

**EDITORIAL****IMMIGRACIÓN EXTRANJERA EN EL ESTADO ESPAÑOL.  
CONSIDERACIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA****Josep Maria Jansà**

Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de la Salut. Barcelona.

Desde hace algunos años, la inmigración extranjera de personas procedentes de áreas socioeconómicamente deprimidas, constituye una nueva realidad en nuestro país, de modo que mientras que en el censo del año 1981 los extranjeros constituían el 0,62% del total de la población del Estado español, en el del 1991 esta cifra se elevaba al 0,95%.

En este mismo sentido, en el padrón municipal de habitantes en Barcelona del año 1996, los extranjeros residentes en la ciudad representaban el 1,9% del total de la población de residentes, siendo un 28,6% de ellos procedentes de países de la Unión Europea. Si, en lugar del padrón municipal de habitantes, se toman como referencia para el mismo año los datos del Gobierno Civil relativos a los permisos de residencia vigentes, permisos especiales para estudiantes extranjeros y reagrupamientos familiares, esta cifra se incrementa en un 35%, lo que pone de manifiesto la subestimación de los registros poblacionales en cuanto a la inclusión de poblaciones extranjeras residentes. Este hecho, debido tanto a las personas que se hallan en situación no regularizada como a las dificultades inherentes a factores idiomáticos, culturales y sociales de algunos de estos ciudadanos, conlleva dificultades para la planificación de servicios de salud y para la puesta en marcha de programas y estrategias en el ámbito de la salud pública, toda vez que pone de manifiesto la necesidad de tener un mejor conocimiento de la situación

de estas poblaciones a nivel demográfico, económico, socio-sanitario y epidemiológico.

Estas cifras, que permiten estimar la existencia de en torno al 2% de inmigrantes extranjeros residentes en el Estado español, o alrededor del 1% si se excluye a los procedentes de países desarrollados, muestran que el volumen de la inmigración extranjera sigue siendo reducido en nuestro país. Sin embargo, debe considerarse que estos porcentajes ofrecidos de forma estimada a nivel global, varían substancialmente en algunas comunidades y localidades, así como en determinados distritos y barrios de las grandes ciudades. En estos contextos, en los que se concentra el grueso de la población inmigrante, la perspectiva es completamente distinta, requiriéndose intervenciones específicas que no tendrían actualmente sentido para el conjunto del país.

En relación a este último aspecto, resulta evidente que los inmigrantes extranjeros tampoco pueden ser tratados de modo homogéneo, dado que sus contextos geográficos, su situación administrativa y sus especificidades a nivel de género, idioma, cultura, religión y economía, determinan necesidades y aproximaciones diferentes.

En muchos casos la responsabilidad colectiva en la búsqueda de soluciones por parte de gestores, profesionales sanitarios y otros agentes implicados en el ámbito de la

salud, se ve seriamente comprometida a nivel de la cobertura de las necesidades de salud, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la equidad, debido a aspectos legislativos y a políticas globales que se hallan muy alejadas de las sanitarias. De este modo, el principio de la universalidad de la asistencia sanitaria para el conjunto de la población del país, queda seriamente restringido para muchos de los inmigrantes extranjeros y, específicamente, para los que no disponen de una situación administrativa legal o regularizada.

Así, la buena voluntad y disponibilidad de muchos de los profesionales de la salud que prestan atención sanitaria a estas poblaciones, se enfrenta a un marco legal restrictivo que les dificulta desde la prescripción de fármacos hasta la obtención de las exploraciones complementarias necesarias para el normal desarrollo de la práctica asistencial.

En relación con lo mencionado, según el título preliminar de la Ley General de Sanidad<sup>1</sup>, *tienen derecho a la protección y atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan la residencia establecida en el territorio nacional y los extranjeros no residentes en la forma que las leyes y convenios internacionales lo establezcan*. Este principio, aunque no explícitamente, conlleva la exclusión del derecho a las prestaciones sanitarias para aquellos inmigrantes que, aunque residen en nuestro país, no han conseguido o han perdido «el derecho» a su permiso de residencia. En este sentido, el que un residente legal deje de tener garantizados los medios de vida, el alojamiento o la asistencia sanitaria, puede ser causa de extinción del permiso de residencia si no se prevé que «pueda disponer de los mismos en un plazo razonable». De ahí que la ley incite a ocultar la situación de pobreza y en concreto la falta de cobertura sanitaria, dado el riesgo de retirada de la documentación legal y, en consecuencia, la apertura del camino hacia la expulsión. Así se explican los temores de muchos de los

inmigrantes a los servicios públicos, incluyendo los sanitarios, y la preferencia por aquéllos ya conocidos en los que pueden confiar, entre otras razones porque en ellos no se les piden «papeles». Por eso, en buena medida, se producen concentraciones de inmigrantes extranjeros en determinados servicios asistenciales<sup>2</sup>.

Lo expuesto, junto con otras restricciones incluidas en la llamada Ley de Extranjería, impide, tal como se comentaba, hacer extensivo el principio de universalidad del derecho a la atención sanitaria a todos los inmigrantes.

En cuanto a cómo debe entenderse el perfil epidemiológico de los inmigrantes extranjeros, una posible clasificación de su patología más frecuente la divide en enfermedades importadas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades de base genética<sup>3</sup>. Existen también clasificaciones específicas a nivel de enfermedades infecciosas<sup>4, 5</sup> y otras que contribuyen a una mejor comprensión del tema «salud e inmigración».

