

TRABAJO FIN DE GRADO



REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL CON INMIGRANTES VULNERABLES

La acción partiendo de la humanización

Autora: María Dolores Martínez Segura

Tutora: Raquel Sáenz Mendiá **Asesora externa:** Inés Oliveira Souto

Titulación: Grado de Enfermería **Universidad:** UPNA **Curso académico:** 2019-2020

Convocatoria de defensa: Enero 2020

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

SORPRENDERSE, EXTRAÑARSE, ES COMENZAR A ENTENDER

José Ortega Y Gasset

RESUMEN:

España se ha convertido en la ruta principal para la entrada de personas migrantes a la Unión Europea. Ante este fenómeno migratorio, los profesionales sanitarios desde su responsabilidad han de actualizar y revisar sus intervenciones en los cuidados a personas inmigrantes. Ya que sus situaciones, salud, cultura, comprensión, etc. requieren una acogida equitativa. En el cambio social sufrido en los años 60, Madeleine Leininger definió la enfermería transcultural como “necesidad de formación en la dimensión de lo cultural”. Ante la realidad actual donde predomina la diversidad cultural, Enfermería no puede quedar al margen, debe considerar como elemento importante la cultura, la comunicación y el cuidado, para poder desarrollar la Enfermería Transcultural ofreciendo cuidados holísticos, humanos, culturalmente competentes y coherentes.

Objetivo: revisar el papel de Enfermería en atención al inmigrante en situación de vulnerabilidad desde el paradigma del cuidado transcultural.

ABSTRACT:

Spain has become the main route for the entrance of migrants into de European Union. To afford this migratory phenomenom, the health professionals have to actualize and revise their interventions when taking care of the migrant people, since their situation, health, culture, comprehension etc. require an equitative reception.

During the social change that took place in the 60s, Madeleine Leininger defined transcultural nursing as “the need for training in the cultural dimensión”.

In front of the current reality, where cultural diversity is predominant, Nursing can not be left apart, and must consider culture, communication and care as important elements in order to develop the Transcultural Nursing offering holistic and human care, in a coherent and competent way.

Objective: to revise the role of Nursing when attending the migrant in a vulnerable condition, from the paradigm of transcultural care.

Methodology: the work consists on the revision of bibliography and the main health databases in order to obtain information related to the topic of

Metodología: el trabajo consiste en la lectura y revisión bibliográfica a través de las principales bases de datos sanitarias para la obtención de información referente al tema actual de la migración y Enfermería transcultural. Se completa con un periodo de trabajo de campo realizado en la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) Barcelona.

Propuesta teórica: la propuesta teórica está enfocada a impartir formación sobre enfermería transcultural y enfermedades tropicales e importadas. Por lo que se propone solicitar una sesión formativa en el Colegio de Enfermería de Navarra para profesionales sanitarios.

Conclusión: los profesionales de enfermería tienen un reto ante la realidad actual cada vez más multicultural, ofrecer un cuidado holístico y competente, para ello es necesaria una formación en la dimensión cultural.

Palabras clave: cuidado, inmigrante, inmigrante vulnerable, migración, enfermería transcultural, cultura.

Número de palabras: 15.800.

migration and Transcultural Nursing. Such work is complemented with field work in the Unit of Tropical Medicine and International Health at the hospital Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) Barcelona.

Theoretical proposal: it is focused to offer training about transcultural nursing and tropical and imported diseases. We propose a training sesión at the Professional Nursing Association of Navarra directed to health professionals.

Conclusion: nursing professionals have a challenge when they face the increasingly multicultural world: to offer a holistic and competent attention. To do so, training in the multicultural dimensión is needed.

Keywords: care, immigrant, vulnerable immigrant, migration, transcultural nursing, culture.

Number of words: 15.800.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Historia de los movimientos poblacionales voluntarios e involuntarios	3
1.2 Movimientos migratorios en el contexto temporal S.XX-XXI.....	6
1.3 Movimiento migratorio en la UE.....	8
1.3-1 Unión Europea. Solicitudes de asilo en 2018.....	8
1.3-2 Llegada de inmigrantes de forma irregular por ruta marítima y terrestre a la Unión Europea en 2018	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivos generales.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. MATERIAL Y MÉTODO	13
4.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	13
4.2 Gestión de la información recopilada.....	16
4.3 Referenciación bibliográfica.....	17
4.4 Cronograma.....	17
5. RESULTADOS	18
5.1 Realidad actual. El fenómeno migratorio en España	18
5.1-1 Evolución anual de la población residente en España.....	19
5.1-2 Crecimiento anual de la población en España	20
5.1-3 Evolución de la población extranjera residente en España	20
5.1-4 Migración exterior por comunidades, año 2018	21
5.1-5 Afiliación a la Seguridad Social de personas autóctonas en España.....	22
5.2 Marco normativo	23
5.3 Procedencia y repercusión en la salud.....	25
5.3-1 Enfermedades importadas.....	27
5.4 Utilización y acceso a los Servicios Sanitarios.....	29
5.5 Diversidad cultural en Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario	30
5.5-1 Protocolo de acogida	30
5.6 Enfermedades según procedencia.....	33
5.7 Vías de transmisión de microorganismos	39
5.8 Visión filosófica del cuidado.....	40
5.9 Cuidado cultural	43

5.9-1 Cultura y salud	43
5.9-2 Determinantes de la salud	45
5.9-3 Capital social de vinculación	46
5.10 Enfermería transcultural	48
5.10-1 Modelo del sol naciente.....	49
5.11 Cuidados culturales, una asignatura pendiente.....	51
6. DISCUSIÓN.....	53
7. CONCLUSIONES	57
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	59
8.1 Objetivos	59
8.2 Metodología.....	59
8.3 Unidad De Medicina Tropical Y Salud Internacional Vall D´Hebron-Drassanes.....	60
8.4 Trabajo con Inmigrantes Vulnerables	62
8.5 Protocolo de enfermería	62
8.6 Entrevista de Enfermería Transcultural	64
8.7 Propuesta teórica de trabajo	67
9. AGRADECIMIENTOS	69
10. BIBLIOGRAFÍA.....	70
11. ANEXOS	78
Anexo 1. Índice de acrónimos	78
Anexo 2. Concepto y definiciones.....	79
Anexo 3. Vacunas a tener en cuenta para repasar y actualizar en el inmigrante adulto. .	81
Anexo 4. Protocolos de cribado a embarazadas, Enfermedad de Chagas.....	82
Anexo 5. Ley de autonomía del paciente y Código ético de enfermería	82
Anexo 6. Definiciones para la comprensión de la teoría de Madeleine Leininger	83
Anexo 7. Certificado de la UPNA para periodo de formación en la UMTSID.....	84
Anexo 8. Certificado de UMTSID.....	85



1. INTRODUCCIÓN

Berger y Luckmann, afirman que “la realidad de la vida cotidiana se me presenta además como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparto con otros [...] no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con otros” (Berger, 1995, p.23-25). El movimiento migratorio poblacional es un proceso social que incide en la configuración de los procesos de identidad y entornos sociales, los cuales se desarrollan a través de estados de choque, asimilación y aculturación (Stiven, Escobar, 2018).

En la actualidad estamos viviendo un momento de la historia en donde los movimientos migratorios aumentan anualmente de forma progresiva. Pero este elemento estructural de la movilidad humana no es nuevo, el sociólogo más influyente en la teoría social contemporánea, Z. Bauman afirma: “las migraciones masivas no tienen nada de novedoso”, “ya que han acompañado a la modernidad desde su principio mismo”(Bauman, 2016, p. 10).

Este contexto social y cultural fuerza a vivir en continuo intercambio de culturas, ideologías, religiones y costumbres. En la definición de Tylor sobre la cultura, muestra la complejidad del concepto ya que abarca, el conocimiento, creencia, arte, moral, ley, costumbre, aptitudes y hábitos obtenidos por el ser humano, como miembro de la sociedad (Bohannan Paul, 2007).

En España las principales nacionalidades de personas extranjeras son en primer lugar los de origen marroquí, seguidos de los de procedencia de Rumanía y les siguen los de Reino Unido (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2019). En el devenir de este proceso, la salud puede verse afectada y estas personas van a acceder al sistema sanitario. Ante ello nos encontramos a profesionales diversos con conocimientos y formación limitada, viviendo el encuentro con pacientes de otras culturas como un problema, origen de conflictos, portadores de enfermedades, pobreza, falta de educación, llegando incluso al rechazo. Los profesionales de la salud no eligen a los pacientes que deben atender, de igual modo los pacientes no pueden elegir para ser atendidos, por lo cual es un reto

tanto desde los profesionales de salud como para los pacientes inmigrantes llegar a un entendimiento (Plaza del Pino, 2014).

Desde este contexto el cuidado cultural es una prioridad para los profesionales de salud y requiere una actualización continua en la formación para comprender y ser comprendido, escuchar y ser escuchado, interpretar y crear una buena relación terapéutica, desde un cuidado holístico (Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Albar-Marín, García-Ramírez, 2015).

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) “La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (CIE, 2019).

El profesional de enfermería desde la responsabilidad vocacional al cuidado holístico a toda persona tiene la capacidad óptima para poder abordar situaciones emergentes, como es el cuidado cultural.

La globalización es una realidad en la cual el cuidado cultural es coexistente y dinámico, por ello enfermería con su labor de cuidado puede contribuir a mejorar los entornos e intentar dar respuesta a la equidad en el cuidado cultural.

Los movimientos migratorios han existido siempre. Nos consta que comenzaron en África por el cambio climático. Dichos movimientos tienen repercusión en el ámbito político, en el sentido de las distintas identidades de los pueblos y repercute en el país de llegada, en el que las instituciones sociales, educativas, sanitarias prestan servicios a estas personas. En lo que respecta a este trabajo, se va a desarrollar desde el proyecto de atención sanitaria.

En primer lugar, se expondrá la historia de las migraciones poblacionales y su influencia en el ámbito del cuidado familiar, que trasciende del ámbito del hogar a la esfera de la atención sanitaria. Seguidamente se recoge el marco normativo

relativo a la política social que regula los derechos y deberes de las personas a nivel europeo. En tercer lugar se presenta el modelo de enfermería transcultural, como marco de referencia para la prestación de cuidados culturalmente competentes adecuados a cada persona de manera individual y colectiva, en respuesta a la diversidad cultural existente actualmente en nuestro país. Por último se mostrará el programa de salud que se lleva a cabo en un hospital de referencia, la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) en Barcelona (Peña, 2017).

1.1 Historia de los movimientos poblacionales voluntarios e involuntarios

Según estudios realizados hasta la fecha, los movimientos migratorios se iniciaron desde África, aproximadamente hace unos 60.000-70.000 años, provocados por los cambios climáticos (National Geographic, 2017) (ver figura 1).

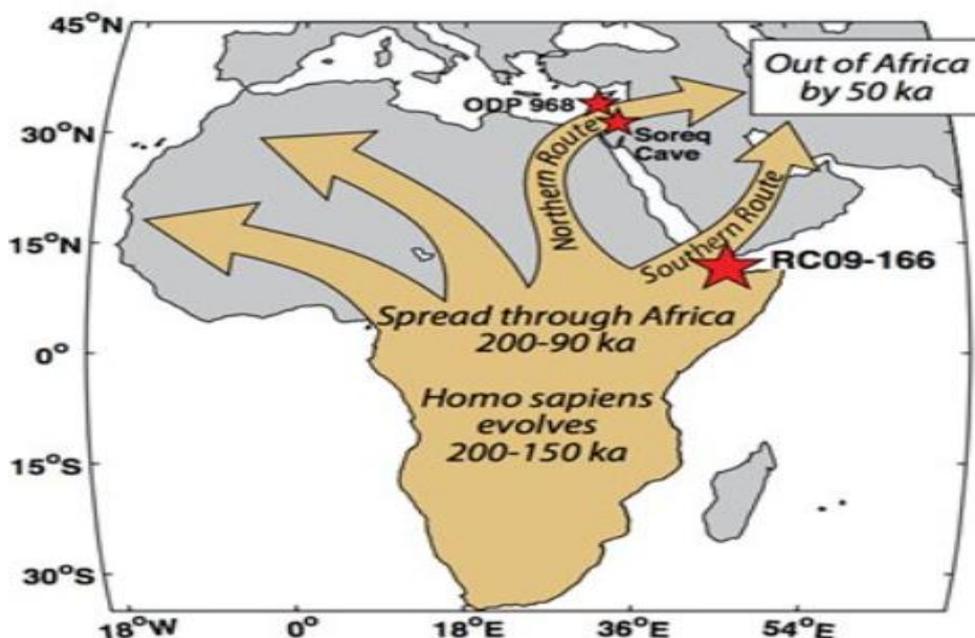


Figura 1. Mapa de los movimientos migratorios iniciales

Fuente: National Geographic. Disponible en:

https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/actualidad/los-seres-humanos-emigraron-desde-africa-hace-60000-anos-debido-cambio-brusco-del-clima_11968

Los movimientos migratorios no han cesado, al contrario, han ido en aumento.

A continuación se muestran algunos ejemplos:

- En el continente Africano entre los siglos XVI y XIX aproximadamente unos 12.5 millones de personas fueron víctimas del tráfico de esclavos (Ángel & Torres, 2008).

- Por motivos religiosos: los que se justificaron en la división de la India británica que afectaron en 1947 a 15 millones de personas (The Guardian, 2017).
- El mayor movimiento migratorio de personas en la historia de Europa fue producido por la segunda guerra mundial.
- Según informes del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en el año 2016 se produjo un record de desplazados en el mundo, 65.6 millones por los conflictos, como por ejemplo la guerra civil de Siria (ACNUR, 2015).
- Otras migraciones podrían considerarse voluntarias, como por ejemplo los “llamados inmigrantes económicos, llevados por el deseo humano de cambiar tierras estériles por otra donde verdea la hierba: países empobrecidos y sin perspectiva por lugares de ensueño donde abundan oportunidades” (Bauman, 2016, p. 13), o los que buscan la reagrupación familiar, búsqueda de atención médica y personas jubiladas que se asientan en lugares más favorables para ellos.

Muy relacionado con las razones económicas, se podría considerar el caso de la pobreza o la desertización de algunas partes del planeta, que favorece el movimiento migratorio pero es muy difícil denominarlo voluntario. Hay situaciones complicadas como las personas que huyen de tensiones o disturbios internos, situaciones de violencia por terrorismo, narcotráfico o desigualdades extremas, que no son reconocidos oficialmente como conflictos armados y por tanto las personas en estas situaciones no están bajo ningún amparo del derecho internacional humanitario (Delcor, 2018).

Referente a la migración, se le ha dado mucha importancia al papel de las remesas económicas, en concreto en los contextos del desarrollo de los países de origen y la relación entre la migración y modernidad, pero se deja de lado la parte que aporta la persona.

En el debate sobre el impacto económico de la migración que se genera a corto o largo plazo en los países de procedencia de los migrantes, generalmente no se reconoce el valor que transmiten los migrantes, como puede ser: el conocimiento, habilidades, valores, creencias y capital social, todas ellas denominadas remesas no

financieras. Por el contrario, se centran en el valor único “activo” del dinero, dejando a un lado la riqueza como valor que aporta la persona (Izabela et al., 2017).

Referente al tema de los migrantes como agentes de cambio, según algunas investigaciones, se ha demostrado que trabajando en los lugares de origen de los migrantes, creando y aplicando nuevas oportunidades, los mismos migrantes pueden comenzar procesos de cambio (Izabela, Michal, Ewa, Agnieszka, 2017, p. 215).

Nuevas ideas, normas y prácticas se adquieren a través del aprendizaje informal. Pueden adquirirse simplemente con la observación y la comunicación en los ambientes rutinarios de cada día, como ir de compras, pasear por el centro, tomar un café en un bar, lugares de trabajo, etc. pero puede pasar que hay personas que son incapaces de comprender el conocimiento y las novedades que les rodean.

Se afirma que la “resistencia a las remesas sociales puede ser más común que la aceptación, actuando como un freno a la homogeneización y a la globalización en general” (Izabela et al., 2017).

No existe una simple relación causal entre la migración y el cambio social, son procesos que se refuerzan mutuamente, por ello es necesario entender que la migración es tanto un resultado como un factor de cambio social. Aunque el cambio social provocado por la migración no sólo es difícil de rastrear, sino casi invisible, según afirman expertos en este tema.

Cohen afirma que “la sociedad puede ser más grande que la suma de sus partes”. Ese “más” se construye desde la relación entre cada miembro de la sociedad y los medios disponibles, requiriendo a cada miembro a actuar desde su percepción. Por lo cual, la sociedad como entidad inteligible no puede ser comprendida sin los miembros que la componen y sus relaciones. Serían teorías parciales o incluso vacías, las que ignoren esta percepción sobre la sociedad (Izabela et al., 2017).

1.2 Movimientos migratorios en el contexto temporal S.XX-XXI

Durante los últimos años nos enfrentamos a la mayor crisis de refugiados y desplazamiento de nuestro tiempo. Y no sólo es crisis de números sino que es una crisis de solidaridad (ACNUR, 2015). Para Bauman no hay “otra manera de salir de esa crisis que mediante la solidaridad entre los seres humanos” (Bauman, 2016, p.24).

Según informes de ACNUR, el desplazamiento global supera los 70 millones de personas, que han tenido que desplazarse debido a la persecución, los conflictos, la violencia o las violaciones a los derechos humanos. Es el nivel más alto que ACNUR tiene constancia en sus casi 70 años de historia, por ello ACNUR pide más solidaridad para los refugiados (ACNUR, 2019a).

En los últimos 20 años han sucedido acontecimientos que han influido e influyen en los desplazamientos, la mayoría involuntarios. A continuación nombramos algunos de ellos: entre los años 1991 hasta 2001 aconteció la Guerra de los Balcanes o guerras yugoslavas, que fueron los conflictos más sangrientos después de la II Guerra Mundial, siendo decenas de miles de muertes de hombres y niños en el territorio ex-yugoslavo, que ha sido enmarcado dentro de los crímenes de la humanidad de la historia reciente. Sumado a ello, no se puede de obviar millones de personas refugiadas y desplazadas sin poder volver a sus casas (UNHCR, 2019).

En Irak: entre 2003 y 2011 tuvo lugar una guerra, cuyas consecuencias todavía hoy se siguen sufriendo. Desde hace más de 3 años, está protagonizando una de las mayores situaciones de desplazamiento interno a nivel mundial, por la persecución del Estado Islámico con bombardeos a las ciudades como Mosul y Faluya, por lo que las personas están huyendo a campos de desplazados más cercanos. En la actualidad, más de 3 millones de personas se encuentran desplazadas en el nordeste del país a causa de este conflicto, la mayoría son niños (International Committee of the Red Cross, 2019a).

Siria, el corazón de oriente próximo, ha sido un punto estratégico, ha acogido a treinta civilizaciones y también ha sido el epicentro de importantes disputas históricas. En 2011 da comienzo la primavera Árabe en Túnez, Libia y Egipto que le

sigue Siria, en donde da comienzo el conflicto que dura hasta nuestros días; todavía hoy y en este momento siguen produciéndose nuevos bombardeos que generan más desplazamientos de población. Las consecuencias de 8 años de guerra han dejado millones de víctimas, más de 7.000 niños asesinados o mutilados y más de 3.000 reclutados para combatir. Los supervivientes dejan todo atrás y buscan un lugar seguro donde refugiarse de la guerra, llegan a las fronteras de países como Turquía, Líbano y Jordania, otros intentan cruzar el Mediterráneo para alcanzar Grecia o Italia. La guerra en Siria está provocando muchos desplazados internos, de los cuales el 80% viven en situación de pobreza (International Committee of the Red Cross, 2019b).

En el país de Venezuela las personas continúan saliendo para huir de la violencia, inseguridad y las amenazas, así como la falta de alimentos, medicinas y servicios esenciales. Según informa ACNUR y OIR, el número de personas que han abandonado el país ha alcanzado los cuatro millones. En la actualidad es el grupo de población desplazada más grande del mundo. Los sucesos políticos, la falta de derechos humanos y los acontecimientos socioeconómicos de Venezuela, están obligando a irse del país a un número creciente de hombres, mujeres y niños a los países vecinos o al extranjero. Al llegar a los países de acogida, llegan asustados, cansados y en extrema necesidad de asistencia (ACNUR, 2019b).

En el siguiente mapa se puede explorar de forma interactiva todos los temas relacionados con las migraciones desde el año 1990 hasta 2019 (ver Figura 2).

