

Original

# Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante

M. Luisa Vázquez Navarrete<sup>a,\*</sup>, Rebeca Terraza Núñez<sup>a</sup>, Ingrid Vargas Lorenzo<sup>a</sup> y Tona Lizana Alcazo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España

<sup>b</sup> Pla Director d'Inmigració, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 8 de julio de 2008

Aceptado el 10 de octubre de 2008

On-line el 6 de marzo de 2009

### Palabras clave:

Inmigración

Salud

Necesidades del personal de salud

Servicios de salud

Atención a la salud

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las necesidades de apoyo expresadas por el personal sanitario en la atención al colectivo inmigrante y aportar sugerencias de mejora.

**Métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio y fenomenológico. Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales en una muestra teórica de informantes: directivos de proveedores (21) y profesionales de primaria y especializada (42). Se hizo un análisis narrativo del contenido con generación mixta de categorías y segmentación por grupo de informantes y temas.

**Resultados:** En el discurso de los informantes emergen con fuerza diversas necesidades de apoyo para la atención a la población inmigrante, con algunas voces discrepantes. Por un lado, para superar las barreras a la comunicación e información se requieren materiales en diversos idiomas y servicios de traducción, así como más tiempo por paciente. Por otro lado, para proveer atención a pacientes con culturas diversas se requiere formación centrada en aspectos culturales y de carácter práctico con aplicación inmediata. Además, para adaptar los recursos a la nueva situación, destaca la necesidad de introducir cambios en el sistema sanitario, liderados por el Departament de Salut.

**Conclusión:** Las necesidades identificadas de apoyo para la comunicación, la información y la formación, así como de cambios en el sistema, indican que las intervenciones contempladas en el Plan Director de Inmigración en Salud no son debidamente implantadas, pero además se observan deficiencias estructurales y organizativas que deberían abordarse mediante políticas generales.

© 2008 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Perceived needs of health personnel in the provision of healthcare to the immigrant population

### ABSTRACT

### Keywords:

Immigration

Health

Health personnel needs

Health services

Health care

**Objective:** To analyze the needs perceived by health personnel in the provision of healthcare to the immigrant population and to provide suggestions for improvement.

**Methods:** A descriptive, exploratory and phenomenological qualitative study was carried out by means of semi-structured individual interviews and focus groups to a criterion sample of informants: healthcare managers (n = 21) and health professionals (n = 44) from primary and specialized care. A narrative content analysis was conducted by three analysts, segmented by groups of informants and themes, with mixed generation of categories.

**Results:** The need for support in providing healthcare to the immigrant population strongly emerged in the informants' discourses, with some discrepant voices. On the one hand, translated materials, translation services, and a greater length of time allocated per patient, were required to address communication and information barriers. On the other hand, specific training focusing on cultural aspects and practical tools for immediate implementation were needed to provide adequate care to patients from diverse cultural backgrounds. In addition, changes in the healthcare system, led by the Health Department, were requested to adapt resources to the new situation.

**Conclusion:** The needs identified for support in communication, information and training, as well as changes in the system, reveal the insufficient implementation of the interventions contemplated in the Immigration and Health Plan. In addition, structural and organizational deficiencies were identified that should be addressed by general policies.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La población extranjera en España ha experimentado un rápido ascenso en los últimos años, pues pasó de representar el 2,6% de la población en 2001 al 11,3% en 2007<sup>1</sup>. Este patrón se ha

reproducido en Cataluña con valores más altos (4,3% y 14,9%, respectivamente), y la magnitud real puede ser mayor por la existencia de población en situación irregular<sup>1,2</sup>. Su desigual distribución oscila entre el 4% y el 21% de la población, según la comarca<sup>3</sup>. Las nacionalidades predominantes de los ciudadanos no pertenecientes a la Unión Europea (UE-15) difieren entre territorios, pero los colectivos mayoritarios proceden de Marruecos, Rumanía y los países latinoamericanos<sup>3</sup>. Sus problemas de salud no son muy diferentes de los de la población autóctona<sup>4</sup>,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlvazquez@chc.es (M.L. Vázquez Navarrete).

pero algunas de sus características (idiomáticas, culturales, estilos de vida) pueden llevar a una utilización diferente de los servicios<sup>5</sup>. La nueva realidad social y demográfica supone, por tanto, un reto importante para la adecuación de los servicios públicos, entre ellos los sanitarios<sup>6</sup>, que ha dado lugar al desarrollo de planes y estrategias específicos, tanto estatales como de las comunidades autónomas<sup>3,7,8</sup>.

