

ORIGINALES

---

---

# Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos

M. Ramos / R. García / M.A. Prieto / J.C. March  
EASP. Granada.

*Correspondencia:* Dra. María Ramos Monserrat. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Campus Universitario de Cartuja. 18080 Granada. Correo electrónico: mramos@easp.es

*Recibido:* 31 de octubre de 2000.  
*Aceptado:* 8 de mayo de 2001.

(Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants)

---

---

## Resumen

**Objetivos:** Analizar los problemas que existen en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos en opinión de profesionales sociosanitarios, de la administración sanitaria y de inmigrantes, así como conocer y priorizar las propuestas de los profesionales para mejorar dicha atención.

**Métodos:** Estudio descriptivo de enfoque cualitativo realizado en Mallorca. Se han realizado tres grupos focales y tres grupos nominales con profesionales de atención primaria y especializada, dos entrevistas semiestructuradas a dos miembros de la administración sanitaria, uno de la Administración autonómica y otro de la Administración central, y doce entrevistas semiestructuradas a inmigrantes económicos identificados a partir de informantes clave.

**Resultados:** El incremento del número de inmigrantes económicos es percibido por los profesionales y por la administración con una sensación de llegada masiva. Los principales problemas identificados han sido las restricciones de acceso, el seguimiento de estos pacientes, y la falta de entrenamiento en medicina tropical. Los inmigrantes, en cambio, están más preocupados por regularizar su situación y por el acceso a la vivienda. La primera propuesta de los profesionales es su formación en medicina tropical. La Administración autonómica prioriza el acceso a los servicios sanitarios y la búsqueda activa de problemas de salud en esta población, mientras que la Administración central aboga en primer lugar por la regularización de todos los inmigrantes.

**Conclusiones:** Las principales barreras en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos son, en opinión de los profesionales sociosanitarios, las restricciones de acceso, el seguimiento clínico y la falta de entrenamiento en medicina tropical, y para mejorar esta situación los profesionales demandan formación. Las prioridades de las Administraciones autonómica y central no son coincidentes. Finalmente, para los inmigrantes económicos, la atención sanitaria no parece ser una prioridad.

**Palabras clave:** Inmigrantes económicos. Atención sanitaria. Profesionales sanitarios. Trabajadores sociales. Barreras.

## Summary

**Objectives:** To analyse existing problems in health care to economic immigrants from the point of view of health and social professionals, health authorities and economic immigrants and to know which will be their proposals and priorities to improve economic immigrants's health assistance.

**Methods:** Qualitative approach study made in Majorca island. (Spain). Three focus groups and three nominal groups with health and social workers from primary health care and hospital services were carried out as well as two partially structured interviews to health authorities, one Autonomic Authority and one Governmental Authority, and twelve partially structured interviews to economic immigrants identified through key informants.

**Results:** Health and social workers perceive the increase in the number of economic immigrants as a massive arrival. The main problems identified are: access restrictions to public health services for economic immigrants, the follow-up of these patients and diagnostic difficulties because lack of training in tropical medicine. Health and social workers's first proposal for improving this situation is their own training in tropical medicine. Autonomic Authority priorities are to guarantee access to public health services for all immigrants and to look actively for health problems in these population. Governmental Authority, instead, holds the legalization for all. In fact, economic immigrants are not concerned on health care because legalization and housing problems.

**Conclusions:** The main barriers identified by health and social workers in health care to economic immigrants are: access restrictions, follow-up and lack of training in tropical medicine. Health and social first proposal to improve this situation is their own training in tropical medicine while Autonomic and Central Authorities's priorities are not the same. For economic immigrants, health assistance is not their biggest concern.

**Key words:** Economic immigration. Health assistance. Health workers. Social workers. Barriers.

## Introducción

Los países mediterráneos se han convertido en el destino de los inmigrantes económicos en Europa debido a las políticas de control de la inmigración desarrolladas en el resto de Europa desde los años setenta. Según datos del Observatorio Permanente de la Inmigración, el número de residentes extranjeros en España se ha duplicado en la última década, y de los 938.783 residentes extranjeros censados, un 55% son inmigrantes económicos<sup>1</sup>. Además, hay una población inmigrante económica en situación irregular cuyo tamaño se desconoce aunque se estima en 150.000 individuos.

