

INFORME FINAL
del PROYECTO sobre
INMIGRACIÓN-EMIGRACIÓN
en **SALUD**



Edita:
Consejería de Sanidad.
Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e
Investigación Sanitaria.
ISBN. 84-95393-87-5
Diseño e Impresión:
Integraf Magenta, S.L.

**Dirección:**

Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

Coordinación del proyecto:

Abad Corpa, E.; Martínez Ros, M.T.; Segovia Hernández, M.; Carrilero Fernández, B.

Dirección y coordinación de líneas:

Carrilero Fernández, B.; Rico Becerra, J.I.; Romero Sánchez, E.; Navarro Alonso, J.A.; Tudela Costa, A.; Martincano Gómez, J.L.; Martínez Juárez, M.; Cañas, E. y Sánchez Marín, F.J.

Elaboración y edición del documento:

Martínez Juárez, M.; Vivo Molina, M.C.; Pérez Varona, A.T. y Molina Durán, F.

Listado de colaboradores:

Santiago Alfayate Miguélez, Antonia Ballesta Cabrero, Alicia Balsalobre Castejón, Zahed Barho Sabed, Pedro José Bernal González, Zoe Brevière, Natalia Alejandra Cabrera Castro, Ana Calvo Garzón, M^a Ángeles Cazorla González, Lorena Conesa Hernández, Eugenia Contreras Hernández, M^a Dolores Cuevas Atienza, Encarna Cuevas Tortosa, M^a Jesús Del Amor, Dolores Díaz Jiménez, Sofía Dios Pintado, Juan Pedro Egea Díaz, Elisa Fernández García, Antonia Fernández Guillart, Victoria Fuentes Martínez, Juana García Guillén, Alfonso García Martínez, Antonio García Nieto, Visitación García Ortúzar, José Jesús Guillén, Teodoro Guillén García, José Jesús Guillén Pérez, Antonia Giménez Morales, Alfonso Gómez Moraga, M^a Inés González Pérez, M^a del Pilar Gozalo Jorge, Pedro José Hernández Gallego, Emilia Hernández López, Dolores Hernández Palazón, M^a Antonia López Fernández, Thais López-Larrainzar Coghen, José María López Meseguer, Aranzazu Lozano Olivar, Francisco Marcos Navarrete, Antonia Martínez Gómez, Susana Martínez González, M^a Rosario Martínez Marín, Larbi Naji, Jorge Pagán Ortiz, Francesca Parolo, Jaime Jesús Pérez Martín, Armenia Beatriz Pérez Martínez, Román Santiago Pérez Mormeneo, Rosa M^a Pérez Tomás, Juan Antonio Pina Pelegrín, Juan Alberto Piñero Fernández, Sabino Puente, Lidia Janet Quintero Quiñones, José Antonio Rabadán Rubio, Concha Rex Nicolás, Joaquín Rodes, Nuria Illana Rodríguez, Juan José Rodríguez Mondejar, Encarnación Rodríguez Fernández, Mireille Rosique Antonelli, M^a José Sabat Muñoz, Carme Salvador García, Joaquín Salas Coronas, Carmen Sánchez Navarro, Klaus Schriewer, Victoriano Simón Peñafiel, Lorena Soto Giménez, Diego Torrús, Francisca Valera Párraga, José Vázquez, Montserrat Vicente Garriga, M^a Teresa Vicente Santos, Ramón Javier Vilariño Gómez, Ángeles Zamora Sáez, Pilar Zamorano Gallego.

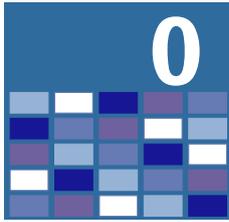
Patrocinio:

El desarrollo del proyecto se ha realizado gracias a la financiación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Inmigración y Voluntariado de la Consejería de Trabajo y Política Social.

Organización:

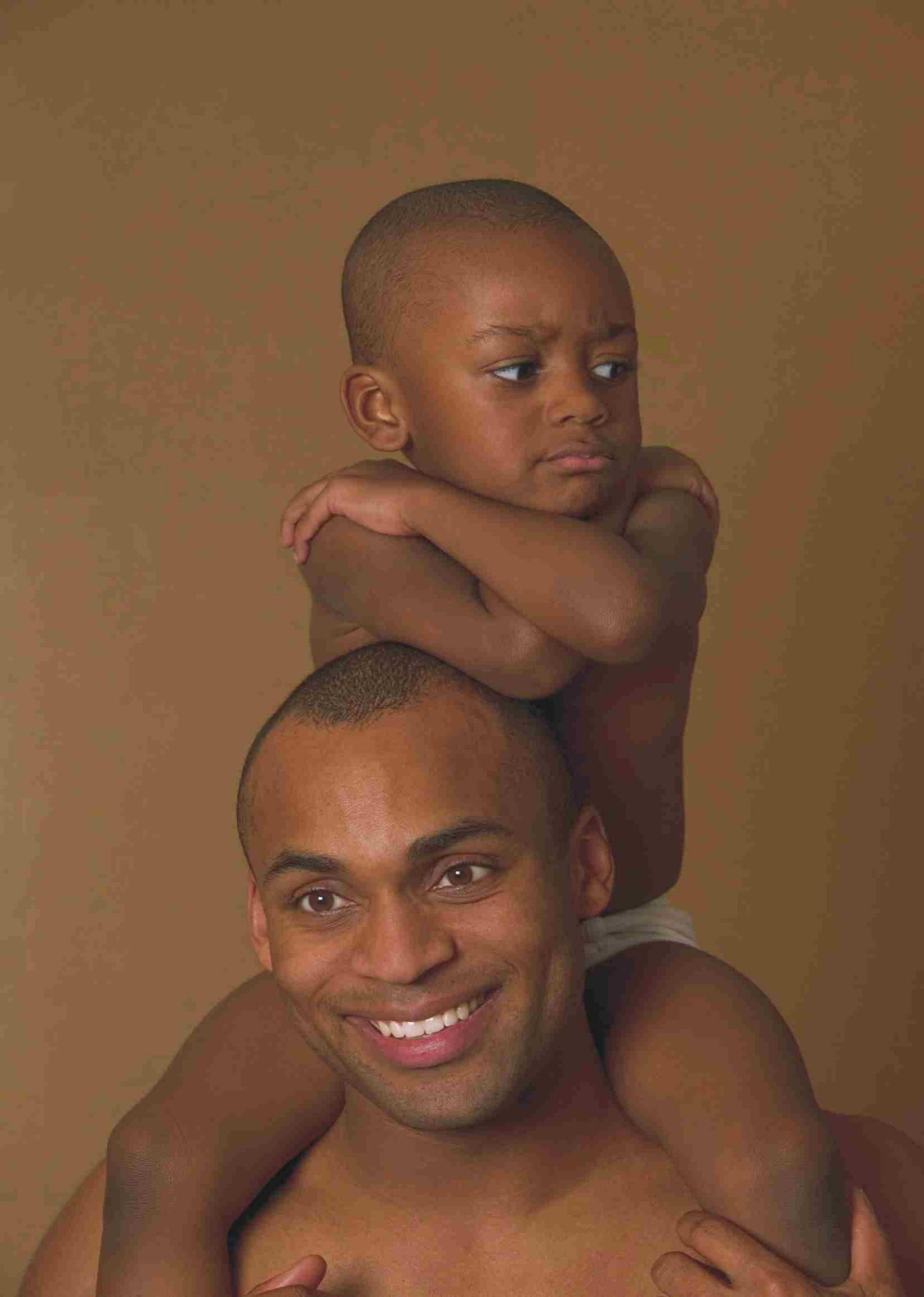
La organización del proyecto ha sido posible gracias a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia con el apoyo de la Unidad Regional de Medicina Tropical.

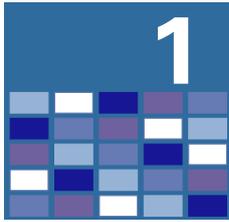




INDICE

 Presentación del proyecto	7
Conferencias Magistrales	12
Líneas de trabajo	35
Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia	40
Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes	46
Salud transcultural. Desigualdades en salud	52
Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes	58
Conclusiones	65
Medidas de actuación	71
Anexos	73





PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

La Región de Murcia se ha convertido en una tierra de acogida para miles de personas que vienen buscando prosperidad y bienestar. Esto ha sucedido en un proceso de rápida instauración, que en apenas unos pocos años ha generado un fenómeno de transformación en la estructura de nuestra sociedad. Una simple mirada a los datos de población nos permite comprender con mayor precisión su alcance real. Con el comienzo de este siglo XXI no llegaban a 23.000 los inmigrantes que se encontraban empadronados en nuestra Región. Estos datos contrastan con los datos

registrados en enero de 2006, que muestran una cifra superior a los 180.000 inmigrantes empadronados y que representa ya casi un 14% de la población murciana, y que alcanza cifras superiores al 20% en algunas comarcas. En cualquier caso, se trata de una estimación claramente inferior al número real de residentes en estos momentos, si consideramos el flujo creciente de llegada de nuevos inmigrantes y agregamos a aquellos que se encuentran en situación de irregularidad administrativa o pendiente de regulación.

Esta transformación se puede constatar con una simple mirada por los pueblos y ciudades de la Región de Murcia, en los que se vislumbra un paisaje distinto al que estábamos acostumbrados no hace más de una década.

Por otra parte, ya nadie pone en duda la importante contribución que el fenómeno migratorio está teniendo en el aumento de la riqueza y del desarrollo de todos ciudadanos de nuestra Región.

Sin embargo, no es menos cierto que este crecimiento rápido en el número de habitantes ha creado nuevas necesidades a las que la sociedad murciana debe ofrecer respuestas. Respuestas que han de contribuir a garantizar unas condiciones dignas para todos los emigrantes, y equiparables a la población autóctona. Son respuestas que deben proteger sus derechos, entre otros, en los ámbitos de la educación, de las prestaciones sociales y de la salud.



El proyecto sobre “Inmigración-Emigración en salud”, cuyo Informe final hoy les presento, fue financiado gracias al apoyo de la Consejería de Trabajo y Política Social, y aparece como una excelente oportunidad para analizar cuáles son las necesidades de salud detectadas entre la población inmigrante y cuál debe ser la respuesta que debemos ofrecer en pos de una prestación sanitaria de calidad.

Como recoge uno de los objetivos del proyecto, nuestro fin es identificar las tendencias futuras en las necesidades en salud de los inmigrantes y anticipar los posibles escenarios que favorezcan la convivencia intercultural en salud. Nos encontramos ante un fenómeno que se comporta de manera claramente dinámica, en continua transformación. Un fenómeno que nos exige establecer estructuras para recoger los nuevos acontecimientos que vayan surgiendo.

En definitiva, los poderes públicos, las administraciones y los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud de los inmigrantes tenemos la responsabilidad, de garantizar el derecho a la salud en un marco que favorezca la integración social y la cohesión con el resto de ciudadanos españoles.

Este es un reto que debemos de asumir y compartir. Un reto que debe ir acompañado con el esfuerzo de nuestros nuevos conciudadanos para conseguir que sus estilos de vida y sus comportamientos en salud les conviertan en auténticos partícipes y protagonistas, sin olvidar el compromiso necesario con la viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Si somos capaces de afrontar este nuevo reto colectivo que nos plantea la inmigración, estaremos en condiciones de enfrentarnos ante el futuro con la capacidad de responder ante los nuevos cambios que puedan producirse en nuestra sociedad y contribuir de manera activa a mejorar la calidad de vida de todos nuestros ciudadanos.

M. Angeles Palacios Sánchez

Consejera de Sanidad de la Región de Murcia

Sabemos que España es, dentro de la Unión Europea, el país que ha recibido en el último año mayor número de inmigrantes. En concreto, la Región de Murcia, en los últimos años, ha dejado de ser un área de emigración para convertirse en un territorio de inmigración.

Lógicamente, de esta situación se deriva una serie de necesidades que precisan de un despliegue de políticas institucionales en aras de la integración de las personas inmigrantes.

En virtud de este interés, se firmó un “Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Trabajo y Política Social, para el desarrollo de actuaciones de Acogida e integración de personas inmigrantes, así como de refuerzo educativo de los mismos”, refiriéndose sus ejes de actuación a la acogida, educación, empleo, vivienda, servicios sociales, salud, infancia y juventud, igualdad de trato, mujer, participación, sensibilización y codesarrollo.

Dentro del eje salud se recogen el “Apoyo a programas de promoción de la salud, prevención y educación para la salud, con particular atención a los dirigidos a niños y niñas y a mujeres inmigrantes”, “Formación del personal sanitario en la atención a la población de distintos orígenes y culturas, y en mediación intercultural” y “Transferencia de conocimientos y buenas prácticas”.

Por estos motivos, la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad, diseñó este proyecto del que ahora presentamos este informe, con el fin de contribuir al despliegue de políticas en materia de formación e investigación sanitarias, buscando la mejora de la calidad asistencial prestada. Los objetivos que nos planteábamos con el desarrollo del mismo eran:

- Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios y sociales de las necesidades socio-sanitarias, culturales y religiosas de la población inmigrante, en particular en el colectivo de niños y mujeres.
- Proporcionar un espacio de debate multidisciplinar para conocer y compartir conocimientos y experiencias sobre el fenómeno de la inmigración.



- Fomentar la reflexión y el diálogo acerca de las diferentes estrategias y actuaciones por parte de los agentes sociales implicados.
- Identificar las tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud.

