sus maneras propias de entender la salud, la enfermedad y el proceso curativo. Vivimos, por lo tanto, en un contexto social en donde conviven en una misma realidad temporal y territorial diferentes instancias terapéuticas y asistenciales, siendo necesario, en consecuencia, desarrollar un enfoque sanitario basado en la idea de interculturalidad, entendido como un conjunto de acciones dirigidas a conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención (Alarcón y otros, 2003).

Se trata de llevar a cabo un modelo sanitario que no se centre exclusivamente en lo biológico, sino que además promueva acciones terapéuticas que incluyan la diversidad social y cultural del ser humano como factores importantes en todo proceso de salud y enfermedad.

Sin embargo, dentro del propio ámbito sanitario, tanto los/as profesionales como los/as pacientes de origen extranjero, han manifestado toda una serie de dificultades que impiden la implementación de un modelo intercultural basado en la tolerancia y el entendimiento mutuo. Pese al deseo de las partes implicadas de lograr una adecuada comunicación de cara al cumplimiento de su objetivo último (por el lado de los/as profesionales sanitarios/as de querer realizar un buen diagnóstico y tratamiento y, por parte de los/as pacientes de alcanzar un buen estado de salud) en el contexto sanitario español están presentes toda una serie de dificultades que quedaron manifiestas en la *III Jornada de Salud e Inmigración*.

A continuación se pasarán a tratar dichas dificultades y propuestas de mejora.

DIFICULTADES DE LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS/AS Y USUARIOS/AS INMIGRANTES DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

Una de las dificultades más corrientes en el proceso de atención sanitaria a personas inmigrantes aparece como consecuencia de las diferencias culturales entre profesional sanitario y colectivo extranjero, así como la barrera idiomática que les impide comunicarse eficazmente. Respecto a la barrera cultural, lo que limita la comprensión y entendimiento mutuo por parte de ambos colectivos encuentra su explicación, por un lado, en la falta de formación de los/as profesionales sanitarios/as en los aspectos culturales presentes en otros grupos humanos, así como sus maneras de percibir y entender la salud, la enfermedad y el proceso curativo. Por otro lado, estaría presente el problema de los estereotipos, es decir, todo un conjunto de percepciones socialmente aceptadas, normalmente de carácter negativo, construidas en parte debido al desconocimiento del "otro" culturalmente diverso. La presencia de todo este conjunto de percepciones establecidas a priori del contacto con personas procedentes de otras culturas está en parte condicionada por la influencia de algunos medios de comunicación que construyen una manera concreta de pensar y mirar a la figura del migrante. A su vez, la falta de formación en aspectos culturales, así como la lentitud de adaptación del sistema sanitario a los cambios sociales y culturales contribuyen a mantener todo un conjunto de imágenes estereotipadas, las cuales pueden ser utilizadas para justificar ciertas actuaciones que limitan la comprensión de los verdaderos motivos de la inadecuada utilización de los servicios sanitarios. Un ejemplo de ello es la evidencia estadística de la baja utilización por parte de los colectivos en riesgo de exclusión social (población migrante entre ellos), la cual está enfrentada a la opinión generalizada que percibe una alta y abusiva utilización de los recursos sanitarios (Cebolla Boado y otros, 2016).

La disparidad conceptual y teórica en el campo de la enfermedad puede generar situaciones en las que el médico y el paciente no comparten objetivos comunes frente a la construcción del sentido de la enfermedad, del cuidado de la salud, de la propia recuperación, del dolor, de las percepciones sobre la dolencia, de la trayectoria e historia que padece, etc. Y esto guarda relación con las características organizacionales de los propios servicios sanitarios. Pese al deseo expresado en la Mesa de salud e interculturalidad de muchos/as trabajadores/as de llevar a cabo formaciones sensibles a la diversidad sociocultural de sus pacientes, la limitada sensibilidad de las estructuras y organizaciones sanitarias en torno a la heterogeneidad social y cultural dificulta el proceso de atención terapéutica a la población extranjera. Entre las limitaciones se destacó:

- Falta en el servicio de un ideario comprometido con la diversidad.
- Prácticas administrativas y de atención no adecuadas a las características de las personas inmigrantes.
- Profesionales escasamente preparados para atender a los nuevos usuarios.