La experiencia de países con mayor tradición en inmigración parece indicar que el comportamiento de los proveedores de salud ante estos grupos contribuye a las desigualdades en el acceso a los servicios, por razones diversas; entre ellas, que basan la atención en la percepción general del colectivo y no en el paciente individual<sup>9-11</sup>, una limitada capacidad de relación<sup>9,10</sup> y de comunicación por menor empatía, cortesía e información facilitada por parte del profesional<sup>12</sup>, y una menor participación del paciente en la toma de decisiones<sup>12</sup>. En España, los escasos estudios realizados hasta el momento se centran mayoritariamente en el análisis del estado de salud, las enfermedades importadas y las relacionadas con el proceso de migración y las condiciones de vida<sup>5,13-15</sup>, así como en el patrón de uso de recursos<sup>5,14,16</sup>. Un ámbito poco explorado son las necesidades y las expectativas del personal sanitario en el proceso de atención al inmigrante<sup>5</sup>, aunque algunos autores advierten la falta de capacidad o de formación para el abordaje de las diferencias culturales entre los profesionales sanitarios y los pacientes<sup>3,17,18</sup>, y de capacidad técnica ante la presencia de patología tropical<sup>18</sup>. El objetivo de este artículo, que presenta resultados parciales de un estudio más amplio<sup>19</sup>, es analizar las necesidades de apoyo expresadas por el personal sanitario en la atención al inmigrante y aportar sugerencias de mejora.

## Métodos

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, de carácter exploratorio y fenomenológico<sup>20</sup>, cuyo trabajo de campo se llevó a cabo entre enero y octubre del año 2007.

### Área de estudio

El área de estudio estaba constituida por cinco comarcas de Cataluña: La Selva, Barcelonès, Montsià, Cerdanya y Urgell, que se seleccionaron por pertenecer a regiones sanitarias diferentes, proveer atención primaria y especializada de agudos, poseer una proporción de población inmigrante superior a la media catalana, con una nacionalidad predominante diferente y con carácter rural y urbano (tabla 1).

### Muestra

En la primera etapa se seleccionaron las unidades de atención primaria que atendían una mayor proporción del colectivo de la nacionalidad predominante en la comarca. En la segunda etapa se realizó un muestreo teórico de informantes de estos centros y su hospital de referencia<sup>21</sup>. Para ello se definieron perfiles con posibles discursos diferentes: a) directivos de los proveedores de primaria y especializada; b) profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, con mayor contacto con inmigrantes del colectivo de interés y diferentes profesiones. Se buscó un enlace en cada región sanitaria para identificar a los informantes, que fueron invitados a participar mediante contacto telefónico. No hubo rechazos. La composición de la muestra, cuyo tamaño final se alcanzó por saturación, es decir, cuando la realización de una nueva entrevista no aportaba datos nuevos en las principales dimensiones de estudio, se presenta en la tabla 2.

### Técnicas de recogida de los datos

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, con una guía<sup>22</sup>, para obtener las opiniones de los entrevistados sobre las necesidades en la atención a los inmigrantes. La guía abordaba la percepción y las opiniones sobre la población inmigrante, el proceso de atención a los inmigrantes, las necesidades de apoyo del personal y la opinión sobre los recursos específicos existentes. Las entrevistas, de 60 a 90 min de duración, se grabaron y transcribieron textualmente. Para profundizar y comparar los datos se realizaron tres grupos focales, segmentados por tipo de informante: directivos, profesionales de primaria y de especializada.

### Análisis de la información y calidad de los datos

Se realizó un análisis narrativo del contenido, con la ayuda del programa informático Atlas-ti. Los datos procedentes de las entrevistas y de los grupos focales se segmentaron por grupo de informantes y temas. Se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de las guías de entrevista y las emergentes de los datos. En este artículo sólo se analizan las categorías relativas a las necesidades de apoyo percibidas (tabla 3). Mediante lecturas repetidas y comparaciones constantes, se buscaron los patrones convergentes y divergentes. Para asegurar la calidad de los datos se trianguló la información comparando diversas fuentes de información, técnicas y grupos de informantes, así como con la participación de tres analistas con formaciones diferentes y un buen conocimiento del contexto.

**Tabla 1**

Características de las comarcas seleccionadas como áreas de estudio

	La Selva	Barcelonès	Montsià	Urgell	Cerdanya
Región sanitaria	Girona	Barcelona	Terres de l'Ebre	Lleida	Alt Pirineu Aran
Servicios sanitarios	AP, AE	AP, AE	AP, AE	AP, HR Lleida	AP, AE
Población total <sup>a</sup>	151.477	2.226.913	65.333	34.638	17.235
Población inmigrante (%) <sup>b</sup>	17	15	16	15	15
Colectivo predominante en las unidades estudiadas	Marroquí/Gambiano	Chino	Rumano	Marroquí	Boliviano
Tipo de territorio	Urbano	Urbano	Rural	Rural	Rural

AE: atención especializada; AP: atención primaria; HR: hospital de referencia.

