

Original

Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante



Pilar Bas-Sarmiento^a, Martina Fernández-Gutiérrez^{a,*}, M.^a Jesús Albar-Marín^b y Manuel García-Ramírez^c

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de diciembre de 2014

Aceptado el 24 de marzo de 2015

On-line el 12 de mayo de 2015

Palabras clave:

Inmigración

Accesibilidad a los servicios de salud

Investigación cualitativa

Alfabetización en salud

Promoción de la salud

Diversidad cultural

Participación del paciente

Disparidad en atención de salud

R E S U M E N

Objetivo: Identificar y describir las necesidades y los problemas percibidos por la población inmigrante en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Método: Estudio cualitativo descriptivo de orientación fenomenológica mediante grupos focales. El ámbito de estudio fue la comarca del Campo de Gibraltar, puerta de entrada a Europa para la inmigración procedente de África. La saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra (51 inmigrantes de 11 nacionalidades). Se llevó a cabo un análisis narrativo del contenido con el *software* informático QSR NVivo9.

Resultados: Los discursos muestran cuatro categorías de análisis: respuesta ante un problema de salud, acceso al sistema, conocimiento de recursos sociosanitarios y necesidades de alfabetización en salud. Las respuestas desplegadas ante los problemas de salud y la forma de acceder al sistema sanitario son distintas en función de algunas características sociodemográficas (nacionalidad/cultura de origen, tiempo de estancia y estatus económico). En general utilizan principalmente la asistencia sanitaria a demanda cuando presentan problemas de salud, y quedan relegados los servicios de promoción y prevención de la salud. Las necesidades de alfabetización en salud detectadas se relacionan sobre todo con el dominio del idioma y el funcionamiento del sistema sanitario.

Conclusiones: Es necesario fomentar intervenciones destinadas a potenciar la alfabetización en salud de la población inmigrante, que atiendan a la diversidad, tengan en cuenta el tiempo de estancia y partan de una metodología de acción-participación.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population

A B S T R A C T

Objective: To identify and describe the needs and problems of the immigrant population related to access and utilization of health services.

Method: A descriptive, qualitative, phenomenological study was conducted using focus groups. The study area was the county of Campo de Gibraltar (Spain), which represents the gateway to Europe for immigration from Africa. The final sample size (51 immigrants from 11 countries) was determined by theoretical saturation. A narrative analysis was conducted with QSR NVivo9 software.

Results: Immigrants' discourse showed four categories of analysis: response to a health problem, system access, knowledge of social and health resources, and health literacy needs. Responses to health problems and the route of access to the health care system differed according to some sociodemographic characteristics (nationality/culture of origin, length of residence, and economic status). In general, immigrants primarily used emergency services, hampering health promotion and prevention. The health literacy needs identified concerned language proficiency and the functioning of the health system.

Conclusions: There is a need to promote interventions to enhance health literacy among immigrants. These interventions should take into account diversity and length of residence, and should be based on an action-participation methodology.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Immigration

Health service accessibility

Qualitative research

Health literacy

Health promotion

Cultural diversity

Patient participation

Healthcare disparities

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: martina.fernandez@uca.es (M. Fernández-Gutiérrez).

Introducción

Los cambios sociodemográficos que están generando las migraciones internacionales representan un elemento central del debate público y político en Europa¹. Estos cambios implican una profunda transformación de los sistemas sanitarios para dar respuesta a las necesidades de los nuevos ciudadanos², entre los que coexisten diferentes acercamientos a la salud, la enfermedad y sus cuidados. Todo ello exige adoptar la perspectiva de la diversidad en la gestión de los servicios sanitarios³.

La literatura científica es concordante en mostrar que la salud de los inmigrantes puede estar en riesgo por la existencia de barreras para acceder al sistema sanitario⁴, como consecuencia de la falta de sensibilidad y adaptación de este a una población diversa y multicultural^{5–7}, y por el propio *statu quo* de migrante; las experiencias con otros sistemas sanitarios pueden influir en sus expectativas y en su concepto de salud-enfermedad y cuidados, rivalizando con nuestras prácticas sanitarias. Igualmente, influyen las circunstancias del proceso migratorio y el desconocimiento de los servicios disponibles o de cómo “navegar” en ellos. Así, se constata que la población inmigrante puede encontrar barreras que dificultan el acceso, el uso y la navegación por los servicios sanitarios, debido entre otras cosas a requerimientos legales⁸, burocracia⁹, dificultades idiomáticas⁴ y baja alfabetización en salud^{10,11}. Estas barreras influyen en el deterioro de su bienestar¹², son una fuente de inequidad porque son factores determinantes de su salud y crean situaciones de desigualdad que podrían ser evitadas^{4,13,14}.

En nuestro país, la evidencia disponible apunta a que los inmigrantes suelen usar, preferentemente, los servicios de urgencias^{14–17} como puerta de entrada a los cuidados sanitarios, y hacen un uso limitado de la medicina especializada^{15,18}. Todo ello dificulta la continuidad de los cuidados y su integración en prácticas de prevención y promoción de la salud^{15,19–21}. Aunque España es considerado uno de los países que ha aplicado políticas sanitarias más integradoras y equitativas, la descentralización en la gestión sanitaria por comunidades autónomas genera que el Real Decreto-Ley 16/2012, que regula y limita el acceso a los servicios de salud de los colectivos de inmigrantes más vulnerables²², se implemente de manera desigual en el territorio nacional^{6,23}, y existen escasos trabajos empíricos sobre su impacto en algunas comunidades^{15,24}. Esta laguna adquiere una especial relevancia en Andalucía, al ubicarse en ella una de las principales fronteras del sur de Europa. Igualmente, se hace necesaria más investigación cualitativa^{4,25,26} que dé voz a los inmigrantes para conocer los factores que determinan su respuesta ante un problema de salud, el acceso y el uso de los servicios, así como los recursos que demandan para poder superar estas barreras²⁶.