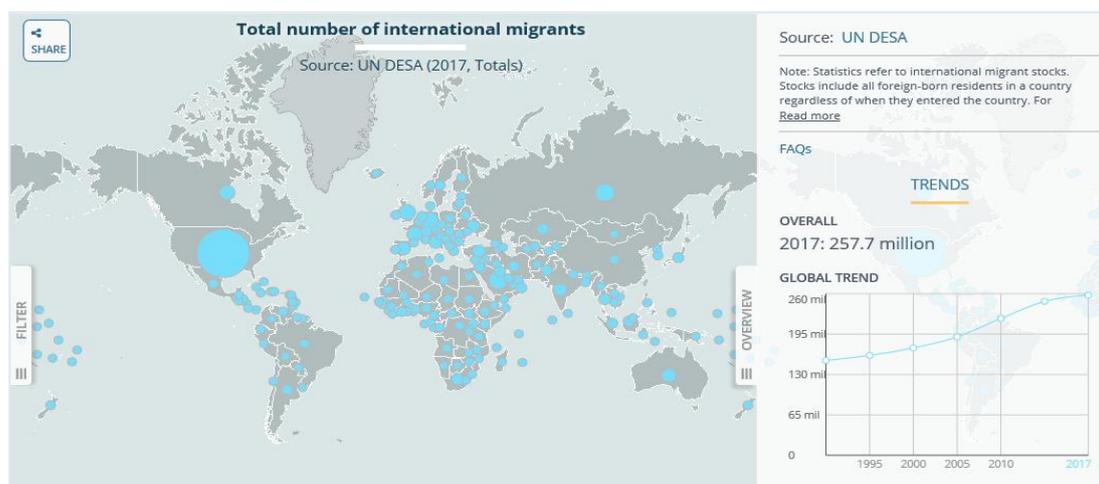


Figura 2. Mapa de flujos migratorios mundiales hasta 2017
 Fuente OIM. Disponible: https://migrationdataportal.org/data?i=stock_abs_&t=2017

Según el informe de ACNUR el lenguaje sobre los refugiados o migrantes es a menudo confuso y controvertido, pero también destaca que “somos testigos de un torrente de generosidad y solidaridad, sobre todo con las comunidades que acogen a un gran número de personas refugiadas” “debemos apoyarnos en estos ejemplos tan positivos y redoblar nuestra solidaridad con las miles de personas inocentes obligadas a huir de sus hogares cada día” afirmaba el informe aportado por ACNUR (ACNUR, 2018).

También desde este sentido positivo, el Institut Catalá de la Salut afirma: “La inmigración es una oportunidad para el intercambio y conocimiento de distintos valores culturales, costumbres y hábitos, para la pérdida del miedo a lo desconocido y para abrirse a la diferencia y a la diversidad” (Roca Saumell, 2016).

1. 3 Movimiento migratorio en la UE

1.3-1 Unión Europea. Solicitudes de asilo en 2018

El concepto de asilo según la Dirección General de Política interior, se define como: “Forma de protección garantizada por un Estado en su territorio basada en el principio de no devolución, que conlleva el reconocimiento internacional o nacional de los derechos del refugiado. Se concede a toda persona incapaz de ver garantizada tal protección en su país de nacionalidad y/o residencia, por temor a ser perseguida por razón de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opinión política” (Dirección general de politica interior, 2018).

El grafico 1 muestra el número de solicitantes de asilo en la Unión Europea en 2018. En los diferentes países de la Unión Europea se registraron un total de 637.895 solicitudes de asilo durante ese año. Concretamente en España hubo 54.065 peticiones. Todo un record histórico según el informe de CEAR 2019, sin embargo, únicamente se aprobó una de cada cuatro solicitudes. Las personas de Venezuela encabezaron el listado de solicitudes de asilo por tres años consecutivos, seguidas de las personas procedentes de Colombia y Siria (CEAR, 2019b) (ver gráfico 1).

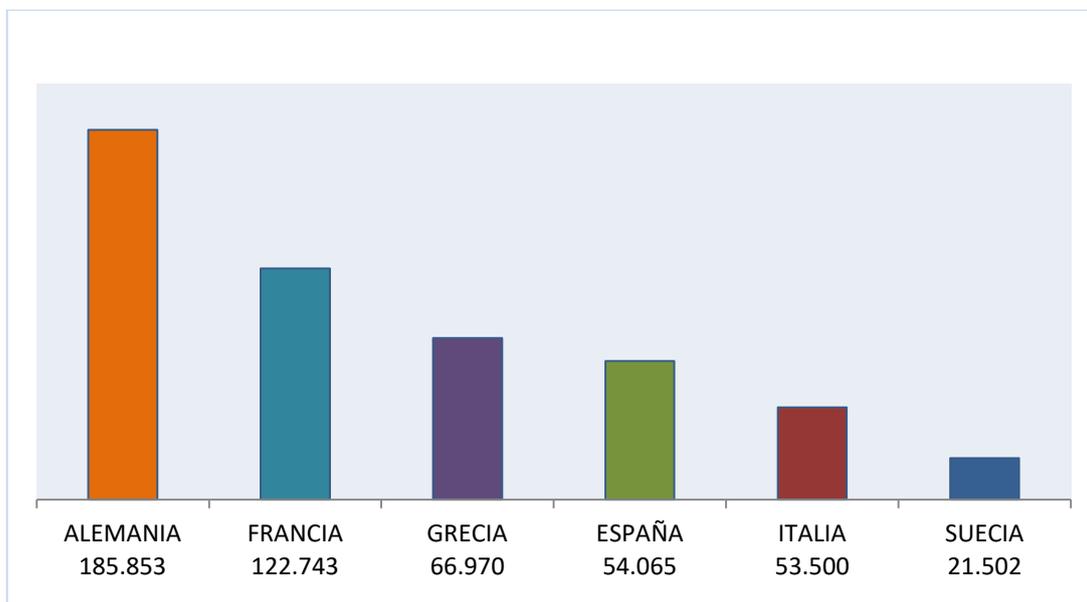


Gráfico 1. Solicitantes de asilo en la Unión Europea 2018

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)

1.3-2 Llegada de inmigrantes de forma irregular por ruta marítima y terrestre a la Unión Europea en 2018

El cierre de fronteras y puertos en Italia y Grecia, ha convertido a España en la principal ruta marítima de personas migrantes y refugiadas en Europa en el año 2018, con más de 56.000 entradas (CEAR, 2019b).

La inmigración supone una amenaza para toda la población, Innerarity respecto al tema expone en uno de sus artículos lo siguiente: “tiene que ver con el peligro de desdibujamiento de la especificidad cultural de cada pueblo, y es tanto mayor cuanto más distinta sea la cultura foránea, lo que alienta la xenofobia que algunos extremistas proponen, como el cierre de fronteras” (Innerarity and Acha, 2010).

Un dato escalofriante pero necesario resaltar, es que dicha situación ha llevado a la mayoría de personas que solicitan asilo a tener que arriesgar la vida en el Mediterráneo. La ruta mediterránea se mantiene como la ruta migratoria más mortal del mundo. Al menos 2.277 personas han perdido la vida solamente en el año 2018. Se estima que en lo que llevamos del siglo XXI, al menos 40.000 personas habrían muerto en esta ruta (CEAR, 2019b).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Filippo Grandi, en su discurso de apertura de la reunión anual del Comité Ejecutivo del ACNUR, en

Ginebra, dijo que “abordar el desplazamiento forzado exige nuevamente una ambición mayor y más amplia”. Grandi advirtió sobre las medidas para reducir los flujos a través de políticas de disuasión y dijo: “salvar vidas y salvaguardar la dignidad y los derechos de todos los que están en movimiento debe seguir siendo central, junto con el acceso a la protección internacional para aquellos con solicitudes válidas” (UNHCR. ACNUR., 2019).

El siguiente gráfico (gráfico 2) muestra las cifras de personas que entraron a Europa por ruta marítima y terrestre en el año 2018. España se ha convertido en la principal ruta, en el año 2018 entraron 65.383 personas, un 53%. Le sigue Grecia con 32.497 personas, un 26% y por último Italia con 23.370 personas, un 19% (ver gráfico 2).

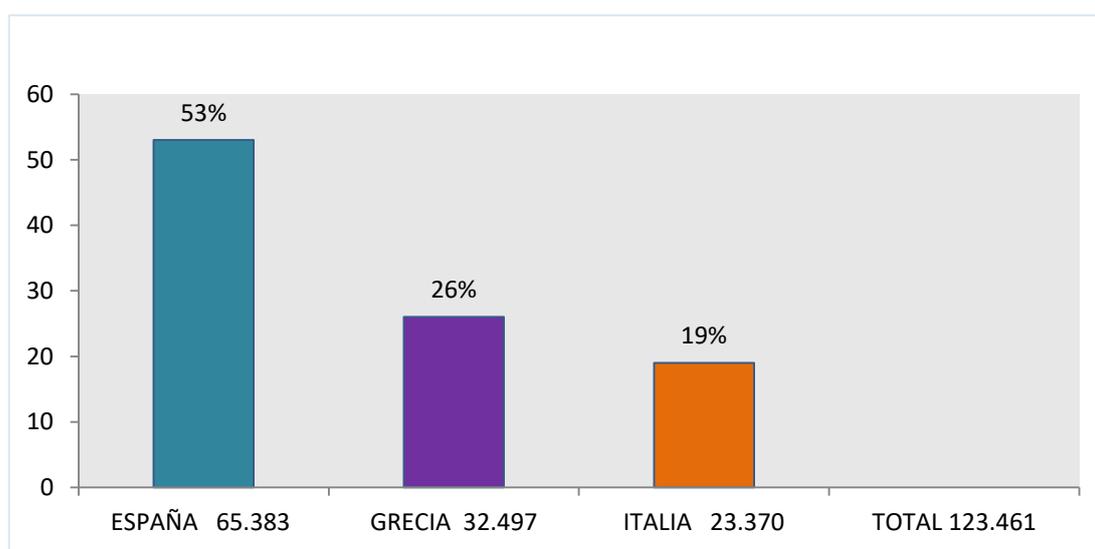


Gráfico 2. Entrada por ruta marítima y terrestre a Europa 2018

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)

Desde ACNUR se resalta la importancia de conocer los siguientes puntos para ser conscientes de la gran magnitud del fenómeno migratorio:

- 1- **Niños y niñas:** en 2018, uno de cada dos refugiados era un niño o niña. Muchos de ellos (111.000) se encontraban solos o sin sus familias, son los denominados menores no acompañados (MENAS).
- 2- **Menores de 5 años:** en Uganda, por ejemplo, se registró a 2.800 niñas y niños refugiados menores de cinco años solos o separados de sus familias.

- 3- **Entornos urbanos:** cada vez son más las personas refugiadas que viven en ciudades (61%), en lugar de zonas rurales o campamentos de refugiados.
- 4- **Países ricos y pobres:** los países de ingresos altos acogen de media a 2,7 refugiados por cada mil habitantes; los países de ingresos medios o bajos, a 5,8 por cada mil habitantes y los países más pobres son los que soportan la mayor carga, ya que acogen a un tercio de todos los refugiados del mundo.
- 5- **Ubicación:** cerca del 80% de los refugiados viven en países vecinos a sus países de origen.
- 6- **Duración:** prácticamente 4 de cada 5 refugiados han permanecido en situación de desplazamiento durante al menos cinco años. Uno de cada cinco ha estado en situación de desplazamiento desde hace al menos 20 años. Es decir, que se dan casos en donde personas jóvenes o mayores pasan toda su vida en desplazamiento.
- 7- **Nuevos solicitantes de asilo:** en 2018, el mayor número de nuevas solicitudes de asilo correspondió a venezolanos (341.800).
- 8- **Proporción:** la proporción de personas en el mundo que son refugiadas, solicitantes de asilo o desplazadas internas se elevó en 2018, pasando de 1 de cada 160 personas en 2008 a 1 de cada 108 personas diez años después (ACNUR, 2019a).

Como se ha expuesto en párrafos anteriores las migraciones son un fenómeno que está en continuo movimiento y por lo tanto creando una sociedad multicultural.

“La multiculturalidad es un movimiento que promueve la creación de relaciones justas, respetuosas, éticas y humanas entre personas que pertenecen a diferentes grupos culturales. Especialmente porque la cultura es un factor determinante de la salud y la enfermedad, así como, de los procesos de promoción, prevención y curación para sus vidas”(Inmaculada and Pérez, 2018).

Para hacer frente a estas situaciones es necesario profesionales de enfermería dispuestos a una atención en el cuidado ético, que aborde la actualización técnica y profesional, sin desvincular su carácter humano e interpersonal. De esta manera se está dando a conocer el contenido profundamente emocional y humano que tiene

la profesión. Comprender el color del sufrimiento, el silencio de la pérdida y la incertidumbre de la muerte, son algunos desafíos que afrontan los profesionales de la salud, sobre todo en un contexto multicultural (Inmaculada and Pérez, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

- Presentar la atención sanitaria que reciben las personas inmigrantes vulnerables en España, desde un modelo de cuidado transcultural, sustentado en la evidencia científica.
- Conocer el funcionamiento de un equipo multidisciplinar, concretamente de la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) Barcelona y mostrar un modelo de intervención.

2.2 Objetivos específicos

- Conocer algunas de las características sociodemográficas de la población inmigrante en España y sus necesidades sanitarias, teniendo en cuenta su procedencia geográfica como factor condicionante de su salud.
- Mostrar el marco normativo de la atención sanitaria a personas migrantes y /o refugiadas que se encuentran fuera de su país de origen por circunstancias diversas.
- Visibilizar el cuidado transcultural y su repercusión en la asistencia sanitaria de personas inmigrantes.

3. JUSTIFICACIÓN

La elección del tema del presente trabajo se debe, en primer lugar, a mi interés por el cuidado transcultural, que considero un tema poco desarrollado en la formación en el grado de enfermería.

Debido al fenómeno migratorio actual, el entorno sanitario es cada vez más plural, formado por pacientes de diferentes países y culturas, lo cual exige a profesionales sanitarios formados sobre el cuidado transcultural para poder ofrecer unos cuidados de calidad humana, sensibles con el humano y llegar a ser agentes de cambio, construyendo vínculos y ofrecer humanidad.

En segundo lugar, es una posibilidad que se me presentaba de adquirir mayores conocimientos al respecto y, por último, y no por ello menos importante, poder exponer un modelo sanitario de enfermería transcultural con inmigrantes vulnerables.

Alrededor de las personas inmigrantes vulnerables, se han creado estereotipos, ideas preconcebidas que no corresponden en muchas ocasiones con la realidad de la persona y no favorecen su proceso de salud.

Por todo ello, resulta necesario difundir información y conocimientos sobre los cuidados transculturales y la importancia e influencia de la cultura en el proceso de salud de las personas. De esta manera, lograr una mayor concienciación y movilización en todos los ámbitos; en concreto en el ámbito sanitario, que contribuya a lograr una mejora en la calidad sobre los cuidados humanos y conseguir la excelencia.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica

El presente trabajo se ha llevado a cabo en la primera parte, mediante una revisión bibliográfica de las principales bases de datos sanitarias y diferentes libros.

Para estructurar este trabajo se han seguido las líneas marcadas por la “Guía de Trabajo de Fin de Grado” ofrecido por la UPNA en los recursos de mi aulario y completado con el curso “CI para SAN TFG” ofrecido por la UPNA a través del portal “miaulario”.

La búsqueda se realizó en el periodo entre julio y septiembre del 2019, se planteó una estrategia de búsqueda en las principales bases de datos disponibles y accesibles desde la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, así como la búsqueda de información en otros recursos disponibles de diversa naturaleza.

Bases de datos y otras fuentes de información consultadas

- Bases de datos: Sirius, Scielo, PubMed, Dialnet, Google Academic, Science Direct, Scopus, Mendeley.
- Repositorios institucionales: (Tesis y trabajos de fin de estudios): Académica-e (UPNA) y otros de otras universidades. CIE: Colegio Internacional de Enfermería
- Revistas científicas: Revista científica CODEM, Revista Universidad de Costa Rica, Index de Enfermería, Revista de Bioética y Derecho –Universidad de Barcelona, Cultura de los cuidados, Enfermería investiga, Enfermería-cuidados humanizados, Revista Elsevier, Folia Humanística, Enfermería Universitaria.
- Libros:
 - M, Moreno Preciado. El cuidado del otro (2008). España. Bellaterra.
 - Z. Bauman. Extraños llamando a la puerta (2016). España. Paidos Iberica.
 - M, Belintxon Martin. El cuidado de un mundo globalizado (2017). España. Eunsa.
 - F.J, Plaza del Pino. Comunicación, cuidado y vida en la diversidad (2017). España. Universidad de Almería.
 - Izabela Grabonska, Michal P. Garapich, Ewa Jázwinska and Angrieska Radziwinowiczówna. Migrants as Agents of change (2017). United Kingdom. Palgrave Macmillan.
 - e-libro: F.J, Plaza del Pino. Cuidado a pacientes musulmanes (2014). España. Universidad de Almería.
- Organismos públicos: INE: Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de España, portal de estadística.

- Organismos gubernamentales: CEAR, OIM, ACNUR, UNESCO, ONU, OMS.
- Legislación: Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

El truncamiento en todas las bases de datos ha sido el mismo para así acotar la búsqueda, limitando ésta a las publicaciones sugeridas en los últimos 10 años (2008-2018) texto completo y el idioma (inglés y español) (ver tabla 1).

Tabla 1: Artículos localizados según la estrategia de búsqueda

Base de datos	Total artículos Últimos 10 años	Artículos seleccionados	Total extraídos
Science Direct	25	6	4
Sirius	43	4	3
Scielo	15	5	2
Dialnet	60	7	6

Fuente: Elaboración propia.

Tras la revisión de los resúmenes de los artículos obtenidos con la estrategia de búsqueda, se seleccionaron sólo aquellos que contenían únicamente todas las palabras clave en el resumen o en la introducción, de acuerdo con los objetivos de la revisión, excluyendo aquellos que no presentaban la mayoría de las palabras clave.



Imagen 1: Búsqueda bibliográfica de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Fuente: Elaboración propia.

Para llegar a los artículos seleccionados, se ha empleado el uso de booleanos “AND” y “OR” acompañando las palabras clave, en combinación de éstas, para así ajustar la búsqueda al objetivo de este trabajo (Ver imagen 2).

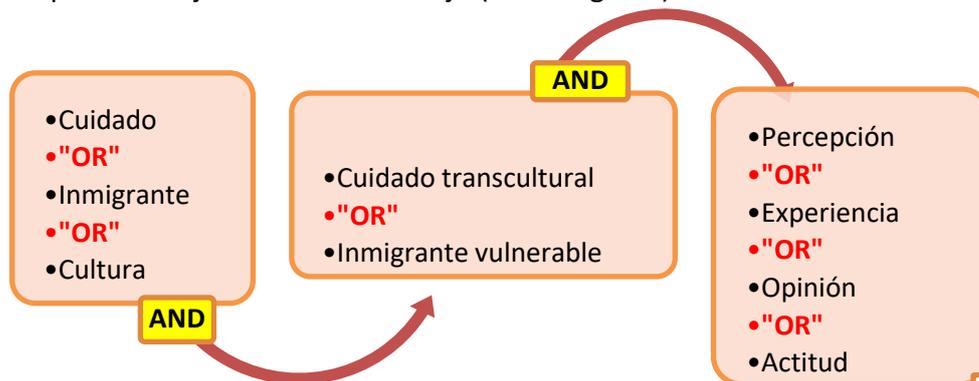


Imagen 2: Uso de booleanos con las palabras clave
 Fuente: Elaboración propia.

En la imagen, se detallan cuáles fueron las combinaciones de los descriptores y booleanos empleados junto con los truncamientos en la base de datos seleccionados para la búsqueda de artículos.

4.2 Gestión de la información recopilada

Para comenzar a situar el tema objeto de estudio, se comenzó consultando las principales páginas web sobre los datos demográficos referentes al fenómeno migratorio a nivel mundial, seguido UE y por último España. Para la selección de la información más relevante y actualizada se acudió a la página web de Organismos Gubernamentales como: ONU, ACNUR, CEAR, Cruz Roja, etc.

Después de enmarcar el contexto, se accedió al Servicio integrado de recuperación de la información (SIRIUS), que integra diversas bases de datos, a través de la biblioteca online de la UPNA. Tras introducir el término “cuidado transcultural” se obtuvo como resultado diversos artículos en inglés y español. En todo el proceso de búsqueda se ha recaudado información en forma de bola de nieve.

Todo lo anteriormente descrito, fue desarrollado dentro del gestor bibliográfico Mendeley, para una mejor gestión y localización.

Las palabras clave empleadas fueron: cuidado, inmigrante, inmigrante-vulnerable, migración, enfermería transcultural, cultura.

4.3 Referenciación bibliográfica

El estilo American Psychological Association (APA) fue el elegido para las referencias bibliográficas.

4.4 Cronograma

En la imagen, se detallan el cronograma seguido en la realización del trabajo.

Tarea	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Realización curso CI para SAN TFG							
Búsqueda del tema							
Realización del documento de propuesta							
Lectura crítica							
Elaboración del documento							
Elaboración del poster							
Presentación oral							

Imagen 3: Cronograma
 Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

Para poder abordar el tema central de este trabajo, desde el modelo de atención sanitaria para personas inmigrantes vulnerables, se precisa explorar la realidad social de forma objetiva, recogiendo datos cuantitativos de los entornos que son determinantes de la salud de toda persona, así como aproximarnos de manera personal a las vivencias de las personas implicadas.