Para alcanzar estos objetivos decidimos enmarcar dichas Jornadas bajo un formato "formativo-debate" materializándose los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre de 2006, en talleres docentes, Jornadas sobre Inmigración-Emigración en Salud y la redacción del presente Informe Final de Recomendaciones. Así, se propusieron cuatro talleres de 4 horas de duración el día anterior al inicio de las Jornadas. Dichos talleres versaron sobre:

- "Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia"
- "Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes"
- "Salud transcultural. Desigualdades en salud"
- "Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes"

A continuación se celebraron las "Jornadas sobre Inmigración-Emigración en Salud", de un día y medio de duración, en las que mediante diferentes conferencias, se trataron temas de máximo interés en el ámbito de la inmigración y la atención sanitaria, véase:

- Conferencia inaugural: "Enfermedades importadas". D. José Luis Pérez Arellano. Servicio Insular de Salud.
- Conferencia magistral: "La experiencia de la salud en la población inmigrante". D. Vladimir Paspuel. Vicepresidente de la Asociación Rumiñahui.
- Conferencia magistral: "La mediación en contextos multiculturales. El mediador o mediadora intercultural". D^a Ascensión Tudela Costa. Psicóloga.
- Conferencia de clausura: "Concretando". D. Fidel Delgado. Psicólogo Clínico.

Dichas conferencias se compaginaron con sesiones de trabajo de los participantes que, mediante la metodología DAFO, abordaron las diferentes estrategias y actuaciones por parte de los agentes sociales implicados, identificando las tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud. Los grupos de trabajo consiguieron realizar un análisis de la situación regional de los cuatro ámbitos tratados: Legislación, Vacunación, Enfermedades no comunes y Salud transcultural. Además, y con el espíritu de la mejora continua, quisimos autoevaluarnos y realizamos un análisis sobre la adquisición de conocimientos, habilidades y grado de satisfacción por parte de los asistentes.

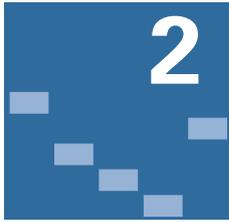


Como broche final, se redactó este Informe Final sobre Inmigración-Emigración en Salud fruto, del trabajo de las Jornadas que pretendemos se difunda en los ámbitos adecuados para conseguir, entre todos, mejorar la situación de salud de los inmigrantes de nuestra región.

Abel Jaime Novoa Jurado

Director General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria





CONFERENCIAS MAGISTRALES

“ENFERMEDADES IMPORTADAS”

D. José Luís Pérez Arellano. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

El término “enfermedad importada” hace relación a aquellos problemas médicos que se adquieren en lugares del mundo donde son más o menos frecuentes, pero se diagnostican y tratan en zonas en las que no existen o son muy raras. En la práctica, este término incluye las enfermedades propias de viajeros e inmigrantes.

En los últimos años se ha producido un notable aumento en los viajes internacionales (y particularmente a regiones de menor desarrollo) y en la llegada de inmigrantes tanto regulares como irregulares. Aunque el estudio de las enfermedades en este colectivo suele realizarse de forma global, en la práctica incluyen diferentes poblaciones. Así, es evidente que la frecuencia y tipo de problemas son diferentes en turistas convencionales, viajes deportivos, “mochileros”, cooperantes o inmigrantes que regresan a su país. También es lógico que los problemas sanitarios de los inmigrantes son diferentes dependiendo de la región de origen (p. ej. Marruecos, Latinoamérica, Rumanía).

Aunque tradicionalmente las enfermedades importadas más importantes son las infecciosas, también existen otros problemas médicos en ambos colectivos (p. ej. mal de altura o fitofotodermatitis en viajeros, queloides, malnutrición en inmigrantes).

Las infecciones importadas presentan varias características: i) son frecuentes. Así, a modo de ejemplo, la diarrea afecta a más del 20% de los viajeros cuyo viaje dure más de dos semanas. Por otro lado, en inmigrantes subsaharianos aproximadamente un 10% están infectados por el virus B de la hepatitis. ii) en general son leves o asintomáticas. En este sentido, muchas de las lesiones cutáneas de los viajeros, aunque alarmantes (p. ej. larva cutánea migrans, miasis) no revisten gravedad. Por otro lado, la forma más habitual de detección de una parasitosis oculta en inmigrantes es la presencia de eosinofilia. iii) en unos pocos casos, las infecciones pueden ser graves tanto de forma aguda (p. ej. virosis tropicales, malaria grave) como crónica (hipertensión portal o neoplasias vesicales en las esquistosomosis; miocardiopatía en las filariosis) y iv) por sus características biológicas, las enfermedades exóticas son difícilmente transmisibles a la población autóctona.

“LA EXPERIENCIA DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE”

D. Vladimir Paspuel. Vicepresidente de la Asociación Rumiñahui.

D. Vladimir Paspuel es el Vicepresidente de la Asociación hispano-ecuatoriano Rumiñahui, siendo ésta una organización que desde 1997 pretende mejorar la calidad de vida del inmigrante ecuatoriano en España y canalizar proyectos de cooperación al desarrollo con Ecuador. Sus principales áreas de trabajo son la asesoría jurídica y derechos humanos, apoyo psicológico, difusión cultural, sensibilidad etc...

Rumiñahui, el nombre de su organización, está inspirado en el último indígena incaico de Ecuador, reconocido y valeroso luchador y defensor de su pueblo.

Nos presentó la vivencia de salud de la población inmigrante.

1. Inmigración y salud

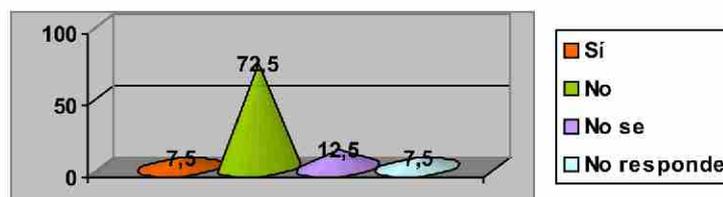
Los países de la Unión Europea, y en el caso particular de España, están viviendo cambios sustanciales en su fisonomía sociológica, etnológica, antropológica, etc., dada la llegada de refugiados e inmigrantes. Generalmente, las personas que llegan a la Península Ibérica vienen buscando básicamente seguridad y estabilidad económica, pero al no estar cubiertas sus mínimas aspiraciones, pueden caer con facilidad en un estado de vulnerabilidad.

El refugiado e inmigrante anhela que alguno de los derechos fundamentales le sean cubiertos; uno de éstos es la salud.

En ocasiones, a la inmigración se le ha endosado una serie de “males” y muchos de ellos falsos, como lo demuestra la investigación realizada por Vall Combelles y García Algar del Servicio de Pediatría del Hospital del Mar de Barcelona: “Los inmigrantes, en el ámbito de la salud, no representan peligro alguno para las personas del país de llegada”. En una investigación personal en la Costa Tropical de Andalucía, los técnicos de la salud consultados respondieron de la siguiente manera:



¿Los inmigrantes tienen necesidades especiales en materia de salud?



La migración es una constante y una realidad entre nosotros que requiere un tratamiento global en todos los ámbitos, niveles, servicios, recursos, políticas sociales, etc. Es importante separar del debate y actuaciones los estereotipos e intereses políticos que estropean las aspiraciones generales a las que toda persona desea llegar, formar parte del estado de bienestar.

Es bien sabido que los individuos que migran son generalmente personas jóvenes, sanas y las más fuertes. En muchos casos, este inmigrante económico es “seleccionado” entre toda la familia. Esta especie de “selección darwiniana” manifiesta claramente el buen estado psicológico y orgánico del “salvador” de la familia. Así, varias enfermedades que vive el inmigrante son fruto de la situación y estado por el que atraviesa en el país de llegada. No se puede estar sano si se vive en un estado permanente de acoso policial. La situación de irregularidad puede ser causa suficiente de expulsión y por consiguiente la aniquilación de todas las aspiraciones. No se puede estar lejos de la depresión si no se tiene trabajo y en consecuencia dinero para cubrir las necesidades elementales y copar los requerimientos de los que se quedaron en el país de origen. No se puede vivir sin enfermarse cuando los pisos son insalubres, húmedos, con reducida calefacción, con poca o nula luz natural y renovación de aire. No se puede mejorar la salud cuando se tiene poco o nulo acceso a la sanidad pública por desconocimiento del servicio, falta de información, dificultad del idioma, temor, diferencias etno-culturales, etc.

2. Enfermedades en los inmigrantes

La salud es bienestar, por ello todo ser humano de cualquier parte del planeta, desde los ciudadanos de las grandes metrópolis hasta los campesinos de las aldeas más remotas, considera la salud como un bien importante e incalculable.

Para todo inmigrante o refugiado, su salud es lo mejor que posee; por el contrario, estar enfermo es dolor, soledad, tristeza... y para sus familiares y él mismo puede ser frustración del proyecto migratorio, pobreza, hambre y en ocasiones la muerte.

La psiquiatra Josefa Achotegui, especialista en inmigración, recalca el gran esfuerzo que hace un inmigrante por integrarse en la sociedad de llegada. Los definió como “héroes”, por todos los riesgos y adversidades que se ven obligados a enfrentar. Lo que viven muchos inmigrantes es peor que el relato de “La Odisea”. Para esta psiquiatra, la soledad y el tener lejos

a los seres queridos representa de por sí un gran dolor. Considera que vivir la vida de los inmigrantes, rodeada de miedo y en ocasiones verse sin salida, sin recursos para luchar contra la adversidad y, además, pasar ésto en soledad, es una “pesadilla terrible”. Hay que tener en cuenta que, muchas veces, cuando un inmigrante pide ayuda, no obtiene la adecuada, tanto desde el punto de vista social como sanitario.

En un período de cuatro años, trabajando con los inmigrantes, en su mayoría ecuatorianos (90%), he podido auscultar sus necesidades y estados de ánimo. Estas personas necesitan cubrir mínimamente algunas necesidades para lograr una mediana situación saludable tanto orgánica como mental. Destacan algunas necesidades:

- Falta de trabajo estable y en ocasiones no tener trabajo.
- No tener papeles y por ello vivir una constante ansiedad.
- No disponer de una vivienda en condiciones.
- Inseguridad en cada momento.
- Nostalgia de todo lo que dejó e impotencia de no poder tenerlo o recrearlo en el país de llegada.
- Falta de salud preventiva.
- Déficit en educación sexual.

2.1 Enfermedades Psíquicas

Para el inmigrante, este tipo de enfermedades tienen poca relevancia. Un porcentaje alto cree que ir al psicólogo o psiquiatra es estar “mal de la cabeza” o “estar loco”. También se suma el componente machista: “hay que ser hombre”, “valiente”, “macho”. Las mujeres dicen: “tenemos que ser fuertes”, “sabíamos a lo que veníamos”. Para completar la percepción sobre estas enfermedades añaden: “no puedes enfermarte de eso puesto que te echan del trabajo”. En general, tienen asumido que únicamente son enfermedades las de índole orgánica.

El inmigrante está convencido de que tener un cuadro de depresión o estrés es propio de “españoles que no quieren trabajar” o quieren tomarse unos días de asueto, ya que ellos “tienen trabajo seguro”.

En la atención cotidiana se desvela que, a este tipo de enfermedades, los ecuatorianos le dan poca importancia y las justifican con esta frase muy repetida: “hemos venido a sufrir”.

Joseba Achotegui acuñó un término para definir el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, siendo conocido como “Síndrome de Ulises”. Hablando de este síndrome dice que ser inmigrante implica modificaciones en todos los aspectos, en ocasiones estos cambios pueden ser profundos y en otros leves.

La migración implica un cambio vital. Todo su entorno, sus relaciones, su ambiente, su lengua se transforman y quedan muy distantes su familia, su entorno, su cultura. Todas estas pérdidas y transformaciones le producen un gran dolor al inmigrante. En el país de llegada pasa a formar parte de un grupo que no está bien visto, por el contrario es un grupo que se encuentra estigmatizado. Toda esta realidad que le rodea le genera lo que se denomina “duelo migratorio” debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, costumbres, religión, estatus social, pertenencia a un grupo étnico, etc. También pueden aparecer sentimientos de culpa como consecuencia del abandono, tras la marcha, de personas que requieren su presencia física: hijos de corta edad, cónyuge, ancianos.

La soledad que vive el inmigrante le lleva a percibir como infinita la distancia de su mundo, de sus seres queridos, hecho que se agrava cuando le falta trabajo y siente como una bofetada el choque cultural. Sumados estos elementos, el inmigrante fácilmente llega a la conclusión de que su proyecto migratorio ha sido un completo fracaso y el psicólogo o psiquiatra concluye con que esta persona está enferma de estrés permanente que le causará trastornos físicos y psicológicos.

2.2 Orgánicas

Según las experiencias vividas por varios de los socios de Rumiñahui, las enfermedades orgánicas son un verdadero pesar. Estar en casa o en el hospital sólo, sin un familiar que le acompañe o se preocupe por él o ella, les ha hecho vivir momentos sumamente críticos.

La enfermedad orgánica encuentra otra aliada que es la enfermedad psíquica que hace más vulnerable al paciente. En no pocas ocasiones, los directivos o socios de Rumiñahui han jugado un papel fundamental en la recuperación, ya sea en el constante acompañamiento o incluso en ayudarles en sus pequeñas viviendas para atenderles hasta que se recuperen completamente.

A) Alimentación

La alimentación sana siempre ha jugado un papel fundamental en la salud del ser humano. El cambio de productos y de formas de alimentarse han generado enfermedades importantes como el sobrepeso y elevados índices de colesterol. Muchos inmigrantes, al vivir en un piso con varias personas, en ocasiones prefieren no prepararse los alimentos, ya sea por falta de espacio, de tiempo o cansancio y sacian el hambre o, en lenguaje popular, “llenan el estómago” con alimentos enlatados, envasados, comidas rápidas... que en su mayoría contienen grasas saturadas.

B) SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida esta incidiendo de forma notoria y creciente en la población inmigrante.