El modelo propuesto por Aday y Andersen²⁷ ofrece un marco adecuado para analizar las políticas de acceso para inmigrantes a los servicios de salud en Andalucía, porque vincula las características de los servicios con las necesidades de la población, así como su acceso y satisfacción. Nos permite observar cómo la utilización de los servicios y la satisfacción con ellos están intrínsecamente relacionadas con las necesidades percibidas de los potenciales usuarios, las cuales a su vez están orientadas por el conocimiento que tienen por los servicios disponibles.

Por todo ello, este estudio tiene como objetivo identificar y describir las necesidades y los problemas percibidos por la población inmigrante relacionados con el acceso y la utilización de los servicios de salud. Esta información nos permitirá realizar recomendaciones y diseñar iniciativas de alfabetización en salud para usuarios inmigrantes en el Campo de Gibraltar.

Método

Estudio cualitativo, descriptivo, de orientación fenomenológica. El trabajo de campo se llevó a cabo de junio de 2010 a julio de 2011, en la comarca del Campo de Gibraltar, puerta de entrada de la inmigración procedente de África hacia Europa. Los siete municipios que la conforman constituyen el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar del Servicio Andaluz de Salud.

La vulnerabilidad socioeconómica y de salud que presenta la población inmigrante, y el mayor riesgo de exclusión de los servicios públicos sanitarios, justifican nuestro interés. Participaron 51 inmigrantes de 11 nacionalidades (China, India, Marruecos, Senegal, Lituania, Ucrania, Rusia, Costa de Marfil, Nigeria, Argelia y Guinea). Se efectuó un muestreo teórico en bola de nieve a través de referidos. Se seleccionaron informantes clave y la saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra.

Los criterios de selección fueron la nacionalidad extranjera, la edad entre 18 y 65 años, pertenecer a la primera generación de inmigrantes residentes en el Campo de Gibraltar y tener capacidad cognitiva para participar.

Las variables sociodemográficas se muestran en la [tabla 1](#).

Técnica de recogida de datos

Se realizaron siete grupos focales considerando para su formación las variables de segmentación nacionalidad y sexo, lo que dio como resultado cuatro grupos que compartían nacionalidad (china, marroquí, senegalesa y guineana) y tres grupos mixtos (nigerianos y argelinos; indios y costamarfileños; originarios de Europa del Este). El tamaño osciló entre 5 y 12 representantes. Los grupos fueron moderados por dos investigadoras con apoyo de una mediadora cultural (trilingüe). El guión de la entrevista se desarrolló basándose en la bibliografía, fue consensuado por los investigadores y se tradujo a las lenguas de origen. La captación de los participantes se realizó a través de la Unidad de Atención al Inmigrante del Área, de informantes clave y de asociaciones. La duración osciló entre 45 y 120 minutos. Para minimizar la posible influencia de la mediadora cultural y garantizar la fiabilidad, se grabaron las sesiones y se contó con la participación de informantes clave bilingües para cada grupo específico.

Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio verbalmente y por escrito (en sus idiomas de origen). Se les solicitó la autorización para ser grabados y la firma del consentimiento informado. El proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Área de Gestión Sanitaria.

Análisis de datos

Tras la transcripción literal de los *verbatim* y ordenadas las observaciones, se realizó un análisis narrativo de contenido²⁸ con el *software* informático QSR NVivo9. La elección del método fenomenológico propuesto hace que el proceso de análisis cualitativo sea más claro y sistemático, tomando deliberadamente las experiencias subjetivas de los informantes como principal foco de atención. La información se codificó por temas y nacionalidades. Las categorías y subcategorías se generaron a través de la guía de entrevista y de la información emergente ([tabla 2](#)).

La selección de la información se hizo mediante la búsqueda de patrones convergentes y divergentes en las respuestas. Para garantizar la fiabilidad de la información se realizó, también, un proceso de triangulación entre investigadores.