5.1 Realidad actual. El fenómeno migratorio en España

Las principales consecuencias demográficas de la inmigración en España como se desarrollará en los apartados posteriores, inciden en el aumento de la población en una sociedad con un claro proceso de envejecimiento, el cual también está compartido con la mayoría de las sociedades occidentales, pero con unos rasgos propios que son favorables en el avance del crecimiento de la población. Entre el 2002 y el 2018 la población en España creció casi en seis millones de personas, pasando de 41 a 47 millones.

El proceso de envejecimiento de la población de España es claramente visible (figura 3). En este sentido la baja fecundidad (1.3 por cada mujer) y la baja mortalidad, que refiere una mayor esperanza de vida prolongada más allá de los 80 años, ha provocado una peculiar estructura de edades, que se identifica con una base estrecha, debida al descenso de nacimientos y en la zona intermedia más amplia donde se sitúa las cohortes del “baby boom”, los cuales se sitúan entre 40 y 60 años.

Recordamos que los años del 2000 a 2010, fue muy intenso en las entradas de personas procedentes de otros países, lo que favoreció el saldo vegetativo (Consejo económico y social de España, 2019).

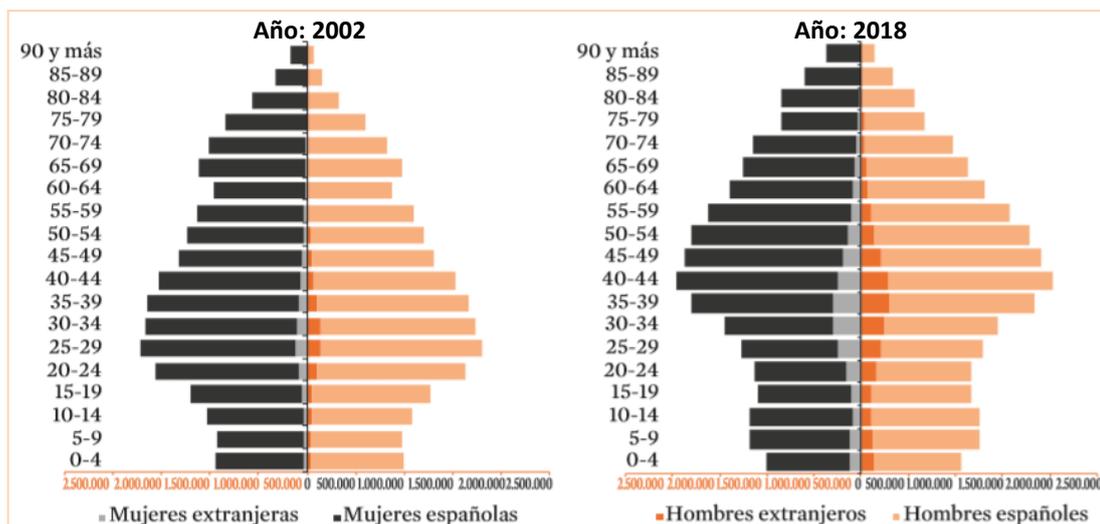


Figura 3. Población por edad, sexo y nacionalidad en España, 2002 y 2018
 Fuente: INE, Estadística del Padrón Continuo, 2018.

5.1-1 Evolución anual de la población residente en España

Según el INE en la nota de prensa de 25 de junio de 2019 la población residente en España aumentó en 276.186 personas durante el año 2018 y se situó en 46.934.632 habitantes a 1 de enero de 2019.

En el siguiente grafico se muestra cómo la tasa de crecimiento anual de la población se ha duplicado, pasando del 0,28% en 2017 al 0,59% durante 2018 según el INE (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2019) (Ver gráfico 3).

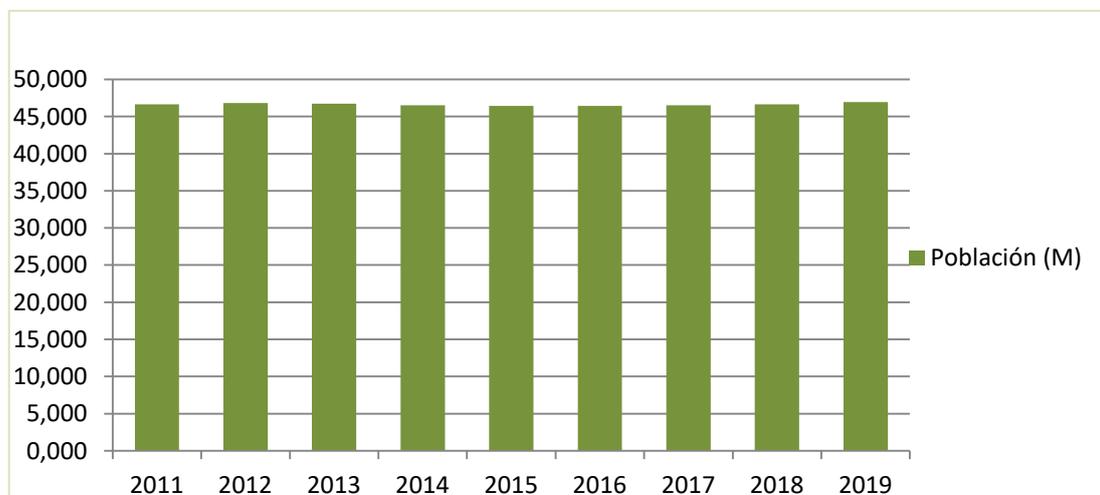


Gráfico 3. Evolución de la población residente en España, 2011 a 2018
 Elaboración propia de datos extraídos del INE. Estadística de migraciones 2019

5.1-2 Crecimiento anual de la población en España

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, en el año 2018 hubo un aumento poblacional que fue fruto de un saldo vegetativo negativo de 56.262 personas (367.374 nacimientos, frente a 423.636 defunciones), compensado por un saldo migratorio positivo de 333.672 personas (hubo 643.037 inmigraciones procedentes del extranjero y 309.365 emigraciones con destino al extranjero) (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2019) (Ver gráfico 4).



Gráfico 4. Crecimiento anual de la población en España

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del INE. Nota de prensa 2019

5.1-3 Evolución de la población extranjera residente en España

Los movimientos poblacionales como lo muestra el siguiente gráfico, han sido notables del año 2018 al 2019. Los mayores incrementos de personas extranjeras dentro de España, se dieron en la población de origen venezolano con 42.803 personas. Dicho país, en el pasado ha acogido generosamente a miles de personas refugiadas de la región y otras partes del mundo. Como se ha nombrado anteriormente, en la actualidad siguen aumentando la cantidad de personas de Venezuela obligadas a abandonar sus hogares, y un número significativo de personas necesitan protección internacional, afirma ACNUR.

Han salido del país más de 4 millones de personas hasta la fecha, según datos de los gobiernos que los reciben, lo que representa una de las mayores crisis de desplazamiento en el mundo en tiempos recientes (ACNUR, 2019a).

Después de Venezuela le siguen los de origen colombiano con 39.977 personas y de procedencia marroquí con 32.217 personas (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2019) (Ver gráfico 5).

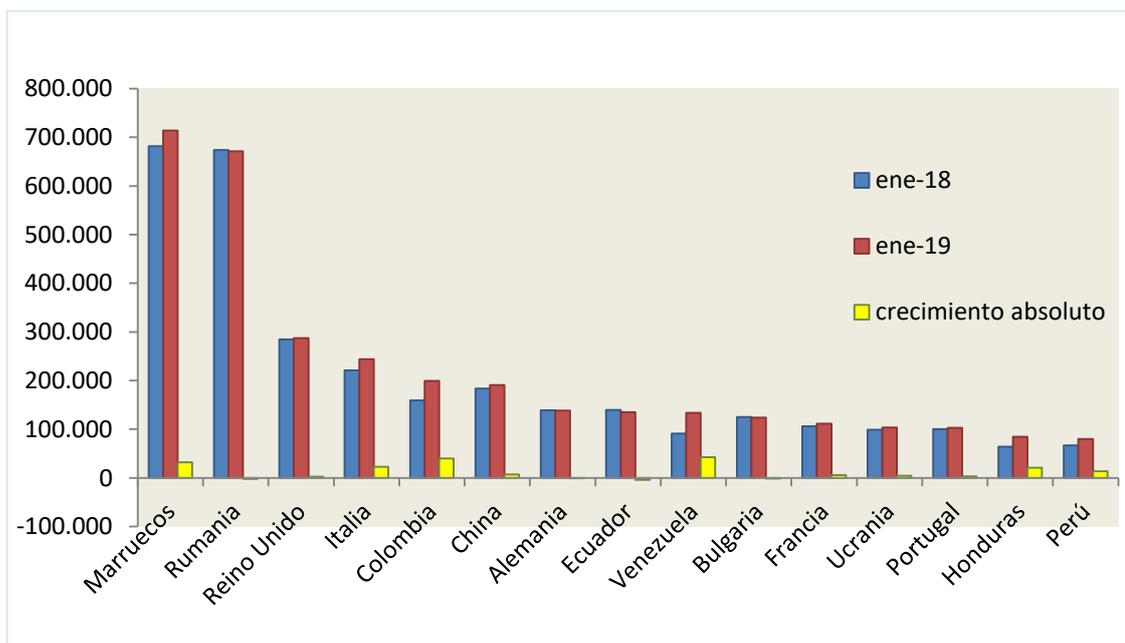


Gráfico 5. Evolución de la población extranjera en España
 Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del INE. Nota de prensa 2019

5.1-4 Migración exterior por comunidades, año 2018

Según datos del INE el saldo migratorio aumentó en todas las comunidades autónomas presentando un saldo migratorio positivo con el exterior durante el año 2018.

Así pues, observamos en el siguiente gráfico que los mayores saldos migratorios se dieron en Cataluña, seguido de la Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana. Por el contrario, las comunidades con menores saldos migratorios fueron La Rioja, Extremadura y Cantabria (INE. Instituto Nacional de Estadística, 2019) (Ver gráfico 6).

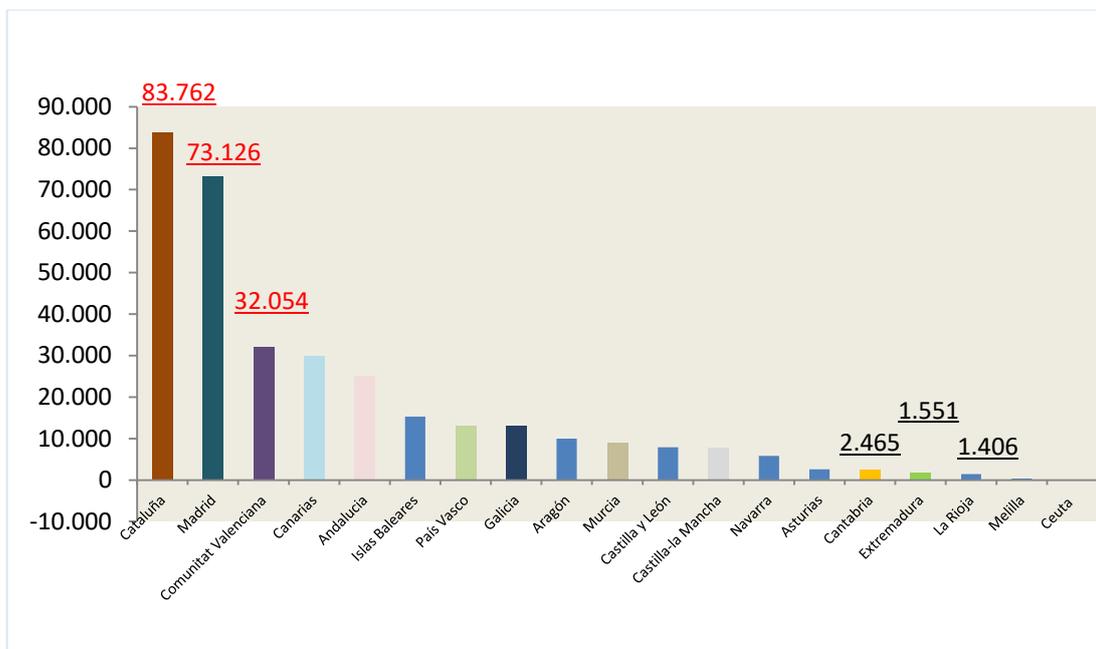


Gráfico 6. Saldo migratorio exterior por comunidades año 2018
 Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del INE. Nota de prensa 2019

5.1-5 Afiliación a la Seguridad Social de personas autóctonas en España

La población autóctona de España afiliada a la Seguridad Social, según los datos del portal de estadística de la Seguridad Social, es un total de 28.174.801 de personas, los del género masculino supera al femenino (Gobierno de España, 2019) (Ver gráfico 7).

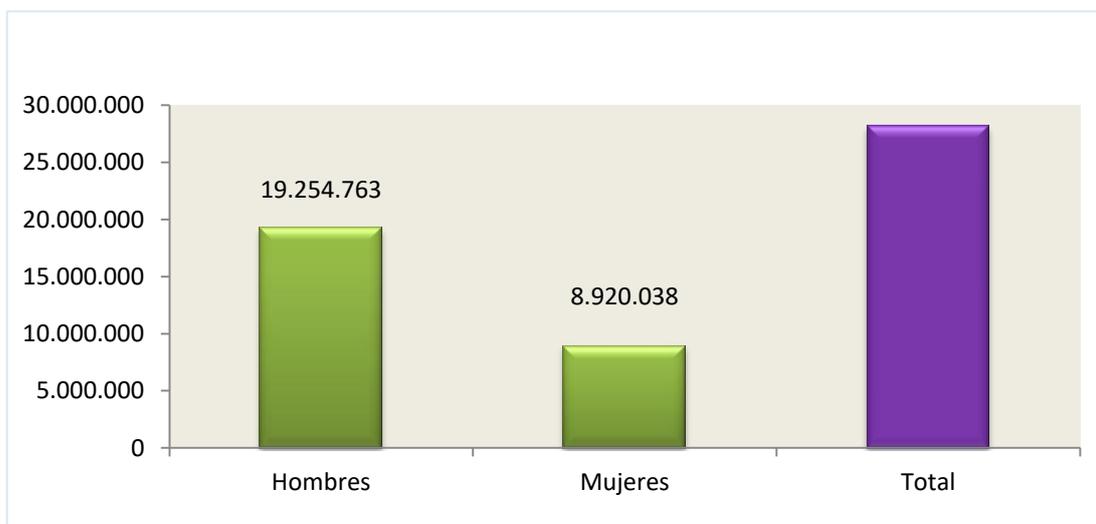


Gráfico 7. Españoles afiliados a la Seguridad Social 2019
 Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del portal de estadísticas de la Seguridad Social, Gobierno de España 2019

Los extranjeros afiliados a la Seguridad Social en España según nos muestra el siguiente gráfico de los datos extraídos del Instituto de Estadística de la Seguridad Social del Gobierno de España a fecha de 2019, la cifra es de 2.126.129 de personas, supera el género masculino al femenino. En esta cifra no están incluidos los de regímenes agrario y del hogar (Gobierno de España, 2019). (Ver gráfico 8).

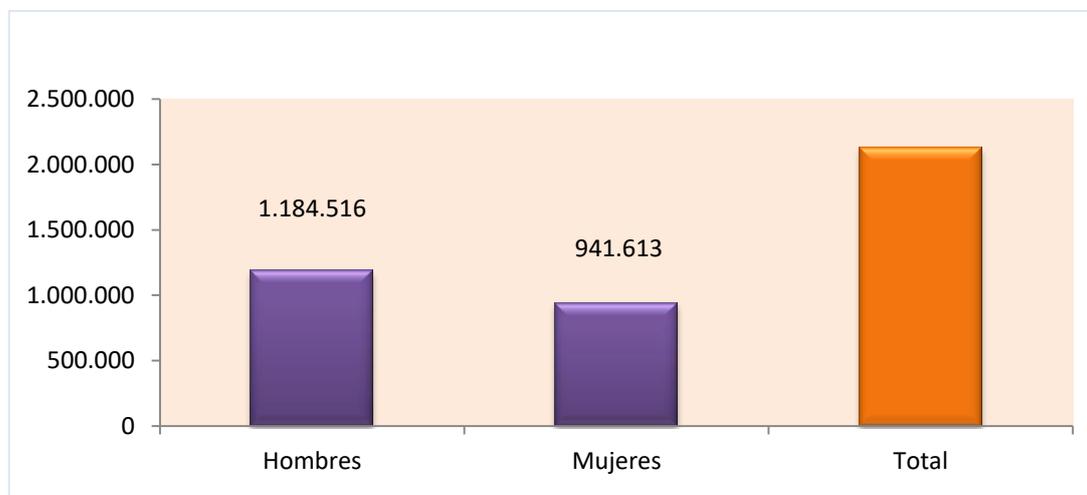


Gráfico 8. Extranjeros afiliados a la seguridad social 2019

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del portal de estadísticas de la Seguridad Social, Gobierno de España 2019.

Los datos muestran que un total de 28.174.801 de personas de la población total en España (46.934.632) están afiliados a la Seguridad Social. Los datos son orientativos ya que el movimiento poblacional es muy dinámico y las cifras pueden oscilar.

5.2 Marco normativo

A continuación, mostramos el marco normativo, que se ha creado para la protección de la salud y dignidad de la persona. Por ello es una obligación para los profesionales sanitarios conocerlo y así poder ofrecer un cuidado holístico.

El derecho a asilo está recogido como un derecho humano fundamental, en el artículo 14 de la Declaración universal de los derechos humanos, desarrollado en la convención de Ginebra de 1951 y el Protocolo de Nueva York de 1967.

El estado español lo reconoce en su Constitución y está incluido en la carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007. La cuestión no es humanitaria sino un derecho.

La definición de un refugiado según Convención de Naciones Unidas de Ginebra (1951) y el protocolo de Nueva York (1967): “una persona que ha tenido que abandonar su país de nacimiento por un miedo fundado de ser perseguido por muchas razones y no puede acogerse a la protección de su país. En esta definición también entran los que no tienen nacionalidad por varios motivos y el miedo les impide volver al país en el que vivían” (CEAR, 2019a) (Ver Figura 4).

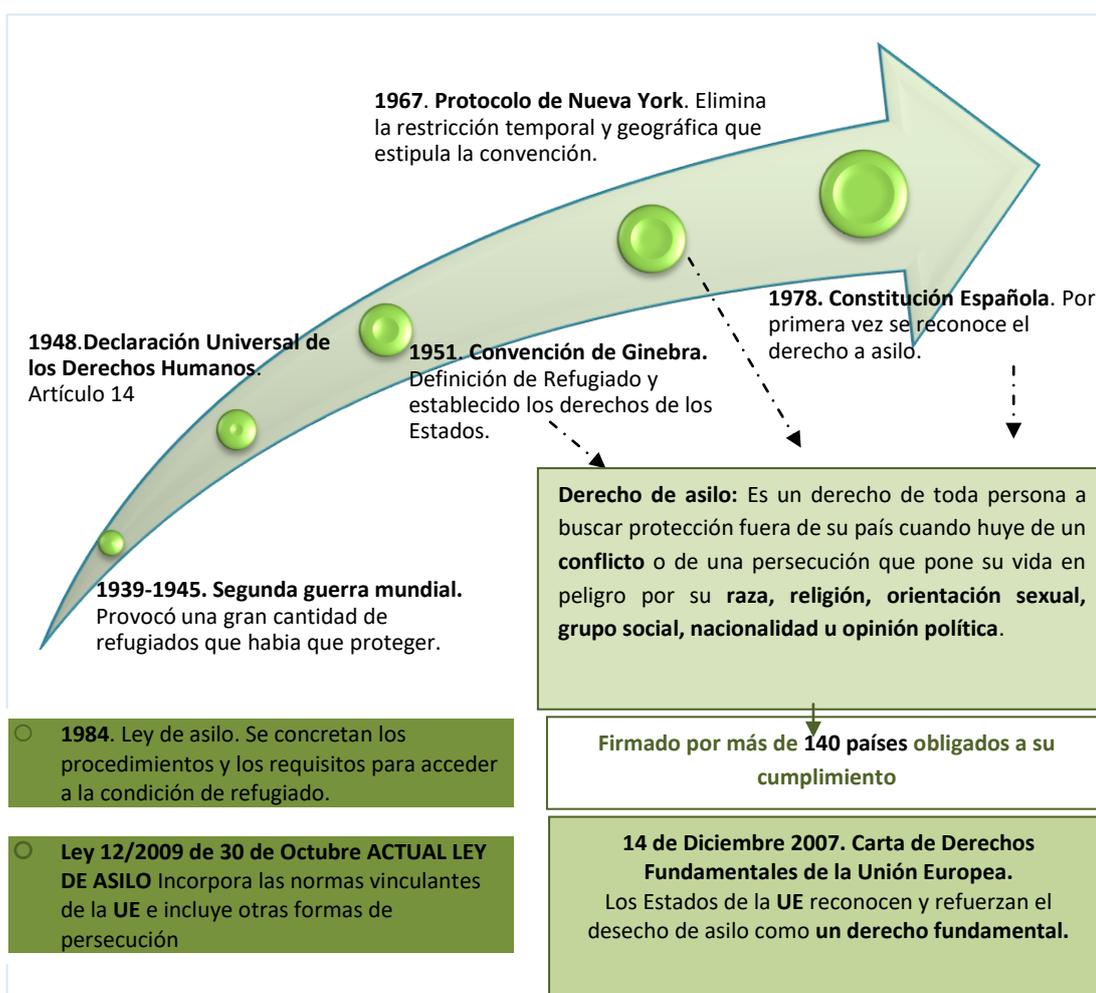


Figura 4. Marco normativo

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)

El marco jurídico lo encontramos en las normativas básicas siguientes:

- Convención de Ginebra de las Naciones Unidas – 1951 (ACNUR, 1951)
- Protocolo sobre el Estatuto de los refugiados – Nueva York 1967 (ACNUR, 1967).
- Reglamento de Dublín (Diario Oficial de la Unión Europea, 2013).
- Ley 12/2009 de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado., 2009).
- Los derechos y deberes de las personas extranjeras en Navarra se regula por la Ley de extranjería (LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros y su integración social) y se desarrolla en el Reglamento, Real decreto 557/2011, de 20 de abril (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado., 2000) (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado., 2011).