Por otro lado, desde una perspectiva genérica, en los últimos años se han publicado diversos trabajos que contribuyen a romper el tópico que establece que *los inmigrantes nos traen enfermedades*, confirmándose que se trata esencialmente de poblaciones jóvenes y en buen estado de salud; *no emigra el que quiere sino el que puede*.

Con ello, es posible afirmar que a su llegada los inmigrantes extranjeros no constituyen grupos de riesgo específicos, siendo, si acaso, las situaciones de marginación, soledad, hacinamiento y pobreza con las que se enfrentan durante el proceso migratorio, las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades<sup>6</sup>. Así mismo, la mayor parte de las *enfermedades importadas* por inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante, habituado a exposiciones parasitarias o de otro tipo, es mucho menor que cuando afectan a personas no inmunes, como cooperantes y viajeros que se desplazan hacia los países de

origen de estas enfermedades. En este sentido, los centros especializados en enfermedades importadas deben ser utilizados como servicios específicos para tratar patologías poco frecuentes en nuestro medio, que afectan tanto a viajeros como a inmigrantes, y no como recursos dirigidos a estos últimos que sirvan para paliar los déficits existentes (administrativos, idiomáticos, culturales...) en el tratamiento de estos pacientes.

Asimismo debe tomarse en consideración que aunque determinadas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis o el sida, presenten valores elevados de prevalencia de infección y de incidencia de enfermedad en algunos sectores de la población inmigrada<sup>7</sup>, de ello no puede concluirse que la elevación de estas tasas ocurridas en nuestro país en los últimos años, pueda explicarse parcial o totalmente por el fenómeno migratorio. Afirmaciones realizadas en esta dirección, a parte de falsear la realidad existente, contribuyen a favorecer los argumentos relacionados con la exclusión y la xenofobia. Otra cuestión es la necesidad de conocer con mayor precisión los datos referidos a estas personas en relación a aspectos como el cumplimiento de los tratamientos, lo cual debe contribuir a mejorar las estrategias para la prevención y el control de estas enfermedades.

Con frecuencia, al pensar en las necesidades de salud de los inmigrantes extranjeros, se olvidan elementos relacionados con trastornos psicósomáticos y de salud mental (Atxotegui J, 1995. Planteamientos básicos sobre la inmigración desde una perspectiva psicopatológica y psicosocial). Así, se ha observado cómo un elevado porcentaje de las consultas realizadas por estos pacientes acostumbra a ser por cefaleas, precordalgias, lumbalgias, «dolor en todo el cuerpo», que en realidad traducen situaciones de ansiedad, depresión, infelicidad y frustración. Ello indica que tanto los profesionales de asistencia primaria como los de salud mental, deben tomar en consideración estas particularidades en la valoración de los diag-

nósticos y la prescripción de los tratamientos.

Como perspectiva global, la visión de las necesidades de los inmigrantes extranjeros en materia de salud, debe realizarse desde una óptica de salud pública así como de conocimientos en salud internacional en su sentido más amplio, donde elementos como la llamada transición epidemiológica y las grandes desigualdades económicas, sociales y de salud de los países de procedencia, deben contribuir a un mejor conocimiento de las características de estas poblaciones.

Dicho de otro modo, la salud internacional facilitaría la visión en origen que posteriormente deberá observarse en destino. No hay que olvidar que el inmigrante antes de serlo es un nacional de su país, que se adaptará mejor o peor en su destino, siendo por tanto una persona que presenta características propias de ambos entornos, junto a las específicas del proceso migratorio.

Como en otros ámbitos de nuestra sociedad, la salud de los inmigrantes extranjeros, tanto a nivel asistencial como desde los servicios de salud pública y de vigilancia epidemiológica, debe ser considerada desde una óptica interdisciplinaria, flexible y dinámica, que cuente con la colaboración de profesionales de servicios sociales, antropólogos, sociólogos, traductores e intérpretes, mediadores culturales y abogados, por citar los más destacados. A todo ello debe añadirse la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación epidemiológica que permitan ofrecer respuestas serias y documentadas a algunas de las preguntas que todavía quedan por responder en este ámbito, y desmentir algunas afirmaciones que carecen de todo fundamento. Sólo de este modo se conseguirá un verdadero conocimiento de sus necesidades y prioridades en salud, así como la oferta de servicios de calidad, en un entorno normalizado y adaptado a las particularidades de los distintos colectivos que viven en el país, en este caso los inmigrantes extranjeros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/86 de 25 de abril General de Sanidad, (BOE 26-4-1986).
2. Maluquer Margalef E. La sanidad: una asignatura pendiente. En: II informe sobre inmigración y trabajo social. Barcelona: Diputació de Barcelona. Servei de Serveis Socials;1997. p. 545-589.
3. Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC-Formación Méd Continuada Aten Primaria 1996; 3: 277-278.
4. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC- Formación Méd Continuada Aten Primaria 1996; 3: 222-228.
5. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). FMC- Formación Méd Continuada Aten Primaria 1996; 3: 279-285.
6. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten Primaria 1995; 5: 320-326.
7. Durán E, Cabezos J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en Inmigrantes recién llegados a Barcelona. Med Clin (Barc) 1996; 106: 525-528.