En el año 2004 en España se diagnosticaron 2034 casos de SIDA en la población general. Según la Dra. Castillo Rodríguez, investigadora del Instituto de Salud Carlos III, el SIDA en la población inmigrante, sobre todo de África y Latinoamérica, se ha incrementado del 13,6% en el año 2004 al 17,8% en el 2005.

C) Alergias

En Latinoamérica no es común encontrarse con personas que padezcan algún tipo de alergia que trastoque su salud, de tal manera que deba acudir al especialista. Sin embargo, varios inmigrantes que han llegado a España están padeciendo esta enfermedad. Un estudio realizado por la Sociedad Catalana de Alergología e Inmunología Clínica entre los años 2003 y 2004 en 800 personas, de las cuales el 37,5% (300 personas) eran inmigrantes procedentes de Europa del Este (15%), del Magreb (22%) y de Latinoamérica (48 %), determinó que las alergias diagnosticadas en los inmigrantes fueron: rinoconjuntivitis (58,5%) y rinoconjuntivitis y asma bronquial (54,7%). Cabe destacar que todos los inmigrantes antes de llegar a Cataluña no tenían estas enfermedades.

Algunos factores que inciden para el padecimiento de las alergias son condiciones de vida infrahumanas, habitaciones con poco espacio, hacinamiento, ciudad con alto grado de contaminación con respecto al campo.

D) Alcoholismos

El consumo de alcohol en el colectivo ecuatoriano es de los más notorios y frecuentes. Esta realidad nos ha conducido a observar más de cerca este fenómeno.

En un estudio realizado en el año 2002, sobre consumo de drogas en la población inmigrante ecuatoriana en la ciudad de Madrid, las conclusiones más importantes fueron:

- El 38% de los encuestados fuma regularmente.
- El 76,25% consume alcohol, aunque sea únicamente en fiestas.
- Del total de personas consumidoras de alcohol, el 57,6% consume cerveza, el 15% se inclina por el ron y muy por debajo el whisky con un 1,8%.
- El 49% bebe hasta marearse.
- Es alarmante que el 26% de los bebedores beban hasta emborracharse y el 1,2% sea capaz de ingerir licor hasta perder la conciencia.
- El incremento de consumo de alcohol con respecto al país de origen es del 26,87%, es decir, que este porcentaje de personas en su país no ingerían alcohol, en cambio, en el lugar de llegada se emborrachan.

El consumo de alcohol esta generando pequeños conflictos sociales en parques y comunidades vecinales. Esta realidad debe ser tratada con proyectos de integración y no de forma policial. Pero el problema del alcoholismo va mucho más lejos, si no se hace prevención, es posible que en pocos años la incidencia de enfermedades derivadas por el abuso en el consumo de alcohol sean importantes.

E) Enfermedades no comunes

A las enfermedades ya citadas se añaden otras importadas por inmigrantes, estas son enfermedades tropicales o exóticas como el Paludismo; enfermedades globales, con distribución amplia o mundial como, por ejemplo, la Tuberculosis (los países con mayor incidencia son Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana), Hepatitis Víricas y enfermedades de transmisión sexual. Los parásitos intestinales patógenos son propios de países tropicales y subtropicales que en no pocas ocasiones son importados por los inmigrantes. Se transmiten cuando las condiciones higiénicas en un piso son deplorables.

3. Atención a inmigrantes

Un elemento importante a destacar en la atención sanitaria en España es su universalidad y gratuidad. Sin embargo, la última reforma de la Ley de Extranjería y las disposiciones internas dificultan la obtención o renovación de la Tarjeta Sanitaria.

Un porcentaje considerable de nuestros socios deja claro que únicamente acuden cuando “realmente me siento mal”, utilizando terapias alternativas.

Con respecto al trato manifiestan: “no me entiende el doctor”, “apenas me mira”. Algunos ecuatorianos manifestaron que se sintieron agredidos por el médico.

La psiquiatra Joseba Achotegui, refiriéndose a la atención que reciben los inmigrantes en los centros sanitarios, destaca que no siempre es la adecuada: “Hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas”.

4. Conclusiones

Según lo expuesto, las conclusiones son las siguientes:

- Falta de información.
- Riesgo de contagiarse o tener enfermedades propias de los países de llegada.
- Predisposición a sufrir enfermedades asociadas a la marginalidad.

- Desconocimiento por parte del personal sanitario de las creencias, hábitos tradicionales y religiosos de los inmigrantes.
- Falta de proyectos de prevención de drogas.
- Falta de campañas preventivas del VIH-SIDA.
- Falta de campañas de educación sexual.
- El personal sanitario debe ser más cercano al paciente.
- Desarrollo de la figura del mediador sanitario.

“LA MEDIACIÓN EN CONTEXTOS MULTICULTURALES. EL MEDIADOR O MEDIADORA INTERCULTURAL”.

Dña. Ascensión Tudela Costa. Psicóloga.

D^a. Ascensión Tudela Costa es Psicóloga y experta en género y multiculturalidad. Pertenece a la asociación Murcia Acoge donde ha coordinado las Comisiones Regionales de Educación y Desarrollo de la Convivencia Intercultural. Actualmente desempeña su trabajo en la cooperativa La Llave, ligada fundamentalmente a la investigación en el ámbito de la inmigración, la multiculturalidad y la formación en materia de formación intercultural.



1. El por qué de la mediación intercultural

¿Qué motiva hoy en día el planteamiento de la necesidad de mediar en contextos multiculturales y de definir el papel del mediador intercultural e impulsar su introducción en diferentes situaciones e instituciones?

La constitución de sociedades multiculturales no es un hecho a partir de la llegada de inmigrantes. Ya era nuestra sociedad una sociedad multicultural puesto que habitábamos en ella personas de diferentes culturas. Sin embargo, la incorporación de personas inmigradas en nuestras ciudades, en nuestros pueblos,

otorga mayor consistencia al término de “sociedad multicultural”. Y si, efectivamente, fue el colectivo marroquí el primero en asentarse para trabajar en nuestra región, a éste le siguieron personas de diferentes procedencias, tanto por motivos económicos como en busca de una mayor calidad de vida (tampoco podemos obviar que las sociedades multiculturales se han constituido sólo a partir de la inmigración económica).

En la región de Murcia convivimos personas de nacionalidades tan distintas como pueden ser: rumanos y bolivianos, rusos y argentinos, franceses y nigerianos, alemanes y senegaleses, ecuatorianos y marroquíes... Esta “nueva” realidad ha labrado un terreno “extraño” a nuestro sistema político, nuestro sistema social... y le ha presentado una serie de circunstancias que se han abordado o se están abordando desde distintas ópticas y con diferentes métodos o estrategias.

¿Qué razones existen hoy en día para el desarrollo de intervenciones de mediación?

La presencia en un mismo espacio y tiempo de diversas culturas da lugar a nuevas situaciones. Nos encontramos con: dificultades de comunicación, complejidad de la convivencia entre ellas, desconocimiento mutuo de los códigos de referencia culturales, existencia de prejuicios y estereotipos en las relaciones entre personas culturalmente diferentes. Todo ello da sentido a la mediación.

2. El concepto de mediación

Son distintos los enfoques que se pueden adoptar para definir y conceptualizar la mediación, pero todos ellos hacen hincapié en la presencia de un tercero o tercera persona “neutral” que facilita el proceso de acercamiento o restablecimiento de la relación.

Algunas de las definiciones que se apuntan en este sentido, por Cohen Emerique, son las siguientes:

- Mediar es servir de intermediario en situaciones en las que no existe conflicto sino más bien dificultad de comunicación. Una tercera persona es la que restablece la relación.
- Intervención destinada a poner de acuerdo, conciliar o reconciliar personas, partes. Este significado nos lleva a una situación en la que un conflicto, una oposición o un antagonismo hacen que la intervención de un tercero sea necesaria.
- La mediación es un proceso creador por el cual se pasa de un término inicial a un término final. Esta definición implica la idea de una transformación, es decir, de un proceso dinámico activo, comparable con el significado de “mediador químico” (sustancia liberada por fibras nerviosas que produce un efecto sobre las células vecinas). La persona mediadora actúa en este caso como “catalizadora” del proceso.

3. El concepto de mediación intercultural

Ahora bien, ¿qué es necesario añadir a estas conceptualizaciones si nos referimos a la mediación en contextos multiculturales? Son diversos los autores que también han abordado este término, con la intención de clarificar y aportar un poco de luz a ello.

Para Roux, la mediación intercultural es aquella que se da en contextos culturales complejos en los que las rupturas del diálogo crispan las relaciones entre poblaciones extranjeras y las instituciones del país receptor. Las palabras clave en esta definición parecen ser: la existencia de un contexto multicultural, la existencia de un conflicto entre las partes y la irrupción de una figura que interviene para colaborar en la búsqueda de soluciones al conflicto.

Según Anciaux, la mediación intercultural se da entre personas y organizaciones. Las funciones de esta mediación serían:

- Favorecer la circulación de información.
- Favorecer la negociación de acuerdos contractuales.
- Propiciar la resolución de conflictos.
- Defender los derechos y los intereses de un público específico (personas inmigradas, gitanas,...)

La mediación intercultural se plantea como un recurso alternativo a la división de los espacios por grupos o etnias, al sometimiento o aniquilación de las culturas minoritarias por las que ostentan el poder o la mayoría; como una vía con la que crear una sociedad compartida, donde sea compatible la igualdad de derechos con la diversidad de concepciones y formas culturales de habitar el mundo.

En cualquier caso, hablamos de una mediación “no neutral”, orientada a facilitar la igualdad de acceso y de trato en los servicios a todos los colectivos que componen la sociedad. Asimismo, la mediación debe ser puente entre culturas, es decir, debería realizarse mediante la intervención de una tercera persona con capacidad para dar a conocer las claves, las representaciones culturales y sociales de ambas “orillas”. La mediación intercultural es, por tanto, un recurso que actúa como puente, con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. La mediación entre personas o grupos culturalmente diferentes actuaría preferentemente en la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y comprensión mutuas, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria.

¿Existe sólo una forma o un tipo de mediación intercultural? Veamos los tres tipos de mediación existentes en función de los objetivos que persigue.

- La mediación PREVENTIVA, que consiste en facilitar la comunicación y la comprensión entre personas con códigos culturales diferentes.
- La mediación REHABILITADORA, interviniente en la resolución de conflictos de valores, entre el colectivo y la sociedad, o en el seno de las propias familias.
- La mediación CREATIVA, que consiste en un proceso de transformación de las normas, o más bien de creación de nuevas normas, nuevas acciones basadas en unas nuevas relaciones entre las partes.

De hecho, la mediación intercultural está facilitando:

- Una mayor fluidez de la comunicación, logrando que los mensajes lleguen de los interlocutores miembros de una cultura a los de otra.
- El poder darse a conocer a los otros y conocer los valores y comportamientos de éstos.
- La previsión de incidentes culturales ayudando a situar los pensamientos y actuaciones de los otros dentro de la lógica del sistema cultural al que pertenecen y no como meros hechos aberrantes aislados.
- La resolución de conflictos de origen cultural y propiciando el paso de la culpabilización y de la percepción estereotipada, a la comprensión de los otros, situándolos en el marco de los malentendidos culturales.

En la vida cotidiana hay una creencia, que funciona como imaginario social, por la cual amamos lo semejante, deseamos la tranquilidad, la ausencia de crisis, la falta de antagonismo. Sin embargo, el antagonismo no es destructor en sí mismo, ni es bueno en sí mismo, sino que es, simplemente, un elemento de la evolución, uno de los elementos de la vida. Las interacciones antagónicas “interaccionan” con las interacciones atrayentes creando un equilibrio dinámico en el sistema. Si no existiesen estas interacciones no habría evolución, pero tampoco conflicto. La manera de eliminar el conflicto sería eliminar las interacciones antagónicas, pero con ello eliminaríamos también la evolución.

4. El papel del mediador o mediadora intercultural

En todo este complejo mundo de la mediación intercultural, lo que también resulta complejo es definir el papel del mediador intercultural. Y tiene su dificultad porque en nuestra región esta cuestión está todavía poco definida, no tanto porque falte formación (que la hay, aunque no suficiente) sino por la traducción posterior en el terreno (sí en organizaciones del tercer sector, menos en las distintas administraciones públicas). De hecho, se identifica el mediador o mediadora intercultural sobre todo con la función de la traducción. Las funciones del mediador intercultural trascienden esta tarea.

En otras comunidades autónomas se han creado servicios específicos, dependientes la mayor parte de las ocasiones de los Servicios Sociales, de mediación intercultural. Eso ocurre, por ejemplo, en la comunidad de Madrid. El SEMSI es un servicio de mediación social e intercultural.

En el caso del SEMSI la figura del mediador se define como un profesional formado en inmigración, interculturalidad y mediación, que está adscrito a los Servicios Sociales de un distrito y que desarrolla su labor de intermediación entre la población inmigrante y los Servicios Sociales y, en general, entre los inmigrantes y las instituciones, entidades y recursos, públicos y privados, así como entre la población extranjera y la autóctona de los barrios del distrito.

Las características de los mediadores del SEMSI pueden resumirse en estas cinco:

1. Son mediadores comunitarios, trabajando en y para los distritos de barrio, tratando de conocer lo mejor posible las características de los vecinos autóctonos como las de aquellos otros que llegan.
2. Son miembros de un equipo diverso e intercultural: el equipo es intencionalmente diverso desde los puntos de vista de su bagaje cultural y origen nacional, género, trayectoria profesional, y dedicación o compromiso social.
3. Son preferentemente, pero no únicamente, extranjeros.
4. Son mediadores polivalentes, con tendencia a la especialización.
5. Median más allá del propio colectivo de pertenencia, es decir, cada mediador conoce, se conecta y trabaja con personas autóctonas e inmigrantes de diferente procedencia.