Tabla 1
Variables sociodemográficas

Región	País	n (%)	Hombres	Mujeres	Edad (años), media (σ^*)			Estancia (meses), media (σ)			Ocupación n (%)	Idiomas
					H	M		H	M			
China	China	5 (9,8%)	1	4	41,2(12,2)	36	42,5(13,7)	206,4(115,5)	120	228(121,1)	5 Restaurante chino (100%)	Chino
África subsahariana		22(43,1%)	20	2	27,4(8,6)			48,7(80,5)			5 Desempleado (22,7%) 2 Construcción (9,1%) 3 Venta ambulante (13,6%) 3 Estudiantes (13,6%) 1 Futbolista (4,5%) 2 Chófer (9,1%) 1 Cantante (4,5%) 1 Costurero (4,5%) 1 Panadero (4,5%) 2 Mecánico (9,1%) 1 Peluquera (4,5%)	Francés Español Wolof Inglés Italiano
	Senegal	7	7	0	35,1(10,6)	35,1(10,6)	-	145,4(81,7)	145,4(81,7)	-		
	Costa Marfil	3	3	0	24,3(5,8)	24,3(5,8)	-	3,33(2,5)	3,33(2,5)	-		
	Nigeria	2	0	2	25(4,2)	-	25(4,2)	5,5(2,1)	-	5,5(2,1)		
	Guinea Conakry	10	10	0	23,5(4,6)	23,5(4,6)	-	3,3(1,3)	3,3(1,3)	-		
Argelia	Argelia	2(3,92%)	1	1	40,0(7,0)	45	35	4(0)	4	4	1 Téc. informático (50%) 1 Seguridad (50%)	Árabe Francés
Marruecos	Marruecos	12(23,52%)	0	12	41,75(11,4)	-	41,75(11,4)	171(152,9)	-	171(152,9)	10 Ama de casa (83,3%) 1 Desempleado (8,3%) 1 Estudiante (8,3%)	Español Árabe Inglés Francés
Europa del Este		7(13,72%)	1	6	40,8(10,0)	34	42(10,4)	62,8(35,2)	108	55,3(31,8)	6 Limpiadora (85,7%) 1 Carpintero (14,3%)	Lituano Ruso Español Alemán
	Lituania	3	0	3								
	Ucrania	3	1	2								
	Rusia	1	0	1								
India	India	3(5,88%)	3	0	28,3(3,4)	28,3(3,4)	-	47(1)	47(1)	-	2 Agricultor (66,7%) 1 Desempleado (33,3%)	Punjabi Español
Total		51(100%)	26(50,9%)	25(49,01%)	34,5(11,5)	29(8,7)	40,3(11,4)	89,6(109,7)	55,1(75,3)	130,3(130,4)		

H: hombres; M: mujeres.
 σ : desviación típica.

Tabla 2
Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías	Códigos
Respuesta ante problema de salud	Conducta país origen	Medicina occidental. Centros sanitarios
	Conducta país receptor	Medicina tradicional Alternativas: medicina privada Automedicación
Acceso al sistema sanitario	Toma decisión en salud	Fuente
	Estrategias	Competencia Dudas
	Dificultades	Barreras idiomáticas y culturales Tiempos de espera Miedo a tener que pagar los servicios
Recursos sociosanitarios disponibles	Conocimiento	Tarjeta sanitaria
Necesidades de alfabetización en salud	Contenido	Funcionamiento del sistema sanitario español Aprender el idioma del país receptor Enfermedades prevalentes en España Prevención y enfermedades crónicas
	Formato	Formación en cuidados a personas dependientes Talleres presenciales Utilización de nuevas tecnologías

Resultados

El 50,98% de los participantes fueron hombres, la edad media era de 34,5 años ($\sigma = 11,5$), con un rango de 17 a 62 años, y el tiempo de estancia media en España era de 89,6 meses ($\sigma = 109,7$ meses). Los inmigrantes de África subsahariana (excepto los senegaleses) tenían una media de tiempo de estancia más reducida (3,6 meses; $\sigma = 1,7$) en comparación con los grupos chino y marroquí (17,1 y 14,2 años, respectivamente). Los datos por sexo se muestran en la [tabla 1](#).

A continuación se describen las cuatro categorías identificadas.

Respuesta ante un problema de salud

En general, las conductas desplegadas por los participantes ante un problema de salud están relacionadas con la cultura de origen y el tiempo de estancia en España. La mayoría son personas jóvenes, activas y sanas, que presentan problemas de salud ocasionales y leves. En los participantes con mayor tiempo de estancia, la primera decisión que adoptan es acudir al centro de salud ([tabla 3](#), cita M10). Algunos recurren a la automedicación cuando los síntomas no son importantes ([tabla 3](#), cita R6). Para tomar una decisión de salud, los participantes se apoyan en el médico, la familia, los amigos y la religión ([tabla 3](#), cita N1-G8-CM1).

El grupo lituano-ruso, en general, hace escasa utilización de los servicios sanitarios y acceden a urgencias cuando perciben un empeoramiento de la sintomatología, considerando «una pérdida de tiempo» acudir antes ([tabla 3](#), cita R7). Igualmente, el grupo chino opta por la medicina privada (mejor valorada) o los servicios de urgencias cuando tienen un problema de salud ([tabla 3](#), cita Ch1-Ch4); también presentan baja frecuentación del sistema sanitario público porque consideran que los tiempos de espera son demasiado largos, y critican el uso abusivo de los servicios sanitarios por parte de los autóctonos.

Por otra parte, el grupo senegalés manifiesta combinar la utilización de hierbas naturales medicinales con recursos terapéuticos actuales cuando se presenta un problema de salud ([tabla 3](#), cita S1).

En los grupos con menor tiempo de estancia, como el subsahariano, se reproduce el mismo patrón de conducta de su país, consistente en acceder al hospital o utilizar la medicina tradicional. En la narrativa se advierten dos poderosas razones que explican este comportamiento: la gravedad de la sintomatología o de la enfermedad y la capacidad económica ([tabla 3](#), cita G9-G3-G4).

Las características sociodemográficas y las circunstancias migrantes de los nigerianos, los argelinos y los indios son parecidas, y se observa un comportamiento similar en cuanto al uso del hospital como primera opción, siempre acompañados por profesionales de los centros de acogida ([tabla 3](#), cita I1-I2).

