

## A DEBATE

# Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias

Parrilla Ruiz FM<sup>1</sup>, Cárdenas Cruz DP<sup>2</sup>, Vargas Ortega DA<sup>1</sup>, Martínez Cabezas S<sup>1</sup>, Díaz Castellanos MA<sup>3</sup>, Cárdenas Cruz A<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> M.I.R. MFyC; <sup>2</sup> Especialista Medicina de Familia y Comunitaria; <sup>3</sup> Director de Área. Especialista Medicina Intensiva; <sup>4</sup> Responsable de Unidad. Especialista en Medicina Intensiva. Unidad de Urgencias. A.I.G. Cuidados Críticos y Urgencias. E.P. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

### Introducción

La «Inmigración» es un fenómeno ligado a nuestra cultura desde los años sesenta donde grandes contingentes de españoles tuvieron que emigrar a otros países que le ofrecían mejores condiciones de vida. Sin embargo en los últimos veinte años a partir de la entrada de España en la Unión Europea y al proceso de industrialización sumado a un declive de los países Subsaharianos, latinoamericanos así como la desestabilización de los Balcanes y la separación de los países de la URSS ha hecho que se invierta el papel y actualmente se ha acelerado el flujo de inmigrantes que entran en Europa<sup>1,2</sup>.

La Inmigración es un fenómeno de gran relevancia en nuestro país. Día a día observamos atónitos en los medios de comunicación como cientos de inmigrantes intentan llegar a nuestras costas para conseguir un trabajo que le permita una vida digna, sin importarle arriesgar su vida. Unos inmigrantes marroquíes al llegar a la costa gaditana exhaustos después de una travesía por el estrecho declararon al diario El país; «La Muerte es mejor que la Miseria»<sup>3</sup>, si me remito a titulares de diarios españoles observamos la importancia de este fenómeno: «Detenidos 97 inmigrantes», «Inmigración ilegal», «Detenida una red de inmigración ilegal»...etc

El Poniente almeriense donde está ubicada nuestra Unidad de Urgencias, es un real exponente del fenómeno migratorio. Desde hace años estamos trabajando diariamente con esta peculiar población. Con el tiempo hemos intentado adaptarnos a situaciones especiales que para nosotros eran impensables.

### Situación actual de la Inmigración en España y Almería

A fecha de 31 de Diciembre del 2001 en España habitan un millón y medio de inmigrantes, aproximadamente un 4% de la población<sup>4</sup>, sin contar con 300.000 inmigrantes no regularizados, según datos de las organizaciones no gubernamentales, mientras que en la Unión Europea estas cifras están en torno al 8-10% y todo apunta a que es una situación a la que llegaremos paulatinamente<sup>5</sup>. Para controlar este fenómeno el Gobierno español tiene establecido un control de flujos migratorios mediante unos sistemas de cupos anuales de inmigrantes en función de la economía nacional y de la capacidad de integración de la sociedad española, pero resulta difícil debido a la imposibilidad de control real de las fronteras españolas y a la situación administrativa de todos los extranjeros (los «sin papeles»)<sup>6</sup>.

La procedencia de los inmigrantes está encabezada por personas de origen marroquí seguida de los procedentes de Latinoamérica (Ecuador y Colombia), Europa (Británicos y Alemanes), China, subsaharianos y países del este. Este flujo de inmigrantes en España se dirigen con mayor proporción a las grandes capitales como Madrid y Barcelona seguido de Andalucía, Levante y ambos archipiélagos<sup>2</sup>.

Con respecto a Andalucía, en el Poniente Almeriense, según ATIME (organización no gubernamental de ayuda al inmigrante), se cuantifica unas 30-40.000 (15% de la población) inmigrantes asentados en esta comarca atraídas por la gran demanda de mano de obra en el Sector de la agricultura intensiva<sup>7</sup>.