Todo este conjunto de impedimentos en la relación comunicativa entre paciente y profesional, tanto a nivel idiomático como a un nivel más complejo como es el cultural, devienen en toda una acumulación de barreras en el encuentro sanitario entre ambas partes y tienen, como consecuencia final, una mala o limitada implementación y gestión de los recursos sanitarios. Esto se puede sintetizar de la siguiente manera a partir de la percepción de ambas partes:

- Percepción del/la usuario/a en la cita médica: el/a usuario/a, al comienzo de la cita, percibe las diferencias culturales que devienen en una distancia social. Ante el desconocimiento del/la profesional de sus maneras de entender y experimentar la enfermedad, puede llegar a creer que el/la profesional sanitario/a no puede llegar a comprenderle y, en consecuencia, sentirse juzgado. La presencia de la barrera comunicativa que impide la comprensión mutua puede derivar en una manifiesta (o no) preocupación (no necesariamente de manera verbal) en la relación al sentirse incomprendido/a. En última instancia se produciría una manifiesta desconfianza en la relación y el/la usuario/a no aportaría la información necesaria que permite al profesional realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Por último, esta relación puede acabar con la decisión del/la paciente de cancelar futuras citas, faltar a las mismas y abandonar prematuramente el tratamiento.
- Percepción del/la profesional: él/ella también se da cuenta de las diferencias culturales y sociales respecto a su paciente. Su manera de comunicarse con el/la paciente puede basarse en patrones comunicativos diferentes a la otra parte, lo que puede llevar a malentendidos por no entender los usos y las formas culturales comunicativas, generando incomodidad en la relación. Ante la distancia respecto a su paciente, puede llegar a pensar que adopta una posición resistente que limita la comprensión de su malestar. El/la profesional puede no llegar a responder adecuadamente a la desconfianza que le lleva a entender que el/la usuario/a no tiene deseo de mejorar su estado de salud y, en consecuencia, puede llegar a hacer un mal diagnóstico y a percibir una planificación defectuosa del tratamiento.

En definitiva, es necesario tener en cuenta que todo sistema de salud "lleva un sustrato cultural que incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad" (Martín, Martínez, & Martínez, 2014). El sistema biomédico español debe partir del reconocimiento del componente cultural que subyace a su práctica médica y, a partir de ahí, reconocer y aceptar que existen otras estrategias culturales igual de legítimas y válidas que dan cuenta de los diferentes procesos de salud y enfermedad. Sin ese reconocimiento inicial no se llevarán de manera exitosa futuras acciones tendentes a implementar un modelo intercultural en salud dentro de nuestro sistema sanitario y seguirán existiendo ambivalencias entre usuario/a y profesional por la distinta confianza en la medicina occidental.

Otra de las dificultades que afectan tanto a los/as pacientes como a los/as profesionales tiene que ver con la situación de irregularidad de las personas migrantes, también

llamada barrera administrativa. La población extranjera, cuando se encuentra en una situación irregular administrativa dentro del territorio español, encuentra problemas de acceso que acrecientan su situación de vulnerabilidad por la dificultad de no saber cómo desenvolverse dentro del sistema sanitario. A su vez, tienen miedo a que les retiren los documentos, les pasen factura o les denieguen la tarjeta tras comprobar que carecen de documentación en regla. Ante esta realidad la población extranjera suele carecer de redes de apoyo que les informen sobre sus derechos y obligaciones, así como disponer de guías que les ayuden a saber desenvolverse dentro de las estructuras sanitarias. Por ello, las primeras consultas donde se solicita la identificación del/a usuario/a generan desconfianza y miedo entre los/as pacientes extranjeros/as, los cuales deciden a modo de prevención aplazar sus consultas hasta que su situación administrativa esté en regla. Es necesario por parte del/a profesional generar la suficiente confianza para que la persona no asocie su situación administrativa irregular con la imposibilidad de tener acceso a la atención sanitaria.