Acceso al sistema sanitario

Esta categoría describe las estrategias que despliegan los usuarios para acceder al sistema sanitario y las dificultades que encuentran ([tabla 4](#)).

Se evidencian diferencias comportamentales en el acceso en función del tiempo de estancia, de manera que los participantes con menos tiempo en Andalucía desconocen cómo acceder al sistema y la diferencia entre los servicios que proporcionan un hospital y un centro de salud. No obstante, se observa que algunos subsaharianos tienen referencias de la gratuidad y la calidad del sistema sanitario español antes de llegar al país ([tabla 4](#), cita G7). En general, cuando acceden a las urgencias de un hospital lo hacen acompañados ([tabla 4](#), cita I2).

Los participantes con más tiempo de estancia muestran una mayor competencia en el acceso ([tabla 4](#), cita M1), aunque en los relatos se refleja la incertidumbre que ha generado el Real Decreto 16/2012 ([tabla 4](#), cita S6). Esta situación ha provocado que muchos senegaleses recién llegados opten por contratar seguros médicos privados ([tabla 4](#), cita S5).

Las principales dificultades manifestadas por los participantes para acceder al sistema sanitario son las barreras idiomáticas, el uso de tecnicismos, los tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos para permanecer en España. Se constatan dificultades burocráticas derivadas de la utilización de falsas identidades ([tabla 4](#), cita Ch3-S4-R7-S2-R6-R2-I1).

Conocimiento de los recursos sociosanitarios

Independientemente de la nacionalidad, los recién llegados desconocen la oferta de servicios disponibles y, en consecuencia, cómo utilizarlos. Por el contrario, los que llevan más tiempo en Andalucía (senegaleses, marroquíes y chinos) manifiestan un conocimiento más exhaustivo de los recursos sociosanitarios e incluso identifican mutuas de seguros y programas de salud específicos ([tabla 5](#)).

Necesidades de alfabetización en salud

En relación con las necesidades de alfabetización en salud manifestadas, las respuestas fueron muy heterogéneas aunque existía una constante en los discursos: el dominio del español es básico para una mayor autonomía en la gestión de los problemas de salud ([tabla 6](#), cita G2-M5-S7). Por otra parte, se diferencia entre qué necesitan conocer (contenidos) y cómo quieren aprenderlo (formato de la intervención).

Respecto al contenido, demandan información sobre el funcionamiento del sistema sanitario: cómo se obtiene la tarjeta sanitaria ([tabla 6](#), cita N2-N3), solicitud de citas, elección de médico ([tabla 6](#), cita G), costumbres sanitarias y funcionamiento de las urgencias ([tabla 6](#), cita I3). También expresan necesidades específicas relacionadas con el mantenimiento de la salud, propia y de la familia ([tabla 6](#), cita I3-G2), así como la de adquirir competencias para

Tabla 3
Citas textuales en torno a la categoría «respuesta ante un problema de salud»

Subcategoría	Código	Cita
Conducta país origen	Centro sanitario	G9: «En mi país si caes enfermo y tus padres no tienen dinero, que te mueres. Que sin dinero no te puedes curar. Aquí en España va inmediatamente al hospital».
	Medicina tradicional	G3: «... Es muy diferente como funciona en España, en mi país todo va con dinero, que si no tienes dinero pues no, sin embargo aquí puedes ir a la farmacia, al centro de salud, etc.». S1: «Sí, yo uso... no sé cómo explicar, es una hierba, verás que bueno para la fatiga... Un remedio natural, no sé cómo se dice en español, pero hay otro también que viene muy bien para la fatiga... Fui al hospital y estuve una noche y no pude curarme, y mi tío me mandó hierbas». G4: «Bueno, en mi familia, cada persona tiene un rol, mi primo, mi tío, cada uno tiene un rol y depende de lo que tenga pues uno u otro me va a ayudar, con cosas naturales, y si ya una cosa es muy grave pues voy ya al hospital». Ch4: «Normalmente aguanto lo máximo que puedo y si hay remedio natural de medicina china, como una hierba, remedio así, entonces lo tomo primero a ver si se puede quitar y se pone malo a lo mejor, un dolor de cabeza normalmente va a la farmacia a por cualquier cosita... Y cuando no hay otro remedio pues entonces sí, voy al médico».
Conducta país receptor	Centro sanitario	M10: «Yo al ambulatorio, y cuando no es grave, pues me tomo una pastilla o cualquier medicamento que tenga». I1: «Vamos al hospital porque allí te atienden rápidamente, no hay problema de tiempo, que allí no te dicen mañana, mañana...». I2: «Va al hospital porque allí es donde están los médicos y están mejor preparados, y es donde creo que mejor me van a solucionar mi problema». R7: «... algunos a lo mejor prefieren ir primero al médico de cabecera de consultar ahí, y como yo por ejemplo me voy directamente a urgencias... Porque no me gusta llo, no me gusta colas, no me gusta esperar, no me gusta ir a pedir cita porque pierdo mi tiempo, mi trabajo y mi dinero».
	Automedicación/ medicina privada	R6: «Pues yo, viniendo enfermo si tengo gripe, fiebre... no voy al médico... porque me tumbo en casa, me tomo una pastillita y ya no pasa nada, pero si es algo malo, una rotura de algo, sí claro que voy. Mi opinión es que me atienden bien». Ch1: «Para ver al médico hay que esperar demasiado... Los médicos privados sí que va bien, va rápido, entonces, voy al médico privado».
Toma decisión	Fuente	N1: «El médico y la madre, hablaría también mucho con mi madre, ella tiene más experiencia que yo...». G8: «Le pregunto a la gente que está cerca... a amigos, hermanos...». CM1: «Es Dios prácticamente quien, en quien pienso...».