En concreto, algunos conocimientos que debe poseer el mediador o la mediadora intercultural se refieren a lengua(s) de origen(es) del/de los colectivo(s) inmigrado(s) o la lengua de la sociedad receptora, movimientos migratorios, culturas, interrelación entre las mismas, dinamización de grupos, etc. En relación a las habilidades, debe cultivarse en el desarrollo de la empatía, relación de ayuda, escucha activa, comunicación... la animación de grupos y moderación de reuniones, el trabajo en equipo o la defensa de derechos e intereses (procedimientos de reclamación, interposición, denuncias,...). Y respecto a las actitudes: la cooperación, la apertura, la flexibilidad, el respeto, la serenidad, la coherencia, el equilibrio, la honestidad, la sinceridad, el interés por el otro y la confianza en los recursos y las capacidades del otro.

5. El mediador en el ámbito de la salud

Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario van a depender de las situaciones que se produzcan, pero las más frecuentes son:

- Las dificultades de comunicación, lingüísticas y por códigos de referencia diferentes.
- El uso, abuso o mal por parte de las personas inmigrantes de los servicios públicos de salud.
- El desconocimiento mutuo de los sistemas de salud del país de acogida y de los países de origen.
- Presencia de conductas de salud diferentes, consideradas deficitarias o aberrantes (sexualidad y reproducción, alimentación, cuidado infantil...).
- Escasa participación de inmigrantes en actividades de fomento de conducta saludable.
- Desconocimiento de recursos sociosanitarios por parte de los colectivos de inmigrantes.
- Etc.

Son diversas las figuras que pueden intervenir sobre estas situaciones (educador/a, agente promotor/a de salud, mediador/a, traductor/a, ...). A partir de las situaciones descritas y de la existencia de diversas figuras intervinientes, vamos a plantearnos las funciones del mediador o mediadora. Entre sus funciones en el ámbito sanitario se encuentran:

1. Educar en salud a los miembros de su colectivo, informando sobre prácticas saludables.
2. Estimular a las personas para responsabilizarlas de su salud, ayudando y apoyando en materia de salud.
3. Facilitar la relación entre su comunidad y las instituciones, y la atención en salud.
4. Asesorar en materia de salud, legislación y recursos, y realizar el seguimiento de protocolos y cuidados terapéuticos.
5. Derivar a los centros de atención sanitaria y hacia servicios sociosanitarios.
6. Facilitar el acceso a los recursos, acompañando en el uso de los servicios sanitarios.
7. Mediar en los conflictos que surjan.
8. Conocer las demandas y necesidades de los profesionales sanitarios.
9. Reducir las barreras lingüísticas, traducir e interpretar.
10. Conocer y explicar los aspectos culturales y de comportamiento del inmigrante con respecto a la atención sanitaria.

■ CONFERENCIA DE CLAUSURA: “CONCRETANDO”

D. Fidel Delgado, Psicólogo Clínico.

D. Fidel Delgado es Psicólogo Clínico y posee una bastísima experiencia docente y específicamente en el auto-cuidado de los profesionales.

Con su conferencia pretendió cerrar y concretar unas jornadas en las que se pudo aprender, enseñar, compartir, reflexionar e identificar un buen abanico de áreas de mejora y oportunidades de acción para mejorar nuestra labor con el colectivo de inmigrantes.



Saber, querer y poder aplicar
a la vida concreta el abrumador
caudal de conocimientos disponibles
es una oportunidad aprovechable
en una "conferencia de clausura".
La concibo más como ejercicio
interactivo que invita a la intervención
operativa que al discurso conceptual.
El elemento-soporte elegido para
la ocasión es compartido por
la diversidad de profesionales
y que todos tienen a mano, evidentemente.
Habiéndolo probado en múltiples
ocasiones y variados colectivos
se evidencia como funcional
ojala aquí también funcione
Fidel Velgado

Hay demasiados Ay! cada día.

frecuentes quejas, hijos del agobio estresante, sobrecarga la capacidad de responder a las demandas de la vida cotidiana.

Hay demasiada información, y solo selecciono lo que me importa me lleva a Ay! qué lío, cuántas cosas!, qué me creó?

Hay tanto que hacer! A nuestros días

les faltan horas y a mi fuerzas para cumplir con todos los deberes, compromisos y deseos. Y si se trata de cuidados, pedidos y no gustaría que los que ofertan los servicios no solo como posibles, sino como imprescindibles.

Ay! que no se me olvide...!

son tantos los asuntos, que si no me organizo la memoria y justifico la energía se me pasan las cosas más importantes!

hay que tener Cuidado con no meternos en los problemas y followers...

Hay Aquí un recurso desestresante que me recuerda mis posibles y mis poderes →

Saber Cuidar es uno de los exámenes principales. Para superarlo con éxito necesitas una "chuleta" que te recuerde lo esencial. llevarla siempre su mano ayuda a Saber y Poder dar respuesta adecuada en cualquier sitio que te pongan prueba. Te prioriza lo imprescindible y anima a la actuación correcta. ¡Y es reversible! Me did a la vez cómo cuidar de mí.

Material y Sentido:

* **Un Totuador:** tipo "permanente", que se toma con la mano que escribes y simboliza la capacidad de diseñar cuidados, estrategias, etc.

* **Un guante de trabajo sanitario** (latex, nitrilo, etc.) se pone en la otra mano, la operativa, la que lleva el acto lo que la teoría dice.

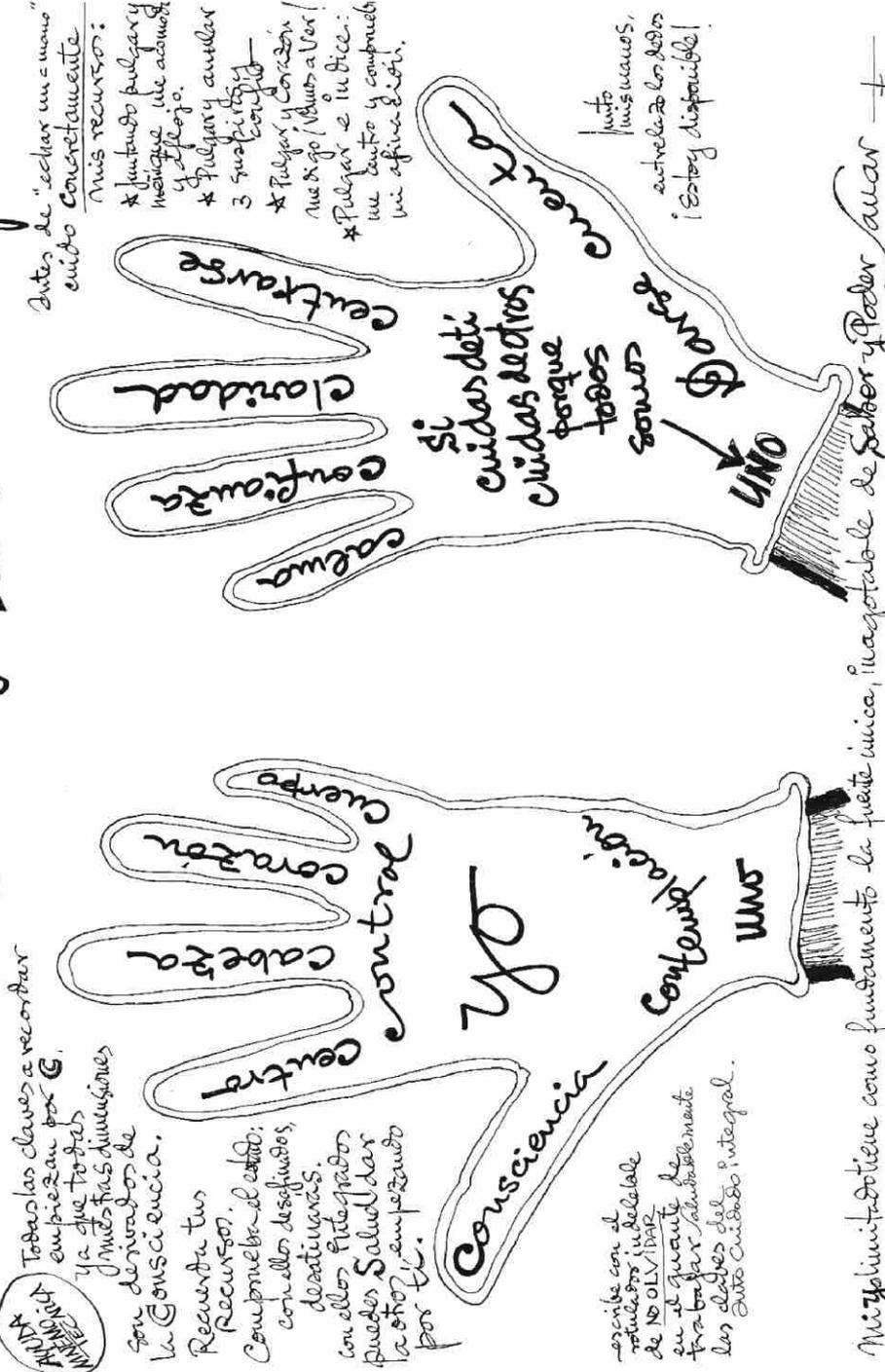
ambos manos expresan nuestra totalidad y la necesidad de teorizar-diseñar junto con saber concretar y aterrizar.

* **Un gesto: ponerle el guante y con él toda la gama de Recursos Disponibles, etc.** contactando conscientemente con el Poder de Cuidar y Saber Concretar: En que consiste cuidar al cuerpo, las emociones, la mente y el Espíritu.

Evitamos así un modo automático de concretar, al ponerlos el guante de la acción, con el temor: al contagio, al fracaso, a la incertidumbre...

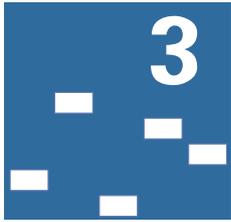
conexión de la Conexión →

Memoria Manual del Saber y Poder Cuidar Integralmente.









LÍNEAS DE TRABAJO

DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE TRABAJO

Los objetivos que se pretendían cubrir en las líneas de trabajo eran los de formación de los profesionales, de planteamiento de debate multidisciplinar para compartir experiencias, de fomento de la reflexión para el análisis de la situación en la región y, por último, de apoyo en la identificación de posibles escenarios de intervención.

Así, las líneas de trabajo que se plantearon fueron:

- “Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia”
- “Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes”
- “Salud transcultural. Desigualdades en salud”
- “Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes”

Para todas ellas se planteó un taller formativo seguido del trabajo en grupo utilizando la metodología DAFO que se expone a continuación.

METODOLOGÍA DAFO

Esta técnica fue ideada por Kenneth Andrews y Roland Christensen hace más de 30 años en EE.UU.

Este instrumento de análisis permite identificar los puntos fuertes y débiles de una determinada situación, problema, organización o temática en relación a las amenazas y oportunidades existentes en su entorno.

Desde hace una década comenzó a emplearse en Europa y hoy en día podemos aplicarlo a toda situación de gestión y a organizaciones de cualquier tamaño, incluso en ámbitos muy distintos al empresarial, como puede ser el social o el personal. Su objetivo es ayudar a encontrar factores estratégicos críticos, para usarlos, una vez identificados, y apoyar en ellos posibles cambios.

La técnica DAFO metodológicamente se desarrolla a partir de cuestiones planteadas a grupos de expertos con el propósito de que diagnostiquen una situación, problema, organización o temática, proyecten situaciones futuras y prevean acciones posibles considerando los condicionantes, tanto en positivo como en negativo, que rodean a la temática a abordar. Por lo tanto, el beneficio que se obtiene con su aplicación es conocer la situación real en que se encuentra una organización o el estado de un tema concreto, así como los riesgos y oportunidades que le brinda el entorno. Todo ello desde la participación y el consenso de distintos profesionales.

El nombre lo adquiere de sus iniciales:

D: debilidades.

A: amenazas.

F: fortalezas.

O: oportunidades.

(SWOT, en inglés: Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats.)

Las debilidades y fortalezas pertenecen al ámbito interno de la situación, problema, organización o temática a analizar, ya que conciernen a recursos y capacidades disponibles. Son siempre aspectos relativos a las características de cada situación que condicionan de alguna forma el planteamiento de la misma y juegan generalmente a presente.

Las amenazas y oportunidades pertenecen siempre al ámbito externo de la organización o al contexto que engloba a una determinada situación, problema o temática, debiendo superarlas o aprovecharlas, anticipándose a las mismas. Son siempre aspectos relativos a la evolución del entorno, que condicionan de alguna forma la viabilidad de la estrategia planteada para superarlas o aprovecharlas y actúan en general como tendencia, es decir, juegan en cierto modo a futuro.

- Debilidades: también llamadas puntos débiles. Son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia planteada. Deben ser controladas y superadas.
- Amenazas: se define como toda fuerza del entorno que puede impedir la implantación de una estrategia, o bien reducir su efectividad, o incrementar los riesgos de la misma, o aumentar los recursos que se requieren para su implantación. Por ello se deben prevenir a toda costa.
- Fortalezas: también llamadas puntos fuertes. Son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas que deben y pueden servir para explotar oportunidades. Es preciso mantenerlas y reforzarlas.
- Oportunidades: es todo aquello que pueda suponer una ventaja competitiva para la organización o para mejorar una determinada situación y que se encuentra en el entorno.

1. Objetivos y Finalidad de la Técnica.

Los objetivos que se pretendieron lograr con el desarrollo de esta técnica en estas Jornadas fueron los siguientes:

- 1.- Fomentar la reflexión y el diálogo acerca de las diferentes estrategias y actuaciones por parte de los agentes sociales implicados.



2.- Identificar tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud.

Esta técnica facilitó la recogida de opiniones y acuerdos alcanzados por los asistentes a las diferentes líneas de trabajo abordadas con la finalidad de elaborar el presente Informe Final de Recomendaciones sobre Inmigración y Salud.