5.3 Procedencia y repercusión en la salud

No es objeto de este trabajo la cuestión sobre Derecho, pero nos parece importante hacer referencia al asunto sobre las políticas de ciudadanía, siendo un tema que para los inmigrantes es muy importante. Quizá el valor no sea tanto instrumental, sino un medio para lograr la igualdad de derechos y además una garantía de poder permanecer en el país y conservar los derechos, teniendo un valor simbólico.

“Las políticas de ciudadanía son políticas de identidad – quién es quién-, y en ese sentido la ciudadanía podría ser vista como un reconocimiento pleno de la pertenencia a un país y de ahí su valoración”(Innerarity and Acha, 2010).

En este sentido, el inmigrante trae una identidad creada, por ello entra en un proceso de duelo y tiene que adquirir nueva identidad, esto ya es un factor de riesgo previo y repercute en su salud, que está relacionado con el tema del duelo migratorio más adelante desarrollado.

Nombramos otros factores que sin duda influyen en la atención sanitaria de inmigrantes vulnerables:

En primer lugar, están las creencias de las personas autóctonas, por un lado, percibiendo a la persona inmigrante como algo negativo, que nos roban nuestros

derechos y generador de gasto sanitario o por el contrario la idea del pobre inmigrante, estos estereotipos se forman la mayoría influidos por los medios de comunicación.

Otros factores son la barrera idiomática y la comprensión de la salud según la cultura de cada persona.

Otro dato relevante es la salud mental que para el inmigrante tiene una etiopatogenia específica, basada en el estrés y el duelo migratorio. El duelo migratorio está combinado por dos factores: el sentimiento de pérdida por lo que ha quedado atrás y los fuertes cambios provocados por el mismo hecho migratorio, ante la necesidad de reconstruir la identidad alterada por todos los cambios nombrados (Moreno Preciado, 2008).

La migración tiene una parte problemática, un lado oscuro, que es el duelo migratorio. Pero no podemos hacer referencia a que toda migración tiene como resultado el duelo migratorio, no sería adecuado, porque negaríamos su aspecto positivo y la existencia de beneficios, ya que muchas veces la migración es más una solución que un problema.

Hacemos referencia al duelo migratorio, pero señalar que cada ser humano posee las capacidades óptimas tanto para emigrar como para abordar el proceso del duelo. Descendemos de seres que han emigrado con éxito muchas veces a lo largo del proceso evolutivo y desde esta perspectiva se considera que la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones como: estar enfermo o padece alguna discapacidad, si existen circunstancias de alta tensión estresante debido a una acogida inadecuada o si se dan ambas circunstancias (Achotegui, 2012).

Sin embargo, el duelo migratorio es un duelo complejo, sobre todo cuando las situaciones de las personas son problemáticas, de tal forma que el sujeto pueda quedar desestructurado (Achotegui, 2012) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Características específicas del duelo migratorio



Fuente: Elaboración propia datos extraídos de Achotegui, J. 2012.

5.3-1 Enfermedades importadas

Cribaje del inmigrante asintomático:

Los inmigrantes recién llegados pueden presentar enfermedades, que vienen determinadas por el país de origen, edad y otros factores de riesgo etc.

La definición de “recién llegado” oscila entre: los 6-8 meses, 11-12 meses, 3 años, 5 años y 8 años, según diferentes fuentes.

En ese sentido, cuando se recoge información sobre el inmigrante recién llegado, hay que diferenciar las patologías importadas de las que se producen

posteriormente en destino derivadas de situaciones de precariedad social y sanitaria (Pérez-Arellano et Carranza-Rodríguez, 2016).

La siguiente tabla muestra algunas de las enfermedades importadas, las pruebas necesarias para su estudio y la población diana (ver tabla 3).

Tabla 3. Enfermedades importadas, estudio y población diana

ENFERMEDAD IMPORTADA	ESTUDIO	POBLACIÓN DIANA
Helmintiasis Intestinales	Coproparasitológico	Personas originarias de África, Asia o América Latina, que emigraron del país de origen hace menos de 3 años y que hayan vivido en zonas rurales y /o en condiciones de bajo nivel higiénico-sanitario
Esquistosomiásis urinaria	Sedimento de orina para descartar hematuria y uroparasitológico (determinación de parásitos Schistosoma Haematobium en orina) Se podría solicitar la serología de schistosoma como herramienta de screening en centros donde no existe capacidad de realización de uroparasitológico	La hematuria es uno de los signos más característicos de la parasitación por Schistosoma Haematobium. Se distribuye por todo el continente africano (sobre todo por África subsahariana) y zonas parcheadas del sudeste asiático.
Hepatitis B	Serología	En personas procedentes de países con alta prevalencia de hepatitis B
Hepatitis C	Serología	La Hepatitis C procedentes de países con alta prevalencia de hepatitis C. Las regiones más afectadas son Asia Central y Oriental y el norte de África.
Virus de Inmunodeficiencia humana	Serología	La infección por VIH es un grave problema de salud a nivel mundial. La región del mundo más afectada es el continente africano.
Enfermedad de Chagas	Serología	Enfermedad endémica de América Latina, se extiende desde el sur de Estados Unidos hasta la región central de Argentina. Valorar estudio en: -Mujeres embarazadas Latinoamericanas o en edad fértil. -Inmigrantes Latinoamericanos Inmunodeprimidos o candidatos a tratamientos inmunosupresores. -Personas con antecedentes epidemiológicos sugestivos. -Personas con signos o síntomas sugerentes de enfermedad de Chagas.
Anemias/ Hemoglobinopatías	Analítica con determinación de ferritina	A inmigrantes procedentes de África subsahariana debido a la elevada tasa de anemias carenciales. Si se detecta una anemia microcítica con ferritina normal, valorar el estudio de hemoglobinopatías, sobre todo en africanos subsaharianos y del subcontinente indio.

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos del protocolo interno de la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall D'Hebrón-Drassanes.

Según el área geográfica de origen se valorará el cribado de las enfermedades anteriormente nombradas.

Relacionada con las condiciones extremas del viaje suelen aparecer las enfermedades en el momento de la llegada habitualmente por vía marítima, presencia de deshidratación, hiponatremia, quemaduras químicas, etc.

Las guías del CDC, (Centers for Disease Control and Prevention) y la OMS recomiendan el cribado de Hepatitis B en centros de acogida. Se recomienda la vacunación a los convivientes no inmunes que comparten habitación. Los protocolos en inmigrantes aconsejan el estudio de la Infección Tuberculosa Latente (ITBL) en inmigrantes provenientes de países de alta prevalencia de tuberculosis. Para ello la mayoría de guías incluyen la realización de la prueba de la tuberculina (PT). Cuando la PT es positiva (>10mm) se aconseja la determinación del interferón-gamma y una radiografía de tórax (RX) (Delcor, 2018).

5.4 Utilización y acceso a los Servicios Sanitarios

Por lo general, los inmigrantes llegan con buena salud al país de destino, el denominado “efecto del inmigrante sano” pero hay factores que provocan que su salud empeore: por un lado está el proceso migratorio, por otro lado, los determinantes de salud del país de acogida, como condiciones de vida y de trabajo precarios. También está el riesgo de ser excluido de los servicios de salud, que relacionados con el bajo nivel socioeconómico y la insuficiente adaptación a los servicios, provocan barreras de carácter económico, lingüístico y cultural (Llop-Gironés, Vargas Lorenzo, Garcia-Subirats, Aller, & Vázquez Navarrete, 2014).

La mayoría de los inmigrantes, independientemente de su procedencia hacen un mayor uso de los servicios del hospital (urgencias) que de Atención Primaria, en muchas ocasiones por desconocimiento de cómo acceder al sistema y la diferencia entre los servicios que ofrecen el hospital y los centros de salud.

Las principales dificultades que encuentran los inmigrantes para el acceso a los servicios sanitarios son: las barreras idiomáticas, el lenguaje técnico, el tiempo de

espera, desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos (Llop-Gironés et al., 2014).

Según indican algunos estudios, una gran parte de los factores que determinan el acceso de la población inmigrante son de carácter socioeconómico y similar a los de la población autóctona, indicando desigualdades sociales en el acceso a ambas poblaciones.

Según un estudio realizado en la comarca del Campo de Gibraltar, puerta de entrada a Europa, los resultados indican que en general las dificultades de salud y la forma de acceder al sistema sanitario son distintas en función de las características sociodemográficas como: nacionalidad/cultura de origen, tiempo de estancia y estatus económico (Llop-Gironés et al., 2014).

Otro dato que aportaban es que buscan el cuidado de personas dependientes para trabajar y los horarios no son compatibles con los de los centros de salud, por ese motivo acuden a los servicios de urgencias (Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Albar-Marín, García-Ramírez, 2015).

5.5 Diversidad cultural en Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario

La nueva realidad multicultural en la que vivimos pone de manifiesto la necesidad de adaptar los servicios de salud a esta diversidad cultural. El día a día de los profesionales de la salud ha cambiado desde hace unos años hasta ahora, atendiendo a personas con un modo de vivir, unas creencias, valores y costumbres diversas (Belintxon Martin, 2017).

5.5-1 Protocolo de acogida

El primer contacto que tiene el inmigrante es con el personal de enfermería, por lo cual la acogida que recibe es importante para crear una buena relación terapéutica y mejorar el proceso de salud, haciendo que sea más efectivo.

En la entrevista de enfermería se realiza la anamnesis y se recogen datos sobre: **Identidad y filiación:** nombre, edad, país de origen y región (rural o urbana), y tiempo de migración. Identidad cultural (etnia, religión y lengua materna). Si ha

inmigrado recientemente, se le preguntará por la ruta migratoria y las condiciones del viaje. Conocimiento del idioma o idiomas del país de acogida y nivel de escolarización.

Aspectos importantes para conocer el proceso migratorio en que se encuentra el paciente y su abordaje psicológico son los referidos al motivo de migración (ayudar a la familia del país de origen, reagrupación familiar, etc.), la voluntad de migrar (por decisión propia o familiar), expectativas de la migración y el esfuerzo requerido. Se ha comprobado que cuanto más preparado y consciente sea el proyecto migratorio, más fácil resultará posteriormente la elaboración del duelo migratorio (Roca Saumell, 2016).

Antecedentes personales: hábitos higiénico-dietéticos, tóxicos, alergias, situación laboral previa y actual, vivienda y convivientes, y riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Deberá preguntarse por exámenes de salud previos en otras zonas del país de acogida (debe evitarse la duplicidad de exploraciones).

Antecedentes patológicos: enfermedades previas (agudas o crónicas), cirugías, accidentes, medicación actual, transfusiones de sangre, historia obstétrica en mujeres, planificación familiar, estado inmunitario y uso de medicinas tradicionales.

Antecedentes familiares: genograma, enfermedades hereditarias y consanguinidad.

Actividades preventivas: la consulta de AP es puerta de entrada para el paciente al sistema sanitario por lo que es forma idónea para poner en marcha las actividades preventivas.

El protocolo de actuación no es diferente de un paciente autóctono pero si hay que tener en cuenta su inmunidad, informarse por medio de atención sanitaria sobre las enfermedades que está protegido o por el contrario necesita protegerse (Roca Saumell, 2016) (Ver figura 5).



Figura 5. Atención inicial al inmigrante en Atención Primaria.

Fuente: Elaboración propia datos extraídos de: Sociedad española de medicina de familia y comunitaria.

La población inmigrante se considera uno de los grupos que pueden desarrollar la tuberculosis. Hay dos teorías que podrían justificar esta realidad, una se trata de una reactivación de la infección tuberculosa latente (ya que los inmigrantes proceden de países con tasas de prevalencia de dicha enfermedad mayor que la nuestra) o también tendrían mayor riesgo por las condiciones de vida en los países de acogida (hacinamiento o una mala alimentación).

Hay otra teoría que mantiene que la ruta migratoria ya es un factor de riesgo de contagio de tuberculosis. Complementándose las dos teorías la realidad es que los inmigrantes son un grupo de riesgo para desarrollar la tuberculosis según afirman varios estudios realizados en los últimos cinco años. Según el informe anual de epidemiología de Cataluña del 2010, un 60% de los casos diagnosticados de tuberculosis fueron población inmigrantes que desarrollaron la enfermedad en los primeros años de residencia en Cataluña (Institut Català de la Salut, 2019).

5.6 Enfermedades según procedencia

Principales enfermedades en las que hay que incidir en su prevención por lugar de procedencia de las personas inmigrantes.

Hepatitis B

El riesgo de infección está basado en la prevalencia estimada del antígeno en la superficie del VHB en la población.



Figura 6. Distribución geográfica de la Hepatitis B

Fuente: World Health Organization. Disponible en:

http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepB_ITHRiskMap.png?ua=1

“Las regiones del Pacífico Occidental y de África tienen las tasas más elevadas de prevalencia de la enfermedad, con una tasa de infección en los adultos del 6,2% y del 6,1%, respectivamente. En las regiones del Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Europa, la tasa de infección en la población general es del 3,3%, el 2,0% y el 1,6%, respectivamente. En la Región de las Américas, está infectado el 0,7% de la población” (Organización Mundial de la salud., 2019) (ver figura 6).

Hepatitis A

El riesgo de infección está basado en la prevalencia estimada del antígeno en la superficie del VHA en la población. “Las zonas con altos niveles de infección son los países de ingresos medianos y bajos donde las condiciones de saneamiento y las

prácticas de higiene son deficientes, la infección es frecuente y la mayoría de los niños (el 90%) la han contraído antes de los 10 años, muy a menudo sin presentar síntomas. Las epidemias son poco frecuentes porque los niños mayores y los adultos suelen estar inmunizados.

En estas zonas, las tasas de morbilidad son bajas y raramente surgen brotes epidémicos” (Organización Mundial de la Salud, 2019). El siguiente mapa expone los países o zonas con riesgo moderado o alto (Ver figura 7).

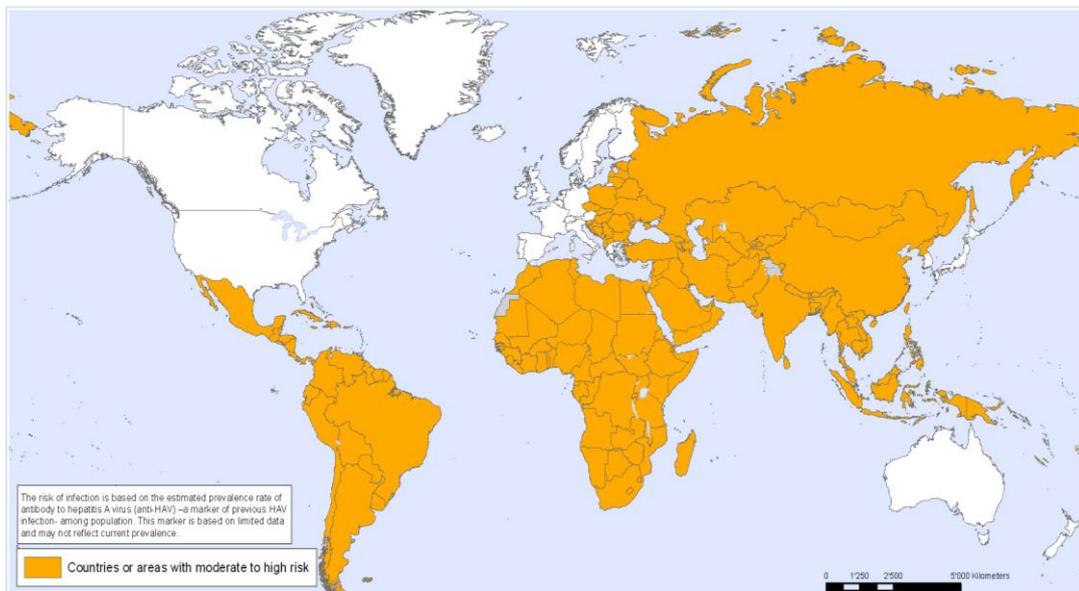


Figura 7. Distribución geográfica de la Hepatitis A
 Fuente: World Health Organization. Disponible en:
http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_HepA_ITHRiskMap.png?ua=1

Malaria

La malaria es endémica en menos de 100 países, América Central y del Sur, Caribe, África, Asia (India, Sudeste asiático y Oriente Medio) y Pacífico Sur, como muestra la siguiente figura (Ver figura 8).

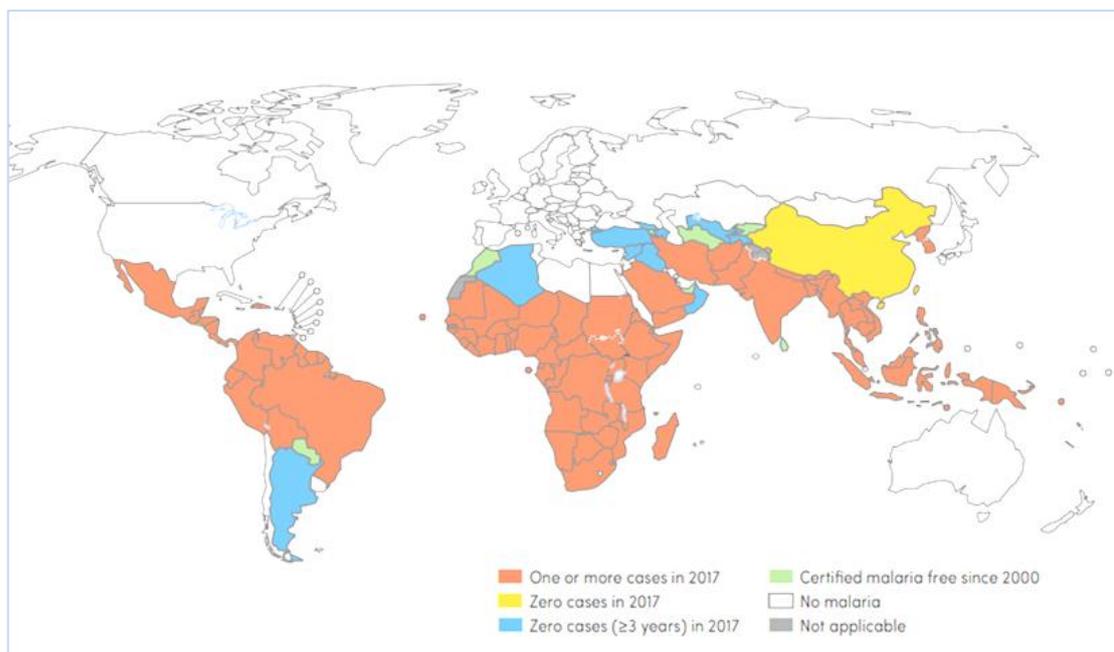


Figura 8. Distribución geográfica de la Malaria. Países endémicos de malaria en rojo.
 Fuente: World Health Organization. Malaria report 2018.
<https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/report/en/>

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, es una enfermedad parasitaria, sistémica, causada por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). Se transmite a los seres humanos principalmente por las heces de insectos triatomíneos, que actúan como vectores, conocidos como vinchucas, chinches o con otros nombres, según la zona geográfica.

La OMS la reconoce como una de las principales enfermedades desatendidas. Los países endémicos son Latinoamérica continental, sobre todo Bolivia.

En los países receptores de inmigración procedente de Latinoamérica, también puede existir transmisión no vectorial de la enfermedad (a través de hemoderivados o vía vertical de madres a sus hijos).