G: Guinea; I: India; S: Senegal; Ch: China; M: Marruecos; R: Lituania-Rusia; N: Nigeria; CM: Costa de Marfil.

Tabla 4
Citas textuales en torno a la categoría «acceso al sistema sanitario»

Subcategorías	Código	Cita
Estrategia	Competencia	I2: «Yo fui una vez con un compañero que tenía un dolor de barriga, fui con él a urgencias del hospital. Primero tienes que ir donde está la mujer, le doy la tarjeta de sitio, piden la tarjeta de sitio, la de vivir aquí, luego te dan un papel, y unos hombres te llaman y te preguntan...» «No sé la diferencia entre un centro de salud y un hospital». G7: «Me han dicho que el sistema sanitario aquí es bueno. Porque cuidan bien de las personas. Dicen que para acceder al sistema sanitario tienes que tener una tarjeta sanitaria...» «No sé cómo puedo conseguir la tarjeta sanitaria». M1: «Pues cojo una cita para el médico de cabecera, voy con mi cartilla, con mi carnet y me saco la cita». S6: «Por ejemplo, cuando llega allí tú pregunta por su tarjeta sanitaria para ver tu médico de cabecera...» «Por ejemplo, si no la tienes, no sé si te vas a curar o no...» «No sé, ahora algunos tienen tarjetas y otros no». S5: «Una cosa... yo he visto en La Línea algunos de mis compañeros se han ido todo el mundo al seguro privado...».
Dificultades	Barreras idiomáticas y culturales	Ch3: «Lo más importante es el idioma... que cuando el médico te pregunte que dónde te duele que no sabe explicarle detalladamente digamos qué grado o qué punto...». S4: «Sí, decir por ejemplo, yo tal vez no, pero hay gente, mucha gente el problema que tiene es explicar, no sabe explicar bien, yo mismo muchas veces con compañeros he ido al hospital para hacer como traductor». R7: «Bueno, al principio siempre lo dicen en el idioma de medicina, pero luego lo traduce, lo traduce al idioma castellano normal».
	Tiempos de espera	S2: «Bueno, yo el único problema que veo, yo creo que lo tiene todo el mundo, la última vez que fui era para mi muela que lo tenía partida por la mitad y quería ir a ver si, si me podían arreglar que me lo dijeran... Cuando vinieron a darme la cita me parece que era para 3 meses y digo bueno, déjalo, ya iré al dentista». R6: «Ir al médico de cabecera es muy difícil, llegas un día, el lunes dice que para hoy no, ni para mañana a lo mejor tampoco hay cita, entonces tienes que venir el miércoles y eso no puede ser, eso en 2 días cualquier persona ya se pone mala o nerviosa, o puede morir incluso, ¿no? Yo veo único problema es ese tiempo, incluso en urgencias, llegas a urgencias y dices... esperas en la sala de espera, incluso que puede esperar llevar un par de horas».
	Miedo a tener que pagar los servicios	R2: «Y si a mí me pasa algo y me ingresan en el hospital, que todavía no me había pasado eso, espero que no va a pasar, um, espero que no tendré que pagar aquí dentro de Andalucía con nuestras tarjetas de residencia y nuestras tarjetas sanitarias de médico, yo creo que no tenemos que pagar. Eso espero también».
	Tarjetas de identificación falsas	I1: «Cuando nosotros llegamos a España por miedo dimos otro nombre que ahora aparece en nuestro pasaporte y no podemos cambiarlo, por ejemplo Ra si tiene su nombre verdadero, y eso lo tiene que cambiar un abogado».

G: Guinea; I: India; S: Senegal; Ch: China; M: Marruecos; R: Lituania-Rusia.

el cuidado de personas dependientes como medio para obtener un trabajo (tabla 6, cita M7).

Igualmente se observa una diversidad en las preferencias sobre el formato de aprendizaje, desde talleres presenciales (en el idioma de origen) hasta la utilización de tecnologías de la información

y comunicación (tabla 6, citas I3-S4-G2-G3-G8). Para tratar de asegurar el éxito y la participación en un futuro programa de intervención se exploraron las posibles barreras, entre las que se señalaron las condiciones laborales como las principales (tabla 6, cita S4).

Tabla 5
Citas textuales en torno a la categoría «recursos sociosanitarios»

Código	Cita
Conocimiento	<p>S6: «Yo he usado mucho la mutua porque estaba trabajando en la obra de ferralla y justo cada vez que pasaba algo, y siempre pasaba algún corte, pequeñas cosas, y lo primero a la mutua porque claro, la mutua supongo que tendrá algo que ver con tu empresa si tu empresa justo te manda ahí a la mutua, y ellos ya comprueban tus datos y todas estas cosas. Si te pueden curar ahí te curan allí y si no te curan, algo más importante te mandarán al hospital o lo que sea, supongo, pero bueno que yo la vez, las pocas veces que he ido, me han curado justo ahí porque era poca cosa».</p> <p>M3: «Pues de alcohólicos, los grupos de alcohólicos anónimos, de los de dejar de fumar, de drogodependientes, de... no sé. Ahora mismo no sé. De la gimnasia de las embarazadas, del azúcar, de la diabetes, no sé, ahora mismo no sé...».</p>

S: Senegal; M: Marruecos.