Ligado a la barrera administrativa, los centros sanitarios de diversa índole desarrollan problemas a la hora de gestionar la atención a la población extranjera debido, por un lado, a las prácticamente inexistentes redes de comunicación entre hospitales, centros de salud, etc., y, por otro lado, a las consecuencias derivadas de la reforma sanitaria recogida en el Real Decreto-Ley 16/2012. La promulgación del RD de 2012 cambió el modelo sanitario establecido en la Ley General de Sanidad pasando de un modelo basado en la residencia a otro que se fundamenta en el aseguramiento.

En la jornada se hizo manifiesta las consecuencias negativas tras la aplicación de la nueva normativa de asistencia sanitaria que limita el acceso a los recursos sanitarios a personas que carezcan de toda la documentación en regla y a las que no coticen a la seguridad social. Pese a los intentos a nivel autonómico de algunas Comunidades Autónomas de garantizar el acceso de toda la población a los recursos sanitarios, al no haberse producido una derogación efectiva del Real Decreto, no ha habido otra ley con la misma relevancia legislativa que cambie la realidad de la reforma del 2012. Ante la voluntad de diversos centros de salud y hospitales presentes en la Comunidad de Madrid de querer asegurar una sanidad pública y universal a todos los/as ciudadanos y ciudadanas, aparece una gran falta de comunicación entre los organismos que componen la estructura sociosanitaria, los cuales operan aisladamente, complicando la implementación de un protocolo común de actuación.

Un ejemplo de esta problemática ante la inexistencia de transparencia administrativa de los centros sanitarios se da en los protocolos de derivación. En la jornada se expuso cómo dentro de los propios centros de salud y hospitales se hacen derivaciones de pacientes a otras áreas sin que exista una red de información de los distintos servicios disponibles, así como de qué áreas pueden ofrecerlos. De esta manera, tanto los/as profesionales como los/as pacientes se encuentran en una situación de desinformación que les impide a unos desarrollar eficazmente sus competencias sanitarias y, a otros, acceder equitativamente a los recursos sanitarios disponibles.

Una última dificultad, más ligada a la situación de los colectivos migrantes, es la presencia de factores sociales, económicos y laborales que imposibilitan el acceso al sistema sanitario. Un problema muy recurrente se da a la hora de lograr compatibilizar los horarios laborales (normalmente abusivos entre las personas de origen extranjero, haciéndoles trabajar más horas de las permitidas legalmente) con las necesidades de acudir a citas médicas, pruebas o revisiones. En el caso de la mujer migrante, esta barrera se hace más presente en tanto que su visibilidad es mucho menor que la de los hombres. En el caso de la mujer, a las barreras de acceso a los servicios de salud se suman la falta de autonomía, la dependencia del cónyuge o el menor estatus cultural y social en nuestra sociedad. Todos estos condicionantes generan situaciones de aislamiento social y residencial que les impide recibir una adecuada atención sanitaria. Por ello, es necesario implementar un modelo de salud que vaya más allá del componente biomédico de la salud y la enfermedad para pasar a incorporar factores sociales, económicos y laborales, así como desarrollar una perspectiva de género que acabe con el desempoderamiento y la vulnerabilidad del colectivo femenino.

PROPUESTA DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR UN MODELO INTERCULTURAL DE SALUD

Una vez tratadas las dificultades más presentes en el contexto sanitario de la Comunidad de Madrid se pasará ahora a tratar todo el conjunto de propuestas de mejora que se mencionaron en la jornada. A través de la puesta en común de todas las posibles mejoras en el ámbito sanitario, se persigue la consecución de un modelo intercultural en salud que contribuya a acabar con las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios, así como lograr una distribución justa de todas las instancias terapéuticas disponibles a través de un intercambio bidireccional de las partes implicadas que permitan el desarrollo de nuevas relaciones basadas en el entendimiento recíproco (Cross y otros, 1989).

