

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 multicultural⁵⁻⁷, 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 urgencias¹⁴⁻¹⁷ 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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073151>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073151>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)