Por último, hay que señalar que los participantes chinos se diferencian del resto al expresar que no necesitan intervención alguna, y consideran que se debería invertir más en la contratación de médicos chinos (tabla 6, cita Ch1-Ch2).

Discusión

Los relatos de los inmigrantes participantes en este estudio nos han permitido identificar sus experiencias en relación con el acceso y el uso de los servicios de salud en Andalucía.

De acuerdo con el marco teórico de Aday y Andersen²⁷ se observa el papel determinante de las políticas sanitarias en el acceso a los servicios de salud. Aunque en Andalucía no se ha implementado el Real Decreto-Ley 16/2012, en algunos discursos de los participantes se observa la incertidumbre sobre la gratuidad en las

prestaciones sanitarias, lo que ha influido en su comportamiento. Como apuntan algunos estudios^{14,23}, los límites en el derecho a la atención sanitaria pueden justificar un mayor uso de las urgencias como única vía de acceso permitida, en detrimento de la atención primaria.

En relación con el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud podemos observar, en consonancia con otros autores⁴, las barreras que existen en el sistema sanitario para responder a sus demandas específicas (disponibilidad de intérpretes, tiempos de espera, uso de tecnicismos por los profesionales, horarios de consulta y falta de información sobre servicios y programas). También se pone de manifiesto que las condiciones laborales constituyen un obstáculo para recibir o continuar los cuidados en los inmigrantes de Europa del Este y de China. Esta circunstancia ya ha sido señalada como causa de la preferente frecuentación del servicio de urgencias hospitalario, unido a la brecha en la continuidad de cuidados^{15,18-20,29}. Otra explicación añadida al bajo uso de los servicios sanitarios públicos por parte de estos grupos ha sido la menor carga de enfermedad identificada por algunos autores³⁰.

Respecto a las características de la población que influyen en el acceso a los servicios de salud, coincidimos con la literatura en la importancia que tiene la cultura de origen^{4,25} (creencias sobre la salud y enfermedad), el tiempo de estancia en el país de acogida³¹ y el conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario⁴. No se han observado diferencias en el acceso en función del sexo, pero tenemos que destacar lo reflejado por otros autores²⁵ respecto al papel secundario de la mujer en la cultura islámica, así como la menor capacidad para desenvolverse por un menor nivel de estudios y el peor conocimiento del idioma.

Hemos identificado cómo el concepto de salud-enfermedad varía según el entorno sociocultural de origen. Algunos inmigrantes de Europa del Este manifiestan un concepto «utilitarista» de la salud, asociado a la capacidad de poder trabajar. Las

Tabla 6
Citas textuales en torno a la categoría «necesidad de alfabetización en salud»

Subcategoría	Código	Cita
Contenido	Idioma	<p>G2: «Es muy importante primero la lengua, para que puedan saber qué estoy diciendo».</p> <p>M5: «Quiero aprender español para poder ir al médico sola y para arreglar papeles sola».</p> <p>S7: «Porque yo a veces me duele algo y no sé cómo decirle al médico, teniendo 19 años en España. Imagínate los recién llegados...».</p>
	Funcionamiento	<p>I3: «Aprender también qué es urgencias, qué privilegios tiene, si se mantiene el orden de llegada y si los hombres tienen prioridad ante las mujeres en ese aspecto, ya que en muchos países árabes las mujeres tienen prioridad cuando van por urgencias».</p> <p>N2-3: «Médico, cómo hacer las tarjetas, para obtener los medicamentos, cómo llamar a la ambulancia cuando hay alguna emergencia, la tarjeta para visitar al médico, el número de la ambulancia...».</p> <p>G (grupo): «En general nos gustaría saber cómo funciona el sistema sanitario aquí en España».</p>
	Temas de salud	<p>I3: «Me gustaría saber sobre todo prevención para tener una buena salud, por ejemplo, si soy alérgico a algo cómo prevenir ese tipo de alergias...».</p> <p>G2: «Me gustaría saber qué tipos de enfermedades hay aquí en España, porque no sé a qué tendrían que protegerme».</p> <p>M5: «Yo quiero cuidar a la gente mayor, a la gente anciana, para lavarles, cuidar de ellos, prepararles la comida... todo, si me sale un trabajo, yo trabajaré; pero yo quiero un diploma que...».</p>
Formato	Presencial	<p>I3: «Me gustaría que fuera una persona porque si me surgen preguntas, que pudiera interactuar con ella y que el equipo que imparta el taller pudiera desplazarse hacia los centros, que estaría muy bien, pero que si ellos cuentan con los recursos para poder venir aquí también estaría bien».</p>
	Idioma	<p>G8: «La conversación con una persona, me da igual que esa persona viniera aquí o ir fuera a verla. Francés, francés».</p> <p>G2: «Lo mismo que el compañero, en conversación con una persona que hablara francés, pero si hubiera alguien que hablara mi lengua materna, Togo, pues que sería muchísimo mejor».</p> <p>Ch2: «Contrataría médicos chinos que sepan chino».</p> <p>Ch1: «No me interesa mucho. No hace falta dice, lo más importante es que cualquier médico haya un intérprete de idiomas».</p>
	No presencial	<p>G3: «Una idea podría ser un vídeo con subtítulos en francés y que la persona hable español para que así vayan aprendiendo. Hay gente que no lee».</p> <p>S4: «Lo que ha dicho XXX, acá los senegaleses es muy difícil de movilizarlos, por ejemplo para poder venir hoy aquí, yo estoy trabajando ahora mismo estoy fuera del trabajo, en un trabajo de 8 horas, entonces yo tuve que ir hacer esfuerzo por venir».</p>