<sup>a</sup> Fuente: Idescat 2006<sup>7</sup>.

<sup>b</sup> Fuente: Pla Director d'Immigració 2006<sup>3</sup>.

**Tabla 2**  
Composición final de la muestra de informantes

Tipo de informantes	Informantes	N (EI)	N (GF <sup>a</sup> )
Directivos proveedores			
Atención primaria	Coordinadores de centro	4	2
Atención especializada	Gerentes	4	
	Cargos intermedios	5	4
Profesionales sanitarios			
Atención primaria	Médicos de familia	6	2
	Enfermeras	1	2
	Pediatras	5	
	Matronas	4	
	Personal de la Unidad de atención al usuario	5	1
Atención especializada	Médicos de urgencias	7	1
	Enfermeras	6	2
	Obstetras	2	
	Trabajadora social	1	1
Total		49	15

EI: entrevista individual; GF: grupo focal.

<sup>a</sup> Total de grupos focales realizados = 3.

**Tabla 3**  
Categorías y subcategorías de análisis que emergieron en el análisis de los datos

Categoría de análisis	Subcategorías de análisis
Necesidades relativas a la comunicación con la población inmigrante	Materiales en diversos idiomas Servicio de traducción Mediador cultural Contenidos, características Opinión Características
Necesidades de formación específicas relacionadas con la provisión de la atención	Aspectos culturales Temas médicos
Necesidades relativas a las características del sistema sanitario	Liderazgo del Departament de Salut Adecuación de los recursos sanitarios Disponibilidad de materiales e información específica Gestión clínica Coordinación territorial

## Resultados

Las necesidades expresadas por el personal sanitario en la atención a la población inmigrante giran alrededor de tres ejes temáticos: comunicación e información, formación y cambios en el sistema sanitario.

### Apoyo en la comunicación e información

En el discurso de los informantes emergía con fuerza la necesidad de disponer de apoyo para mejorar la comunicación con el paciente inmigrante mediante distintos instrumentos y estrategias: materiales en diversos idiomas, servicios de traducción y, en menor grado, mediadores culturales (tabla 4). No obstante, y aunque de manera limitada, algunos profesionales consideraban el aprendizaje del idioma una obligación del inmigrante: «... hay gente que dice que no, que si vienen aquí que se adapten y aprendan el idioma» (profesional de especializada).

### Materiales en diversos idiomas

La mayoría de los informantes destacaba la necesidad de contar con material traducido sobre el funcionamiento del sistema sanitario, documentos administrativos (consentimiento informado, preparación de pruebas, etc.) y de educación sanitaria. Estos materiales deberían ser accesibles, es decir, almacenados en soporte informático y en los idiomas de los colectivos con mayor presencia en el territorio. Además, deberían estar adaptados al colectivo diana, teniendo en cuenta las variedades dialectales, los niveles de analfabetismo y su cultura. Por ejemplo, además de traducir las dietas, se deberían incluir los alimentos habituales de estos grupos: «habíamos hecho una traducción tal cual era la dieta que teníamos nosotros, pero ellos el pan no lo utilizan, lo hacen con una harina especial» (profesional de especializada).

### Servicio de traducción

Los traductores se consideran necesarios para las áreas con proporción elevada de inmigrantes, e indispensables para los colectivos árabe y chino. Sin embargo, su presencia en horarios determinados resulta insuficiente, porque no se puede prever el momento en que serán necesarios, especialmente en las urgencias hospitalarias. Por eso, los informantes señalan que, como mínimo, se requiere un acceso telefónico ágil a los traductores. Además, se debería contar con un servicio al cual dirigirse para las traducciones de documentación clínica de los pacientes (informes médicos, carnés de vacunación), «que se les pueda enviar un documento que te llega de China con las vacunas de este señor» (directivo de primaria).