Los inmigrantes económicos regularizados tienen, por ley, los mismos derechos a la asistencia sanitaria que los ciudadanos nacionales. No ocurre lo mismo con los irregulares, ya que en este caso la asistencia sanitaria para los varones adultos se restringe a las situaciones de urgencia.

En otros países se ha estudiado la utilización de servicios sanitarios por parte de los inmigrantes económicos. Así, en Holanda se ha observado que los inmigrantes utilizan más los servicios de salud que la población autóctona<sup>2</sup>, mientras que en Canadá, no se han encontrado diferencias<sup>3</sup>. En España, un estudio realizado en Andalucía puso de manifiesto que la principal barrera a la utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes económicos irregulares era el miedo a que se descubriera su situación irregular<sup>4</sup>.

Cuando los inmigrantes utilizan los servicios sanitarios, se ha constatado la existencia de barreras lingüísticas y culturales manifestadas por ellos mismos<sup>5,6</sup>. La percepción de los profesionales es menos conocida<sup>7</sup>.

En la Comunidad Autónoma de Baleares residen legalmente 18.000 inmigrantes económicos; además, se estima que hay 5.000 en situación irregular<sup>8</sup>.

Los objetivos del presente estudio son: analizar los problemas que existen en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos en Mallorca desde el punto de vista de los profesionales sociosanitarios, de la administración sanitaria y de los propios inmigrantes. En segundo lugar, conocer y priorizar las propuestas de los profesionales sociosanitarios para mejorar dicha atención.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo realizado en Mallorca. La metodología utilizada consistió en una combinación de técnicas cualitativas

grupales (grupos focales y grupos nominales) e individuales (entrevistas semiestructuradas).

Se realizaron tres grupos focales. La segmentación de los mismos se hizo a partir del nivel de atención sanitaria (atención primaria y especializada) y área geográfica (urbana y rural). Así, el perfil de los participantes a los grupos focales fue: médicos y trabajadoras sociales de los centros de salud de Palma que atienden mayor número de inmigrantes económicos (GF1), de los servicios hospitalarios de Palma con mayor demanda por parte de los inmigrantes económicos como urgencias, infecciosas o pediatría (GF2) y, en tercer lugar, de centros de salud de los pueblos con mayor número de inmigrantes económicos empadronados (GF3). La selección se hizo mediante informantes clave, con una media de 8 participantes por grupo focal. La duración de las sesiones fue de 30 a 45 min según la dinámica del grupo. El guión incluyó tres aspectos: perfil de la inmigración económica, marco legal y políticas sanitarias relacionadas con el acceso de los inmigrantes económicos a los servicios sanitarios públicos y barreras existentes en la atención sanitaria a esta población. La información fue grabada, transcrita y analizada mediante un análisis de contenido de acuerdo con las siguientes dimensiones: perfil de la inmigración económica, evolución en los últimos años, acceso a los servicios sanitarios, barreras diagnósticas, barreras idiomáticas y barreras culturales.

A continuación se realizaron tres grupos nominales, cuyos participantes fueron los mismos profesionales seleccionados para los grupos focales. La pregunta formulada fue: «¿Qué medidas concretas propondrías para mejorar la atención sanitaria a los inmigrantes económicos de Mallorca?». La duración de los grupos nominales fue de 30 min cada uno. Las propuestas de los participantes fueron priorizadas mediante una cuantificación global de acuerdo al número de votos y al número de personas que votó cada propuesta.