En la mayoría de países europeos no han establecido guías oficiales para evitar la transmisión a través de estas vías (Imaz Iglesia et al., 2015).

Situación de los programas de control de la enfermedad en España

España es el país con mayor carga de enfermedad de Chagas de Europa, pero no cuenta con un programa nacional de control de la enfermedad. Según el Informe de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias IPE 2015/72, en España, en la actualidad “la enfermedad de Chagas no está considerada dentro del sistema nacional de vigilancia, ni existe un programa nacional de control de la enfermedad”(Imaz Iglesia et al., 2015, p. 22).

Para hacer una valoración de un paciente originario de América Latina debería recogerse la información del país de origen, si ha residido en zonas rurales o ha habitado en casas de adobe a lo largo de su vida, si conoce la vinchuca o la existencia de dicha enfermedad en el área donde ha vivido o si sabe si alguno de sus familiares cercanos están afectados por la enfermedad de Chagas (Peña, 2017).

Dicha enfermedad puede producir afectación cardíaca o a nivel digestivo (Roca Saumell, 2016)

Embarazo y enfermedad de Chagas

La mayor parte de las embarazadas con enfermedad de Chagas están en la fase crónica de la enfermedad y suelen estar asintomáticas, pero pueden transmitir la enfermedad a sus hijos y durante la gestación pueden presentar mayor riesgo de aborto, parto pre-término y bajo peso al nacer.

La transmisión vertical es el principal mecanismo de contagio en los países no endémicos. España ha sido pionera entre los países no endémicos en el control por sangre y hemoderivados, algunas comunidades de España como Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia (anexo 4) se han visto obligadas a implementar programas de prevención de transmisión vertical en las mujeres embarazadas procedentes de áreas endémicas (Molina, Salvador, and Sánchez-Montalvá, 2016).

En las comunidades de Madrid y País Vasco, se lleva a cabo la detección de acuerdo con un documento de consenso, en donde se dan recomendaciones para el control de la infección por *T.cruzi* en gestantes latinoamericanas, pero no existe un protocolo (Imaz Iglesia et al., 2015).

El cribado en los recién nacidos de madres con enfermedad de Chagas y su tratamiento temprano es la mejor estrategia, ya que el embarazo es una contraindicación para el tratamiento antiparasitario (benznidazol o nifurtimox son los fármacos utilizados) debido al posible efecto teratogénico. Por otro lado, es

importante el cribado en mujeres en edad fértil, porque el tratamiento antiparasitario disminuye el riesgo de transmisión vertical en posteriores embarazos (Molina et al., 2016).

En la siguiente figura se presenta el mapa de distribución geográfica mundial de la enfermedad (ver figura 9).

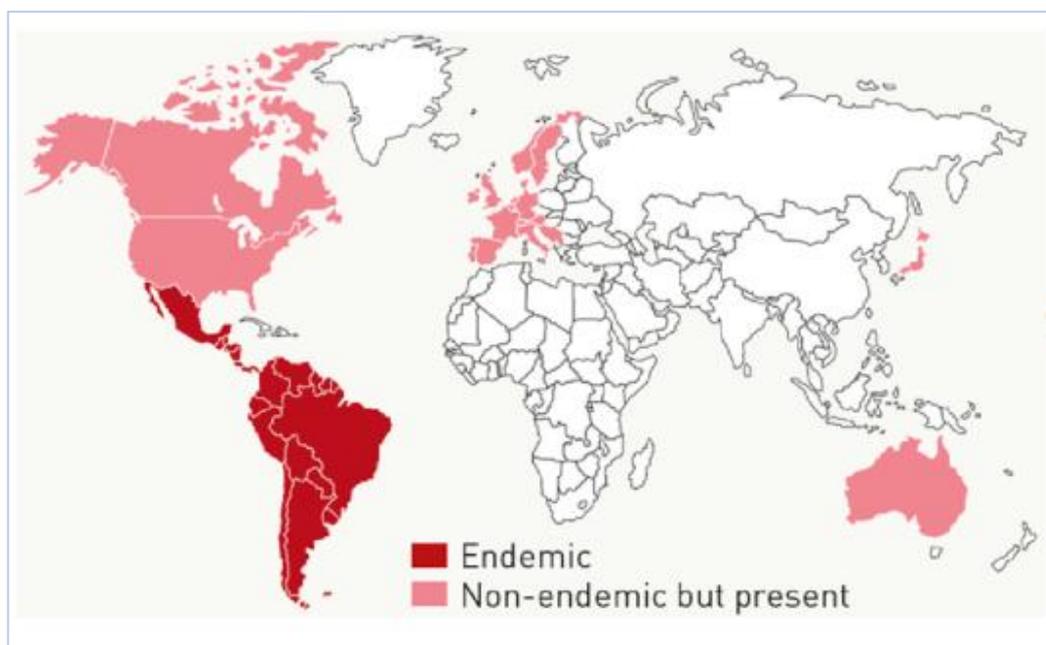


Figura 9. Distribución geográfica de la Enfermedad de Chagas
 Fuente: Evaluación económica de distintas estrategias para el cribado de la enfermedad de Chagas en España, 2015.

Schistosomiasis

La esquistosomiasis (también conocida como bilharzia) es una enfermedad infecciosa que afecta a más de 230 millones de personas en todo el mundo, según estudios realizados.

Es causada por parásitos tremátodos del género *Schistosoma*; los gusanos adultos macho y hembra viven dentro de las venas de su huésped humano, donde se aparean y producen huevos. Los huevos se vierten en el medio ambiente a través de las heces o la orina, o se retienen en los tejidos del huésped donde inducen la inflamación y luego mueren.

Esta enfermedad puede pasar asintomática o presentarse con síntomas inespecíficos como: dolor abdominal intermitente, diarrea y sangrado rectal, dependiendo de la intensidad de la infección (Colley, Bustinduy, Secor, et King, 2014).

La infección se produce cuando las formas larvianas del parásito, liberadas por caracoles de agua dulce, penetran en la piel sana de la persona, durante el contacto con agua dulce. Por lo tanto, la transmisión se produce cuando las personas infectadas con esquistosomiasis contaminan fuentes de agua dulce con huevos del parásito, contenidos en sus excretas (OMS, n.d.).

Según la OMS, la esquistosomiasis es prevalente en las regiones tropicales y subtropicales, especialmente en las comunidades pobres sin acceso a agua potable segura ni a saneamiento adecuado. Se estima que al menos un 92% de las personas que necesitan tratamiento contra la esquistosomiasis vive en África (OMS, n.d.)

La siguiente figura muestra el mapa de distribución geográfica de la esquistosomiasis (ver figura 10).

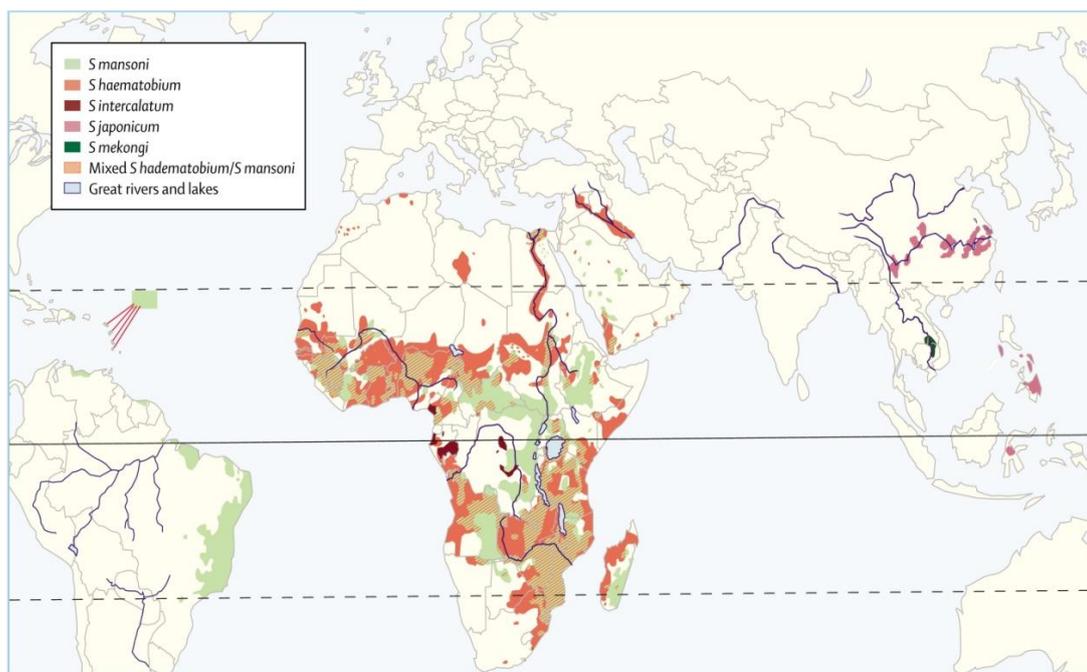


Figura 10. Distribución global de la Schistosomiasis.

Fuente: The Lancet. Disponible en: https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0140673606694403-gr2_lrg.jpg

5.7 Vías de transmisión de microorganismos

En la siguiente tabla muestra las vías de transmisión de microorganismos infecciosos más comunes en los viajeros (ver tabla 4).

Tabla 4. Vías de transmisión de microorganismos infecciosos

VIAS DE TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS INFECCIOSOS
Transmisión por agua y alimentos → Hepatitis A, cólera, fiebre tifoidea...
Transmisión por vectores → Fiebre amarilla, dengue, malaria, leishmaniasis, enfermedad de Chagas
Transmisión por animales (Zoonosis) → Rabia, brucelosis, leptospirosis...
Transmisión por contacto con tierra o objetos contaminados a través de heridas → Tétanos, ántrax
Transmisión por vía sexual y/o vía sanguínea → Hepatitis B, VIH, enfermedad de Chagas, hepatitis C...
Transmisión por vía aérea y/o exposición a lesiones cutáneas → Tuberculosis, legionelosis, influenza, meningitis, sarampión.

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de Introducción a la salud internacional, Institut Catalá de la salut 2019.

La enfermedad importada más frecuente según estudios epidemiológicos de los últimos años, es la malaria causada por *Plasmodium Falciparum* procedente de África subsahariana (Roca Saumell, 2016).

Tras conocer los movimientos migratorios, la repercusión en el crecimiento poblacional, las enfermedades prevalentes, la repercusión que tiene la procedencia sobre la salud, principales enfermedades importadas, etc., los siguientes apartados se centrarán en el cuidado y atención desde una perspectiva holística, incluyendo todos los ámbitos de la persona, cultural, filosóficos y humanista.

5.8 Visión filosófica del cuidado

El cuidado humano es un tema central en este trabajo y es importante exponer las diversas formas de comprender este término desde varios puntos de vista, tanto desde los filósofos contemporáneos más influyentes, como desde la rama de enfermería de las autoras más relevantes en los últimos tiempos.

En primer lugar resaltar que la tarea del cuidar se sugiere que está infundida por la filosofía, ya que implica el análisis de los propósitos de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y la búsqueda del bienestar de toda persona (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

El reto como profesionales de enfermería es resaltar dos connotaciones referentes al cuidado humano. En primer lugar, la connotación de la persona no como objeto de cuidado, sino como sujeto de cuidado, cuyas necesidades se expresan según el ciclo natural de la vida, como nacimiento, crecimiento, envejecimiento, muerte, etc. y también reconocer que la persona tiene dimensiones físicas, sociales, culturales, espirituales y afectivas, que interactúan con el contexto en el cual vive.

Lo idóneo es que la praxis sea en ese espacio y contexto, donde se promueva el cuidado a la vida mediante comunicación, identificación, empatía, etc. para poder llegar a una transformación cultural del individuo e incluso comunidades, en el auto-cuidado.

La segunda connotación se refiere al cuidado humano como un valor, una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, una dimensión ontológica existencial, que se mueve en un proceso de reciprocidad, confianza y compromiso por otro ser humano. Es decir, una implicación en el desarrollo de la sensibilidad y de la creatividad en la acción del cuidado (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

El trabajo del profesional de enfermería que realiza con la persona, desarrollando sus potencialidades, “es considerado el cuidado humano como la expresión del trabajo entrañable, científico y técnico para contribuir a alcanzar el estado de bienestar, mantener la vida, promover la salud o preparar para la muerte. Por lo cual, considera a la persona un ser único, individual y particular, que piensa, cree,

siente, quiere y tiene proyectos que le permiten su autorrealización”(Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Existen estudios que expresan varias concepciones sobre el cuidado humano, tanto de filósofos como enfermeras antropólogas, para fundamentar el ser, hacer y deber ser del profesional de enfermería, que permita resaltar la práctica como una acción humanística (Rodríguez-jiménez et al., 2014).

En el siguiente gráfico muestra el pensamiento sobre el cuidado humano de varios filósofos contemporáneos (ver figura 11).

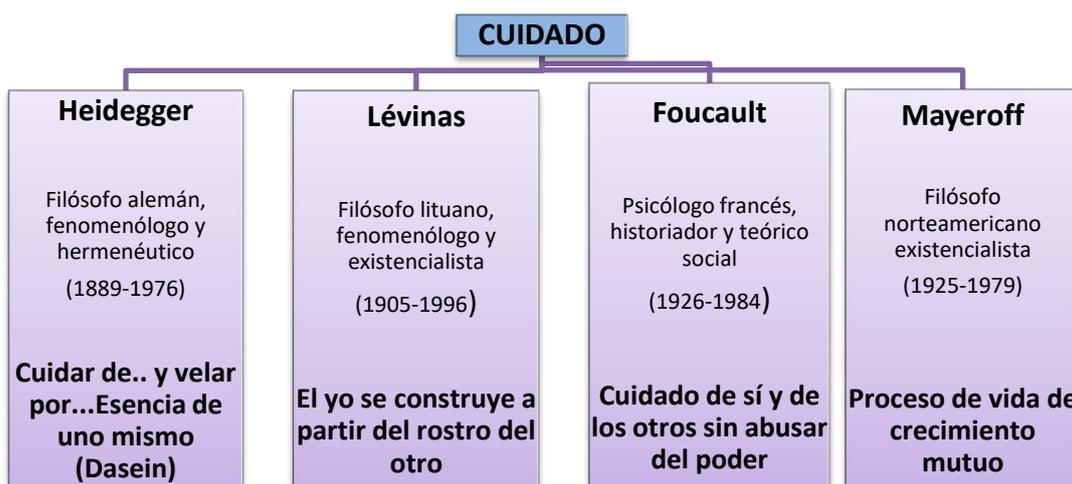


Figura 11. Pensamiento de varios filósofos sobre el cuidado humano.

Fuente: Elaboración propia de datos extraídos de: Revista Enfermería Universitaria.2014

La fenomenología de Heidegger, la ontología de Foucault, el humanismo de Mayeroff y el existencialismo de Lévinas, permiten la comprensión del arte del cuidado. “Incluso en la diferencia de enfoques, estos coinciden en que el cuidado pertenece a la naturaleza del ser humano y se comparte con su grupo social, con el fin de reconocer la propia existencia como manifestación del ser, el cuidado de sí y el crecimiento mutuo, de quien cuida y a quien se cuida, en un entorno armónico con la Tierra” (Rodríguez et al., 2017).

Desde todas las afirmaciones sobre el cuidado del ser humano, la reflexión se centra desde la construcción de la naturaleza del ser y su relación con el mundo, con la historia, con los demás y consigo mismo.

“El cuidado humano conlleva características que lo identifican y diferencian de otros, es un acto, actitud y preocupación consciente, bondadosa, amorosa, responsable, intencionada, libre y trascendente que no significa dominación, sino respeto por el otro; implica cuidado de la vida, para la permanencia y trascendencia del ser, valores, deseos y compromisos, conocimientos y acciones; es el ideal moral como fin, protección y engrandecimiento de la dignidad humana” (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

El siguiente gráfico muestra el pensamiento sobre el cuidado humano de varias enfermeras de las más influyentes (ver figura 12).



Figura 12. Pensamientos de varias enfermeras, el cuidado humano
 Fuente: Elaboración propia de datos extraídos de una la revista Enfermería Universitaria 2014

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, nos centramos en dos pensamientos: Leininger y Watson.

Watson describe que “el cuidado es para enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre enfermera y paciente” “el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica”(Troncoso and Suazo, 2007).

La visión humanista de Watson es importante por cuanto cambia la visión, afirma que los cuidados deben adquirir una dimensión profunda que van más allá de una

simple técnica, es llegar a compartir con el paciente sus sentimientos y sus emociones.

Por otro lado, Leininger a través de estudios transculturales considera que para cuidar es preciso dominar el cuerpo de conocimiento y la práctica. Asegura que el cuidado ha sido siempre algo fundamental para el crecimiento y supervivencia de las personas a lo largo de la historia (Troncoso and Suazo, 2007).

Referente a ello Feito afirma: “La enfermería es una práctica moral porque incorpora una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente) basado en una actitud moral: la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos, que se ejerce conforme a su patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad” (Feito Grande, 2005, p. 60).

5.9 Cuidado cultural

5.9-1 Cultura y salud

En cuanto al concepto de cultura, surgió en Alemania en el siglo XVIII. Cultura proviene del latín *colere* que significa “cultivar” y se refiere al esfuerzo humano para cultivarse y progresar hacia lo mejor de una cultura (Castellanos, Paravic-klijn, 2017).

La cultura es un marco desde donde nos interaccionamos con el entorno, lo construimos y lo comprendemos. El concepto de cultura está en continua revisión en la actualidad, atendiendo al momento de globalización y diversidad que caracteriza la mayoría de la sociedad.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1982) define la cultura en doble sentido tradicional e instrumental: “la cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. La cultura proporciona al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y

efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden”(UNESCO, n.d.-b).

En los artículos 4 y 5 de la declaración universal de la UNESCO se defiende la diversidad cultural, porque está intrínseco en el ser humano y por lo tanto respetarlo será darle dignidad a la persona. No es algo que deba venir de la buena voluntad, ni de la responsabilidad como profesional en cualquier competencia sino que es un “derecho humano” de obligado cumplimiento (UNESCO, n.d.-a).

La Enfermería entrelaza el cuidado con la cultura, por ello el profesional debe partir de que su trabajo consiste en la interrelación de tres culturas, la del paciente, la suya propia y la del entorno social en donde trabaja. En este contexto debe ser capaz de crear un diálogo entre todas ellas y buscar un punto de encuentro (Plaza del Pino, 2014).

Para un cuidado humano y holístico el profesional de enfermería debe hacer una valoración del individuo como un ser único e integral, incluyendo el ámbito social, contemplar el entorno y la sociedad como determinantes en el proceso de salud de dicho individuo.

El profesional de enfermería desde su compromiso debe tomar conciencia y aceptar las diferencias culturales y valores propios, adquirir conocimiento de leyes y obligaciones en materia de información, por ejemplo: la ley de autonomía del paciente, el código ético de enfermería (Anexo 5) etc.

Crear la relación terapéutica con el paciente implica incluir la competencia cultural para llegar al entendimiento y la comprensión de otras culturas, valorando el contexto de la persona como un elemento trascendental.

Según un artículo publicado en la revista “Cultura de los cuidados”, los profesionales de enfermería deben adquirir humildad para reconocerse en continuo proceso de adquisición de la competencia “deseo cultural”. Todo esto nos lleva a la motivación y su aspiración a ser lo suficientemente abierto para comprender las

creencias y adquirir una competencia cultural que proceda del corazón (Dado, 2015).

5.9-2 Determinantes de la salud

Un principio sociológico de la salud describe la relación que existe entre ésta y la desigualdad. La desigualdad puede afectar a la salud de forma directa e indirecta:

Directa: si las políticas gubernamentales descuidan o dejan a un lado las inversiones humanas (educación, políticas sanitarias u otros servicios), con la población en la que viven en condiciones de relativa pobreza.

Indirecta: a través de factores psicosociales relacionados con el nivel social en el que se relaciona la persona. La confianza y la participación cívica (el capital social) disminuyen cuando aumenta la desigualdad (Plaza del Pino, 2014).

La siguiente figura muestra el Modelo de Determinantes de la Salud (Dahlgren & Whitehead) donde comienza desde el interior por los entornos más próximos e individuales, hasta llegar a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (Ver figura 13).



Figura 13. Modelo de determinantes de la salud
 Fuente: <https://www.opimec.org/documentos/4869/unidad-3-ganar-en-salud-un-enfoque-positivo-de-atencion-a-la-cronicidaddup/10931/comentarios/>

Según diferentes estudios realizados en Europa los inmigrantes irregulares tienen un acceso limitado a los recursos para cubrir las necesidades básicas del ser

humano, como educación, atención sanitaria y vivienda, y quedan excluidos de la participación ciudadana, lo que les hace si cabe más vulnerable en el proceso de su salud.

Las condiciones de vida y de trabajo de las personas inmigrantes están determinadas por el contexto social, político, económico y legal de nuestro país. Por lo cual el entorno de las personas inmigrantes les hace vivir en una situación de “precariedad vital”(Plaza del Pino, 2014).