En general el paciente inmigrante que vive en la zona del poniente almeriense es un varón joven norteafricano con nivel cultural bajo y escasos conocimientos de nuestro idioma. Con una estancia en España inferior a 2 años, suelen convivir con compañeros en viviendas reducidas

Recibido el 17-03-2003; aceptado para publicación el 01-04-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 195-198

y alejadas del núcleo poblacional. Su principal ocupación es la agricultura, aunque destaca el alto índice de parados. En los dos últimos años hemos observado un aumento importante de inmigrantes que proceden de países del Este con ocupación variada, predominando en el género femenino la prostitución<sup>8</sup>. Este perfil es similar pero características adosadas a la región de España que se valore<sup>9</sup>.

### **Repercusión sanitaria de la inmigración en una Unidad de Urgencias**

Para los que dirigen y componen el Sistema Nacional de Salud comienza un reto importante para afrontar esta nueva situación y ofrecer una Asistencia sanitaria de calidad y en rigor con la vigente Ley de Extranjería que recoge en su artículo 12, «Derecho a la asistencia sanitaria»; cualquier extranjero que se encuentre en territorio español tendrá derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles<sup>1</sup>.

El inicio de la Asistencia Sanitaria al Inmigrante se plantea con grandes problemas como la barrera idiomática, desconocimiento del médico de enfermedades por escaso manejo, precariedad de su situación económica que influye en los tratamientos, desconocimiento de la organización y entrada del Sistema Sanitario... etc. Este desconocimiento del acceso al Sistema de Salud hace que los pacientes inmigrantes tiendan a acudir a los Servicios de Urgencias obviándose la consulta de Atención Primaria y planificar sus visitas mediante cita previa<sup>1</sup>.

En el año 2002, nuestra Unidad de Urgencias (E.P. Hospital de Poniente. El Ejido) ha prestado asistencia sanitaria a aproximadamente 15.000 inmigrantes (20% de la totalidad de las urgencias del 2002)<sup>10</sup>, esto conlleva una carga asistencial extraordinaria debido a las características especiales de esta población, comenzando con la barrera idiomática, peculiaridades socioculturales, enfermedades inusuales en la práctica médica, etc.

### **Desconocimiento del Inmigrante del Sistema sanitario**

Al acceder el inmigrante al Sistema Sanitario observamos un desconocimiento importante de la estructuración sanitaria por su parte, acude a Urgencias Hospitalaria sin pasar por Atención Primaria (no utiliza la consulta programada) y no aporta tarjeta sanitaria, los que aportan tarjeta sanitaria afirman en un buen porcentaje desconocer a su médico de cabecera<sup>11</sup>. La explicación a esto es difícil, no hemos encontrado ninguna bibliografía donde apoyarnos, hemos creado una hipótesis donde creemos que acuden a Urgencias para evitar documentos burocráticos que reconozcan su ilegalidad, a pesar de que la Consejería de

Salud de la Junta de Andalucía ha creado la tarjeta sanitaria 60/ para inmigrantes sin papeles que le permite asistencia sanitaria gratuita (El Distrito de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud de poniente-Roquetas, ha emitido hasta el 31 de diciembre de 2000, un total de 9.608 tarjetas de extensión de cobertura sanitaria, al amparo del Acuerdo alcanzado entre la Consejería de salud de la Junta de Andalucía y diversas organizaciones humanitarias y sindicales)<sup>7</sup>.

Además comprobamos que la mayoría acuden en horario no laboral y fines de semana para evitar perder una jornada de trabajo que le supone disminución de ingresos económicos. Al llegar los meses de verano se produce un aumento significativo de la asistencia a Urgencias de la población inmigrante coincidiendo con el periodo descanso en la producción hortofrutícola<sup>8</sup>.

### **Problemática de la barrera idiomática**

El primer contacto en urgencias con el paciente inmigrante nos encontramos con la barrera lingüística recíproca, la comunicación es ardua y difícil llegando a ser una odisea la obtención de datos durante la anamnesis.