G: Guinea; I: India; S: Senegal; Ch: China; M: Marruecos; N: Nigeria.

actividades preventivas no son prioritarias, al menos en los primeros años de estancia, lo que condicionaría una menor frecuentación de las consultas programadas, como señalan algunos autores³².

De acuerdo con otros estudios^{4,26,31}, el tiempo de estancia en el país de acogida determina la respuesta ante un problema de salud y el acceso a los servicios sanitarios. En una primera etapa de asentamiento se reflejan el desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y la influencia de los condicionantes laborales, idiomáticos y culturales para acceder a ellos. Conforme aumenta el tiempo de permanencia se aprecia la asimilación de conductas autóctonas de salud-enfermedad y un mayor conocimiento del sistema sanitario^{18,31}. En este sentido, el efecto del inmigrante sano muestra que, al aumentar los años de residencia en el país de acogida, el nivel de salud del inmigrante acaba coincidiendo con el del autóctono³³, lo que puede representar una mayor necesidad y más utilización de servicios sanitarios³².

Con respecto al conocimiento del sistema, nuestros hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la alfabetización en salud del inmigrante en el acceso al sistema sanitario, su uso y la navegación por él, así como en la toma de decisiones. De acuerdo con el concepto multidimensional de Sorensen et al.¹⁰, y siguiendo la clasificación de Nutbeam³⁴, observamos en el «nivel funcional» una desinformación respecto a los niveles asistenciales, los recursos sociosanitarios y los derechos-deberes. En el «nivel interactivo» se refleja la influencia de aspectos culturales en la comunicación con los profesionales sanitarios; por ejemplo, en algunos grupos (argelinos y marroquíes) en los que el género desempeña un papel determinante, es el hombre quien asume la responsabilidad en la toma de decisiones de salud, acompaña a la mujer al médico y adopta un papel más participativo en la interacción con el personal sanitario. Igualmente, los participantes chinos, siguiendo los principios de jerarquía y evitación de conflictos, no comunicarán su incompreensión si no han entendido algún tipo de información o recomendación sanitaria. Finalmente, en los participantes de este estudio no se observan manifestaciones que indiquen la adquisición del «nivel crítico» de alfabetización en salud.

Asimismo hay que destacar que las diferencias entre el sistema sanitario de origen y el del país receptor pueden influir notablemente en la percepción y la satisfacción de los participantes. En general, se muestran satisfechos con los servicios sanitarios públicos y el trato recibido por los profesionales, a excepción de los usuarios chinos, lo cual apoya los hallazgos encontrados en la literatura que señalan comportamientos de segregación cultural en este colectivo³⁵.

Una limitación de este estudio es no haber podido contar con las experiencias del colectivo sudamericano, al negarse a participar. Sin embargo, la amplia representación multicultural con datos primarios y diferentes perfiles supone su mayor fortaleza.

En conclusión, nuestros hallazgos evidencian la utilidad del marco teórico de Aday y Andersen para analizar los determinantes del acceso y el uso de los servicios de salud por la población inmigrante. En este sentido, se refuerza la necesidad de adaptarlos a las características socioculturales de estos colectivos. Por parte de la población inmigrante se pone de manifiesto la necesidad de aumentar su nivel de alfabetización en salud en los tres niveles antes mencionados. En esta línea, hay que tener en cuenta que las diferencias culturales de los distintos grupos exigen que las intervenciones desarrolladas al efecto respondan a la diversidad, mitiguen las barreras y cubran las necesidades referidas. Estas acciones pueden contribuir a disminuir las inequidades en salud y deben realizarse desde una aproximación metodológica de acción-participación, empoderando a los inmigrantes para que sean capaces de gestionar las respuestas a sus problemas de salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En España, la evidencia indica un uso preferente de los servicios de urgencias en los inmigrantes, lo que dificulta las prácticas de prevención y promoción de la salud. Son pocos los estudios cualitativos que den a conocer las respuestas ante los problemas de salud, las dificultades y las necesidades en el acceso y el manejo de los servicios sociosanitarios.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El conocimiento de la percepción de dificultades y necesidades en el acceso y el uso del sistema sanitario es fundamental para diseñar, ad hoc, programas de intervención en alfabetización en salud culturalmente competentes, y servirá para orientar la planificación estratégica sanitaria. Se ha tenido en cuenta la percepción de inmigrantes con menor representación en España y escasamente presentes en la literatura científica, pero que usan los servicios de salud.