Es importante matizar que la promoción de un modelo intercultural en salud no es lo mismo que occidentalizar las medicinas tradicionales (o viceversa), sino que consiste en un trabajo complementario de todos los recursos sanitarios disponibles. Implica, a su vez, promover una atención diferenciada, la cual se logrará a través de la adquisición por parte de los/as profesionales de herramientas que les ayuden a reconocer y valorar los aspectos inherentes a la cultura de los individuos que componen el panorama español. Al crear un clima de comprensión y reconocimiento mutuo los/as usuarios/as se sentirán incluidos y, por tanto, querrán participar activamente en los procesos de implementación de medidas competentes culturalmente dentro del sistema sanitario (Sen, 2002).

En definitiva, la implementación de un sistema sanitario fundamentado en la equidad deberá asegurar no sólo una igual distribución de la atención sanitaria, sino que ha de

abrir su abanico de acción y tener cuenta diversos factores tales como los ingresos individuales, los estilos de vida, las condiciones de trabajo, etc.

Concretando las propuestas de mejora, frente al problema de la barrera lingüística y cultural hubo consenso a la hora de fomentar mediadores e intérpretes profesionalizados. Por un lado, la figura del/a traductor/a ayudará a acabar con una primera barrera, la comunicativa, permitiendo a todos/as aquellos/as pacientes que lo necesiten la posibilidad de hablar en su lengua materna y explicar con más claridad todos aquellos problemas relacionados con su estado de salud. Los servicios de interpretación pueden implementarse contando con representantes de la medicina tradicional de cada grupo cultural y con la inclusión de miembros de la familia o de la comunidad. Asimismo, se puede contar con profesionales permanentes en los servicios, intérpretes ad hoc, interpretaciones simultáneas, etc. Cabe destacar el hecho de que estos intérpretes no deben confundirse con meros traductores en un sentido estrictamente lingüístico, sino que resulta importante que conozcan tanto las prácticas culturales con las que interactúen como las disciplinas médicas con las cuales colaboran.

Por otro lado, la figura del/a mediador/a ayudaría a un nivel más complejo al permitir la resolución de posibles o presentes conflictos que no se pueden resolver entre las partes implicadas (paciente y profesional sanitario/a). Sería, pues, un recurso al alcance de las personas culturalmente diversas que actúa como puente, con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. La mediación se entiende como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejora de la comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas (Casas y otros, 2009).

Estas áreas de actuación fomentarán cambios en la conducta del/a profesional y del/a usuario/a, logrando una mejora de la comunicación, incremento de la confianza y del conocimiento mutuo para abordar los problemas que puedan surgir en la interacción.

Sin embargo, pese a las grandes aportaciones que tanto la figura del/a traductor/a como la del/a mediador/a aseguran en el ámbito de la salud, es importante que los/as propias personas que trabajan dentro del contexto sanitario español desarrollen conocimientos y habilidades propias en su trabajo diario con poblaciones de origen extranjero. Al estar en contacto permanente con personas de procedencias culturales tan diversas, es necesario que los/as profesionales estén concienciados/as, dispongan de información y habilidades significativas para atender adecuadamente a usuarios/as pertenecientes a otros grupos culturales.

Hablaríamos, por lo tanto, de desarrollar una competencia cultural que incorpore conocimientos, actitudes y habilidades sobre grupos culturales diversos, permitiendo al profesional proporcionar cuidado cultural. Se trata, a su vez, de un proceso continuo que involucra la aceptación y el respecto a la diferencia, logrando acabar con la percepción de la cultura del otro como un problema. La competencia cultural permite

desarrollar estrategias de comunicación intercultural que mejoran los procesos de comunicación y de diálogo, posibilitando una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y mejorando el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as con el sistema de salud biomédico.

En definitiva, la competencia cultural implica un "conjunto congruente de comportamientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, organización, o entre los/as profesionales que les permiten trabajar de manera efectiva en situaciones multiculturales" (Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989). Gracias a la competencia cultural se reconoce la influencia de la cultura sobre la salud y la forma en que los/as usuarios/as definen y conciben la salud, el dolor, el tratamiento, etc.