### Mediador cultural

La figura del mediador cultural, desconocida para una gran proporción de los informantes, generaba opiniones divergentes entre los que la conocían. Un grupo de informantes cuestionaba su utilidad para resolver problemas en la atención al inmigrante: «yo no lo veo necesario [al mediador], es que no sé si me podría solucionar nada» (profesional de primaria). En cambio, otro grupo consideraba que podía reducir la distancia entre el profesional sanitario y el inmigrante, haciendo de puente cultural: «aquellas

**Tabla 4**  
Necesidades de apoyo en la comunicación en la atención a la población inmigrante expresadas por los informantes

Descripción de la intervención	Citas de los informantes
Materiales en diversos idiomas	<p><b>Contenidos</b> «Folletos que estén en su idioma, todo lo que sea a nivel de información, y que pueda estar traducido de forma paralela, dietas, cosas de ésas» (profesional de especializada) «La información de cómo se controla, los requisitos que se necesitan, sobre todo traducidos a su idioma, las dietas, todo lo que necesita para un plan de soporte para el embarazo» (profesional de especializada)</p> <p><b>Características</b> «Coloreado y dibujado y con máscara, con signos, con caras de dolor, nos irían estupendamente, (...) con el ordenador el programa de dieta del paciente con... chino que tiene azúcar, dieta para... sería maravillosos» (profesional de primaria) «... Con dibujos porque está claro, escrito, ¿qué idiomas utilizarás? No todos los árabes hablan el mismo árabe, ya sabes que hay algunos dialectos dentro del árabe, y eso suponiendo que sepan leer» (directivo de especializada)</p>
Servicio de traducción	<p>«Que pudiesen tener, a nivel de qué sé yo, de la Generalitat, o del ayuntamiento, que pudiese haber ese tipo de mediador, traductores, llámeles como quiera, que los pudiesen avisar y los pudiésemos tener» (directivo de especializada) «Para nosotros, teóricamente, a lo mejor sólo traductor» (profesional de primaria).</p>
Mediador cultural	<p><b>Objetivos</b> «Yo no los criticaré [a los mediadores], no les diré que no tendrían que venir, pero digo que quizás es una pasada, porque acaban entendiendo [los inmigrantes], y si no se entienden, que se despabilen» (profesional de primaria) «La mediadora es para mediar, evitar que se hagan guetos, que se aparten, intentar integrarlos» (profesional de primaria) «Fundamentalmente es intérprete» (profesional de especializada)</p> <p><b>Funciones</b> «Hacer entender al personal sanitario (...) las costumbres de aquella gente, y que nosotros las pudiéramos entender y aceptar» (profesional de especializada) «Te pierdes mucha información y te puedes perder en muchas pruebas, te puedes perder en el diagnóstico que no acabas de hacer nunca y realmente a lo mejor es un problema de comprensión» (directivo de primaria) «Explicarles un poco lo que es el sistema sanitario, enfocándoles hacia la primaria» (directivo de especializada) «Agentes de salud para cosas puntuales (...). Si hay una señora de su comunidad que les hace ver o les intenta explicar qué es correcto (...), ir a hacer todos los controles de gestación necesarios» (profesional de primaria)</p> <p><b>Horario</b> «Las veinticuatro horas del día no, pero durante el día, al menos las horas de consulta, aunque sean seis, ocho, doce horas, de ocho de la mañana a ocho de la tarde, iría bien todo ese horario» (profesional de primaria) «Tienes muchas actuaciones que no se pueden, no ya derivar, ni esperar a mañana para tomarla ni para explicarle que a veces son decisiones importantes, son más o menos urgentes, y creo que se necesita las veinticuatro horas» (profesional de especializada)</p>

culturas, primero transmitírnoslas a nosotros, para ver cómo lo podemos entender más (...) y, al mismo tiempo, es una integración de este tipo de comunidad en la nuestra» (profesional de primaria).

Según estos profesionales, su función sería, por un lado, la resolución de dudas y el acompañamiento de la población inmigrante, proporcionando información sobre el funcionamiento del sistema sanitario, los circuitos establecidos y la tarjeta sanitaria, así como traduciendo a los profesionales sanitarios. También contribuiría a su integración en la sociedad de acogida, facilitando el aprendizaje del idioma, la cultura y la gestión de necesidades sociales (empadronamiento, escuelas, etc.): «lo que el mediador tiene que hacer es que ellos vayan entrando en nuestro sistema de vida sin que sea traumático, ni para ellos, ni para nosotros» (profesional de especializada). Por otro lado, facilitaría a los profesionales sanitarios el conocimiento de las diferentes culturas y la comprensión de la demanda asistencial del paciente, y contribuiría a la efectividad de las actividades de educación sanitaria. Algún informante considera que puede detectar problemas sanitarios invisibles para el sistema: «salí en la prensa que nuestro hospital era uno de los que hacía más cesáreas (...). El papel de las mediadoras es importante porque nosotros no lo habríamos detectado; tenían como miedo, y cuando entraban lo primero que decían era "a mí cesárea, no"» (profesional de especializada). El mediador cultural debería proceder del mismo colectivo, estar en contacto con sus asociaciones y líderes, ser aceptado y poseer un buen conocimiento del sistema.