Posteriormente, y teniendo en cuenta la información obtenida a partir de los grupos focales y los grupos nominales, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a dos responsables de la administración sanitaria, uno de ellos de la Administración autonómica y otro de la Administración central, para contrastar las opiniones expresadas por los profesionales. La duración de estas entrevistas fue de 45 min. El guión se presenta en la tabla 1. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Por último, se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a inmigrantes económicos. Como inmigrante económico se consideró aquel procedente de cualquier país exceptuando los de la Unión Europea, Suiza, los países nórdicos, los EE.UU., Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda. Se ha utilizado el término «inmigrante económico» ya que, según una encuesta del CIS, el principal motivo que impulsa esta inmigración es bus-

**Tabla 1. Guión de la entrevista semiestructurada de la administración sanitaria**

<p>1. Describir los cambios migratorios que se han producido en Mallorca y su repercusión sobre los servicios sanitarios</p> <p>2. Política autonómica y política del Insalud respecto a la inmigración económica</p> <p>3. Opinión sobre la posibilidad de que los inmigrantes constituyan un peligro de salud pública</p> <p>4. ¿Cuáles son las dificultades que tienen los profesionales sanitarios al prestar atención sanitaria a los inmigrantes?</p> <p>5. ¿Cuáles son las medidas que podrían mejorar esta situación?</p> <p>6. Una de las propuestas que se ha hecho ha sido la regularización administrativa de todos los inmigrantes. ¿Cuál es su opinión al respecto?</p>	<p>7. ¿Cuál es su posición respecto a la incorporación de traductores o mediadores culturales a los servicios de atención primaria? ¿Qué otras propuestas haría para superar estas barreras?</p> <p>8. La formación de los profesionales en enfermedades tropicales es prioritaria para los profesionales sanitarios. ¿Quién debería encargarse de organizar esta formación?</p> <p>9. Me gustaría conocer su opinión: de la integración del inmigrante en los circuitos normales de atención sanitaria frente a la creación de circuitos específicos para ellos</p> <p>10. ¿Quién cree que tendría que proporcionar información a los inmigrantes y profesionales y a través de qué canales?</p>
---	---

car trabajo<sup>9</sup>. Los inmigrantes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios: representación geográfica de cada una de las cuatro regiones que fueron consideradas: Magreb, África subsahariana, Asia, Latinoamérica y Europa del Este; de acuerdo al género y, por último, de acuerdo a su situación legal. Los participantes fueron identificados a partir de las asociaciones de inmigrantes así como informantes clave de organizaciones que prestan servicios a los inmigrantes. Las entrevistas se realizaron en el domicilio del inmigrante, en su puesto de trabajo o en algún lugar público de su entorno. La duración de las mismas fue de 30 min. En este caso no se utilizó la grabadora sino que se tomaron notas. En la tabla 2 se recoge el guión utilizado.

La información obtenida a partir de todas las entrevistas semiestructuradas se procesó de acuerdo a las mismas dimensiones que para los grupos focales y de forma conjunta, ya que se pretendía triangular o contrastar la información a partir de algunos de los actores implicados en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos.

## Resultados

Existe consenso entre los profesionales en que se ha producido recientemente un incremento y una diversificación de la inmigración económica en Mallorca, que es percibido con una sensación de llegada masiva:

**Tabla 2. Guión de la entrevista semiestructurada de los inmigrantes económicos**

<p>1. ¿Cómo te encuentras en Mallorca?</p> <p>2. ¿Cómo estás de salud?</p> <p>3. ¿Cuál es la situación de tu comunidad en Mallorca?</p> <p>4. ¿Has tenido que acudir alguna vez al médico desde que estás en Mallorca?</p> <p>5. ¿Dónde fuiste?</p> <p>6. ¿Tuviste alguna dificultad? (o la ha tenido algún compañero tuyo)</p>
---

– «En los últimos años se plantea un fenómeno de inmigración extranjera, en primer lugar yo diría de africanos, norteafricanos y centroafricanos, y en estos momentos creo que vivimos la incorporación de dos nuevas remesas, una de países del Este y una, creo que más reciente, de centroamericanos: dominicanos...» (A).

– «Pero desde hace un año... ha sido un aluvión» (GF1).

El proyecto de nueva vida de los inmigrantes económicos ha sido descrito como estable, tanto por su parte como por parte de los profesionales entrevistados:

– «Los que se atreven a venir, que no es ninguna broma, tienen valor para atreverse a rehacer su vida en otro sitio y echar un ancla» (I).

– «Porque antes parecía que venían sólo ellos a trabajar, y ahora sí, efectivamente, traen a toda la familia» (GF3).