Ante la situación actual de tanto cambio como la globalización, la tecnología y multiculturalidad, el modelo de salud aún no responde a las demandas de la nueva realidad, por lo que es prioritario que se considere la diversidad cultural como asignatura pendiente y obligada para avanzar en la humanización del cuidado de la praxis enfermera. Porque las diferencias culturales entre los profesionales de la salud y los pacientes pueden convertirse en barreras que afectan a los cuidados en salud (Belintxon Martin, 2017).

5.9-3 Capital social de vinculación

Según una investigación realizada en zonas metropolitanas de Europa, en 2018, se propuso una estrategia para mejorar el acceso a la atención sanitaria de personas refugiadas e inmigrantes irregulares. Según los datos recogidos en dicho campo de trabajo, desvelaba que era necesario la utilización del capital social para un acercamiento y la creación de una buena relación terapéutica (Mason, 2016).

Pierre-Félix Bourdieu sociólogo francés y muy influyente en el siglo XX define el capital social como: la influencia, la capacidad de activación y movilización social (Cattáne, 2013). Partiendo de esta definición del capital social, según el estudio nombrado anteriormente afirma que hay inmigrantes irregulares que no disponen de acceso a la información, a la atención o a los servicios de sanidad por falta de capital social.

Por otra parte, afirma dicho estudio que es necesario en primer lugar poner en funcionamiento el capital social de conexión, buscando todos los accesos posibles para poder acceder a los inmigrantes irregulares. Uno de los accesos más directos que el estudio pone en relieve para los inmigrantes irregulares, son sus primeros

contactos con las organizaciones o instituciones como: Cruz Roja, Cáritas, Mezquita, Parroquia, etc. para recoger alimentos o indumentaria, de ahí se va creando el primer vínculo, que sería el vínculo de conexión. El segundo paso y el más importante es el capital social de vinculación, en donde es necesaria una buena coordinación y trabajo multidisciplinar entre todas las personas implicadas, sean profesionales o voluntariado para poder ofrecerle los accesos necesarios a cada persona inmigrante (Mason, 2016).

El capital social de vinculación es un recurso cada vez más necesario en la sociedad multicultural actual. Se trata de una estrategia vertical que une a personas que están en puesto de capital social elevado con personas que carecen de capital social. El objetivo es abrirles las puertas y ofrecerles acceso a servicios y a relaciones interpersonales, que de otro modo sería inaccesible.

El capital social de vinculación tiene mucha importancia para la salud de aquellos grupos de personas vulnerables donde el acceso a hospitales o clínicas, ha de basarse en la confianza y en el respeto; potenciando y facilitando el acceso a los servicios y mejorando los resultados sanitarios (Mason, 2016).

El personal de enfermería está en una posición importante para satisfacer las necesidades de las personas vulnerables, por la relación que establece con el paciente, de confianza y confidencialidad. El personal de enfermería por medio de la formación que recibe, se prepara para convertirse en agente de cambio, capaz de trabajar como mediador, mediante la observación e identificación de problemas.

El capital social de vinculación se ha de construir con sumo cuidado, para crear sentimientos de respeto mutuo y metas compartidas, minimizando las diferencias y potenciando la igualdad. Las personas solamente logran cambiar de hábitos y estilos de vida para mejorar su estado de salud, si tienen cerca a personas honradas y sinceras de quienes poder aprenderlo (Mason, 2016).

En este sentido la coordinación y trabajo multidisciplinar, con las organizaciones, instituciones, como: OIM, ACNUR, CEAR, Cruz Roja, etc. es clave para abordar y poder ofrecer un capital social de vinculación efectivo.

5.10 Enfermería transcultural

A partir de la salud y la cultura, nace la enfermería transcultural, una rama de la enfermería con influencia de la antropología, cuyo objetivo principal es el estudio y análisis comparativo de diferentes culturas (Castellanos and Paravic-klijn, 2017).

Madeleine Leininger, fundadora del campo de la Enfermería Transcultural, en 1966 la define como "área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, como valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte" (Leininger, 1999. p. 5-6).

La enfermería se puede considerar una disciplina claramente dualista porque no sólo pertenece al mundo de las ciencias lógicas, de la experiencia, del estudio de lo natural, lo biológico, sino que también la enfermería es una ciencia de lo humano, holística y de lo cultural. (Fornons Fondevila David, 2010).

Madeleine Leininger pionera en la investigación sobre la enfermería transcultural, expone la relación tan estrecha y vinculante entre la antropología y los cuidados. Partiendo de este principio podemos mejorar en el cuidado humano integral, a su vez, tener en cuenta los entornos socioculturales que rodean a los seres humanos.

Las experiencias de salud o enfermedad de las personas no pueden ser desvinculadas de contextos culturales. El estrés al que están sometidos los inmigrantes en la mayoría de los casos es realmente traumático y generan importantes sufrimientos físicos y psíquicos, por ello es de vital importancia una formación en el cuidado cultural en cuanto a las creencias y formas de vivir de personas de diversas culturas (Muniz Toyos, 2014).

Madeleine Leininger desarrolló su modelo a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que desean o necesitan recibir de los profesionales de la salud. Para poder profundizar más sobre la enfermería transcultural es importante exponer la diferencia de tres conceptos; que es fundamental para aclarar el enfoque y la trascendencia que tienen en el ámbito de la salud y sobre todo su relevancia para la enfermería (Plaza del Pino, 2014).

Multicultural: personas con distintos usos culturales en un mismo espacio real, mediático o virtual pero sin relación, por lo que hay un desconocimiento cultural mutuo.

Intercultural: personas con distintos usos culturales en un mismo espacio entre los que existen intercambios culturales y relaciones. Lo intercultural implica un intercambio entre las partes, una comunicación comprensiva entre identidades que se reconocen como diversas entre sí, existe un respeto, enriquecimiento y valoración mutuo.

Transcultural: tras el acercamiento cultural se converge en puntos de encuentro que van más allá de lo cultural. Compromiso con el encuentro cultural.

Las culturas no son homogéneas ni estáticas sino que están sometidas a cambios, lo que supone que las personas entran en un permanente dinamismo de adaptación en búsqueda de la construcción de una sociedad intercultural (Plaza del Pino, 2014).

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura universal.

El objetivo de su teoría es proporcionar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten a las necesidades, valores, creencias y modos de vida en la diversidad cultural, haciendo a los pacientes participes, teniendo en cuenta sus puntos de vista y conocimientos como referencia para tomar decisiones profesionales perfectamente válidas (Plaza del Pino, 2014).

5.10-1 Modelo del sol naciente

Para conocer esta teoría hay definiciones que son importante de conocer como: cultura, cuidados culturales, diversidad de los cuidados culturales, salud, visión del mundo, reestructuración de los cuidados culturales y cuidados coherentes culturalmente (Anexo 6).

La figura 14, abajo representada, muestra en la parte superior del círculo los componentes de la estructura social y los factores de la visión del mundo que influyen en la asistencia y en la salud, a través del lenguaje, etnohistoria y el contexto ambiental.

En esta teoría la enfermería actúa como puente entre los sistemas genéricos y profesionales. Los factores anteriormente nombrados también influyen en los sistemas populares, profesionales y de enfermería. Las dos mitades forman un sol completo, como representación del universo que el personal de enfermería ha de considerar para saber valorar la magnitud de la asistencia y la salud de cada ser humano.

La descripción que hace el modelo del sol naciente sobre los seres humanos es de forma inseparable de sus referencias culturales y estructuras sociales, visión del mundo, historia y contexto ambiental, puesto que Madeleine Leininger considera a los seres humanos como "entes que no se pueden separar de su procedencia cultural, estructura social, concepción del mundo, trayectoria vital y contexto de su entorno"(Muniz Toyos, 2014).

Por lo tanto, los factores que considera integrados dentro de la estructura social, son: el sexo, la raza, la edad y la clase social. Se contemplan desde un punto de vista holístico las dimensiones biológicas, emocionales y otras relacionadas, nunca de forma independiente o incompleta (Plaza del Pino, 2014) (ver figura 14).



Figura 14. Modelo del sol naciente, Madeleine Leininger
 Fuente: Elaboración propia, datos extraídos del modelo del sol Naciente Madeleine Leininger, 1978.

Para Collière, el cuidado cultural es una oportunidad de encuentro dinámico con el otro, en donde su cultura no es algo estable y estático, sino que es dinámico e influenciado por la historia de cada persona, sus experiencias, entorno, etc.

La postura de Collière discrepa con la de Leininger, ya que afirma que Leininger construye un modelo basado en el cuidado y la cultura pero obviando la alteridad, donde el extranjero es percibido desde la diferencia y no desde la similitud de individuos, el cuidador y el cuidado. Sin embargo, para Collière el cuidado es un oportunidad de encuentro con el otro (Plaza del Pino, 2017).

El cuidado transcultural, es una apuesta para la mejora del cuidado en enfermería. Ante la realidad actual expuesta anteriormente, donde predomina la diversidad cultural, enfermería no puede quedar al margen, debe considerar como elementos importantes la cultura, la comunicación y el cuidado dentro del contexto sanitario, para desarrollar la enfermería transcultural. El personal de enfermería debe adquirir formación cultural, así considerará a la persona en su totalidad para ofrecerle cuidados holísticos, humanos, culturalmente competentes y coherentes.

“La enfermería transcultural es un acceso para descubrir los puntos de vista personales o culturales, referentes a los cuidados para entenderlos, aplicarlos y aprovecharlos como base en modelos teóricos de la enfermería transcultural. Al integrar tal visión, se logrará la competencia de los cuidados culturales” (Castellanos, Paravic-klijn, 2017).

5.11 Cuidados culturales, una asignatura pendiente

Es una realidad que la formación de enfermería ha ido evolucionando y adaptándose a las realidades emergentes de salud en cada época. Según un estudio realizado por la Universidad de Granada en el año 2018, sólo un 63% de las universidades que han entrado en dicho estudio, tienen como asignatura el cuidado cultural o similar (Angustias et al., 2018).

Algunos autores importantes sobre el estudio de los cuidados transculturales en España, resaltan la importancia de la revisión y reorientación de los modelos educativos en los planes de estudio en la formación de Enfermería, creando pensamiento crítico de las enfermeras/os adaptando la educación de enfermería

hacia las nuevas necesidades de salud de toda la población tan diversa culturalmente.

La implicación no solo ha de ser de las universidades en ampliar los programas formativos sino que también que haya una implicación del personal docente en obtener una buena formación para poder transmitir y enseñar las competencias necesarias para mejorar en el cuidado transcultural (Angustias et al., 2018).

Cogemos como referencia otros países como: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, entre otros, donde la competencia cultural forma parte de los estudios de grados y posgrados de Enfermería. Incluso en algunos hospitales de estos países se imparte formación específica y se selecciona sólo los profesionales que poseen esa formación en este campo, como por ejemplo la ciudad de Nueva York (Plaza del Pino, 2014).

6. DISCUSIÓN

En la actualidad, la sociedad en la que estamos viviendo es cada vez más multicultural. La interacción entre las diferentes ideologías y culturas, debería suponer una oportunidad para adquirir y mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios y así ofrecer una atención sanitaria de calidad y holística. Sin embargo, esta realidad no está exenta de dificultades. El choque cultural es evidente, no obstante, la sociedad necesita un proceso de formación y sensibilización, para poder llegar así a un enriquecimiento mutuo (Stiven and Escobar, 2018).

Por ello no es posible dejar de lado la necesaria actualización en la formación básica cultural. Los profesionales sanitarios en su ejercicio profesional deben tratar a todas las personas desde una atención sanitaria equitativa, siendo necesarias las competencias adecuadas (Angustias et al., 2018).

El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial, según el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado., 2019).

Sin embargo en la actualidad existe un conocimiento erróneo respecto a la inmigración y sus derechos. Los medios de comunicación, las políticas, ideologías, etc. han influido en la creación de una sociedad débil, sin opinión propia crítica, como define Z. Bauman, una “Modernidad Líquida”. Los inmigrantes no sólo son cifras, sino personas humanas sufriendo unas circunstancias muy extremas, que incluso están dispuestas a perder la propia vida y en ocasiones la de sus hijos. Por lo que no se puede obviar que los desplazamientos son involuntarios. Esta realidad por el hecho de tratarse de personas humanas merece conocerse y no se debe de evadir ni permitir (Bauman, 2016).

En la actualidad, en nuestro país existe una alarma social respecto a los inmigrantes, según ACNUR existe un miedo social al “efecto llamada”, influido por algunos discursos políticos xenófobos, llamados “discursos del miedo”. Todo ello influye en la percepción de la ciudadanía sobre los inmigrantes viviéndolo como un problema. Según las cifras de ACNUR demuestran que hay un aumento en la llegada de

inmigrantes a Europa y España, pero afirma que no se está viviendo una crisis migratoria, más bien una crisis de solidaridad (ACNUR, 2019a).

En el momento de la utilización de los recursos sanitarios, los inmigrantes se enfrentan ante dificultades en la atención por varios motivos: las barreras idiomáticas, desconocimientos burocráticos y del funcionamiento del sistema sanitario, sin dejar de lado la percepción profesional que tienen sobre la inmigración (Carmona, AlcázarAlcázar, Sarría-Santamera, & Regidor, 2014).

Ante ello, nos encontramos a profesionales diversos con una sobrecarga que les produce el desconocimiento y formación limitada, viviendo el encuentro con el paciente inmigrante como un problema, no como un reto (Plaza del Pino, 2014).

La percepción de los profesionales sobre las personas inmigrantes, repercute en la atención a los inmigrantes por los prejuicios y estereotipos, en la mayoría son erróneas, provocados por los medios de comunicación o en ocasiones por discursos de algunos grupos políticos. El miedo a perder los derechos, el estatus económico, no es otro motivo sino el percibir a los inmigrantes como generadores de gasto y portadores de enfermedades (Fuertes et al., 2010).

Según afirman varios autores anteriormente nombrados, como: Tylor, Cohen, etc. la misma persona por ser persona aporta a la sociedad unos conocimientos, cultura, creencia, etc. siendo riqueza y ello no se debe obviar (Izabela et al., 2017).

Existe un sesgo sobre el inmigrante sano, ya que la razón de la migración influye en el estado de salud, dado que muchas de las migraciones son forzadas por situaciones de guerras, pobreza extrema, etc. Incluso en el caso donde la razón de la migración es voluntaria, el migrante sale sano de su país de origen, pero al llegar al país de acogida suelen enfermar, a causa de diferentes circunstancias que pueden ser: las condiciones precarias de la ruta migratoria, la situación de hacinamiento en las zonas de acogida, mala alimentación durante la ruta, trabajos precarios, etc. todas esas condiciones llevan a la persona a necesitar atención sanitaria en la llegada al país de acogida (Macipe Costa and Gimeno Feliu, 2011).

No se puede obviar la situación de miedo permanente que sufren los inmigrantes en situación irregular, ya que en muchas ocasiones no acuden a los servicios sanitarios por miedo a ser descubiertos y ser repatriados (Bas-Sarmiento et al., 2015).

Los movimientos migratorios están generando un cambio en la sociedad y en las formas de convivencia, no por ello hay que olvidar que la salud es un derecho, un bien y un activo para toda la población, sea inmigrante, refugiada o autóctona (Bio, 2019).

La competencia cultural es una asignatura pendiente de incluir en la formación para los profesionales sanitarios para poder ofrecer unos cuidados holísticos, competentes y de calidad, siendo la cultura una parte importante de la persona, como lo define la UNESCO. En este sentido se podrá llegar a la mediación y encuentro terapéutico (Dado, 2015).

Todavía, a día de hoy, en España las unidades de enfermería y medicina tropical son escasas, según el movimiento de enfermedades importadas es un déficit ante la salud pública de España, ya que hay enfermedades que sólo pueden ser diagnosticadas y tratadas en las unidades de medicina tropical (Luque and Díaz, 2019).

Por ello vemos de suma importancia un protocolo o una guía de actuación, en donde queden recogidos los datos específicamente dirigidos a las enfermedades que hemos expuesto en tablas anteriores, ya que en la competencia de los profesionales sanitarios también está el cuidado sobre la salud pública (Pérez-Arellano and Carranza-rodriguez, 2016).

Esto, junto con el modelo de valoración o protocolo de acogida a personas inmigrantes, tanto las preguntas habituales, como la entrevista, deben estar basadas en un nivel de confianza en el que la comunicación terapéutica tenga un valor excelente (Roca Saumell, 2016).

El presente trabajo puede presentar ciertas fortalezas y debilidades en los que respecta a su difusión práctica. Por un lado, la gran cantidad de información que

existe sobre inmigración y el fácil acceso a la misma a través de herramientas informáticas, páginas web de organizaciones especializadas en ello, favorece la difusión y su mayor visibilización. Sin embargo, debido a la falta de sensibilización y de formación sobre la competencia cultural en los profesionales de salud, provoca un déficit en la atención sanitaria.

7. CONCLUSIONES

1. Existen múltiples circunstancias que obligan a las personas a salir de sus países de origen, por situaciones como guerras, extrema pobreza, conflictos, etc. que llevan a no obviar que las migraciones en su gran mayoría son forzosas.
2. La llegada de inmigrantes al país de acogida, repercute en las cifras poblacionales de un país envejecido. La pirámide poblacional se modifica creando en el país un aumento poblacional más joven.
3. Los inmigrantes acceden a los servicios sanitarios por derecho. El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial, según el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio.
4. La procedencia es un factor condicionante para desarrollar o padecer algunas enfermedades, por lo que son necesarios conocimientos básicos en Salud Internacional o protocolos de acogida estructurados.
5. La cultura se entrelaza con el cuidado, siendo dos conceptos que no se pueden separar. El respeto por la diversidad cultural no es por voluntarismo ni por responsabilidad del profesional, sino un derecho humano. Por lo tanto, respetarlo será darle dignidad a la persona.
6. Los movimientos migratorios son un factor de cambio referente a la relación sanitario-paciente, de ahí que varios estudios afirman la necesidad de una revisión en la formación para los profesionales de salud referente a la competencia cultural.
7. Los profesionales de enfermería adquieren las competencias óptimas como profesionales con una responsabilidad social. La relación terapéutica que se crea enfermera-paciente, está basada en vínculos fundamentados en la confianza y respeto mutuo. Todo ello supone para el profesional una responsabilidad, ya que para la persona es la entrada en el sistema sanitario y en la sociedad.

8. El duelo migratorio es un proceso que padecen las personas migrantes, por lo que, es importante conocer las fases de este proceso y la razón de la migración. Dicho duelo es más fácil de superar dependiendo de las razones de la migración.

9. El cuidado transcultural es una apuesta para la mejora en enfermería y un reto ante la realidad social, cada vez más multicultural. Es necesario un trabajo multidisciplinar, puesto que el cuidado cultural es competencia para todos los profesionales que trabajen en situaciones de interculturalidad.

10. La enfermería transcultural permite descubrir los puntos de vista personales o culturales referentes a los cuidados, que permiten entenderlos y aplicarlos. Aprovechando dichos conocimientos es posible crear una base para transformar las prácticas asistenciales en cuidados culturalmente competentes, por ello, convirtiendo a los profesionales de enfermería en agentes de cambio.

11. La confección de protocolos de cribados y manejo frente a situaciones de la población inmigrante vulnerable en atención primaria, es una prioridad para dar respuesta a las necesidades de salud de manera individual.

8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

8.1 Objetivos

Objetivo principal:

Mostrar el modelo sanitario que se aplica a personas inmigrantes vulnerables desde el paradigma del cuidado transcultural de Madeleine Leininger, llevado cabo en la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) Barcelona.

Objetivos secundarios o específicos:

- Ofrecer una visión actualizada del trabajo de enfermería transcultural.
- Presentar los protocolos de cribados y manejo frente a situaciones de la población inmigrante vulnerable en atención primaria.
- Proporcionar formación sobre enfermería transcultural y enfermedades tropicales para profesionales de enfermería.

Los cuidados transculturales son un reto para los profesionales de enfermería en la actualidad, por la diversidad cultural de la sociedad.

8.2 Metodología

El siguiente trabajo de campo realizado en la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSID) Barcelona, ha sido elegido por tener un modelo sanitario que se aplica a personas inmigrantes vulnerables. Por ello me puse en contacto con la Dra. Inés Oliveira Souto exponiéndole mi deseo de realizar el TFG sobre la enfermería transcultural y personas inmigrantes, le planteé la posibilidad de realizar un trabajo de campo en ese centro. Para ello pedí un certificado a la UPNA para presentarlo en la UMTSID y poder solicitar un periodo de formación en dicha unidad (Anexo 7) una semana a turno completo (Anexo 8).

Mi labor en este tiempo de formación ha sido de recogida de datos, experiencia y observación, para poder exponer el modelo sanitario de enfermería transcultural que se está utilizando en dicha unidad.