Los pacientes inmigrantes que desconocen el castellano acuden a la consulta con amigos o familiares que llevan más tiempo en España y asumen el papel de traductor, a veces aprovechan la existencia de otro paciente compatriota en la sala de espera que hace la misma función, con el tiempo se está convirtiendo en algo muy habitual y es un recurso eficaz para el facultativo y el resto del personal sanitario de urgencias. Pero el gran problema es cuando el paciente se presenta solo, la anamnesis se convierte en un devenir de monosílabos y gesticulaciones que hacen de la anamnesis un reto impensable para el facultativo, que durante años se ha preparado para adquirir conocimientos médicos.

Esto hace que el facultativo durante la anamnesis ante el inmigrante necesite más tiempo y actitudes no solo médicas para conseguir un diagnóstico, lo que conlleva la utilización de más pruebas complementarias y más tiempo en la Unidad e Urgencias<sup>12, 13, 14</sup>.

Además la barrera idiomática dificulta la transmisión del facultativo al paciente de la posología del tratamiento, provocando que muchos inmigrantes no sigan adecuadamente el tratamiento<sup>15, 16, 17</sup>.

### **Urgencias hospitalarias como acceso al sistema sanitario: Patología banal como motivo de consulta**

Comprobamos que la población inmigrante acude a Urgencias por banalidades. Los motivos de consulta más

frecuentes son las algias osteomusculares y contusiones, catarros de vías altas y dolor abdominal inespecífico necesitando solo un porcentaje muy bajo ingreso hospitalario, en cambio la población Subsahariana notamos que acuden con patología más severa necesitando más ingresos que el resto de la población inmigrante (magrebíes, latinoamericanos, Este de Europa) <sup>18</sup>.

Tras finalizar la asistencia sanitaria entre el 80-90% es derivado a Atención Primaria, esto nos demuestra que la causa de consulta puede resolverse sin problemas por el médico de Familia y que el inmigrante utiliza como referencia las Urgencias Hospitalarias saltándose el nivel básico de Atención primaria <sup>14, 18</sup>.

### ***Influencia de eventos culturales como el Ramadán en Urgencias***

La población mayoritaria en nuestra zona es de origen Magrebí, parte importante en su devenir diaria es el seguimiento de los periodos del Islam. El Ramadan se considera uno de los cinco pilares en la que se fundamenta la espiritualidad (Islam) de todos los practicantes musulmanes. Este periodo tiene lugar una vez al año, exige a los musulmanes adultos y sanos a abstenerse de comer, beber, fumar y tener relaciones sexuales desde la primera luz del día hasta la puesta del sol. Refieren que es un medio para que la persona se separe de las ansias mundanas y materiales, para no distraerse en la búsqueda de Allah. El Islam hace una excepción con los niños, ancianos, enfermos, embarazadas, lactancia, menstruación, soldados en guerra, el viajero, personal que necesita estar en buenas condiciones para el cuidado de la población (médicos, bomberos...) <sup>19</sup>.

Durante este periodo se producen cambios a nivel metabólico (aumenta los niveles de ácido úrico, colesterol, hormonas tiroideas en sangre y aumenta la secreción de HCL a nivel gástrico), a nivel nutricional (pérdida de peso y deshidratación) y a nivel psíquico (fatiga y disminución de la función cognitiva) <sup>20, 21, 22</sup>. Los diabéticos presentan con más frecuencia hipoglucemias <sup>23</sup>.

El motivo de consulta más frecuente del inmigrante musulmán en nuestra unidad de urgencias durante este periodo, es la epigastralgia relacionada con el ayuno prolongado seguido de una abundante ingesta de alimentos <sup>24</sup>. En estudios europeos no analizan el motivo de consulta pero concluyen que durante este periodo aumenta la demanda en urgencias.

Además comprobamos que el facultativo de Urgencias adecua la prescripción de su tratamiento a este periodo, evitando la posología de 3 dosis diarias para evitar el no cumplimiento del tratamiento <sup>25</sup>, favoreciendo la toma única <sup>24</sup>.