Se han puesto de manifiesto dificultades para interpretar la actual Ley de Extranjería en lo que se refiere a la atención sanitaria, y el poco conocimiento de la misma por parte de los profesionales sanitarios:

– «Yo creo que las dificultades más grandes son de tipo legislativo, donde la ley..., cuando se refiere a la atención sanitaria a los inmigrantes, es muy ambigua... Respecto a esto hay un desconocimiento, pero por parte de los sanitarios» (GF1).

Según los profesionales, cuando los inmigrantes económicos acuden a los servicios sanitarios públicos, presentan un número de filiación a la Seguridad Social, aunque es raro que tengan tarjeta sanitaria:

– «No documentados no... Ellos vienen con un papel, con un nombre, eh. A veces de su primo, de su hermano o del otro. A veces vienen dos o tres con los mismos papeles» (GF2).

– «Porque muchas veces todos tienen alta de Seguridad Social, pero no tienen derecho a Tarjeta Sanitaria... Porque tiene derecho todo el mundo que está empadronado, pero luego se bloquea porque tienen que presentar un papel de ser pobres... hay un merdú... Que

*aunque tengan papeles es un merdó... y nadie tiene tarjeta» (GF1).*

La ausencia de una política sanitaria clara respecto a la inmigración económica ha sido constatada por la Administración, pero genera opiniones divergentes en los profesionales:

– *«Que el Insalud me diga pues haz. Tiene que haber un circuito regularizado. Y eso no existe» (GF1).*

– *«Es que, independientemente de la parte técnica, que a una persona que no tiene permiso de residencia y que está ilegal, se le dé una tarjeta para ir al médico, eso es una aberración comunista» (GF3).*

– *«Yo diría... que no hay política sanitaria, sino que hay política de hechos consumados..., es decir, los propios profesionales han aceptado la asistencia a los inmigrantes y la Administración se ha limitado... a ratificar el derecho» (A).*

Según los profesionales, mientras el fenómeno fue minoritario, la atención sanitaria a los inmigrantes económicos irregulares se resolvió por las vías de la solidaridad y por mediación de las trabajadoras sociales:

– *«Al principio... se funcionaba hablando con el médico que veías que podía ser más solidario» (GF1).*

– *«Hace como un año y medio o dos años que es cuando empecé a ver, pero como colaboradora de Médicos del Mundo que soy...» (GF1).*

Actualmente, los profesionales comentan que la atención a los inmigrantes en los centros de salud es diversa: algunos centros atienden a todos los inmigrantes sea cual sea su situación legal, mientras que en otros se niega la atención a los irregulares; según la Administración, el acceso está garantizado para todos:

– *«El tema es la desigualdad de atención y de aceptación según los centros: uno le abre historia, otro no se la abre, y otros incluso se niegan a verlos como los no integrados porque no cobran» (GF1).*

– *«Conozco mucha gente que, cuando no tiene papeles, como te ven un inmigrante, te mandan a otro centro y no te atienden. O no te atienden rápido. El último recurso es Urgencias de Son Dureta» (I).*

Tal como expresan los profesionales en sus discursos, el proceso de atención a los inmigrantes económicos sería: se asignan al médico de guardia y luego se reparten, y le tocan al médico que tiene menos cupo, o al que sabe inglés:

– *«En nuestro centro sí. Se reparten, y cada uno tiene asignados» (GF1).*

– *«Yo de idioma me arreglo... eso hace que te manden a ti» (GF1).*

– *«Vienen siempre de urgencias, aunque no sea urgente. Y hoy me ve Catalina, mañana me ve no sé quién, es esto» (GF1).*

En cualquier caso, según los entrevistados, la atención sanitaria de primer nivel está más o menos garantizada, aunque para los profesionales de atención

primaria la dificultad está en el acceso al segundo nivel o en las recetas:

– *«El problema es la continuidad, si necesitas hacer exploraciones complementarias o enviarlos al especialista» (GF1).*

– *«...le haces una receta de otra persona o coges lo que tienes, o no se soluciona» (GF1).*