Los profesionales consideran que se necesitan mediadores en los primeros momentos de la llegada y para los colectivos «más diferentes» (marroquíes, subsaharianos, chinos y paquistaníes), pero discrepan sobre su ubicación. Según los informantes de

**Tabla 5**  
Ejemplos textuales sobre las necesidades de apoyo en relación con la formación

Contenidos de la formación	Citas de los informantes
Aspectos culturales	<p>«Que los profesionales estén formados, no en patología importada, sino en trato... Necesitamos saber si cuando tú le estás diciendo a una persona que se desnude, se está sintiendo incómoda, o cómo no se está sintiendo» (profesional de primaria) «Está muy bien conocer la cultura china, pero interesa saber cómo les puedes abordar» (profesional de especializada) «Necesitamos más formación, entender mejor cuáles son sus planteamientos, y en estos momentos ya se entienden muchas cosas, pero continúa sorprendiendo, por ejemplo, que los pacientes subsaharianos se tapan la cara cuando van en la camilla» (directivo de especializada) «Llámales como quieras, taller, seminarios, muy prácticos, muy pegados a la realidad» (directivo de especializada) «Es más difícil aprender la cultura que atender la enfermedad, el idioma, y la cultura no está en el libro, la enfermedad sí» (directivo de especializada)</p>
Temas médicos	<p>«Hay cosas, enfermedades de cisticercosis (...), se están empezando a ver enfermedades de este tipo, y cuando un día lo necesitas, pues tienes que ir a Google, al doctor Google, y buscar» (profesional de especializada) «Tenemos que volver a pensar más, pero tampoco porque todo esto ya está estudiado, y no las hemos visto hace mucho tiempo, pero si piensas en ellas entonces ya vas a buscar» (profesional de especializada)</p> <p>No es necesaria... «No, nosotros formación tenemos, a nosotros nos ha tocado aguantar esto» (profesional de especializada) «Hay gente que no la hace porque no quiere, y a lo mejor precisamente necesitaría más formación» (profesional de especializada)</p>

ambos niveles son necesarios en los servicios con mayor relación con el inmigrante, pero algún profesional hospitalario no lo considera necesario en urgencias. Otros, sobre todo de primaria, proponen la introducción de agentes comunitarios de salud.

### Formación de los profesionales

La mayoría de los informantes percibe una importante falta de formación o información en aspectos que permitirían proveer de manera apropiada atención a pacientes con cultura diversa, así como sobre algunos temas médicos (tabla 5). Consideran que la formación en aspectos culturales serviría para entender demandas del paciente inmigrante que actualmente son incapaces de resolver: «formación cultural sobre ellos, porque claro, enfrentarte a un paciente sabiendo su cultura y sus maneras de vivir, y lo que puedes pedir, exigir o lo que puedes esperar de ellos, eso sí es importante» (profesional de especializada). La información sobre las diferencias culturales permitiría, según los informantes, mejorar la comprensión y la comunicación, y reducir las reticencias culturales de ciertos profesionales, atribuidas al desconocimiento por algunos directivos. No obstante, los contenidos deberían ser prácticos, sin perderse en descripciones antropológicas, y orientados al trato en la consulta del inmigrante.

Algunos consideran que la formación debería tener un formato informal (seminarios y charlas), y estar incluida en horario laboral. Según algún directivo, debería dirigirse al personal con mayor contacto con los inmigrantes, como el de atención al usuario: «se debería formar muy bien a la gente que trabaja en los mostradores del hospital» (directivo de especializada), y contar con la participación de personas del colectivo de que se trate.

En temas médicos, el profesional sanitario, sobre todo de primaria, considera necesario conocer los estándares sanitarios del inmigrante (curvas de crecimiento, marcadores, etc.). La mayoría otorga menor importancia a la formación en patología emergente, por su baja prevalencia y porque es fácil encontrar la información: «esto te lo miras en el libro; nosotros, para un Chagas, ya estamos en contacto con Drassanes, y llamas, o ya sabes a dónde llamar» (profesional de especializada).

Algunos profesionales, sobre todo hospitalarios, expresan su desinterés por la formación relacionada con la atención al inmigrante, atribuyéndolo al desánimo derivado de las dificultades en la práctica.

### Cambios en el sistema sanitario

En el discurso de los informantes surge con fuerza la necesidad del liderazgo del Departament de Salut para adaptar los recursos asistenciales a las necesidades de la población inmigrante y mejorar su gestión, así como para mejorar algunas estrategias específicas (tabla 6).