2. Desarrollo de la Técnica

El desarrollo de esta técnica se llevó a cabo a lo largo de las sesiones de trabajo que tuvieron lugar el Viernes, 1 de diciembre de 2006, con los grupos que asistieron a los talleres desarrollados la tarde anterior y encuadrados en distintas temáticas.

El trabajo desarrollado en dichas sesiones se dividió en cuatro fases:

1ª Fase: Trabajo Individual. Los asistentes reflexionaron sobre las principales oportunidades que ofrece el entorno, en relación con el desarrollo de su línea de trabajo, así como sobre las principales amenazas que presenta para enfrentarlas después a los principales puntos fuertes y débiles.

2ª Fase: Trabajo en grupo reducido. A partir de las conclusiones alcanzadas de manera individual en la fase anterior, en esta fase y en pequeño grupo, se priorizaron una serie de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Esta nueva reflexión ayudó a enfocar posibles estrategias de acción para superar las debilidades y amenazas a la vez que se potencian las fortalezas para aprovechar las oportunidades del entorno.

3ª Fase: Trabajo en gran grupo. En esta fase se intentó llegar a un consenso con todo el grupo de trabajo y establecer una serie de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades generales, así como unas estrategias de acción también generales y consensuadas por todos los asistentes.

4ª Fase: Consenso. Por último, se presentó e intentó alcanzar un acuerdo sobre un posible decálogo de recomendaciones relacionado con la problemática de cada línea de trabajo.

LÍNEA DE TRABAJO: “LEGISLACIÓN Y PROCEDIMIENTO EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE/EMIGRANTE EN LA REGIÓN DE MURCIA”.

Director de Línea: *Juan Ignacio Rico Becerra, Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Católica de Murcia (UCAM).*

Coordinador grupo de trabajo: *Eduardo Romero Sánchez.*

Docentes del taller: *Juan Ignacio Rico Becerra, Joaquín Rodes, Antonio García Nieto, Klaus Schriewer*

Participantes: *M^a Ángeles Cazorla González, Antonia Fernández Guillart, Juana García Guillén, M^a del Pilar Gozalo Jorge, Pedro José Hernández Gallego, M^a Rosario Martínez Marín, Román Santiago Pérez Mormeneo, José Antonio Rabadán Rubio, Victoriano Simón Peñafiel, Montserrat Vicente Garriga, Ramón Javier Vilariño Gómez, Pilar Zamorano Gallego, Francesca Parolo y Zoe Brevière.*

TALLER

1. Contextualización del tema

En menos de una década, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se ha convertido en uno de los centros más dinámicos de la inmigración en España. Además, los flujos de migrantes que se han instalado en nuestra Región se caracterizan por su variada procedencia. Así, al menos a grandes rasgos, podríamos distinguir: aquéllos que vienen en busca de mejoras en sus condiciones económicas los que denominamos inmigrantes económicos- y los que se instalan buscando el sol y el retiro, a saber, los inmigrantes de la Europa desarrollada o del bienestar. Sin ánimo de opacar la diversidad que se esconde en el análisis anterior, hemos pretendido -al menos- destacar la convergencia de dos tipologías de inmigrantes que dibujan, grosso modo, niveles distintos de actuación. Esta realidad, que traduce múltiples casuísticas, se aborda en nuestro taller prestando especial atención a la salud. En este marco, se acomete la imbricación de los distintos contextos legislativos y su relación con los procedimientos de atención sanitaria a los usuarios no nacionales en nuestro espacio autonómico.

2. Objetivos

2.1 Construir y de-construir los aspectos conceptuales que, explícita o implícitamente, acompañan la materia legislativa relativa a la extranjería.

2.2 Conocer los aspectos que la legislación recoge en esta materia, repasando para ello el ámbito europeo y el nacional.

2.3 Describir, a partir de los datos oficiales disponibles, los rasgos sociodemográficos más sobresalientes de la realidad inmigratoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2.4 Explicitados los derechos y deberes de los ciudadanos extranjeros que residen entre nosotros, facilitar la identificación de las problemáticas, barreras y situaciones susceptibles de mejora de los dispositivos asistenciales y profesionales del sistema sanitario, respecto a los principales grupos de inmigrantes, haciendo protagonistas del proceso a los propios profesionales.

2.5 Mostrar una comparativa del mismo fenómeno, tomando como referentes otros países del entorno, en concreto: Francia e Italia.

3. Contenidos

En el taller “Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia” se acometieron los contenidos siguientes:

3.1 Revisión y análisis conceptual de aspectos configuradores de la temática de estudio: emigrante, inmigrante, migrante, extranjero, inmigración económica, legalidad/ilegalidad versus regularidad/irregularidad, multiculturalidad, interculturalidad, etc. El ejercicio se realizó a partir de la discusión de los miembros participantes en el taller. Sus propias construcciones dieron pie al análisis de los términos empleados y la complementación definitiva se dibujó con la aportación cuando fue necesario- del Director de Línea.

3.2 Exposición -por parte del Director de Línea- de la legislación de extranjería vigente, ahondando en lo relativo a los derechos a la asistencia sanitaria. Aquí, se hizo especial hincapié en la inmigración de inmigrantes no comunitarios, ya que la parte de la legislación regulada desde instancias europeas aplicable a los ciudadanos de la UE- fue presentada por Klaus Schriewer y Joaquín Rodes, antropólogos y profesores del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Ambas líneas expositivas permitieron, desde la voz de los propios participantes, abrir la puerta de temáticas de interés relacionadas con la asistencia sanitaria a la inmigración: identificación de problemáticas, barreras, situaciones susceptibles de mejora, etc.

3.3 Panorámica sociodemográfica de la situación de la extranjería en la Región de Murcia. Para ello contamos con la colaboración de Antonio García-Nieto Gómez- Guillamón, sociólogo y Técnico de la Dirección General de Inmigración, Voluntariado y otros Colectivos de la Consejería de Trabajo y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

3.4 Visualización del fenómeno de estudio en espacios vecinos. Para exponer el particular, contamos con la colaboración de dos estudiantes Erasmus Francesca Parolo y Zoe Brevière- que participan en un trabajo comparativo sobre inmigración y salud europea, dirigido por el Departamento de Antropología Social y Cultural de la UCAM.

En definitiva, la realización de este taller pretendía dotar de herramientas que permitieran a los profesionales de la salud afrontar los retos que derivan de un fenómeno complejo como es la inmigración, desde el conocimiento y la aproximación al mismo. Se trata de hacer protagonistas del proceso a los propios profesionales, lo que deviene -por extensión- en ceder también el testigo a la otra parte implicada, el inmigrante. Ésta es la adecuada antesala para cumplir con el cometido que debe acompañar a todo dispositivo público de salud: adecuar las intervenciones preventivas, educativas y curativas para dar la mejor respuesta posible a las necesidades detectadas en la ciudadanía.



RESULTADOS ANÁLISIS DAFO

El análisis DAFO consensuado en la última fase de las sesiones de trabajo por el grupo inscrito en la línea “Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia” arroja las siguientes conclusiones.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Barreras lingüísticas que se traducen en serias dificultades para la comunicación y la adaptación cultural.	Incremento progresivo de la población inmigrante y por ende aumento de la carga y de la presión asistencial que no lleva aparejado un aumento de los recursos existentes.
Escasez de recursos humanos y materiales para atender el incremento de la demanda en materia de atención sanitaria.	Condiciones laborales (rigidez, precariedad) y de vivienda (hacinamiento e insalubridad) en relación al perfil de morbilidad.
Desconocimiento por parte del inmigrante del sistema y procedimientos sanitarios del país de acogida.	Ausencia de una auténtica política de integración de la población inmigrante tanto en nuestro contexto como a nivel comunitario.
Existencia de estereotipos y prejuicios negativos que generan, en muchos casos, el rechazo y la intolerancia de los profesionales sanitarios hacia los pacientes inmigrantes.	Ambigüedad del contexto legislativo.
Desconocimiento de las necesidades reales de la población inmigrante y del contexto sociocultural de la inmigración que reclaman una mayor formación e información por parte de los profesionales sanitarios.	Desarrollo de políticas socio-sanitarias inadecuadas.
	Falta de redes de apoyo y solapamiento de actuaciones por la ausencia de coordinación y planificación en este sentido.
	Escasez y heterogeneidad geográfica en la distribución de recursos sociosanitarios.
	Ausencia de incentivos, valoración y reconocimiento del trabajo desarrollado por los profesionales sanitarios.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Mayor y mejor conocimiento de la realidad migratoria por parte de los profesionales en particular en materia socio-sanitaria.	La inmigración favorece el desarrollo económico y demográfico del país de acogida y se convierte en una oportunidad de enriquecimiento cultural.
Aumento de la sensibilidad y la motivación de los profesionales sanitarios en este sentido.	Cambios en función del conocimiento complejo de la realidad migratoria.
Aparición de nuevas figuras profesionales (traductor, mediador,...) que facilitan mucho la labor asistencial de los sanitarios.	Mayor sensibilización institucional y política.
Marco legislativo y constitucional garante de la igualdad de derechos de todos los ciudadanos, independientemente de su origen nacional, también en materia sanitaria.	Fortalecimiento de los Derechos Humanos e integración en la ciudadanía.
	Mejor conocimiento de la heterogeneidad de la demanda socio-sanitaria de la población inmigrante.
	Normalizar la demanda a las condiciones reales de los dispositivos asistenciales.
	Inversión racional en función del conocimiento complejo de la realidad migratoria.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN DE LA LÍNEA “LEGISLACIÓN Y PROCEDIMIENTO EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE/EMIGRANTE EN LA REGIÓN DE MURCIA.”

En cuanto a las estrategias de acción propuestas por el grupo de trabajo, para minimizar o superar las debilidades-amenazas y potenciar las fortalezas-oportunidades, se señalaron las siguientes:

- Incrementar la eficacia asistencial mediante el conocimiento de los principales factores de la complejidad migratoria que afectan a los determinantes de la demanda de los dispositivos asistenciales.
- Aumentar el grado de sensibilización de los principales agentes políticos e institucionales mediante el conocimiento de las dinámicas internas (de la población inmigrante) y externas (contexto sociocultural).
- Incorporar dinámicas formativas y pedagógicas en el interior de los dispositivos sanitarios, orientadas a elevar el grado de sensibilización y conocimiento por parte de los profesionales de la realidad migratoria y los factores socioculturales asociados a ésta.
- Desarrollo de nuevas estrategias político-sanitarias y gerenciales, creando áreas interdisciplinares en el interior de los dispositivos sanitarios que permitan un trabajo integrado y eficaz con los colectivos inmigrantes que demandan asistencia sanitaria.

■ LÍNEA DE TRABAJO: “PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EVITABLES MEDIANTE VACUNACIÓN EN NIÑOS INMIGRANTES”.

Director de Línea: José Antonio Navarro Alonso. *Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.*

Coordinadora grupo de trabajo: Ascensión Tudela Costa.

Docentes del taller: José Antonio Navarro Alonso, José Jesús Guillén, Jaime Jesús Pérez Martín y Pedro José Bernal González.

Participantes: Zahed Barho Sabed, Lorena Conesa Hernández, M^a Dolores Cuevas Atienza, Visitación García Ortúzar, Antonia Giménez Morales, Teodoro Guillén García, José Jesús Guillén Pérez, Aranzazu Lozano Olivar, Antonia Martínez Gómez, Susana Martínez González, Rosa M^a Pérez Tomás, Juan Alberto Piñero Fernández, Mireille Rosique Antonelli, Francisca Valera Párraga.

TALLER

1. Contextualización del tema

Al contrario que hace una décadas, España actualmente puede considerarse como un país importador de inmigración. A los inmigrantes marroquíes de la década de los setenta y ochenta se han venido a sumar en los últimos años los procedentes de Centro y Sudamérica, del África Subsahariana, de los Nuevos Estados Independientes y Repúblicas Bálticas, y más recientemente de Extremo Oriente.

En el año 2001 había censados en la Región de Murcia 55.485 inmigrantes pasando a 165.016 en 2005, según el Instituto Nacional de Estadística. Los procedentes de Ecuador y Marruecos eran los más numerosos. La natalidad regional ha aumentado espectacularmente desde 1996, pasando de 12.649 nacimientos a 17.372 en 2005. En este último año el 20.11% de los nacidos lo era de padres extranjeros. Todo ello ha tenido reflejo en la escolarización. En el curso escolar 1989-1990 el número de escolares en nuestras aulas era de 300, mientras que en 2004-2005 de 21.857.



Los países de procedencia adolecen, en general, de sólidos sistemas de Salud Pública, y por ende, de vacunas en sus calendarios rutinarios de uso ya consolidado en España. Además, las coberturas de vacunación están sujetas a importantes oscilaciones, por lo que siguen registrando brotes epidémicos de enfermedades inmunoprevenibles prácticamente olvidadas en nuestro país.

Actualizar el calendario de vacunación del inmigrante, tanto para el niño como para el adulto, no solamente es su derecho sino también deber del sanitario. Las estrategias serán de diversa índole y estarán condicionadas por el perfil social y laboral del inmigrante. En general, se podrán captar al nacimiento, en la escolarización, en el ámbito laboral y al contactar con Organizaciones no Gubernamentales o con el sistema asistencial de salud.

2. Objetivos

Los objetivos del Taller consistían básicamente en:

- 2.1 Sensibilizar a los participantes acerca de la situación de los inmigrantes a su llegada a Murcia respecto de su protección frente a las enfermedades prevenibles, mediante las vacunas disponibles y en base a los países de procedencia.
- 2.2 Exponer las peculiaridades del Programa de Vacunación en Inmigrantes de la Dirección General de Salud Pública, el material ad hoc elaborado por el Servicio de Prevención y las experiencias específicas de captación.
- 2.3 Proporcionar los conocimientos para actualizar el calendario de vacunación de la población inmigrante en función de la edad, procedencia y vacunas-dosis recibidas antes de su llegada a España.