Contribuciones de autoría

P. Bas-Sarmiento y M. Fernández-Gutiérrez concibieron el trabajo y han participado en todo su desarrollo. M.J. Albar-Marín colaboró en el análisis de los discursos y la interpretación de los hallazgos. P. Bas-Sarmiento y M. Fernández-Gutiérrez redactaron el primer borrador del manuscrito, y M.J. Albar-Marín y M. García-Ramírez revisaron y aprobaron la versión final. Los autores comparten la responsabilidad del artículo.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Casas.

Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Financiación

Este artículo forma parte del proyecto «Alfabetización en salud en población inmigrante» financiado por la Dirección General de Políticas Migratorias de la Junta de Andalucía en la convocatoria de Subvención para Programas e Infraestructuras destinados al Arraigo, la Inserción y la Promoción Social de Personas Inmigrantes, Línea 3, «Proyectos de Estudios e Investigación a Universidades Públicas Andaluzas» (Nº Expediente: 2011/10). Del mismo modo, forma parte del Proyecto de Investigación Fundamental no orientada, Ministerio de Ciencia e Innovación, «Competencia Cultural Comunitaria: profesionales competentes para comunidades diversas», referencia PSI2011-25554.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a Patricia Ruiz Crespo, mediadora cultural de Cruz Roja, la ayuda prestada para la traducción simultánea en los grupos focales. Este proyecto no hubiese sido posible sin la inestimable colaboración de los informantes clave Ibrahim Sall, Gerda Guogiene, Zhu Yihua (más conocida por Rosa) y Kamal, la asociación Algeciras Acoge, el Centro de Acogida de Inmigrantes de la Cruz Roja de Algeciras y el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar del Servicio Andaluz de Salud.

Bibliografía

- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381:1235–45.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, et al. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Aff*. 2005;24:499–505.
- Caramés MT. Gestionando la diversidad en el ámbito sanitario. Reflexiones en torno a la incorporación de la perspectiva intercultural en el ámbito de la gestión sanitaria. En: Fernández Juárez G, González-González I, García-Ortiz P, coordinadores. La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2008. p. 271–6.
- Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res* [edición electrónica]. 2012;1:2 (Consultado el 15/1/2015.) Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3565901&tool=pmcentrez&rendertype=Abstract>.
- Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, et al. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health*. 2010;55:381–90.
- Terraza-Núñez R, Vargas-Lorenzo I, Rodríguez-Arjona D, et al. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2010;24:e1–7.
- Health Canada Access to health services for underserved populations in Canada [Internet]. Certain circumstances issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada. Ottawa: Health Canada; 2001. p. 1–60. (Consultado el 18/01/2015.) Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index-eng.php#p1d1a0>
- Pace P. The right to health of migrants in Europe. En: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, et al., editores. Migration and health in the European Union. Glasgow: Open University Press; 2011. p. 55–66.
- Ingleby D. Ethnicity, migration and the social determinants of health agenda. *Psychosoc Interv*. 2012;21:331–41.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [edición electrónica]. 2012;1:2 (Consultado el 15/10/2013.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>.
- Edmunds M. Health literacy, a barrier to patient education. *Nurse Pract* [edición electrónica]. 2005;3:0 (Consultado el 14/02/2014.) Disponible en: <http://journals.lww.com/tnpj/Citation/2005/03000/Health.Literacy.a.Barrier.to.Patient.Education.8.aspx>.
- Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010;55:357–71.
- Bas P, Fernández M, Poza M, et al. New European challenges: health literacy intervention in diverse communities. 2nd European Health Literacy Conference [Internet]. Aarhus; 2014. Disponible en: <http://www.healthliteracyeurope.net/>
- Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Supl 1):142–6.
- Llop-Gironés A, Vargas-Lorenzo I, García-Subirats I, et al. Acceso a los servicios de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública* [edición electrónica]. 2014;8:8 (Consultado el 25/10/2014.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>.
- Jiménez-Martín S, Jorgensen N. Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23 (Supl 1):19–24.
- Cots F, Castells X, García O, et al. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. [edición electrónica]. 2007;7. (Consultado el 23/01/2015.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/9>
- Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, et al. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [edición electrónica]. 2014;8:8 (Consultado el 18/01/2015.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100009>.
- Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23 (Supl 1):4–11.
- Antón JI, Muñoz de Bustillo R. Health care utilization and immigration in Spain. *Eur J Health Econ*. 2010;11:487–98.
- Aller MB, Colomé JM, Waibel S, et al. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan Public Healthcare System. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:1474–88.
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
- Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Hernández SS, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy (New York)*. 2013;113:236–46.
- García-Subirats I, Vargas I, Sanz-Barbero B, et al. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:10182–201.
- Burón A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
- Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, et al. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethn Health*. 2014;1:1–19.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9:208–20.
- Giorgi A. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci*. 2000;14:11–5.
- Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scan J Work Environ Health*. 2007;33:96–104.
- Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, et al. Primary care utilization patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health* [edición electrónica]. 2011;1:1. (Consultado el 24/10/2014.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/432>.
- Aerny N, Ramasco M, Cruz JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010;24:136–44.
- Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios. *Aten Primaria*. 2011;43:544–50.
- Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy immigrant effect: trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011–12. *Estud Econ Apl*. 2013;3:1–32, 339–58.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*. 2000;15:259–67.
- Raga F. Atención sanitaria a población de origen chino. [Internet]. Castellón: Salud y Cultura; 2011. (Consultado el 17/05/2014.) Disponible en: <http://www.saludycultura.uji.es/china.php>.