### ***Enfermedades infecciosas en población inmigrante en Urgencias***

Hemos comprobado como los inmigrantes acuden a nuestra unidad de urgencias por patología banal, pero no hay que olvidar el aumento de enfermedades importadas por esta población Paludismo, Portadores de Hepatitis B, VIH, Parasitosis intestinales, Tuberculosis, Sífilis, Micosis, Fiebre reumática, etc <sup>3, 9</sup>.

En nuestra unidad las enfermedades infecciosas más importantes que necesitaron ingreso fueron diagnosticados de TBC pulmonar, Neumonía no TBC, Paludismo, Hepatitis vírica, Infecciones respiratorias, TBC de otras localizaciones, GEA, Meningitis, según orden de frecuencia <sup>26</sup>. Otras enfermedades más leves: Sarna, Uretritis, Micosis cutáneas, etc,

Hay que tener en cuenta que muchas de las enfermedades están asintomáticas o dan síntomas muy inespecíficos, en nuestro que hacer diario vemos como pacientes que acuden por síntomas banales e inespecíficos padecen enfermedades mas serias de lo que primeramente se suponía.

### ***Consideraciones finales***

Como hemos comprobado la Unidad de Urgencias es un punto estratégico en la asistencia sanitaria del Inmigrante, debemos evitar este fenómeno por bien del paciente y del sistema sanitario. Debido a las características de los puntos de urgencias el abordaje del paciente inmigrante es inadecuado, ya que hay enfermedades que necesitan estudios más completos, siendo más factible una consulta de Atención Primaria.

A pesar de todo, los facultativos que trabajamos en Unidades de Urgencias extra y hospitalarios en zonas con alto índice de inmigración debemos hacer un esfuerzo en adaptarnos a esta situación. En nuestro hospital con el tiempo varios de nuestros compañeros idearon un diccionario simple de unas 30 palabras en árabe para facilitar la anamnesis, para evitar sucesos como le ocurrió a un niño inmigrante en Canadá. Cuenta que al llegar a Canadá sus padres desconocían totalmente el idioma. Él comenzó con un dolor en fosa iliaca derecha, sus padres tardaron 3 días en hacerle comprender a unos vecinos que su hijo estaba enfermo y no sabían dónde acudir. El paciente acudió a urgencias a punto de una perforación apendicular, actualmente este niño es médico y a puesto en marcha un proyecto de interpretes para inmigrantes en su Hospital <sup>27</sup>.

Otra adaptación fue conocer la problemática del ramadán, esto ha provocado que durante este periodo todos los facultativos adecuamos la posología cada 12 o 24 horas así favoreciendo el seguimiento de su cultura. Esto sola-

mente son ejemplos para animar a realizar iniciativas que faciliten la adaptación del inmigrante.

Queremos con esta reflexión recordar que la Inmigración es una realidad en este siglo, no podemos darle la espalda, debemos unir fuerzas para una integración adecuada y progresiva. Para eso debemos conocer la realidad de este colectivo; social, económico, cultural, sanitario, etc. y analizar sus problemas para crear programas específicos que favorezcan la integración y ayuden a solventar todos los escalones sociales y sanitarios que presentan, comenzando con la facilitación del acceso a la red sanitaria pública de los llamados sin papeles y la instauración de programas de atención global al inmigrante desde Atención Primaria en conexión con unidades especializadas.

### Agradecimientos

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias, perteneciente al área Integrada de Gestión Cuidados Críticos y Urgencias por el trabajo diario tan extraordinario que realiza, para facilitar una asistencia de calidad al inmigrante.