3. Contenidos

Los contenidos se distribuyeron en cinco módulos:

- 3.1 Análisis de la situación en países de origen. Se pasó revista a la situación de las enfermedades evitables por vacunación y a los mecanismos de financiación de los programas de vacunación en países de baja renta. Más específicamente, se repasó el calendario infantil de vacunación propuesto por la Organización Mundial de la Salud y las coberturas de inmunización con las vacunas básicas.
- 3.2 Experiencias de captación. Se comentaron dos experiencias novedosas llevadas a cabo recientemente. Una de ellas, la llevada a cabo en el municipio de Los Alcázares, en la que se constituyó una mesa de trabajo, del grupo de Educación para la Salud en la Escuela, con el objetivo de integrar plenamente en el Programa Regional de Vacunaciones a todos los alumnos extranjeros que se fueran incorporando a los cursos escolares. Utilizaron la

3.3 Entrevista inicial con los padres realizada por una enfermera escolar.

La otra experiencia es la dirigida a la vacunación frente a la rubéola en adultos inmigrantes y, muy especialmente, a los procedentes de países del Caribe y del Norte de Sudamérica. La novedad es que se pone en marcha la campaña a la vista de los casos de rubéola congénita en otras CC.AA., no detectados en la nuestra, y en la que se diseñan actividades concretas de captación dirigidas a esa población, colaborando con Organizaciones No Gubernamentales y orientando la difusión de la campaña a ámbitos específicos.

3.4 En el tercer módulo se expuso la evolución de la inmigración en la Región de Murcia y los fenómenos demográficos asociados, muy especialmente los referidos a los nacimientos anuales. Igualmente se discutieron los pormenores del Programa de Vacunación para Inmigrantes y, más concretamente, las actividades de captación de recién nacidos, lactantes, escolares y adultos.

3.5 El último módulo estuvo dedicado a la actualización del calendario de vacunación según la edad, país de procedencia y dosis recibidas con anterioridad. Se insistió en la necesidad de revisar y actualizar los calendarios a la hora de regresar a su país para visitar a amigos y familiares.

Por último, se procedió a repartir el material elaborado por el Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Uno de ellos fue el libro "La salud del inmigrante", en el que han colaborado los técnicos de este Servicio



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DAFO:

El análisis DAFO consensuado en la última fase de las sesiones de trabajo por el grupo inscrito en la línea “Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes” arroja las siguientes conclusiones.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Existencia de importantes barreras de comunicación, no sólo lingüísticas, también derivadas de la presencia de marcos culturales de referencia diferentes.	La alta movilidad y constantes cambios de domicilio de las familias inmigrantes dificulta el seguimiento del calendario vacunal de los niños y niñas.
La escasez de personal sanitario, a todos los niveles, repercute en la prevención de enfermedades.	El desconocimiento del castellano por parte de inmigrantes de habla no hispana complica la comunicación y la interrelación.
La falta de concienciación de los profesionales de la salud en relación a la importancia de la prevención de la enfermedad mediante la vacunación.	La presencia importante y el fuerte incremento del número de mujeres y hombres inmigrantes repercute en la atención sanitaria.
Inexistencia de un registro nacional unificado referido a las vacunaciones al que puedan acceder los distintos profesionales, independientemente del lugar de España donde se ubiquen.	La existencia de inmigrantes sin documentación motiva su desconfianza hacia el profesional sanitario y el miedo al registro de sus datos personales.
	La prevención de la enfermedad y el fomento de una conducta saludable no es una prioridad entre los inmigrantes.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
La existencia de un calendario vacunal.	La cobertura que ofrecen los centros educativos para vacunar a los niños matriculados en ellos.
El respaldo de las instituciones públicas de salud al proceso de vacunación de personas inmigrantes.	La existencia de recursos externos al sistema público de salud, tales como asociaciones de solidaridad y ayuda a inmigrantes, facilita la difusión de la importancia de la prevención mediante la vacunación.
La concienciación de la población nativa en relación a la importancia de la vacunación en la población infantil.	Los avances tecnológicos ayudan a llegar al colectivo inmigrante y al trabajo en red de los profesionales sanitarios.
La gratuidad del sistema público de salud y de las vacunas en España, a diferencia de otros países.	La propia demanda del colectivo inmigrante en relación a la prevención de la enfermedad mediante la vacunación.
	Los procesos de regularización de inmigrantes facilitan también la vacunación y la prevención.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN DE LA LÍNEA “PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EVITABLES MEDIANTE VACUNACIÓN EN NIÑOS INMIGRANTES.”

En cuanto a las estrategias de acción propuestas por el grupo de trabajo, para minimizar o superar las debilidades-amenazas y potenciar las fortalezas-oportunidades, se señalaron las siguientes:

- Aplicar el calendario registrado.
- La formación del colectivo inmigrante y del colectivo de profesionales sanitarios.
- Consensuar un calendario vacunal unificado nacional.
- Controlar la salud de la población inmigrante.
- Utilizar la escuela como lugar de vacunación para llegar a los niños de familias inmigrantes.
- Favorecer una mayor concienciación de la importancia sociosanitaria de la prevención de la enfermedad entre los y las profesionales de la salud.
- Establecer un registro universal de vacunación.
- Diseñar y realizar procesos formativos dirigidos a profesionales sobre patología.
- Incorporar en el ámbito sanitario la figura del mediador intercultural.
- Establecer estrategias bidireccionales de motivación y concienciación.
- Incrementar el número de profesionales sanitarios.
- Ampliar el horario del servicio de vacunación para la atención a familias inmigradas.

LÍNEA DE TRABAJO: “SALUD TRANSCULTURAL. DESIGUALDADES EN SALUD”.

Director de Línea: José Luís Martincano Gómez, Servicio Gallego de Salud.

Coordinadora grupo de trabajo: Mirian Martínez Juárez.

Docente del taller: José Luís Martincano Gómez.

Participantes: Alicia Balsalobre Castejón, Eugenia Contreras Hernández, Encarna Cuevas Tortosa, Dolores Díaz Giménez, Sofía Dios Pintado, Alfonso García Martínez, Alfonso Gómez Moraga, Emilia Hernández López, Dolores Hernández Palazón, Nuria Illana Rodríguez, José María López Meseguer, Francisco Marcos Navarrete, Larbi Naji, Carmen Sánchez Navarro.

TALLER

1. Contextualización del tema

El paciente étnico. Está demostrado que el paciente de la minoría presenta desigualdades en salud, ya que está infradiagnosticado e infratratado y que los centros sanitarios no se organizan en la atención ante la diversidad racial y cultural.

Las diferencias étnicas son respetadas y favorecidas por la ciencia y no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia sanitaria. Por eso es necesario adquirir, desarrollar y afianzar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas específicas para que el contacto paciente-profesional sanitario sea eficaz en las dos direcciones. También es preciso facilitar y disponer el acceso a los servicios y prestaciones, la continuidad asistencial, y todo ello, en las mismas condiciones de la población mayoritaria.

La fórmula que se exige de la actuación del profesional es la Práctica Culturalmente Competente, es decir, mantener una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde ejerce, adquirir los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de la salud de sus pacientes de diferentes culturas y entender y atender el contexto de la situación sociocultural de estos pacientes.

2. Objetivos

2.1 Generales.

- Adquirir, desarrollar o reforzar habilidades específicas profesionales en el área de la Competencia Cultural.

- Suscitar la concienciación de las dimensiones y complejidad que afecta a la atención de los pacientes de diferentes culturas.
- Promover y eliminar las prolongadas desigualdades en el estado de salud de las poblaciones provenientes de diversos grupos étnicos, con el fin de mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud y la oportunidad de recorrer el camino de la integración socio-sanitaria.

2.2 Específicos.

- Discutir la evidencia científica del origen unitario de las razas, rechazando con suficientes argumentos las actitudes xenófobas, discriminativas y de segregación basadas en las diferencias étnicas.
- Reconocer otros sistemas culturales de salud explorando los valores, actitudes y conductas del paciente.
- Realizar una valoración psicosocial culturalmente competente.
- Definir la Competencia Cultural y sus elementos.
- Conocer los indicadores de Competencia Cultural en las instituciones.

3. Contenidos

3.1 Valoración Cultural de la atención al paciente inmigrante. Una Valoración Cultural es el examen o apreciación reglada y sistemática sobre las creencias culturales, valores y prácticas para determinar las necesidades y el modo de la intervención dentro del contexto personal de un determinado grupo de personas. En salud, se trata de estudiar, investigar y facilitar la relación asistencial en toda su complejidad, sin prejuicios, y partiendo de los valores de la dignidad humana, la empatía, la compasión ante la enfermedad y el coraje de la promoción de la salud y la vida saludable. Esta valoración es multiaxial.

3.2 Estructura política y de práctica sanitaria. Las organizaciones sanitarias deben desarrollar reglamentos, estructuras, prácticas y procedimientos que apoyen un sistema de prestación de servicios culturalmente apropiados.

3.3 Estructura política y de práctica social. Desde los órganos públicos de gestión y ordenamiento social se debe fomentar las redes sociales naturales, informales, de apoyo y de asistencia, asociaciones de vecinos, civiles y de abogacía, comerciantes locales o del vecindario, alianzas de grupos, organizaciones étnicas, sociales, espirituales y religiosas, líderes espirituales, y curanderos, medios de comunicación de la comunidad, etc.

3.4 Investigación y docencia. Para que la práctica asistencial sea accesible, eficaz y de costo razonable, requiere que los proveedores tengan un más profundo entendimiento de los antecedentes socioculturales de sus pacientes y sus familias y del medio ambiente en el que viven. Se necesitan conocimiento y documentación tanto de los resultados de las intervenciones asistenciales como del acceso y utilización de los servicios por parte de estas poblaciones.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DAFO:

El análisis DAFO consensuado en la última fase de las sesiones de trabajo por el grupo inscrito en la línea "Salud Transcultural. Desigualdades en Salud" arroja las siguientes conclusiones.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Actitud por parte de los profesionales sanitarios de considerar a los pacientes inmigrantes desde la perspectiva de la propia cultura.	Aumento de la población inmigrante sin que se produzca paralelamente una asignación de recursos que permita asistir a estos pacientes de manera adecuada.
Desarrollo por parte de los profesionales sanitarios de una imagen mental muy simplificada y con pocos detalles acerca de pacientes que comparten una cultura distinta a la suya.	El acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios se encuentra limitado debido a una excesiva burocratización.
Desmotivación por parte de los profesionales sanitarios a la hora de tratar a pacientes inmigrantes ya que no disponen de los recursos adecuados ni de la formación necesaria.	La cartera de servicios específicos que los profesionales sanitarios pueden proporcionar a los pacientes inmigrantes no se encuentra definida.
Falta de entendimiento (idioma, diferencias culturales...) entre el profesional sanitario y el paciente inmigrante ocasionado por la procedencia de éste y la falta de formación de aquél.	Existe falta de reconocimiento y valoración profesional, social e institucional del personal sanitario y de otros agentes sociales participantes en el proceso iniciado para luchar contra las desigualdades en Salud.
Los profesionales sanitarios ocupan menos tiempo de consulta con este tipo de pacientes dado su desconocimiento y consecuente "incomodidad".	Existe una alarma social generada, sobre todo, por los medios de comunicación que aumenta el miedo, desconcierto y desconocimiento tanto de la población autóctona como de la inmigrante.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Se dispone de una red asistencial amplia y fuertemente consolidada.	Aprovechar el momento histórico para dar una solución a las desigualdades producidas en el ámbito de la Salud y, en concreto, con pacientes inmigrantes.
Es una necesidad sentida por la sociedad en general el paliar el trato desigual que recibe la población inmigrante en los servicios sanitarios.	Emplear la demanda social para introducir cambios progresivos en los servicios sanitarios y paliar así las desigualdades sufridas por la población inmigrante.
Los profesionales sanitarios muestran una actitud abierta y reflexiva para mejorar el servicio que se da a los pacientes inmigrantes.	Recurrir al auge de la formación para capacitar a los profesionales sanitarios en la atención de pacientes inmigrantes.
Emergen nuevas figuras profesionales, como es el caso del mediador cultural, que pueden apoyar en su labor a los profesionales sanitarios.	Servirse de la demanda sanitaria para implantar cambios de la manera menos traumática posible y mitigar con ellos las desigualdades en salud vividas por paciente inmigrantes.
Existen organismos, como asociaciones sin ánimo de lucro, sociedades científicas, colegios profesionales... dispuestos a colaborar también en la reducción de las desigualdades que se producen en el sistema sanitario.	Reconvertir y positivizar los conflictos generados en el ámbito de la salud con respecto a la población inmigrante.



ESTRATEGIAS DE ACCIÓN DE LA LÍNEA “SALUD TRANSCULTURAL. DESIGUALDADES EN SALUD.”

En cuanto a las estrategias de acción propuestas por el grupo de trabajo, para minimizar o superar las debilidades-amenazas y potenciar las fortalezas-oportunidades, se señalaron las siguientes:

- Realizar campañas de sensibilización e información dirigidas tanto a la población autóctona como a la población inmigrante.
- Establecer y difundir políticas socioculturales, guías y protocolos de actuación que faciliten la labor de los profesionales sanitarios y otros agentes sociales relacionados con el sistema de salud y que permitan, a su vez, un acceso más rápido de la población inmigrante a los servicios sanitarios.
- Orientar la Formación Continuada de los profesionales sanitarios hacia la adquisición de Competencias Interculturales.
- Potenciar la investigación etnosanitaria y dar a conocer la gran variedad de creencias y prácticas arraigadas en personas provenientes de otros países y que, en un momento determinado, pudieran suponer una barrera en su tratamiento o curación.
- Motivar y apoyar a todos los profesionales dedicados a paliar las desigualdades que sufre la población inmigrante en el área de la Salud.
- Definir e integrar en el sistema sanitario nuevas figuras profesionales, como es el caso de los mediadores interculturales, que apoyarían, mediarían, asesorarían y orientarían al profesional sanitario en su labor con este tipo de pacientes.
- Introducir cambios en la cultura de la organización relacionados con nuevos valores interculturales.
- Establecer índices de calidad que busquen la satisfacción de la población, en general, y de la población inmigrante en particular.