### Adecuación de los recursos

Según los directivos y los profesionales, los recursos deben adecuarse a la nueva realidad, no sólo en relación al volumen total de población sino también a las características de sus inmigrantes (volumen, colectivos predominantes, nivel socioeconómico, etc.): «a nivel del Departament debería haber una connotación diferente con este tipo de hospital, porque es un poco un hospital de trinchera, de trinchera en todos los aspectos» (directivo de especializada). En este sentido, sería necesario disponer del registro real de población atendida en los servicios. Según los profesionales, sobre todo de atención primaria, se requiere más tiempo en la consulta por la dificultad en la comunicación, así como dotar a los centros de más asistentes sociales por las demandas de carácter social que reciben: «con ellos más tiempo, claro, porque en todo lo que son problemas de cultura, todas estas cosas que tienes que hablar y que te tienen que coger confianza, eso necesita tiempo» (profesional de primaria).

Según algunos profesionales, los centros de atención primaria deberían prolongar su horario para reducir las dificultades de acceso derivadas de las condiciones laborales de la población inmigrante, y así mejorar la utilización de las urgencias: «nosotros creemos que probablemente hasta las ocho darías margen (...), podrías atender a más gente» (profesional de primaria).

**Tabla 6**  
Cambios necesarios en la organización de la asistencia expresados por el personal sanitario

Descripción	Citas de los informantes
Liderazgo del Departament de Salut	
Adecuación de los recursos	<p>Teniendo en cuenta las características de la zona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más tiempo de consulta</li> <li>• Aumento del número de profesionales</li> <li>• Aumento del número de asistentes sociales</li> </ul> <p>Alargar el horario de apertura de atención primaria Registro real de la población atendida</p>
Información	«[Necesitaríamos] más profesionales, menos presión asistencial, menos volumen para el médico» (profesional de primaria)
Materiales	«Necesitaríamos personal de tipo social, que muchas veces pueda dar atención a estos pacientes» (profesional de especializada) «Nosotros creemos que probablemente hasta las ocho darías margen (...), entrando más tarde y saliendo más tarde podrías atender a más gente» (profesional de primaria)
Gestión clínica	«Así como nosotros ya hemos hecho toda la traducción y la hemos hecho propia, yo creo que estaría bien que el Departament lo contemplase, y entonces sería una cosa homogénea de todos los hospitales, porque, a ver, el consentimiento informado por razón es estándar» (directivo de especializada)
Coordinación territorial	«Que les puedas mandar un documento que te viene de China con las vacunas de este señor (...). Un organismo o, no sé, alguna cosa donde poder recurrir» (directivo de primaria)
	«Desde el Departament, la pregunta es qué tenemos que hacer con esta gente cuando llega» (directivo de primaria)
	«Que el paciente tenga una historia única, que vaya con su tarjeta sanitaria» (directivo de primaria)
	«Desde el Departament, la pregunta es qué tenemos que hacer con esta gente cuando llega» (directivo de primaria)
	«Que el paciente tenga una historia única, que vaya con su tarjeta sanitaria» (directivo de primaria)

## Difusión de información y homogeneización de estrategias de traducción

Los profesionales opinan que el Departament de Salut debería hacer una amplia difusión de normativa, material y herramientas (incluyendo el Plan Director de Inmigración y Salud), así como marcar las directrices generales para homogeneizar los materiales a traducir (que cada institución podría adaptar) y poner en común las diferentes iniciativas que se desarrollan en el territorio: «[el Departament] debería dar normas generales, hacer trajes *prêt-à-porter* iguales sería un error; criterios generales, porque después el traje nos lo tenemos que adaptar a cada centro» (directivo de especializada). Además, se debería establecer un responsable (servicio) para realizar las traducciones, cuyo coste debería estar presupuestado.

## Mejorar la coordinación intrasectorial e intersectorial

Para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y proveedores sanitarios sería necesaria una historia clínica única, además del desarrollo de instrumentos clínicos, como protocolos para la atención en el primer contacto con un paciente inmigrante o la definición de aspectos prácticos, por ejemplo la actualización de vacunas: «la pregunta es qué tenemos que hacer con esta gente cuando llega, ¿qué les hacemos?» (directivo de primaria). Además, sería necesario buscar la coordinación intersectorial en el territorio para abordar conjuntamente los problemas.