8.3 Unidad De Medicina Tropical Y Salud Internacional Vall D´Hebron-Drassanes

La UMTSID está situada en un viejo y deprimido barrio de Barcelona, llamado el Rabal, una de las áreas con más población inmigrante en Cataluña. Según el INE las nacionalidades más frecuentes en Barcelona son Paquistán, China, Marruecos y Bolivia.

En la actualidad dispone de diferentes secciones: atención pre-viaje, asistencia sanitaria en salud internacional (adultos y pediatría), salud pública y comunitaria. Cuenta con otros centros de apoyo como laboratorio de microbiología y psiquiatría transcultural. La unidad dispone de un protocolo de cribado para pacientes asintomáticos basado en guías nacionales e internacionales (ver figura 15).

Todas las pruebas se realizan después de haber recibido el consentimiento oral de cada paciente.

- Cal recordar el període prepatent d'algunes infeccions, pel que sovint els cribatges en persones asimptomàtiques cal fer-los als 3 mesos de l tornada.

GRUP ^{annex 1}	GENERAL	TROPICAL	Infecció tuberculosa latent/ tuberculosis ³
IMMIGRANT/VFR ADULT	Hemograma ¹ , VSG, IgE Serologies ² : • Lues ^{annex 10} , VHC ^{annex 8} , VIH ^{annex 9} • HBsAg, AntiHBc, AntiHBs ^{annex 7} , IgG VHA • IgG per varicel·la, xarampio, parotiditis i rubeola. ^{Annex} Bioquímica bàsica ² Bàsic d'orina ^{annex 2}	Coproparasitològic ^{annex 3} Segons zona: • PCR plasmodium ^{annex 4} • Hemoparasitològic ^{annex 4} • Uroparasitològic ^{annex 2} • Serologia <i>Tripanosoma cruzi</i> ^{annex 5}	<ul style="list-style-type: none"> • Prova Tuberculínica (PT) en ≤ 35 anys (si <5 anys a país no endèmic i no té antecedents de PT ≥ 10 o TB) ^{annex 6} • IGRAs en cas de PT ≥ 5mm • RX Tòrax a qualsevol edat en cas de PT > 5mm o IGRAs positius.
IMMIGRANT/VFR NEN ≤ 14 anys	Hemograma ¹ , PCR, VSG, IgE Serologies ² : Lues ^{annex 10} , VHC ^{annex 8} , VIH ^{annex 9} • HBsAg, AntiHBc, AntiHBs ^{annex 7} , IgG VHA • IgG per varicel·la, xarampio, parotiditis i rubeola. ^{Annex} Bioquímica bàsica ² Ca, P, tiroides (<2 anys), fosfates alcalines. Bàsic d'orina ^{annex 2}	Coproparasitològic ^{annex 3} Segons zona: • Hemoparasitològic (>5anys) ^{annex 4} • Uroparasitològic ^{annex 2} • Serologia <i>Tripanosoma cruzi</i> ^{annex 5}	<ul style="list-style-type: none"> • PT ^{annex 6} • Quantiferon en cas de PT ≥ 5mm • RX Tòrax a qualsevol edat en cas de PT > 5mm o IGRAs positius.
EMIGRANT ADULT I NEN ≤ 14 anys <i>En aquells cooperants asimptomàtics, que realitzen diverses missions a l'any, se's proposa una visita anual de cribatge.</i>	Hemograma ¹ , VSG, IgE Serologies ² : • Serologies ² : Lues ^{annex 10} , VHC ^{annex 8} , VIH ^{annex 9} • HBsAg, AntiHBc, AntiHBs ^{annex 7} , IgG VHA Bioquímica bàsica. Bàsic d'orina ^{annex 2}	Coproparasitològic ^{annex 3} Segons zona i història epidemiològica: • Hemoparasitològic (>5anys d'estada) ^{annex 4} • Uroparasitològic i serologia esquistosoma ^{annex 2} • Serologia <i>Tripanosoma cruzi</i> ^{annex 5}	<ul style="list-style-type: none"> • Segons risc, PT en ≤ de 35 anys ^{annex 6} (si no té antecedents de PT+ o TB) • Quantiferon en cas de PT ≥ 5mm • RX Tòrax a qualsevol edat en cas de PT > 5mm o IGRAs positius.
VIATGER ADULT I NEN	Hemograma ¹ , VSG, IgE Serologies ² : Lues, VHC, HIV, HbsAg, AntiHBc. (si alt risc d'ITS derivar) Bioquímica bàsica ² Bàsic d'orina ^{annex 2}	Coproparasitològic ^{annex 3} Segons zona i història epidemiològica: • Uroparasitològic i serologia esquistosoma ^{annex 2} • Serologia <i>T. Cruzi</i> ^{annex 5}	<ul style="list-style-type: none"> • Segons risc, PT en ≤ de 35 anys ^{annex 6} (si no té antecedents de PT+ o TB) • Quantiferon en cas de PT ≥ 5mm • RX Tòrax si PT+/QF+ o llargues estades en països amb alta prevalença
EMIGRANT I VIATGER DE RISC ABANS DE MARXAR	Hemograma ¹ , VSG, IgE Serologies ² : Lues, VHC, HIV, HbsAg, AntiHBc • Serologies ² : Lues ^{annex 10} , VHC ^{annex 8} , VIH ^{annex 9} • HBsAg, AntiHBc, AntiHBs ^{annex 7} , IgG VHA • IgG per varicel·la, xarampio, parotiditis i rubeola. ^{Annex} Grup i Rh ² Bioquímica bàsica ² Bàsic d'orina ^{annex 2}		<ul style="list-style-type: none"> • PT si no en té cap l'últim any ^{annex 6} (si no té antecedents de PT+ o TB) • Quantiferon en cas de PT ≥ 5mm • RX Tòrax si PT+/QF+ o llargues estades en països amb alta prevalença • En ≤ 5 anys, administrar BCG si PT -
<p>1: Afegir ferritina si existeix sospita d'anèmia pel procés migratori o en les dones immigrants en edat fèrtil i en nens. 2: Individualitzar la necessitat en cada cas. 3: els estudis de contactes es derivaran al servei de malalties del torax</p>			

Figura 15. Protocolo de cribado para pacientes asintomáticos
Fuente: UMTSID

8.4 Trabajo con Inmigrantes Vulnerables

En la UMTSID desde hace años se realizan actividades asistenciales y de promoción de la salud con inmigrantes vulnerables.

A partir de la crisis económica, crisis de refugiados en Europa y la restricción al acceso sanitario, se creó el proyecto “Una propuesta de intervención para la salud en centros y pisos de acogida para inmigrantes y refugiados” el objetivo del proyecto es mejorar la calidad de las actividades asistenciales; establecer circuitos ágiles de comunicación entre entidades y los centros de salud; realizar actividades de promoción de la salud en función de las necesidades expresadas por técnicos de acogida o los mismos inmigrantes. Actualmente hay más de 20 entidades en este proyecto y un claro beneficio de esta red de trabajo, es el aumento de personas que han conseguido completar sus visitas, un dato muy relevante fue que pasaron de 57% antes del 2012 a 79% después del 2013.

8.5 Protocolo de enfermería

En el manual de la UMTSID contiene varios protocolos, queremos mostrar el relacionado con el área asistencial, que es el contexto en el cual está totalmente relacionado con la relación directa de enfermería con el paciente, en la que se centra este trabajo. El protocolo original está en catalán, los datos siguientes son extraídos de dicho protocolo y traducidos al castellano (ver tabla 5).

Tabla 5. Manual de introducción al profesional de enfermería

Programa especial de enfermedades internacionales Vall D'hebron – Drassanes Unidad de Medicina Tropical
<p>AREA ASISTENCIAL</p> <p>A primera hora se realizan la mayoría de las extracciones. Los usuarios son atendidos si han sido programados previamente, espontáneos o urgentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita programada: puede ser primeras visitas o visitas sucesivas.
<p>1ª VISITA: En el primer contacto con el usuario se llevan a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del personal y del servicio. • La razón de la consulta • Evaluación de la necesidad de intervención del Agente De Salud Comunitario (Inmigrantes) • Recogida de datos epidemiológicos si se considera: • Inmigrante / VFR • Viajero /Emigrante • Colección de antecedentes personales/familiares

- Recopilación de datos preventivos adaptados a la unidad
- Toma de Tª axilar si la persona refiere fiebre
- Prueba de tuberculina (PT) según el protocolo del cribado de TB

VISITAS SUCESIVAS: se programa como un seguimiento, que puede generar las siguientes actividades:

- Lectura de PT
- Control del tratamiento la Infección Tuberculosa Latente (dependiendo del protocolo)
- Tratamiento de Sífilis y administración de medicamentos y seguimiento.
- Administración de vacunas
- Realización de pruebas técnicas: ECG, extracción de sangre, pruebas de embarazo, tiras de reactivas de orina, glucemia capilar, administración de medicamentos (IM, oral, SC, EV)
- Realización de cuidados tópicos
- Extracción de parásitos (tungues y miasis)
- Explicar e informar de la preparación necesaria para la realización de pruebas diagnósticas (RX, ecografías, cinta Graham, biopsia de piel)
- Educación para la salud individualizada (tratamiento de sarna, etc.)

TRATAMIENTO DE INFECCIONES TUBERCULARES LATENTES.

PRIMERA VISITA

Cuando el médico derive a una persona para iniciar el tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITAN) debe tenerse en cuenta:

-La persona estará aquí los 3 meses que el tratamiento dure

-Explicar que es un tratamiento preventivo y que no está enfermo

-Explicar bien el tratamiento:

- Duración 3 meses. Rifampicina + isoniacida
- Tomar 2 píldoras juntas cada mañana unos 20 minutos antes del desayuno
- Tendrá que llegar a controles periódicos en horario matutino
- A la mitad se realizará un análisis y al final una radiografía del tórax
- La orina se puede teñir de naranja
- Si es mujer, no puede quedar embarazada durante la duración del tratamiento, si usted toma ACO debe tener en cuenta que el efecto puede disminuir, por lo tanto, debe utilizar preservativo
- No tomar alcohol
- Si está de acuerdo con todo esto y desea hacer el tratamiento, firme el consentimiento informado y se le programará para realizar un seguimiento según el protocolo de TITBL de la UMTSID
- Se registra el escrito en un cuaderno. Introduzca una etiqueta de la persona en el cuaderno del registro, anote el número, el país de nacimiento, la fecha de inicio, la fecha de finalización y la fecha siguiente cita
- Cada visita de control seguirá el protocolo establecido. En medio del TITBL se solicitará control analítico y al final la solicitud de tórax RX

VISITAS SUCESIVAS

- Hacer prueba de Hamilton (siga las instrucciones), si es positivo (se convierte en naranja) No hay problema, si es negativo asegúrese de que toma adecuadamente el medicamento
- Preguntar si ha seguido bien el tratamiento o lo olvidó algún día, en este caso añadir los días al final del tratamiento
- Pregunte sobre la tolerancia a los medicamentos: dolor abdominal, vómitos, náuseas
- Si es una mujer, pregunte la última regla de la fecha
- Negociar la fecha de la próxima visita y dar el medicamento a esta fecha

- Por lo general, el segundo control está programado para hacer el análisis al tercer control que coincide con la mitad del tratamiento
- Cuando son unos 20 días para el final el medicamento se administra hasta el final, el RX del tórax se programa para cuando finaliza el tratamiento y se cita para el médico unos 4 días más tarde

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de (Tropical & Tuberculosis, 2014).

8.6 Entrevista de Enfermería Transcultural

El sistema sanitario y sobre todo en Atención Primaria la entrevista de enfermería, es una de las puertas de entrada del inmigrante a nuestra sociedad. “La contribución que los profesionales sanitarios podemos realizar a esta puerta de entrada es muy valiosa. La sensibilidad, la empatía y los valores interculturales de nuestra atención pueden ser uno de los medios más valiosos para favorecer la integración de la población inmigrante en nuestra sociedad. Dotarnos de medios, herramientas y capacidades para relacionarnos con personas de otras culturas es lo que nos hará profesionales competentes culturalmente”(Macipe Costa and Gimeno Feliu, 2011).

No se trata de aprender técnicas nuevas, ni capacidades diferentes con las que nos relacionamos con el otro, el otro siempre es diferente a nosotros. Es evidente que percibimos al inmigrante un poco más diferente, presuponiendo mayores diferencias y por lo tanto mayores dificultades en relación con él, cultura diferente, otra comprensión sobre la salud y el cuidado.etc. Lo cual no siempre es así. “ Si se profundiza y se mejoran las habilidades en relación con el inmigrante, es una oportunidad que nos hará mejorar nuestra atención a las personas no inmigrantes”(Macipe Costa and Gimeno Feliu, 2011).

En los casos de inmigrantes recién llegados o menores, es necesario fomentar la comunicación multidisciplinar y coordinada, en paralelo con el médico, con las organizaciones ACNUR, CEAR, Cruz Roja y centros de acogida de menores, para evitar sesgos en los tratamientos y pruebas diagnósticas.

Por ello es idóneo poner en práctica las habilidades necesarias para un enfoque holístico, centrado en el paciente (ver figura 16).

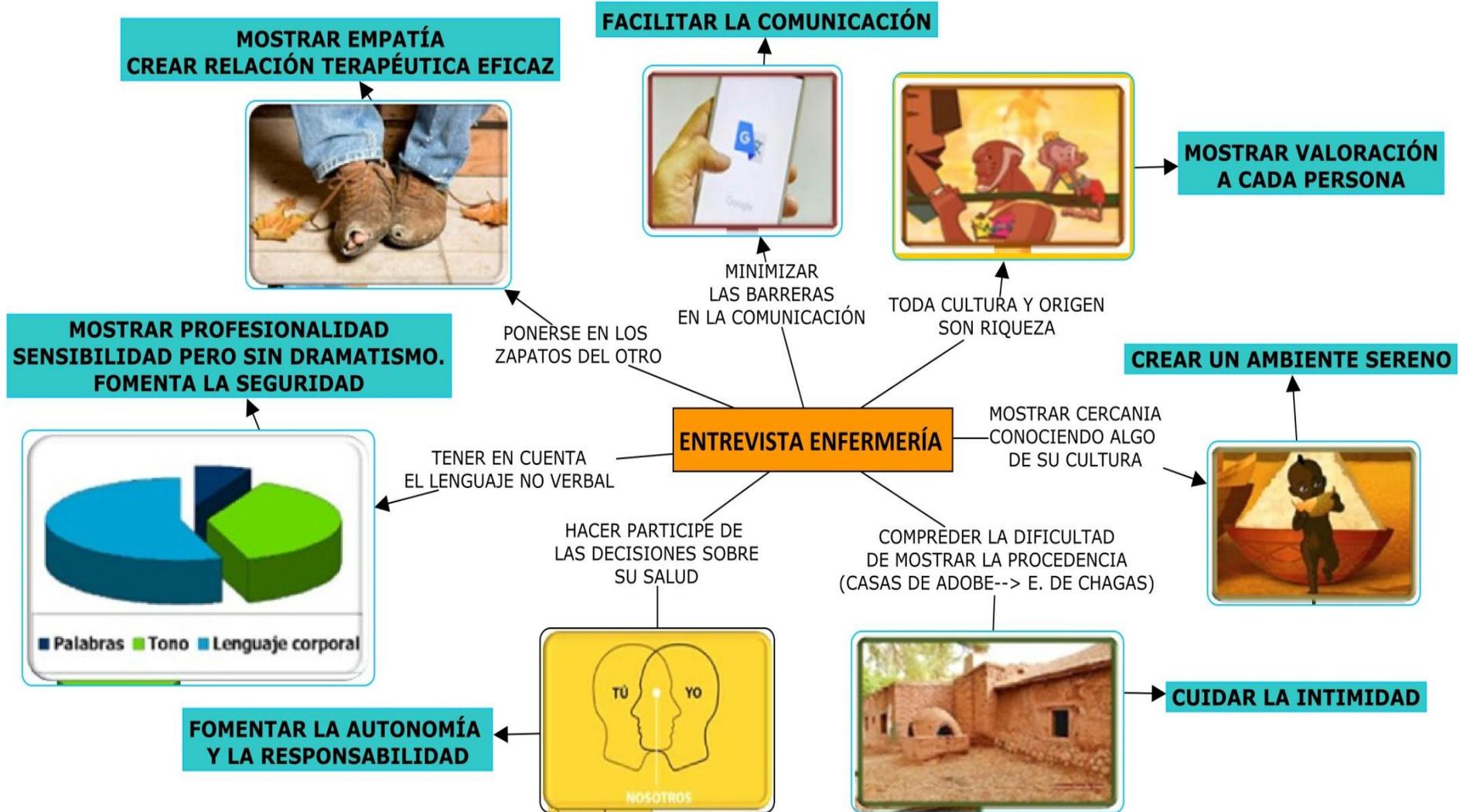


Figura 16. Mapa conceptual entrevista de enfermería
 Fuente: Elaboración propia

La siguiente tabla presenta los enlaces de interés para la atención al inmigrante, son recursos necesarios y herramientas que ayudan a obtener información y conocimientos competentes, disminuyendo la carga que supone para los profesionales sanitarios la atención a estas personas, y poder ofrecer una atención con calidad (Ver tabla 6).

Tabla 6. Enlaces de interés para la atención al inmigrante

ENLACES DE INTERÉS PARA LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE	
Protocolos y guías	<p>AEPap: https://www.aepap.org/</p> <p>Guía de inmigración y salud, Gobierno de Aragón: www.aragon.es (publicaciones)</p> <p>Manual de atención sanitaria a inmigrantes, Junta de Andalucía: www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf</p> <p>Protocolo integral de acogida a personas refugiadas en Navarra: https://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?CodigoCompleto=Observatorios@@@Estudios/Protocolo-acogida-refugiadas.pdf</p>
Materiales para pacientes	www.riec.es
Recursos varios	<p>Red ISIR: www.redisir.net</p> <p>Salud y cultura: www.saludycultura.uji.es</p>
Traductores	<p>www.universaldocor.com</p> <p>http://tradukka.com</p>
Consejos de alimentación	www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm .
Viajes, Calendarios vacunales, incidencias	<p>Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, La salud también viaja: https://www.diariodelviajero.com/espana/la-salud-tambien-viaja-guia-gratuita-del-ministerio-de-sanidad-espanol</p> <p>Viajar sano: https://www.viajarsano.com/</p> <p>Consejos al viajero, Gobierno de EE.UU.: http://wwwnc.cdc.gov/travel/</p> <p>Vacunas, AEP: www.vacunasaep.org</p> <p>OMS, International Travel and Health: www.who.int/ith/en/</p>
Otros	Problemas sociales. Gipi: www.elgipi.es/ciap.htm

Fuente: Elaboración propia, datos extraídos de Macipe Costa R.M. 2011.

8.7 Propuesta teórica de trabajo

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad la sociedad está formada por personas de diversas culturas, creencias, países, etc. Esta realidad se ha ido construyendo en mayoría por el fenómeno migratorio, en el cual, las personas huyen de sus lugares de origen por guerras, conflictos, pobreza extrema, etc. Ante esta realidad los profesionales sanitarios se enfrentan a un gran reto en los procesos de cuidados. Para ello es necesaria una formación competente que les ayude a poder abordar la realidad de las personas con excelencia en el cuidado.

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Impartir una sesión formativa a profesionales sanitarios sobre el cuidado transcultural y enfermedades tropicales e importadas.

Objetivos secundarios:

Formar y concienciar sobre el cuidado cultural y la Enfermería transcultural.

Proporcionar la formación básica sobre la influencia de la cultura en el proceso de salud de cada persona.

Facilitar los protocolos actualizados a seguir ante una posible enfermedad importada.

MATERIAL Y MÉTODO	
CONTENIDO	Conocimientos básicos sobre la influencia de la cultura en los proceso de salud de las personas. Formación sobre enfermería transcultural, enfermedades tropicales, principales enfermedades importadas y protocolos actualizados a seguir.
METODOLOGÍA	<p>Estará formado por una única sesión dividida en dos partes, por un descanso de 30 minutos, cada parte de dos horas, impartida a un grupo de máximo de 30 personas.</p> <p>En la 1ª parte se proporcionará conocimientos sobre la cultura, la influencia en las personas y la enfermería transcultural.</p> <p>En la 2ª parte constará de una charla coloquio informando de las enfermedades tropicales, principales enfermedades importadas y se facilitará formación sobre los protocolos actualizados.</p>
AGENTES DE SALUD	Enfermera, Médico de la UMTSID de Barcelona (Inés Oliveira Souto)
LUGAR	Colegio Oficial de Enfermería de Navarra
CRONOGRAMA	Curso académico 2020-21
RECURSOS	Ordenador, pizarra, proyector, Sala
GRUPO DIANA	Profesionales sanitarios

9. AGRADECIMIENTOS

Este TFG es el resultado de un trabajo colectivo de muchas personas, que durante estos años desde la entrega generosa de amor, han confiado y me han posibilitado todo lo que hoy se ve como fruto.