Al preguntar tanto a los inmigrantes económicos como a los profesionales, vemos que se accede a la atención especializada a través del servicio de urgencias o por mediación de las ONG, las cuales suelen intervenir en la factura que se les envía desde el hospital:

– *«Vienen a verme a mí, a ver cómo se puede pagar, y entonces yo acuerdo con facturación que paguen una cantidad pequeñita cada mes. Y si no, pues recurrimos a Médicos del Mundo» (GF2).*

– *«A la salida del hospital te hacen pagar... Entonces no ha tenido recursos y ha tenido que pedir préstamos a los vecinos» (I).*

En la consulta, el principal problema identificado por los profesionales sanitarios es el seguimiento de estos pacientes. Ellos lo atribuyen no sólo a cuestiones legales, sino también a la movilidad de los inmigrantes y a su idiosincrasia, aunque según los inmigrantes, se trata de una cuestión de movilidad laboral:

– *«Porque no tienen la dinámica, un hábito de ir a consultas» (GF2).*

– *«En la inmigración, hay mucha variabilidad,... y al cabo de un año, la mitad de los que tenemos, los negros, no son los mismos» (GF3).*

– *«Igual te toca trabajar a ti tres o seis meses, y de repente te sale otra historia en otro sitio. No tienes, digamos, un seguimiento del médico que puedes ir cada vez» (I).*

Se ha constatado que algunos de los profesionales tienen dificultades idiomáticas, manifestadas especialmente en atención primaria y por parte de los inmigrantes de origen asiático:

– *«Está sobre todo el problema del idioma... sobre todo para los marroquíes, porque parece que los negros dominan más el idioma... y a veces para hacer un diagnóstico lo pasamos mal, y a veces no tenemos ni idea de lo que tienen a partir de la anamnesis» (GF3).*

– *«Si es grave, normalmente se van a China a curarse. Quizás por el idioma, porque creen que por malentendidos diagnostican mal» (I).*

Los profesionales sanitarios también manifiestan tener dificultades diagnósticas, no sólo relacionadas con el idioma, sino también con la falta de entrenamiento en la sospecha y diagnóstico de enfermedades tropicales. A pesar de ello, la percepción de los médicos de atención especializada es que esta enfermedad es minoritaria:

– *«A ver qué le pasa. A ti te viene un negro y te dice que está ictérico y te vuelves loco. Yo, de medicina tro-*

pical, realmente no sé nada... se me escapan cosas, aunque yo pido parásitos» (GF1).

– «Y la patología que suelen traer suele ser traumatólogica o normal... De infecciosas o normal. La primera es, si tengo que decir la verdad, minoritaria» (GF2).

Algunos profesionales se han planteado la posibilidad de realizar algún tipo de cribado a los inmigrantes económicos, sin que exista una opinión unánime al respecto:

– «Que a lo mejor cuando llega una persona de éstas aquí y se la atiende por primera vez, pues a lo mejor se tiene que plantear una batería de cosas protocolizadas» (GF1).

– «Tienes que tratar entonces ya a las personas por lo que tú crees que ha venido. Ahora, por decir, viene con un catarro y no piensas, y este tío me lo chequeo porque tiene color oscuro, yo no sé si es lícito o no. ¿Qué opinais?» (GF2).

Los profesionales intuyen, sin embargo, que la sospecha de determinadas enfermedades, tiene relación con la procedencia del inmigrante:

– «El Mantoux se lo harás tú si ha llegado a tu servicio sanitario, lo coges y lo tienes en el chip: persona que viene de Marruecos, le voy a hacer un Mantoux» (GF1).

En atención especializada, la opinión predominante es que estas dificultades se solucionarían mediante la creación de una unidad específica de medicina tropical:

– «En Barcelona, todos van a Drassanes, porque saben que allí hay una puerta de entrada, y que detrás hay alguien que sabe de esto. Aquí van a urgencias, y se van a casa con el diagnóstico de una gripe, como ya nos pasó una vez con una esquistosomiasis» (GF2).

Además, se ha puesto de manifiesto el «choque cultural», vinculado sobre todo a una diferente percepción de la enfermedad por parte de los inmigrantes económicos que, para los profesionales sanitarios, resulta difícil de comprender:

– «Realmente vienen por síntomas que a nosotros nos podrían dar risa, eh, y, sin embargo, ellos están realmente afectados... ahí viene por mal sabor de boca, porque le pica la planta de los pies...» (GF2).