■ LÍNEA DE TRABAJO: “ENFERMEDADES NO COMUNES EN NUESTRO MEDIO: IMPORTADAS O REEMERGENTES”.

Director de Línea: *Bartolomé Carrilero, Unidad Regional de Enfermedades Tropicales.*

Coordinador grupo de trabajo: *Francisco J. Sánchez Marín.*

Docentes del taller: *Joaquín Salas Coronas, Diego Torrús, Sabino Puente, José Vázquez, Elías Cañas*

Participantes: *Santiago Alfayate Miguelez, Antonia Ballesta Cabrero, Natalia Alejandra Cabrera Castro, Ana Calvo Garzón, M^a Jesús del Amor, Juan Pedro Egea Díaz, Elisa Fernández García, Victoria Fuentes Martínez, M^a Inés González Pérez, M^a Antonia López Fernández, Thais López- Larrainzar Coghen, Jorge Pagán Ortiz, Armenia Beatriz Pérez Martínez, Juan Antonio Pina Pelegrín, Lidia Janet Quintero Quiñones, Concha Rex Nicolás, Juan José Rodríguez Mondejar, Encarnación Rodríguez Fernández, M^a José Sabat Muñoz, Carme Salvador García, Lorena Soto Giménez, M^a Teresa Vicente Santos, Ángeles Zamora Sáez.*

TALLER

1. Contextualización del tema

La situación de la inmigración en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es un hecho reciente que se remonta a principios de los 80. Este fenómeno ha supuesto que, en los últimos años, la entrada de inmigrantes haya aumentado de manera exponencial. En la actualidad hay más de 180.000 inmigrantes en nuestra Comunidad Autónoma. Muchos provienen (70%) de zonas geográficas donde se dan ciertas enfermedades infecciosas endémicas que son poco frecuentes o inusuales en nuestro medio y con las que los médicos españoles habitualmente no están familiarizados, lo que en algunos casos puede originar un cierto retraso en la asistencia sanitaria y en el control sanitario de esta población. Como consecuencia de estos movimientos humanos se está produciendo un incremento de ciertas enfermedades de importación tales como la malaria, enfermedad especialmente grave en niños y viajeros no inmunizados.

Por otra parte un gran porcentaje de los inmigrantes tiene una situación administrativa irregular. Las circunstancias que rodean a la mayoría de los inmigrantes dificultan mucho cualquier atención y control sanitario que deba prestárseles.

Por parte del personal sanitario existen limitaciones para poder atender y hacer un seguimiento adecuado de estas personas; limitaciones derivadas fundamentalmente del escaso entrenamiento en aquellas patologías específicas del entorno tropical de origen, lo que dificulta



el correcto diagnóstico del enfermo y en muchos casos la rápida instauración del tratamiento adecuado. En este sentido, hay que tener en cuenta que, si bien, la mayoría provienen de dos países, Marruecos y Ecuador, la totalidad proviene de zonas geográficas muy dispares, cada una con sus peculiaridades en patología infecciosa. También el hecho de que en algunos casos de ciertas enfermedades infecciosas se requieran procedimientos diagnósticos y, sobre todo, terapéuticos, con los que el personal sanitario no está particularmente familiarizado o cuyo tratamiento no está disponible en farmacia, dificulta el rápido tratamiento. La falta de asistencia sanitaria básica a los inmigrantes genera, aparte de la reprobación moral que pudiera considerarse, problemas económicos, potencialmente, problemas graves de salud pública. Así pues, este fallo de asistencia/control sanitario a la población de inmigrantes hace que en la Región de Murcia exista entre un 5-10% de la población que carece del control sanitario en materia de enfermedades infecciosas. Por otra parte, la ausencia de un diagnóstico y tratamiento precoz que evite la transmisión de enfermedades contagiosas es un riesgo evidente para la salud pública.

Las necesidades a las que responde el contenido de este taller han sido motivadas por la necesidad de formar al personal médico-sanitario para atender y hacer un seguimiento adecuado de las nuevas patologías importadas específicas del entorno tropical puesta de actualidad por el fenómeno de la inmigración.

2. Objetivos

2.1 Generales.

- Actualizar conocimientos sobre las Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes, así como poner de relieve su importancia frente a la nueva problemática sanitaria ligada al fenómeno social de la inmigración.

2.2 Específicos.

- Actualizar los conocimientos de la epidemiología: distribución geográfica, diagnóstico y terapéutica de las parasitosis tropicales.
- Exponer las medidas de control y prevención de las parasitosis tropicales importadas.
- Conocer las principales enfermedades transmisibles importadas por inmigrantes procedentes de países tropicales.

3. Contenidos

Los contenidos impartidos fueron los siguientes:

- Inmigración y enfermedades emergentes.
- Experiencia en salud e inmigración de la Unidad de Medicina Tropical de El Ejido.
- Aproximación al Inmigrante con fiebre procedente del Trópico.
- Lesiones Cutáneas en inmigrantes procedentes del Trópico.
- Inmigración y Enfermedades de Transmisión Sexual, su relación con la prostitución.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DAFO

El análisis DAFO consensuado en la última fase de las sesiones de trabajo por el grupo inscrito en la línea “Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes” arroja las siguientes conclusiones.

DEBILIDADES	AMENAZAS
La accesibilidad al sistema por parte de los inmigrantes que carecen de documentación.	Existencia de ciertos prejuicios en torno al fenómeno de la inmigración y la generación de desconfianza entre algunos profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes.
La falta de adherencia al tratamiento propuesto.	Cierto grado de desconocimiento de los variados estilos de vida entre los diferentes inmigrantes.
La insuficiente sensibilización en torno a la inmigración por parte de algunos profesionales sanitarios.	Dificultad de los profesionales sanitarios para modificar las condiciones de vida de los inmigrantes, adaptándolas a condiciones de vida saludables.
La presión asistencial a la que se ven sometidos los profesionales sanitarios en las consultas.	Constante y acelerado crecimiento de la demanda asistencial en los centros sanitarios.
Escasa preparación específica en enfermedades emergentes por parte de algunos profesionales sanitarios.	Exceso de peticiones de derivación a especialistas sanitarios.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
El tipo de estructura organizativa del sistema sanitario.	La sensación percibida acerca de la sensibilización de la población general de cara al fenómeno de la inmigración.
La posibilidad de contar con la actividad que realizan algunas ONGs implicadas en la atención a población inmigrante.	Las experiencias realizadas en otras CC.AA en materia de atención a la población inmigrante.
El reconocimiento, por parte de muchos profesionales sanitarios, de la necesidad de mejorar la atención sanitaria a la población inmigrante.	El aumento de la frecuencia en la aparición de enfermedades emergentes como elemento que apoya la necesidad de atención.
La existencia de una igualdad de derechos, recogida en la legislación y las normativas vigentes.	El actual incremento de conocimientos en torno a las enfermedades emergentes propiciadas por las tecnologías de la información y la comunicación.
La adecuada predisposición de las autoridades sanitarias a mejorar la atención a la población inmigrante.	La posibilidad que permite el sistema sanitario para la introducción paulatina de mejoras en el sistema de salud.



ESTRATEGIAS DE ACCIÓN DE LA LÍNEA “ENFERMEDADES NO COMUNES EN NUESTRO MEDIO: IMPORTADAS O REEMERGENTES.”

En cuanto a las estrategias de acción propuestas por el grupo de trabajo, para minimizar o superar las debilidades-amenazas y potenciar las fortalezas-oportunidades, se señalaron las siguientes:

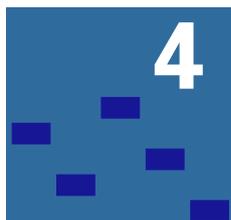
- Ofertar a los profesionales sanitarios formación específica en torno a las enfermedades emergentes.
- Establecer estrategias para aunar esfuerzos entre el Sistema de Salud y las ONGs.
- Construir un manual práctico para los profesionales sanitarios de manejo adecuado de las enfermedades emergentes.
- Propulsar la informatización de los puntos asistenciales para facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.

- Dotar al Sistema de Salud de servicios especializados en el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Incorporar la figura de los mediadores interculturales en el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Garantizar la accesibilidad total y real de todos los inmigrantes al Sistema de Salud.
- Generar protocolos de actuación multidisciplinar, multiprofesional y multinivel asistencial.
- Incluir en la oferta formativa cursos de formación específicos en abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Desarrollar Jornadas de intercambio de experiencias en torno a la temática de las enfermedades emergentes y reemergentes.
- Adecuar los recursos técnicos y diagnósticos disponibles en el Sistema de Salud a las enfermedades emergentes y reemergentes.
- Formar a los profesionales de los servicios de urgencias para efectuar derivaciones adecuadas para el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Establecer mecanismos eficientes de comunicación fluida con las ONGs dedicadas al fenómeno de la inmigración.
- Mejorar las condiciones de vida y laborales de los inmigrantes.
- Introducir la perspectiva de género en el abordaje de las enfermedades emergentes y reemergentes.
- Disminuir la carga asistencial y flexibilizar los horarios de los profesionales sanitarios con mayor frecuencia de atención de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Generar tarjetas sanitarias para inmigrantes indocumentados.
- Formar a los mediadores interculturales en el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes.



- Desarrollar un plan de seguimiento y control del inmigrante con enfermedad crónica y movilidad geográfica.
- Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios y del propio Sistema de Salud para atender las enfermedades emergentes.





CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DAFO DE LAS LÍNEAS DE TRABAJO

Para finalizar, y resumiendo el trabajo realizado por los grupos de estas líneas durante el transcurso de los talleres y las sesiones de trabajo grupal, se presentan a continuación unos decálogos, consensuados por cada grupo de trabajo, que pretenden resaltar aspectos relevantes a considerar de cara a vencer las desigualdades sufridas por la población inmigrante en Salud.

A pesar de las diferencias temáticas de las líneas de trabajo podemos observar coincidencias en las propuestas de los grupos como, por ejemplo, la llamada de atención que realizan al Sistema Sanitario por la necesidad de dotar con más recursos humanos y materiales sus distintas dependencias para atender el incremento de la demanda en materia de atención sanitaria propiciado por el flujo migratorio. También es un punto de coincidencia entre los grupos, el llevar a cabo estudios que permitan un mejor conocimiento de la población inmigrante, y poder determinar las consecuencias para la práctica sanitaria. Además, inciden en señalar la implementación de programas de formación para los profesionales sanitarios que abarquen no sólo la adquisición de conocimientos sobre determinadas culturas, sino la adquisición de habilidades sociales, comunicativas... que procuren una asistencia de calidad a los pacientes del colectivo inmigrante. Por último, y con la idea de mantener una asistencia de calidad, según nuestros grupos de trabajo, es preciso incorporar nuevas figuras profesionales al contexto sanitario como es el caso de traductores, mediadores interculturales o mediadores sociosanitarios, entre otros.

Línea de Trabajo:

“Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia”.



- 1** Desarrollar auténticas políticas de integración que incluyan las medidas y las actuaciones necesarias en materia socio-sanitaria.
- 2** Dotar de los recursos humanos y materiales necesarios para atender el incremento de la demanda en materia de atención sanitaria.
- 3** Desarrollar iniciativas de refuerzo de los principales colectivos de inmigrantes y de fortalecimiento de sus habilidades de autocuidado y ayuda mutua.
- 4** Motivar la participación desde los propios grupos de inmigrantes para, desde la prevención y promoción de la salud, mejorar sus condiciones sociosanitarias.
- 5** Obtener un mejor conocimiento de la situación de estas poblaciones a nivel demográfico, social, económico, político-sanitario y epidemiológico y determinar sus consecuencias para la práctica sanitaria.
- 6** Una mejor y mayor supervisión y planificación de los grupos de inmigrantes, usuarios de nuestros dispositivos asistenciales.
- 7** Relacionar ciertas variables sociales de los principales colectivos de inmigrantes (condiciones de vida, vivienda y condiciones laborales, entre otras) con sus niveles de salud y con ciertas variables derivadas de la morbilidad y, en su caso, de la mortalidad de los propios colectivos.
- 8** Crear redes de apoyo coordinadas que eviten el solapamiento de actuaciones a todos los niveles (local, regional, nacional, comunitario e intercontinental).
- 9** Implementar programas de formación para los profesionales, así como potenciar y desarrollar programas de formación específicos para aquellas enfermedades más prevalentes en nuestro contexto sanitario, que permitan ser adaptados a las características culturales diferenciales, facilitando así las tareas profesionales de atención primaria y hospitalaria y mejorar los programas de prevención-educación.
- 10** Valorar, reconocer e incentivar el trabajo desarrollado por los profesionales sanitarios.



Línea de Trabajo:

“Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes”.



- 1** Formar a sanitarios y a mediadores.
- 2** Fomentar la cultura de la prevención en inmigrantes, especialmente en el ámbito de vacunas.
- 3** Abrir los puestos de vacunación a otros ámbitos: urgencias, mutuas laborales, plantas hospitalarias.
- 4** Incrementar las plantillas de personal sanitario, especialmente en Atención Primaria (facilitar el acceso a la vacunación en puestos de vacunación preexistentes).
- 5** Mantener y aumentar la colaboración de Salud, Educación y Servicios Sociales.
- 6** Adecuar las necesidades presupuestarias a un flujo creciente de inmigrantes.
- 7** Establecer convenios con ONG´s.
- 8** Asociar el cumplimiento del calendario de vacunación a prestaciones sociales.
- 9** Diseñar campañas específicas de vacunación en función de la situación epidemiológica, aprovechando la infraestructura preexistente.
- 10** Desarrollar registros informatizados de vacunación de ámbito nacional, interconexionados y con acceso para todos los implicados en el acto de la vacunación.