## Discusión

Las necesidades percibidas por el personal sanitario en la atención del inmigrante se refieren a tres grandes áreas: comunicación e información, formación y adaptación del sistema sanitario. Puesto que en gran parte están contempladas por el Plan Director de Inmigración y Salud<sup>3</sup>, los resultados parecen reflejar un importante desconocimiento, así como debilidades en la utilización de las estrategias y de los instrumentos existentes actualmente. Llama la atención la convergencia en los discursos de los informantes de distintos niveles asistenciales y estamentos en relación a las necesidades expresadas, que quizás podría estar motivada por el hecho de trabajar todos en centros con una importante proporción de población inmigrante de referencia. En cambio, se identifica una divergencia de opiniones dentro de los grupos, lo que podría indicar actitudes distintas en relación al fenómeno estudiado.

Un ámbito importante se refiere a la comunicación entre el personal y el paciente inmigrante, que abarca dos vertientes. La primera consiste fundamentalmente en el apoyo con traducción (servicios de intérpretes y traducción, materiales en diversos idiomas) y pone de manifiesto la importancia de la barrera idiomática en la atención, una constante en los estudios sobre la atención al inmigrante<sup>23,24</sup>. Al mismo tiempo refleja, por un lado, el desconocimiento del servicio público *Sanitat Respon*, que ofrece algunos de estos recursos<sup>25</sup>, y por otro, algunas de sus limitaciones, ya que los informantes hacen énfasis en la accesibilidad y la aplicabilidad de los diversos instrumentos. Para que las estrategias sean eficaces deberían adaptarse a la población objetivo (idioma, hábitos, nivel de analfabetismo), ser accesibles para los profesionales y estar orientadas a problemas reales del proceso de la atención<sup>23</sup>. La segunda vertiente se refiere a la necesidad de recibir formación para la atención a pacientes con

diversidad cultural, de importancia relevante, porque los aspectos culturales se consideran como un riesgo para la atención<sup>19</sup>, y no necesariamente ligados a la comunicación. Es decir, no se tiene en cuenta que la comunicación está influida por aspectos culturales y no solamente por el idioma<sup>26</sup>. Este resultado, junto con la demanda de conocimientos prácticos para el abordaje de la atención, refleja la necesidad de desarrollar competencias culturales en el personal sanitario, definidas por algunos autores como la capacidad de proporcionar atención a pacientes con diversos valores, creencias y capacidad lingüística<sup>26</sup>.

Se hace hincapié en la provisión de información sobre el sistema sanitario, trámites burocráticos y educación sanitaria, por diversos mecanismos (mediador cultural, acciones de divulgación desde el Departament de Salut, etc.). Parece responder a la opinión, ampliamente extendida a pesar de no estar corroborada por los diferentes estudios existentes<sup>16,27</sup>, de que no hay una adecuada utilización de los servicios de salud por parte del inmigrante. En este contexto, en que se asigna al mediador cultural el papel de agente comunitario en salud, sobre todo, se refleja la necesidad de mejorar la estrategia de acogida del inmigrante en la comunidad, con implicación de todas las instituciones del territorio para la difusión efectiva de la información necesaria.

Llama la atención el desconocimiento de la figura del mediador, que parece indicar el insuficiente despliegue del programa de mediación del Departament<sup>3</sup>. Al mismo tiempo, se observa disparidad de opiniones. Por un lado se cuestiona la utilidad del mediador, y por otro se valora para solucionar los problemas de comunicación y reducir las dificultades de provisión, como ya se ha reflejado en otros estudios<sup>28-30</sup>. Asimismo, el conjunto de opiniones recoge las características descritas por la literatura como deseables para el mediador, en cuanto a las funciones a desempeñar (como traductor y puente entre culturas) y a los ámbitos de actuación (comunitario o en los servicios sanitarios)<sup>24,31</sup>. Sin embargo, y probablemente debido al insuficiente conocimiento, no se refieren algunas limitaciones que se le asocian: quién decide la presencia del mediador en la consulta, una formación inadecuada, la atribución de roles médicos o conflictos de confidencialidad<sup>24,29,31</sup>.

La posición de algunos profesionales contraria a la incorporación de elementos para facilitar la comunicación (traducción, formación cultural) podría ser un reflejo de las opiniones de un segmento de la sociedad que considera la integración responsabilidad exclusiva del inmigrante<sup>12</sup>. A pesar de ello, cabría esperar que la formación en competencia cultural, además de facilitar el proceso de atención<sup>17,32</sup>, contribuya a sensibilizar al personal hacia la inmigración y pueda influir sobre sus valores y actitudes<sup>33</sup>.