Los resultados de los grupos nominales se detallan en la tabla 3, donde se observa que la primera medida sugerida es la formación de profesionales, considerada por 21 de los 25 participantes. Esta formación se refiere a medicina tropical, aunque atención primaria opina que también debería incluir conocimientos culturales.

Desde la Administración autonómica se ha priorizado el acceso a los servicios sanitarios de todos los inmigrantes económicos, la formación de profesionales y la creación de un dispositivo activo de búsqueda de determinados problemas entre los inmigrantes:

– «Desde una óptica de salud pública sí que sería necesario que todo el mundo tuviera un documento acre-

**Tabla 3. Priorización de propuestas en grupos nominales**

Priorización de grupos nominales	Puntos	Votantes*
1. Formación de profesionales	70	21
2. Información a los inmigrantes	51	20
3. Regularización de inmigrantes	49	12
4. Protocolos de atención sanitaria	34	12
5. Coordinación interinstitucional	31	13
6. Integración de los inmigrantes en el circuito normal	20	6
7. Creación de una unidad de medicina tropical	16	5
8. Traductor/mediador cultural	15	4
9. Circuito paralelo para los inmigrantes	12	4
10. Promoción de la salud para inmigrantes	11	3
11. Programas específicos de intervención	10	3
12. Determinar problemas de los inmigrantes	9	3
13. Cursos de integración para inmigrantes	7	4
14. Seguimiento social de inmigrantes	6	4
15. Censo real de población inmigrante	5	1
16. Favorecer el conocimiento intercultural	3	2

\*El número total de participantes fue de 25.

ditativo de su derecho a la asistencia sanitaria... La formación de los profesionales... creo que es prioritaria... Algún dispositivo activo de búsqueda de problemas entre los inmigrantes... (A).

Las propuestas del representante de la Administración central son, por este orden: regularizar a todos los inmigrantes económicos, informarles, obtener más recursos y hacer educación sanitaria:

– «Regularización administrativa; difusión en lengua propia de informaciones sanitarias básica; el aumento de recursos financieros y políticas activas y conjuntas entre ayuntamientos y centros de salud de intervención comunitaria» (A).

Por su parte, los inmigrantes económicos dicen encontrarse bien de salud, y afirman que su principal problema no es la atención sanitaria, sino la regularización y el acceso a la vivienda, sobre todo para algunos grupos.

– «Nosotros no nos enfermamos normalmente... Aguantamos mucho» (I).

– «La mayoría de los que yo conozco están trabajando ilegal. En este sentido no hemos evolucionado mucho» (I).

– «No tenemos problemas de vivienda, como les pasa a los africanos. Siempre se quejan. Nos piden ayuda para alquilar el piso» (I).

## Discusión

En la última década, las técnicas cualitativas de investigación social han empezado a utilizarse en salud pública, tanto para la investigación en servicios sani-

tarios<sup>10</sup> como en promoción de la salud<sup>11</sup>. El objeto de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a comprender los fenómenos sociales en medios naturales, dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los participantes<sup>10</sup>. Del mismo modo que se recomienda la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas por su complementariedad<sup>12</sup>, la utilización de varias técnicas cualitativas nos ha permitido abordar la realidad de la atención sanitaria a los inmigrantes económicos con mayor perspectiva. Los grupos focales están especialmente indicados como primera aproximación a problemas que luego quieran abordarse en profundidad<sup>13</sup>, mientras que los grupos nominales son un método rápido que permite conseguir un acuerdo –consenso y priorización– acerca de un tema en el que hay opiniones contradictorias<sup>14</sup>. De todas formas, las técnicas de consenso tienen el inconveniente de que silencian las ideas no compartidas por el grupo<sup>15</sup>.