Línea de Trabajo:
“Salud transcultural. Desigualdades en salud”.



- 1** Respetar y reconocer la diversidad cultural existente.
- 2** Conocer las características de las culturas de nuestro entorno más cercano.
- 3** Conocer la variabilidad clínica, los riesgos y las enfermedades en origen.
- 4** Potenciar las habilidades de comunicación de todos aquellos profesionales que desarrollen su labor en el sistema sanitario.
- 5** Capacitar culturalmente a todos aquellos profesionales que desarrollen su labor en el sistema sanitario.
- 6** Facilitar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios, así como la información precisa y necesaria que permita aligerar la excesiva burocratización.
- 7** Apoyar y valorar adecuadamente a los profesionales dedicados a luchar contra las desigualdades en salud vividas por el colectivo inmigrante.
- 8** Promocionar la salud de cara a la población inmigrante.
- 9** Evaluar y controlar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a la población inmigrante.
- 10** Promocionar la elaboración de trabajos, estudios, proyectos de investigación, espacios de encuentro... que arrojen luz en cuanto a cómo desarrollar una asistencia sanitaria de calidad para todos, en medio de nuestra diversidad cultural.

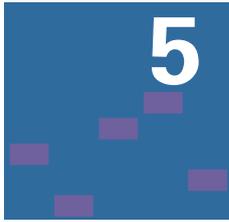
Línea de Trabajo:

“Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes”.



- 1** Formación de los profesionales sanitarios en enfermedades emergentes.
- 2** Implementación de técnicas diagnósticas apropiadas.
- 3** Agilizar la informatización del sistema de gestión de pacientes, pruebas complementarias y vigilancia epidemiológica
- 4** Facilitar la comunicación y accesibilidad de los profesionales de Atención Primaria a los servicios especializados (ejemplos: telemedicina, protocolos de actuación interniveles...).
- 5** Adecuación de los recursos humanos del sistema para atender adecuadamente al crecimiento de la demanda por parte de la población inmigrante.
- 6** Abordaje multidisciplinar de las condiciones de vida y trabajo de la población inmigrante favorecedoras de la aparición y mantenimiento de enfermedades emergentes.
- 7** Formación e incorporación al sistema sanitario de mediadores interculturales.
- 8** Establecimiento de cauces de comunicación fluida entre el sistema sanitario y las ONGs implicadas.
- 9** Implementación de estrategias específicas de seguimiento y adherencia al tratamiento de inmigrantes con enfermedades crónicas y alta movilidad geográfica.
- 10** Facilitar el intercambio de profesionales en el contexto de la cooperación institucional con hospitales del entorno tropical.





MEDIDAS DE ACTUACIÓN

- Establecer, mantener y aumentar la colaboración entre los distintos agentes sociales relacionados con la problemática de la población inmigrante: Salud, Educación, Servicios sociales, ONGs.
- Adecuar los recursos humanos y materiales del sistema para atender correctamente al crecimiento de la demanda sanitaria por parte de la población inmigrante.
- Implementar programas de formación específicos para los profesionales que permitan reconocer y respetar la diversidad cultural existente, capacitándoles para los nuevos retos clínicos y sociales.
- Formar e incorporar al sistema sanitario la figura de los mediadores interculturales.
- Asegurar un abordaje multidisciplinar de las condiciones de vida y trabajo de la población inmigrante.



ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y SATISFACCIÓN FRENTE A LAS JORNADAS SOBRE INMIGRACIÓN-EMIGRACIÓN EN SALUD

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de las Jornadas se administraron dos cuestionarios: uno inicial, justo antes del comienzo de los talleres y otro final, a la conclusión de los mismos. El objetivo era verificar el efecto e influencia de estas Jornadas en los conocimientos, prácticas, sensibilidad, concienciación y expectativas de los participantes en relación a la temática de su taller y a las propias Jornadas.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO

El cuestionario estuvo formado por cinco preguntas, con una escala de puntuación de Likert de 1 a 4, relativas a los conocimientos, prácticas, sensibilidad, concienciación y expectativas que los asistentes tenían con respecto a la inmigración y a estas Jornadas. La escala de las preguntas fueron: MUY BAJO, BAJO, ALTO y MUY ALTO. También el cuestionario incluía datos sobre el sexo, la edad y la profesión de los asistentes.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

El número de asistentes a las Jornadas fue de 55 personas. El estudio ha sido realizado con los 31 participantes de las Jornadas de Inmigración que realizaron ambos cuestionarios, antes y después de las Jornadas. El cuestionario final no fue completado por los 31 asistentes ya que hubo un 9,7% que no contestó la quinta pregunta de este cuestionario.

La edad media de los participantes en el estudio fue de 41,37 años, el 19,23% de los asistentes eran hombres y el 80,77% de los asistentes eran mujeres.

Las profesiones de los asistentes fueron las siguientes:

Médico de Familia

Residente

Matrona

Doctorando

Pediatra

Trabajador Social

Enfermera

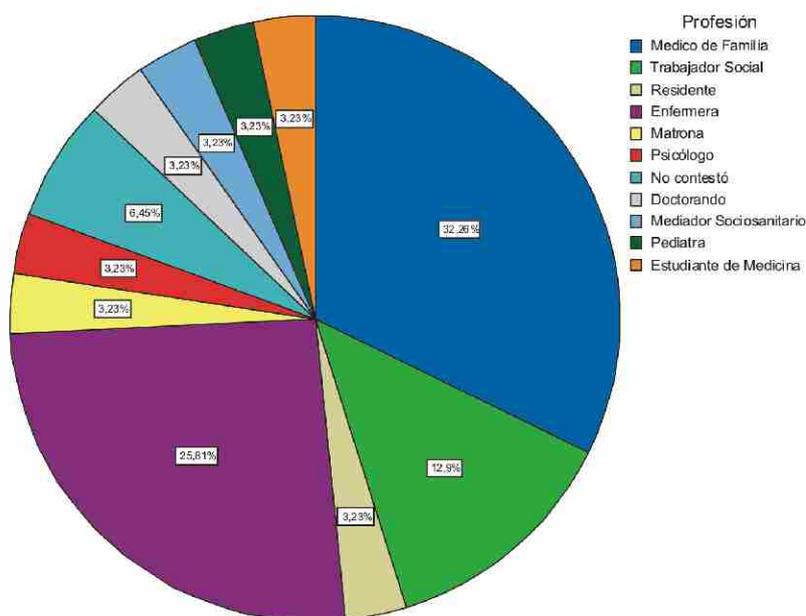
Psicólogo

Mediador Sociosanitario

Estudiante de Medicina

Además de los nombrados anteriormente, un 6,45% de los asistentes no contestó la pregunta de su profesión.

El siguiente gráfico muestra la distribución en porcentaje de las profesiones para los asistentes a las Jornadas.

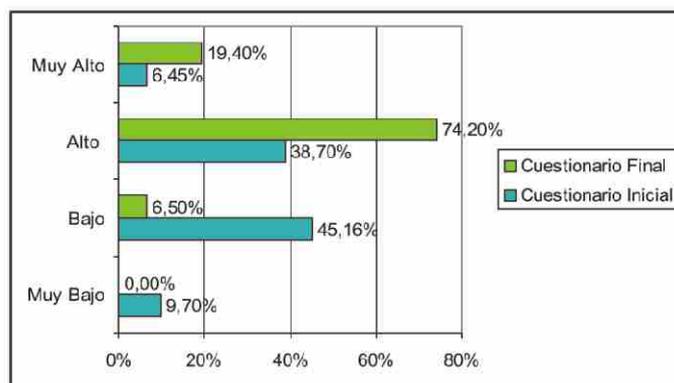


4. CONCLUSIONES

Primera Pregunta

1. ¿Tiene información y conocimiento sobre la temática de su taller?

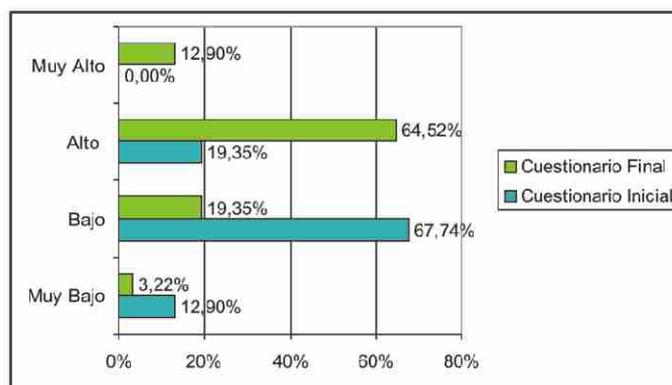
Antes de las Jornadas, en relación a esta pregunta, lo valorado por los asistentes fue lo siguiente: antes del evento, el 54,86% de los asistentes afirmaba que la información y el conocimiento que tenían sobre aspectos relacionados con la temática de su taller era entre MUY BAJO o BAJO. Después de las Jornadas un 93,6% de los asistentes contestaron que su información y conocimiento se repartía entre ALTO o MUY ALTO.



Segunda Pregunta

2.- ¿Sabe aplicar lo estipulado, en cuanto a la temática de su taller, a situaciones concretas y particulares vividas con pacientes/usuarios pertenecientes al colectivo inmigrante?

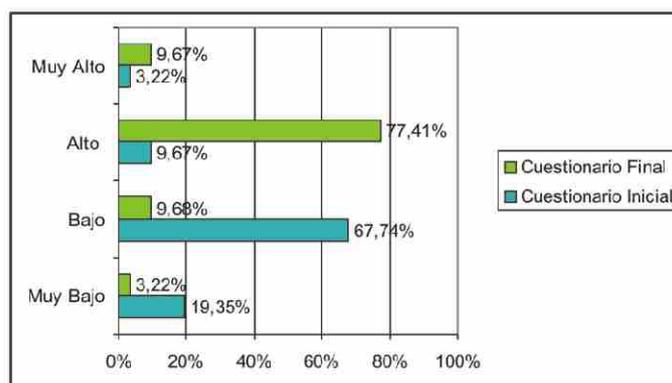
Antes de las Jornadas, un 67,74% de los asistentes afirmaron tener un conocimiento BAJO en cuanto a saber aplicar lo estipulado, en lo concerniente a la temática de su taller, a situaciones concretas y particulares vividas con pacientes/usuarios pertenecientes al colectivo inmigrante, mientras que después de las Jornadas este porcentaje BAJO disminuyó en un 48,39% y aumentó un 12,9% el MUY ALTO. Este último porcentaje disminuyó un 9,68% después de las Jornadas.



Tercera Pregunta

3.- ¿Sabe diseñar acciones y estrategias de comunicación relacionadas con la temática de su taller?

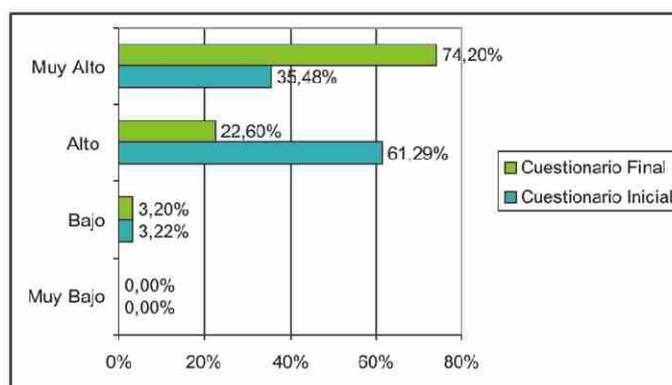
En la tercera pregunta, antes de las Jornadas, el 67,7% de los asistentes tenían un conocimiento BAJO sobre la tercera pregunta y después de las Jornadas un 77,4% admitían tener un conocimiento ALTO sobre el tema.



Cuarta Pregunta

4.- ¿Qué grado de sensibilidad y concienciación tiene respecto al tema?

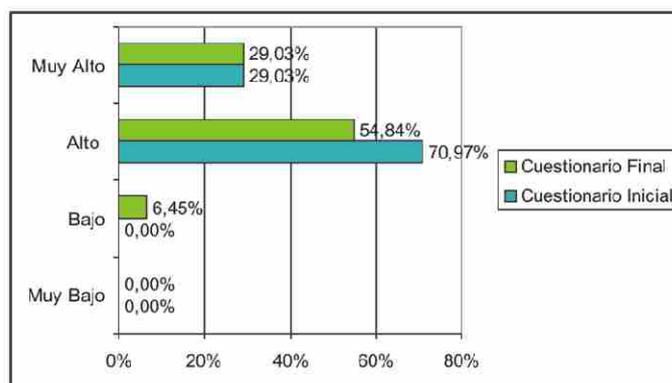
Antes de las Jornadas, el 35,48% admitía tener un grado MUY ALTO de sensibilidad y concienciación respecto al tema. Después de las Jornadas este porcentaje aumentó un 38,72%. Un 22,6% contestó en el cuestionario inicial que su grado de sensibilidad era ALTO y este porcentaje aumentó en un 38,69%.



Quinta Pregunta

5.-¿Cómo puntuaría su nivel de expectativas con respecto a las Jornadas sobre Inmigración- Emigración en Salud?

De los asistentes a las Jornadas el 100% tenían unas expectativas entre ALTO y MUY ALTO. Estas expectativas se cumplieron en un 92,8%. Un 6,5% de los asistentes puntuaron su nivel de expectativas después de las Jornadas como bajo.



■ PARTICIPANTES