### Bibliografía

1. Guijo García C. Datos sobre el fenómeno de la inmigración en España. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99.
2. Solsona Díaz L. Situación actual en España y Europa. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 99.
3. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). *FMC* 1996; 3: 221-29.
4. Vázquez Villegas J. Atención inicial al inmigrante en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 105.
5. Esteban M. Los inmigrantes sin papeles en atención primaria. *FMC* 1998; 7: 486.
6. Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3: 276-9.
7. Memoria Anual 2000. Empresa Pública Hospital de Poniente. 9-10.
8. Vargas Ortega D, Parrilla Ruiz FM, Martínez Cabezas S, Cárdenas Cruz DP. La inmigración, una realidad social. *Revista emergencias* (En prensa).
9. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). *FMC* 1996; 3: 278-86.
10. Base informática de datos de la Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
11. Issa Khozouz Z, Vargas Ortega D, Jorge de Puerto N, Morales García V, Soler Núñez M, Parrilla Ruiz F. La inmigración y una unidad de urgencias. Una realidad social. *Aten Primaria* 2002; 30 Suppl I: 135.
12. Hampers LC, Cha S, Gutglass DJ, Binns HJ, Krug SE. Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency and department. *Pediatrics* 1999; 103: 1253-6.
13. Parrilla Ruiz F, Cárdenas Cruz DP, Parrilla Ruiz E, Duarte Carazo A, Vargas Ortega D, Cárdenas Cruz A. Influencia del desconocimiento del castellano en la duración de la anamnesis y consecución de un diagnóstico en pacientes inmigrantes. *Revista Medicina General*. (en prensa).
14. Anaya Reche JA, Fernández L, Ghlichichani M, Cámara, Saez M, Pérez M. El paciente inmigrante, ¿una realidad diferente? *Aten Primaria* 2002; 30 Suppl I: 136.
15. Stolk Y, Zíguras S, Saunders T, Garlick R, Stuart G, Coffey G. Lowering the language barrier in an acute psychiatric setting. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 434-40.
16. Williams SA, Godson JH, Ahmd IA. Dentists' perceptions of difficulties encountered in providing dental care for British Asians. *Community Dent Health* 1995; 12: 30-4.
17. Holmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B. Foreign patients in inpatient treatment in a psychiatric university clinic with community service. *Psychiatric Prax* 1994; 21: 106-8.
18. López Martín G, Zaballos Acosta MM, Ortega Martos F, Parrilla Ruiz F, Reyes Fernández A, Duarte Carazo A. Estudio de la Asistencia al Inmigrante en una Unidad de Urgencias Hospitalarias. *Actas del XII Congreso Nacional de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*. Cádiz del 7 al 9 de Junio de 2001.
19. Winter T.J. La gran narrativa musulmana. *7DM* 2001; 500: 108-113.
20. Malk G.M, Musbarik M, Hussain T. Acid Peptic Disease in relation to Ramadan Fasting: A Preliminary Endoscopic Evaluation. *AJG* 1995; 90: 2076-2077.
21. Rashed A.H. The fast of Ramadan. *BMJ* 1992; 304: 521-522.
22. Abdalla AH, Shaheen FA, Rassoul Z, Owda AK, Popovich WF, Mousa DH et al. Effect of Ramadan Fasting on Moslem Kidney Transplant Recipients. *Am J Nephrol* 1998; 18: 101-104.
23. Uysal A.R, Erdogan M. F, Sahin G, Kamel N, Erdogan G. Clinical and Metabolic Effects of Fasting in 41 Type 2 Diabetic Patients During Ramadan. *Diabetes Care* 1998; 21: 2033-2034.
24. Parrilla Ruiz F, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega D, Cárdenas Cruz A. El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias. *Revista Atención Primaria* (En prensa).
25. Aslam M, Wilson J.V. Clinical Problems during the Fast of Ramadan. *The Lancet* 1989; 29: 955.
26. Laynez F, Jiménez G, López G, Lozano C, Rivera F, Díez F. Inmigrantes africanos ingresados por enfermedades infecciosas. *Aten Primaria* 2001; 28 Suppl I: 133.
27. Włodarczyk K. The Interhospital Interpreter project. *Can Nurse* 1998; 94: 22-5.