Emerge con fuerza la necesidad de que el Departament de Salut lidere los cambios identificados como necesarios en el sistema sanitario, ejerciendo su función estratégica como ente rector del sistema. Por un lado, se propone que desarrolle e implemente de manera efectiva políticas para la mejora del proceso de atención al inmigrante, por ejemplo mediante campañas de información o la unificación de los materiales, también señalados por otros estudios como elementos que mejoran la eficiencia del sistema<sup>23</sup>. Por otro lado, sugieren que el Departament adecue los recursos a las necesidades de atención de la población, ya que el aumento de la inmigración pone de relieve viejas deficiencias del sistema sanitario relacionadas con el desempeño del trabajo de sus profesionales, principalmente la falta de personal, la sobrecarga y el horario de los centros<sup>34</sup>.

Una de las limitaciones de este estudio es que no permite conocer la influencia de las presunciones de los informantes sobre la población inmigrante en sus opiniones sobre las necesidades de apoyo en la provisión de la atención y de qué manera condiciona

el proceso de atención. Se trata de un aspecto que se debería profundizar en posteriores estudios, así como las necesidades específicas de los diversos colectivos que intervienen en la provisión de la atención.

En conclusión, las necesidades expresadas por el personal sanitario (comunicación, información y formación) se relacionan directamente con las dificultades percibidas en la provisión de atención<sup>19</sup>, y reflejan la necesidad de crear un sistema competente culturalmente, que provea servicios apropiados respecto a lengua y cultura<sup>32</sup>, así como algunas de las debilidades en la implementación del Plan Director de Inmigración. Además, ponen al descubierto deficiencias estructurales (insuficiencia de los recursos) y organizativas (la rigidez del sistema para adaptarse a las necesidades de los usuarios) que deben ser abordadas por políticas generales y no específicas de la población inmigrante.

### Agradecimientos

Las autoras agradecen a los directivos y profesionales que generosamente han compartido su tiempo y opiniones.

### Financiación

El estudio ha sido financiado por el Pla Director d'Immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

### Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008.
- Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria*. 2002;29:463-8.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
- McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health. A review of the international literature. Glasgow: MRC; 2003.
- Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, et al. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2004.
- Mladovsky P. Migration and health in EU health systems. *Euro Observer*. 2007;9:1-2.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Estratégico 2007-2010. Ciudadanía e integración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. II Plan Vasco de Inmigración 2007-2009. Vitoria: Gobierno Vasco; 2007.
- Van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *Am J Public Health*. 2003;93:248-55.
- Van Ryn M. Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care*. 2002;40(1 Suppl):1140-51.
- Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1154-9.
- Cooper L, Beach MC, Johnson RL, et al. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med*. 2006;21:S21-7.
- Moreno-Preciado M. La relación con el paciente inmigrante: perspectivas investigadoras. *Index Enferm*. 2005;14:25-9.
- Rivera B, Casal B, Cantarero D, et al. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit*. 2008;22(Suppl 1):86-95.
- Jansà JM, García P. Desigualtats en la salut i la immigració. En: Borrell C, Benach J, editors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003. p. 217-50.
- Cots F, Castells X, Ollé C, et al. Perfil de la casuística hospitalaria de la població immigrant en Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
- Fuertes C, Martín MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sis Sanit Navar*. 2006;29(Suppl 1):9-25.
- Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria*. 2006;37:249-50.
- Vázquez ML, Terraza R, Vargas I. Atención a la salud dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla Director d'Immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible en: [www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html).
- Marshall C, Rossman G. *Designing qualitative research*. Londres: Sage; 1990.
- Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudio y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, et al., editores. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2006. p. 31-52.
- Patton Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage; 1990.
- Bowen S. *Language barriers in access to health care*. Ottawa, Ontario: Publications Health Canada; 2001.
- Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. *Swiss Forum for Migration and Population Studies*; 2003.
- Departament de Salut. Servei de traducció telefònica. Sanitat Respon. [Internet]. 2008 Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc10312.html> [consultado 16 Abr 2008].
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund; 2002.
- Junyent M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*. 2006;18:232-5.
- Kamath CC, O'Fallon WM, Offord KP, et al. Provider satisfaction in clinical encounters with ethnic immigrant patients. *Mayo Clin Proc*. 2003;78:1353-60.
- Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005;62:255-99.
- Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D, et al. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-english-proficient patients. *J Gen Intern Med*. 2001;16:468-74.
- Singy P, Guex P. The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view. *Communication & Medicine*. 2005;2:45-51.
- Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J, Task Force on Community Preventive Services. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24:68-79.
- Horner RD, Salazar W, Geiger J, et al. Changing healthcare professionals' behaviours to eliminate disparities in healthcare: what do we know? How might we proceed? *Am J Manag Care*. 2004;10:SP12-9.
- Más R, Escrivà V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Labor*. 1999;2:159-67.