El número de sesiones de grupos focales necesario viene dado por la aparición de redundancia en la información y por los recursos de los que se dispone<sup>13,13</sup>. En general, se recomienda realizar dos grupos por cada variable estudiada<sup>16</sup>. En nuestro estudio, con dos grupos de atención primaria y uno de especializada se saturó la información, aunque hubiera sido deseable poder realizar un grupo más en atención especializada. En todo caso, para garantizar la validez del estudio<sup>17</sup>, se ha triangulado la información de los grupos focales con la obtenida en las entrevistas semiestructuradas a la Administración y a los inmigrantes. Además, se ha llevado a cabo otra estrategia de triangulación consistente en el análisis simultáneo de la información por parte de dos investigadores del equipo, y la puesta en común posterior de ambos análisis de contenido.

Respecto a los resultados, el incremento del número de inmigrantes económicos en Mallorca ha puesto en crisis a los profesionales sanitarios, como ha quedado reflejado, y los profesionales demandan una respuesta de la Administración. En la consulta, los principales problemas identificados por los profesionales han sido las restricciones de acceso, el seguimiento clínico de estos pacientes y las dificultades diagnósticas que plantean. Las restricciones legales de acceso de los inmigrantes económicos a los servicios sanitarios han sido resueltas en otras comunidades autónomas a través de convenios entre las ONG, los ayuntamientos y gobiernos autonómicos<sup>18-20</sup>.

La falta de seguimiento reviste especial importancia en el caso de la tuberculosis, sobre todo teniendo en cuenta la problemática de vivienda que presentan algunos grupos de inmigrantes<sup>21</sup> procedentes de países donde las tasas de tuberculosis cuatuplican las halladas en España<sup>22</sup>. Con respecto a las dificultades diag-

nósticas, se han valorado la conveniencia de protocolizar la atención sanitaria a los inmigrantes económicos, tal como se hace de forma rutinaria en otros países<sup>23,24</sup>, de crear algún dispositivo activo de búsqueda de problemas en esta población, como hacen algunos centros en España de forma aislada<sup>25,26</sup>, e incluso la necesidad de crear unidades específicas de medicina tropical similares a las que existen en Madrid y Barcelona, donde también se hace esta búsqueda activa<sup>27-30</sup>. Sin embargo, en los grupos nominales, los profesionales no han priorizado la elaboración de protocolos específicos ni la creación de una unidad de medicina tropical. La primera propuesta de los profesionales, votada por 21 de los 25 participantes, es su formación. La formación de profesionales sanitarios en enfermedades tropicales es, en estos momentos, objeto de debate nacional<sup>31,32</sup>. Será necesario valorar si esta formación debe ser únicamente en medicina tropical, o también en otros aspectos, como se ha sugerido en atención primaria. La conveniencia de considerar la atención sanitaria a los inmigrantes desde un enfoque amplio y desde los circuitos normales de atención ya ha sido defendida por algunos autores<sup>33</sup>. Para ello, es necesario que los inmigrantes económicos conozcan el funcionamiento de dichos circuitos. Ello se refleja en la segunda propuesta de los profesionales.

Lo que resulta paradójico es que los profesionales reconozcan tener barreras idiomáticas, y que no prioricen la incorporación de traductores al sistema sanitario. Existen algunas experiencias en Europa que demuestran que la incorporación de mediadores culturales mejora la calidad de la atención sanitaria a la población inmigrante<sup>34</sup>. Para la Administración autonómica, la prioridad sería garantizar la asistencia sanitaria a todos los inmigrantes, lo que concuerda con el Plan Integral<sup>35</sup> que ha sido aprobado por el Parlamento balear, mientras que la Administración central aboga por una regularización administrativa masiva que se aleja de la política europea para la inmigración económica. La Administración autonómica, además, considera necesario adoptar una actitud activa de búsqueda de problemas sociosanitarios en la población inmigrante, que ha demostrado ser eficaz<sup>36</sup> para eliminar las barreras en la atención sanitaria a los inmigrantes.

Por último, el hecho de que los inmigrantes no consideren la atención sanitaria como un problema, hace pensar que tienen otras preocupaciones más acuciantes, lo que a su vez sugiere que el proyecto migratorio no consigue vencer la precariedad.