Agradecer a la Universidad Pública de Navarra por la posibilidad de la formación recibida de grado en Enfermería, por cada uno de los profesores que han pasado por las aulas. En especial a mi tutora Raquel Sáenz, por su entusiasmo por el tema del trabajo, por tanta dedicación y cuidado, porque todo ello no me ha dejado indiferente, sobre todo, por transmitir pasión por la vida, por su vocación enfermera, profesionalidad y su búsqueda en crear humanidad.

Gracias a Inés Oliveira, (mi asesora) principalmente por la amistad, a continuación por toda su generosa dedicación y orientación en este trabajo, por transmitir el amor y vocación por su trabajo y ahí en las personas. Gracias al equipo de UMTID el cual, me han dado la posibilidad de adquirir conocimientos desde la experiencia directa, que sin duda ha sido una experiencia única, despertando la sensibilidad y no me ha dejado indiferente.

Gracias a mis compañeros y amigos de camino Leire y Ángel, por los años vividos y compartidos, por vuestra amistad, vuestro apoyo y ayuda.

Gracias ante todo, a las personas que están en mi vida, a mi lado, a la Asociación POHUVIPRE, a la cual pertenezco, que han sufrido y gozado conmigo, pero ante todo han confiado siempre en mí, sin ello no hubiera sido posible.

Gracias a Cernin, por todo el apoyo, confianza, amor y cuidado, por tanto tiempo dedicado a correcciones, aportaciones, diálogos y tanta paciencia conmigo, pero sobre todo gracias por ti, por tu persona, por estar ahí, por enriquecerme tanto y posibilitar lo mejor de mí.

Gracias a mis padres Pedro y Catalina, por darme la vida, por la fortaleza en la corta vida de mi padre y la entrega generosa sin medida de mi madre, por la educación que de ellos he recibido y me ha hecho lo que hoy soy. Gracias a mis hermanos: Julia, Antonio, Domingo, Catalina, Juana, Petra, Fuensanta, José, Lali y mis sobrin@s. Todos formáis parte de mí y de este trabajo, Gracias.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2012). *Síndrome Del Duelo Migratorio Extremo*. 1–16. Recuperado en <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/01/ACHOTEGUI-PDF.pdf>
- ACNUR. (1951). Convención de Ginebra. Recuperado en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/B DL/2001/0005>
- ACNUR. (1967). Protocolo sobre el estatuto de refugiados, Nueva York. Recuperado en <https://www.acnur.org/5b076dcd4.pdf>
- ACNUR. (2015). *Tendencias Globales. Forzados a huir*. Recuperado en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf?file=fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627%0D>
- ACNUR. (2019a). ACNUR. Recuperado en <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5d09c9414/el-desplazamiento-global-supera-los-70-millones-de-personas-y-el-alto-comisionado.html>.
- ACNUR. (2019b). *Crisis en Venezuela*. Recuperado en <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html%0D>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2000). Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero. Recuperado en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2009). Ley 12/2009 de 30 de Octubre. Recuperado en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-17242>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2011). Real Decreto 557/2011, de 20 de abril. Recuperado en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7703>

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2019). Real Decreto-ley 7/2018. Recuperado en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752
- Ángel, M., & Torres, M. (2008). *Un mediterráneo en movimiento. esclavos y comercio en el continente africano (siglos xvi, xvii, xviii)*. 213–234.pdf.
- Angustias, M., Jeda, S. Á., Obles, A. S. E., Ángel, M., Igil, G. A., & Rrebola, I. A. L. (2018). *Enfermería Transcultural . profesionales de Enfermería en España*. 27(4), 1–4.pdf.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. J., & García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244–251. Recuperado en <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
- Bauman, Z. (2016). *Extraños llamando a la puerta* (Paidós Iberica, Ed.). España.
- Belintxon Martin, M. (2017). *El cuidado de un mundo globalizado : Enfermeras y familias en el encuentro cultural* (1ª; EUNSA, Ed.). España.
- Berger, P. y L. T. (1995). *La construcción social de la realidad* (1º; Amorrortu, Ed.). Buenos Aires.
- Bio, D. P. (2019). *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas*. (c), 167–183.pdf.
- Bohannan Paul, G. M. (2007). *Antropología. Lecturas* (2º; MCGAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, Ed.). España.pdf.
- Carmona, R., AlcázarAlcázar, R., Sarría-Santamera, A., & Regidor, E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Revista Espanola de Salud Publica*, 88(1), 135–155. Recuperado en <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000100009>
- Castellanos, B. E., & Paravic-klijn, T. (2017). *La transculturalidad, elemento esencial*

- para mejorar la atención en salud y de enfermería 1. 18.* Recuperado en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>
- Cattáne, G. R. (2013). *La teoría social de Pierre Bourdieu*. Recuperado en <http://www.unsta.edu.ar/wp-content/uploads/2013/05/Clase-15-La-teoría-social-de-Pierre-Bourdieu.pdf>
- CEAR. (2019a). Derecho de asilo. Recuperado en <https://www.cear.es/derecho-de-asilo/>
- CEAR. (2019b). *INFORME 2019: Las personas refugiadas en España y Europa*. Recuperado en <http://www.cear.es/informe-anual-2019/>
- CIE. (2019). Definiciones. Recuperado en <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Colley, D. G., Bustinduy, A. L., Secor, W. E., & King, C. H. (2014). Human schistosomiasis. *The Lancet*, 383(9936), 2253–2264. Recuperado en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61949-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61949-2)
- Consejo económico y social de España. (2019). *LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA : EFECTOS*. Recuperado en [file:///C:/Users/user/Desktop/bibliografia TFG/bibliografia/Inf0219.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/bibliografia%20TFG/bibliografia/Inf0219.pdf)
- Dado, R. (2015). *La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural*. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
- Delcor, N. S. (2018). *Enfermedades infecciosas en inmigrantes en situación social de vulnerabilidad*. *Enfermedades infecciosas en inmigrantes en situación social de vulnerabilidad.pdf*.
- Diario Oficial de la Unión Europea. (2013). Reglamento de Dublín. Recuperado en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/Es/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013R0604&from=EN>

- Dirección general de política interior. (2018). *Oficina de asilo y refugio*. Recuperado en http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo_en_cifras_2018_126150899.pdf/bd2b18d8-bacf-4c2a-9d08-e1952d53a10a
- Feito Grande, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3), 167–174. Recuperado en [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71104-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71104-9)
- Fornons Fondevila David. (2010). *Madelein Leininger. Claroscuro transcultural*. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es#back
- Fuertes, M. C., Elizalde, L., de Andrés, M. R., García Castellano, P., Urmeneta, S., Uribe, J. M., & Bustince, P. (2010). Atención al paciente inmigrante: Realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 179–190. Recuperado en <https://doi.org/10.4321/s1137-66272010000300006>
- Gobierno de España. (2019). Portal de estadística. Recuperado en <http://www.mitramiss.gob.es/es/estadisticas/novedades/todas/index.htm>
- Imaz Iglesia, I., García San Miguel, L., Blasco Hernandez, T., Martín Agueda, B., González-Enriquez, J., Ayala Morilas, L. E., ... Sarría Santamera, A. (2015). *Evaluación económica de distintas estrategias de cribado de la enfermedad de Chagas en España. IPE 2015/72. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Madrid*. 60.pdf.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2019). *INE. Nota de prensa 2019. 632*, 1–11. Recuperado en <https://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
- Inmaculada, J., & Pérez, F. (2018). *Humanization of health : A challenge for the health system in multicultural contexts Conflicto de intereses Ninguno declarado por la autora . Referencias*. 3, 14–15.pdf.

- Innerarity, C., & Acha, B. (2010). Los discursos sobre ciudadanía e inmigración en Europa: Universalismo, extremismo y educación. *Política y Sociedad*, 47(2), 63-84–84. Recuperado en <https://doi.org/10.5209/POSO.22742>
- Institut Catalá de la Salut. (2019). *Programa de salud internacional*.pdf.
- International Committee of the Red Cross. (2019a). Guerra de Irak. Recuperado en <https://www.icrc.org/es/donde-trabajamos/medio-oriente/irak/refugiados-desplazados>
- International Committee of the Red Cross. (2019b). *Guerra de Siria*. Recuperado en <https://www.icrc.org/es/donde-trabajamos/medio-oriente/siria>
- IOM. International Organization for Migration. (2019). Glossary on migration,.
- Izabela, Grabowska, •, Michał, P., Garapich, ... Radziwinowiczówna. (2017). *Migrants As*.
- Leininger, M. (1999). *Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y aptitudes de la enfermería transcultural*. 6, 5–8. Recuperado en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M. B., & Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de lapoblación inmigrante en España. *Revista Espanola de Salud Publica*, 88(6), 715–734. Recuperado en <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000600005>
- Luque, A. G., & Díaz, L. B. (2019). *Enfermedades importadas en España : dificultades en la atención sanitaria Imported diseases in Spain : difficulties in health care*. 582–594.pdf.
- Macipe Costa, R. M., & Gimeno Feliu, L. A. (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 299–319. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=en

- Mason, D. M. (2016). *Atendiendo a los más desfavorecidos: empleo del capital social de vinculación para mejorar el acceso a la atención sanitaria de los migrantes irregulares en España*. 1(2018), 72–84.pdf.
- Molina, I., Salvador, F., & Sánchez-Montalvá, A. (2016). Actualización en enfermedad de Chagas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(2), 132–138. Recuperado en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.12.008>
- Moreno Preciado, M. (2008). *El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*. (1ª; Bellaterra, Ed.). España.
- Muniz Toyos, N. (2014). *Cuidados enfermeros y coherencia cultural*. 8, nº1. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- National Geographic. (2017). *Historia de las migraciones Humanas*. Recuperado en https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/actualidad/los-seres-humanos-emigraron-desde-africa-hace-60000-anos-debido-cambio-brusco-del-clima_11968%0D
- OMS. (n.d.). *Esquistosomiasis*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>
- Organización Mundial de la salud. (2019). *No Title*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *No Title*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
- Peña, A. A. (2017). Cartas al director. *Medicina Preventiva*, 16(2), 37.pdf.
- Pérez-Arellano, J., & Carranza-rodriuez, C. (2016). Estrategias de cribado en población inmigrante recién llegada a España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(1), 45–52. Recuperado en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.11.001>

- Plaza del Pino, F. J. (2014). *Cuidando a pacientes musulmanes: las fronteras de la enfermería en la comunicación intercultural*. Recuperado en <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upnasp-ebooks/detail.action>
- Plaza del Pino, F. J. (2017). *Comunicación, cuidado y vida en la Diversidad. Una propuesta de formación intercultural*.pdf.
- Roca Saumell, C. (2016). *Estudio basico del paciente inmigrado*. Recuperado en http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_6474.pdf
- Rodríguez-jiménez, S., Cárdenas-jiménez, M., & Pacheco-arce, A. L. (2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería*. 11(4), 145–153.pdf.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 191–198. Recuperado en <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>
- Stiven, E., & Escobar, C. (2018). *La migración como proceso de transformación territorial: una mirada teórica*. Recuperado en [file:///C:/Users/user/Desktop/bibliografia TFG/bibliografia/La-migracion-como-proceso-de-transformacion-territorial-una-mirada-teorica.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/bibliografia%20TFG/bibliografia/La-migracion-como-proceso-de-transformacion-territorial-una-mirada-teorica.pdf)
- The Guardian. (2017). Why Pakistan and India remain in denial 70 years on from partition. Recuperado en <https://www.theguardian.com/world/2017/aug/05/partition-70-years-on-india-pakistan-denial>
- Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: Um desafio para enfermeiras nos serviços hospitalares. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499–503. Recuperado en <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Tropical, U. D. M., & Tuberculosis, U. De. (2014). *Manual d' acollida al professional d' infermeria del Programa Especial de Malalties Internacionals Vall d' Hebron – Drassanes*. 1–36.pdf.
- UNESCO. (n.d.-a). *Articulo 4-5*. Recuperado en <http://portal.unesco.org/es/ev.php->

URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO. (n.d.-b). Definición de Cultura. Recuperado en <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>

UNHCR. ACNUR. (2019). Recuperado en <https://www.acnur.org/es-es/noticias/noticia/2019/10/5d9b94344/se-necesita-una-vision-mas-amplia-para-abordar-el-desplazamiento-forzado.html%0D>

UNHCR. (2019). Guerra de los Balcanes. Recuperado en <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/historias-de-vida/guerra-de-los-balcanes-uno-de-los-peores-conflictos-de-la-historia>

11. ANEXOS

Anexo 1. Índice de acrónimos

UE: Unión Europea

OIM: Organización Internacional de Migración

CEAR: Comisión Española de Ayuda al Refugiado

ACNUR: Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados

UNESCO: (Siglas en inglés: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas

AP: Atención Primaria

CDC: Centros para el control y prevención de enfermedades (siglas en inglés Centers for Disease Control and Prevention)

ITBL: Infección de Tuberculina Latente

PT: Prueba de Tuberculina

VFR: Visiting Friends and relatives (visitar a sus familiares y amigos)

UMTSID: Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes

MENA: Menor Extranjero No Acompañado

Anexo 2. Concepto y definiciones

Definiciones

Es importante en el desarrollo del trabajo tener en cuenta la diferencia de algunas palabras claves ante el fenómeno migratorio, por la singularidad de cada persona y situación en la que cada una de ellas se ve obligada a vivir.

Extranjero: Persona nacida en un país diferente al que nació y en el que residirá de forma prolongada (un año), lo que excluye a viajeros.

Extranjero regularizado: Extranjero que ha obtenido la nacionalización o el permiso de residencia o trabajo.

Inmigrante: Extranjero que no ha obtenido la nacionalización o el permiso de residencia o trabajo.

Inmigrante irregular: Inmigrante que no cumple con las condiciones de refugiado o demandante de asilo.

Migración: proceso en el que cualquier persona cruza una frontera internacional o se desplaza dentro de su territorio nacional independiente de su situación legal, motivo o la duración.

Migración laboral: Movimiento de personas del Estado de origen a otro con un fin laboral. La migración laboral está por lo general regulada en la legislación sobre migraciones de los Estados. Algunos países asumen un papel activo al regular la migración laboral externa y buscar oportunidades de trabajo para sus nacionales en el exterior.

Emigración: Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier país, incluido el suyo. Solo en determinadas circunstancias, el Estado puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales.

Desplazados internos: personas forzadas a dejar sus hogares, generalmente por situación de violencia, pero que no han atravesado la frontera de un estado reconocido internacionalmente.

Migrante económico: persona que deja su hogar en busca de mejoras en su nivel de vida, en un país distinto del de origen.

Migración forzosa: Término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas. (Por ejemplo, movimientos de refugiados y de desplazados internos, así como personas desplazadas por desastres naturales o ambientales, desastres nucleares o químicos, hambruna o proyectos de desarrollo).

Refugiado: persona que teme por su vida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas y es acogido en otro país en respuesta a la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de Nueva York de 1967.

Refugiados retornados: Son ex refugiados que han regresado a su país de origen, espontáneamente o de manera organizada, pero que aún no se han integrado plenamente. Este retorno normalmente solo tendría lugar en condiciones de seguridad y dignidad. Readmisión. Acto del Estado por el cual acepta el reingreso de una persona (nacional, de otro país o apátrida) que ha sido considerada ilegal al ingresar o al estar presente en otro Estado.

Reasentamiento: Reubicación e integración de personas (refugiados, desplazados internos, etc.) en otra área geográfica, generalmente en un tercer país. Es el asentamiento duradero de refugiados en un país distinto al de refugio. Este término abarca generalmente la parte del proceso que se inicia con la selección de refugiados a ser reasentados y que concluye con la ubicación de refugiados en una comunidad en el país del reasentamiento.

Apátrida: persona a la que ningún país reconoce su nacionalidad.

Fuga de cerebros: pérdida de personas capacitadas o con talento de su país de origen.

Solicitante de asilo: una persona que solicita protección por temer por su vida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, y aguarda por la relación del país de acogida.

(IOM.International Organization for Migration, 2019).

Corriente migratoria: Cantidad de migrantes que se mueve o está autorizada a moverse desde o hacia un país para tener acceso al empleo o establecerse por un periodo de tiempo determinado.

Libertad de circulación: Este derecho está basado en tres elementos fundamentales: libertad de circulación en el territorio de un Estado, derecho a salir, y a regresar a su propio país (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Reunificación familiar: Proceso por el cual los miembros de un grupo familiar separados forzosamente o por migración voluntaria, se reagrupan en un país distinto al del origen. La admisión es discrecional por parte del Estado receptor.

Anexo 3. Vacunas a tener en cuenta para repasar y actualizar en el inmigrante adulto.

Vacunas	Recomendaciones
Tétanos-difteria (Td)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
Neumococo (VPn)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
Gripe (VAG)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
Meningococo C (MCC)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Se recomienda una dosis de vacuna MCC a los menores de 20 años no vacunados.
Triple vírica (TV)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Las personas nacidas después de 1966 que no hayan padecido la enfermedad deben tener administradas 2 dosis de triple vírica. Debe investigarse el estado de vacunación de la población femenina fértil de manera sistemática, en especial a inmigrantes. En caso de falta de evidencia o dudas sobre la vacunación se procederá a ella (descartando embarazo actual y evitándolo en las 4 semanas posteriores a la vacunación). No es preciso llevar a cabo serología previa.
Virus de la hepatitis B (VHB)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Se destacan dos de las indicaciones de la vacunación para el VHB por el riesgo que comportan: 1. Personas que viajan a países endémicos durante más de 6 meses, o menos tiempo si prevén tener relaciones sexuales 2. Grupos étnicos con elevada prevalencia y emigrantes de zonas de alta endemia (v. mapa en fig. 1).
Virus de la hepatitis A (VHA)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Indicada en pacientes no vacunados y que no han pasado la enfermedad, originarios de países endémicos (fig. 2) cuando prevean realizar viajes al país de origen.
Virus de la poliomielitis, vacuna inactivada (VPI)	Indicaciones idénticas a las de la población adulta española, según el calendario vacunal vigente del Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf Indicada en pacientes no vacunados y originarios de países endémicos del virus de la polio salvaje (Pakistán, Afganistán y Nigeria) ante la posibilidad de viajar de nuevo al país de origen. Si nunca han recibido la vacuna, primovacunar con tres dosis (a los 0, 1 y 6 meses). Si recibieron vacunación previa hace más de 10 años, administrar una dosis de recuerdo. Permanecer alerta ante las personas que programen viajar a zonas con brotes aislados de poliomielitis (fig. 3).

Anexo 4. Protocolos de cribado a embarazadas, Enfermedad de Chagas

CATALUÑA

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/C/chagas/documents/arxiu/protcolcribratgeidiagnostic_cast.pdf

VALENCIA

<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V-5243-2008.pdf>

GALICIA

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/650/Protocolo%20de%20cribado%20da%20enfermidade%20de%20Chagas%20en%20mulleres%20embarazadas.pdf>

Anexo 5. Ley de autonomía del paciente y Código ético de enfermería

Ley de autonomía del paciente: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Código ético de Enfermería: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>

Anexo 6. Definiciones para la comprensión de la teoría de Madeleine Leininger

Cultura: Es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales: Son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales: Alude a la variación y/o diferencia que existe en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Salud: Indica un estado de bienestar que se define, valora, practica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Visión del mundo: Es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o el entorno que le rodea.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al cambio.

Cuidados coherentes culturalmente: Son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

Anexo 7. Certificado de la UPNA para periodo de formación en la UMTSID



Facultad de Ciencias de la Salud

Osasun Zientzien Fakultatea

Raquel Sáenz Mendía, con DNI. 44.624.317Q, profesora del Departamento de Ciencias de la Salud, Área de Enfermería, de la Universidad Pública de Navarra.

Hace constar:

Que la alumna María Dolores Martínez va a realizar un período de formación en la unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional de Drassanes adscrita al Hospital Vall Hebron, en relación con la elaboración de su Trabajo de Fin de Grado.

Durante este período contará con la figura de Inés Oliveira Souto como asesora externa del TFG.

Y para que surta los efectos precisos allí donde sea necesario, lo firmo en Pamplona, Navarra, 18 de Julio.

Fdo. Raquel Sáenz



Anexo 8. Certificado de UMTSID



Barcelona a 27 de diciembre de 2019

A quien corresponda:

La estudiante de diplomatura de enfermería *María Martínez Segura* ha realizado una rotación de 15 días con el equipo de Vall d'Hebrón-Drassanes de Medicina Tropical y Salud Internacional del Programa de Salud Internacional del ICS en Barcelona durante septiembre 2019.

Atentamente,

Dra. Inés Oliveira Souto
Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Programa de Salud Internacional de l'ICS (PROSICS)
Hospital Universitario Vall d'Hebrón.
Carrer de Sant Oleguer, 17 1er., 08001 Barcelona
Tel 934 894 408
ioliveira@vhebron.net