Otras propuestas de mejora discutidas en la jornada guardan relación con el problema de acceso a los recursos por parte de la población extranjera debido a la dificultad de obtener la información relativa al funcionamiento del sistema sanitario y con la falta de información y coordinación entre los centros que estructuran el sistema sanitario español. Para solucionar el problema de la falta de coordinación entre centros de salud y hospitales, se propuso la creación de redes entre entidades sanitarias que permitiese a las diferentes áreas que conforman el panorama sanitario español tener canales de información actualizada, así como opciones de consulta y de derivación fiables que eviten "marear" al paciente.

Dentro de la Comunidad de Madrid, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón ya está realizando reuniones informativas de manera intrahospitalaria para ampliar y difundir información entre las diferentes áreas del centro. Del mismo modo, el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés ha llevado a cabo la iniciativa de crear una comisión de atención a la población inmigrante, tanto en el área de Atención Primaria como a nivel hospitalario, promoviendo protocolos internos que resolviesen las dificultades que dicha población tiene a la hora de acceder a los recursos. Otros casos a nivel estatal y europeo que demuestran cómo emprender **ajustes** organizativos y administrativos mejoran la toma de decisiones en relación a la aplicación de criterios de coordinación y trabajo en red es el "Migrant Friendly Hospitals Project". Patrocinado y financiado por la Comisión Europea, y con la participación de hospitales de doce países miembros de la Unión Europea, su objetivo es el de promover una competencia cultural que esté abierta a la creciente diversidad cultural presente en los países europeos. Este proyecto pretende hacer visible la necesidad de implementar una política sanitaria que proporcione un marco, legal, financiero y organizativo que haga factible la inclusión y reconocimiento de la diversidad cultural.

Asimismo, el "Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en Salud Mental. Hacia la equidad en salud" (Ministerio de Sanidad, 2011) es una herramienta que teoriza y promueve iniciativas que acaben con las desigualdades en el cuidado sanitario a grupos culturalmente diversos. Promovido desde las instituciones estatales, tiene por objetivo desarrollar una competencia intercultural y

organizativa a través de la promoción de una guía que se presenta como un instrumento de autoevaluación para instituciones que permita conocer sus competencias y necesidades de mejora. Entre las muchas acciones que contempla, se destacan las siguientes:

- Dotar de recursos como intérpretes, mediadores/as y materiales facilitadores de comunicación.
- Adecuar las prestaciones a las necesidades de la población de referencia.
- Mejorar la información sobre los recursos existentes y su forma de acceso.
- Mejorar la mutua interacción entre la cultura de la institución y la de los/as usuarios/as.
- Mejorar la competencia cultural de los/as profesionales.
- Personalizar las intervenciones.
- Disponer de una guía para lograr el reconocimiento del derecho a la atención.
- Habilitar circuitos para facilitar y agilizar ese reconocimiento del derecho a la atención.
- Facilitar la incorporación o recoger contribuciones de organizaciones y ONGs que trabajan con minorías culturales.
- Habilitar mecanismos para la detección de necesidades específicas
- Definir rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales.
- implementar programas para atender a colectivos con alto riesgo de exclusión.
- Establecer mecanismos para proveer a los/as profesionales de tiempo adicional para atender a los/as usuarios/as inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, diagnóstico, etc.
- Fomentar programas transversales, intersectoriales e interinstitucionales para el conocimiento de las características culturales de los grupos que forman una comunidad.

Otras medidas que se pueden llevar a cabo de cara a lograr que la población extranjera tenga pleno acceso a toda la información relativa al procedimiento y uso de los recursos sanitarios disponibles son las siguientes: distribución de programas integrales de acogida que especifique el derecho de la cobertura sanitaria, trámites burocráticos, etc.; así como la promoción de guías informativas sobre los recursos de los que dispone el sistema sanitario, red de hospitales y centros de salud presentes en territorio español que incluya los procedimientos y requerimientos que se necesiten para acceder a los mismo. Por otro lado, la creación de páginas web interactivas con toda la información actualizada, garantizará el acceso a los mismos en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Por otra parte, la creación de espacios de encuentro y diálogo entre los colectivos más desfavorecidos y miembros de las instituciones sanitarias es otra manera de emprender el camino hacia la implementación de un modelo intercultural en salud. Es importante realizar mejoras no sólo a nivel institucional a través de una mejor coordinación y transmisión de la información, o desde un nivel formal con la distribución de guías de ayuda a la población extranjera, sino que además resulta esencial la presencia de espacios informales de encuentro, lo cual permitirá a las personas que corren el riesgo de estar excluidas de tener voz y expresar sus mayores dificultades ante un equipo profesional que le va a escuchar y comprender. Se trata, entonces, de empoderar a la población migrante, escuchar a los colectivos más desfavorecidos, saber cuáles son sus necesidades e informarles de sus derechos y de cómo funciona el sistema sanitario.