En conclusión, la atención sanitaria a los inmigrantes económicos plantea dificultades ligadas principalmente a las restricciones de acceso, al escaso seguimiento de los pacientes y a la falta de entrenamiento de los profesionales en la sospecha y diagnóstico de

enfermedades tropicales. Los profesionales sanitarios han priorizado su propia formación, mientras que las Administraciones autonómica y central no coinciden en sus prioridades. Para los inmigrantes económicos, la asistencia sanitaria no parece ser en estos momentos una prioridad.

## Agradecimientos

A todos los médicos, trabajadoras sociales y autoridades que han participado en la investigación, y a los informantes claves, en especial a Vicenç Thomàs.

## Bibliografía

1. Los extranjeros suponen ya el 2,7% de la población española. *El País*, viernes 22 de diciembre de 2000.
2. Reijneveld S. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298-304.
3. Blais R, Maïga A. Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1237-1245.
4. Gómez A. Necesidades de Salud y utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes africanos en Granada (mimeo). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1992.
5. Stephenson P. Vietnamese refugees in Victoria, BC: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized canadian urban centre. *Soc Sci Med* 1995; 40: 1631-1642.
6. Venema H, Garretsen H, Van Der Maas P. Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Soc Sci Med* 1995; 41: 809-818.
7. Garrett C, Treichel C, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study. *Minnesota Med* 1998; 81: 52-55.
8. El Govern calcula que hay 23.000 inmigrantes de los que 5.000 son ilegales. *Diario de Mallorca*, 30 de septiembre de 2000.
9. Izquierdo A. El proyecto migratorio y la integración de los extranjeros. *Revista de Estudios de Juventud* 2000 (49): 43-52.
10. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Br Med J* 1995; 311: 42-45.
11. Secker J, Wimbush E, Watson J, Milburn K. Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Educ J* 1995; 54: 74-87.
12. March JC, Prieto MA, Solas O, Hernán M. Técnicas cualitativas para la investigación en Salud Pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13: 312-319.
13. Kitzinger J. Introducing focus groups. *Br Med J* 1995; 311: 299-302.
14. Jones J, Hunter D. Consensus methods in health care setting. *Br Med J* 1995; 311: 376-380.
15. March JC, García MM, Prados A. Los métodos de investigación y evaluación en la Promoción de la Salud. En: Martínez Navarro et al, editores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill, 1998.
16. Debus M, Porter, Novelli. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington DC: Heaththom, OPS; 1988.
17. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *Br Med J* 1995; 311: 109-112.
18. Ugalde A. Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración: salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
19. Jansà J. Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones desde la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 165-168.
20. Hortal A. Acceso de los inmigrantes sin papeles a los servicios sanitarios (mimeo). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
21. Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración: salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
22. Dolin P, Raviglionone M, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO* 1994; 72: 213-220.
23. DeRiemer K, Chin D, Schecter G, Reingold A. Tuberculosis among immigrants and refugees. *Arc Intern Med* 1998; 158: 753-760.
24. Gavagan T, Brodyaga L. Medical care for immigrants and refugees. *American Family Physician* 1998; 57 (5): 1061-1068.
25. De Paula F, Rivas J, Nácher M, Corriero J, García Herreros MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 245-249.
26. Lacalle M, Gil G, Sagardui J, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria* 2000; 25: 634-638.
27. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54: 149-161.
28. Cabezos J, Durán E, Treviño B y Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 45-48.
29. Durán E, Cabezos J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 525-528.
30. Romea S, Durán E, Cabezos J, Bada JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 656-660.
31. El Carlos III indaga en cómo prevenir las enfermedades importadas. *Diario Médico*, 7 de septiembre 2000.
32. La atención al inmigrante: un nuevo reto para AP. *Diario Médico*, 24 febrero 2001.
33. Jansà J, Villalbi J. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Atenc Primaria* 1995; 15: 320-327.
34. Verrept H. Mediadoras en Salud en el sistema sanitario belga. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración: salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
35. Conselleria de Benestar Social. Pla Integral d'Atenció a la Inmigració de les Illes Balears» (Avantprojecte). Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears, 2000.
36. Carballo M, Divino J, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Tropical Med Int Health* 1998; 3 (12): 936-944.