El proyecto Mapeo de Activos en Salud cumple con el objetivo de identificar, visibilizar y movilizar riquezas y recursos de los barrios para mejorar la salud de las personas y de la comunidad. Permite evaluar si los recursos de los barrios responden a las necesidades reales de la población y, en caso de no cumplirse ese requisito, trabajar en red para averiguar qué necesidades no están siendo percibidas ni respondidas por el sistema sanitario. Los primeros mapas del barrio de Puerta del Ángel y la expansión a todo el distrito de Carabanchel se han realizado a través de los centros de salud de Carabanchel y Latina, iniciativa que pretende extenderse por los diferentes distritos que conforman el panorama sociosanitario de la Comunidad de Madrid.

Por último, para dar respuesta a todas aquellas personas que, por su situación laboral, social o económica, no pueden acceder en igualdad de oportunidades que el resto de la población al sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, se propuso la creación de la "figura de intervención preferente" con el objetivo de atender a las personas más vulnerables dentro de la sociedad. Con esta figura se hace visible lo necesario que resulta individualizar a la persona al existir todo un conjunto de factores que también influyen en los procesos de salud y enfermedad tales como su situación laboral, estado de la vivienda donde reside (o carencia de la misma), situación social, familiar, etc. Al mismo tiempo, la historia clínica de los/as pacientes debe abarcar aspectos relacionados con su proyecto migratorio y recoger las dimensiones socioculturales y religiosas que puedan influir en su salud. Con anterioridad, se ha mencionado la doble discriminación que sufre la mujer inmigrante: un reflejo de las desigualdades existentes por su condición de migrante y la otra sufrida en el país de acogida por su condición de "mujer". Estos factores pueden influir sobre su salud y, por ello, es necesario que los/as profesionales sanitarios/as incorporen en su diagnóstico y tratamiento elementos que trasciendan los criterios biomédicos sobre la salud y la enfermedad.

En conclusión, todas estas propuestas que se han ido desarrollando pretenden promover relaciones terapéuticas basadas en el entendimiento y el intercambio recíproco. En la atención a la población culturalmente diversa es necesario la

participación activa de todas las partes, la adecuación de las intervenciones y la formación continuada de los/as profesionales en competencias interculturales, así como la integración efectiva de todas las instancias terapéuticas y el conocimiento y respeto a los valores, creencias y la autonomía del "otro" culturalmente diverso. La incorporación del enfoque de la interculturalidad en el ámbito de la salud supone una apuesta por el encuentro, el intercambio mutuo y la complementariedad, en donde las personas, los saberes, sentidos y prácticas se encuentren en constante diálogo.

Fotos de la jornada:

Apertura de la Jornada, de izquierda a derecha: Antonio Prieto Fernández, Gerente de Madrid Salud, Elena Castaño Espinilla, de la Fundación La Merced Migraciones y Honorato Ortiz, Presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública-AMASAP.

Ponencia inicial a cargo de Javier Segura del Pozo, Subdirector General de Salud del Servicio de Promoción y Prevención de Salud, de Madrid Salud.

Mesa de trabajo: “Desigualdades en salud”

Mesa de trabajo: “Indicadores de salud y mapas de la vulnerabilidad”

Mesa de trabajo: “Salud mental e inmigración”

Mesa de trabajo: “Jóvenes migrantes”

Mesa de trabajo: “Salud e interculturalidad”

Presentación en plenario de las conclusiones por parte de los/las relatores/as de las mesas de trabajo.