



ORIGINAL

Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales

Joan Llosada Gistau^{a,*}, Imma Vallverdú Duch^a, Mònica Miró Orpinell^b, Carolina Pijem Serra^a y Àlex Guarga Rojas^b

^a Consorci Sanitari de Barcelona, Barcelona, España

^b Regió Sanitària de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 8 de abril de 2010; aceptado el 7 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 30 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Servicios sanitarios;
Desigualdades;
Investigación
cualitativa

Resumen

Objetivo: Conocer, desde el punto de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los distintos colectivos de inmigrantes.

Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo y fenomenológico realizado en Barcelona entre septiembre y diciembre de 2007.

Emplazamiento: El estudio se situó en las 6 áreas básicas de salud de Barcelona que tienen un mayor porcentaje de población inmigrante y en 3 hospitales públicos.

Participantes y/o contexto: 73 profesionales de atención primaria y hospitalaria. Se realizó un muestreo teórico de informantes que definieron 4 perfiles profesionales: cargos directivos o coordinadores, médicos, personal de enfermería y mediadores culturales.

Método: Se realizaron 7 grupos de discusión y 12 entrevistas semiestructuradas a los profesionales. Las entrevistas y grupos se analizaron mediante el análisis narrativo del contenido.

Resultados: Según los profesionales, los pacientes inmigrantes no encuentran barreras que les dificulten el acceso a los servicios sanitarios. Es unánime la percepción de que el servicio de urgencias es su principal puerta de acceso y que la mayoría de pacientes inmigrantes hacen una menor continuidad asistencial. Por último, los profesionales detectan diferencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios según el origen y según el grado de integración social del colectivo en destino.

Conclusiones: Los profesionales atribuyen el mayor uso de urgencias, el acceso tardío a los servicios sanitarios y la poca continuidad asistencial a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y a aspectos relacionados con la inclusión social. Son necesarias estrategias de inclusión social para disminuir las desigualdades.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: llosada.gistau@gmail.com (J. Llosada Gistau).

KEYWORDS

Immigration;
Health services;
Inequalities;
Qualitative research

The access to health services and their use by immigrant patients: the voice of the professionals**Abstract**

Objective: To find out, from the health professionals' point of view, how different immigrant groups access and use the health services.

Design: Qualitative, descriptive and phenomenological study carried out in Barcelona between September and December of 2007.

Setting: The study was carried out in the 6 Basic Health Areas of Barcelona, where there is a higher percentage of immigrant population, and in 3 public hospitals.

Participants: A total of 73 hospital and primary health care professionals. Theoretical sampling was carried out on respondents who defined 4 professional profiles: directors or coordinators, physicians, nurses, and cultural mediators.

Methods: There were 7 debate groups and 12 partly-structured interviews. Both the interviews and groups were analysed by a narrative analysis of the content.

Results: The outcomes indicate that, according to the professionals, the immigrant patients do not find barriers that can make their access to health services more difficult. The perception that the emergency service is their main access gate for them is unanimous, as well as that most of the immigrant patients have less continuity of care. Finally, professionals detect differences in the access and use of health services depending on their origin and the level of social integration of the immigrant group.

Conclusions: Professionals attribute a higher use of emergencies, late access to the health services, and less continuity of care, to a series of factors related to economic precariousness and to aspects related to the social inclusion. There is the room for social inclusion policies to reduce these inequalities.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El impacto de los movimientos migratorios, fruto de las desigualdades que genera la globalización, ha dibujado un paisaje multicultural en las principales ciudades de los países desarrollados¹. En 2007, el número de personas de nacionalidad extranjera en Barcelona era de 259.760 representando el 16,2% del total de ciudadanos empadronados. Además, en los primeros 7 años del siglo XXI, la población inmigrante ha crecido en la ciudad un 386,2%^{2,3}.

Esta situación ha transformado la realidad social de Barcelona, generando nuevos retos y necesidades que afectan a los distintos pilares en los que se apoya el estado del bienestar (educación, mercado de trabajo, salud, etc.). En el ámbito de la salud, la atención a estos colectivos plantea nuevos retos al sistema sanitario, que deben ser identificados y a los que se debe ofrecer respuestas⁴. El diagnóstico de salud de la población inmigrante es una condición necesaria pero no suficiente para abordar la problemática de la inmigración. Hace falta acompañar este diagnóstico del estado de salud de un diagnóstico de servicios que recoja las nuevas necesidades planteadas por estos colectivos. Poner el acento en los servicios sanitarios se justifica porque mientras que los primeros estudios sobre inmigración y salud se centraron principalmente en la enfermedad, la proliferación de éstos ha permitido detectar que los principales problemas de la población inmigrante en el ámbito de la salud tienen que ver, sobre todo, con la accesibilidad a los servicios sanitarios⁵⁻⁸.

Además, estos colectivos suelen presentar peores indicadores socioeconómicos, por lo que pueden ser más

vulnerables a las enfermedades y tener mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios. Por tanto, en el binomio inmigración y salud estamos, seguramente, ante una situación de desigualdades sociales relacionadas con la salud^{5,9,10}.

El objetivo del presente trabajo es conocer desde el punto de vista de los profesionales de la salud, cómo acceden y utilizan los servicios sanitarios los distintos colectivos de inmigrantes, detectar las dificultades y facilidades de acceso al sistema sanitario, conocer la puerta de entrada que utilizan para acceder al sistema, la continuidad asistencial que ejercen o la relación que se establece entre profesional y usuario.

Participantes y métodos**Diseño**

Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva y de carácter fenomenológico con el objetivo de recoger el conjunto de perspectivas y valores socialmente compartidos por los profesionales de la salud que configuran el imaginario del grupo social al cual pertenecen. La recogida de datos se hizo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión entre septiembre y diciembre de 2007.

Muestra, participantes y/o contexto

El estudio se situó en las 6 áreas básicas de salud (ABS) de Barcelona que tienen un mayor porcentaje de población

Tabla 1 Peso de la población de origen inmigrante en las áreas básicas de salud seleccionadas. Barcelona, 2007

Distrito	Área Básica de Salud	Población total	Población inmigrante	%
Ciutat Vella	1D Raval Sud	34.678	13.900	40,1
	1C Gòtic	17.665	3.370	19,1
Sants-Montjuïc	3A Les Hortes Poble Sec	27.104	5.030	18,6
	3B Poble Sec Montjuïc	25.746	4.311	16,2
Eixample	2B Via Roma	32.652	3.695	11,3
	2D Universitat	19.991	2.699	13,5

Fuente: Registre General d'Assegurats, 2007.

inmigrante (tabla 1) y en 3 hospitales públicos de la ciudad (Hospital del Mar, Hospital Clínic i Hospital Sant Joan de Déu). En los hospitales, se seleccionaron los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia porque a partir de la realización de dos entrevistas previas con informantes clave (una mediadora cultural y un responsable de atención al usuario) y de la bibliografía revisada, se observó que estos servicios hospitalarios atendían el mayor número de pacientes inmigrantes^{4,11-13}. Se realizó un muestreo teórico de informantes de estos centros y/o servicios, y se definieron 4 perfiles profesionales con posibles discursos diferentes: cargos directivos o coordinadores de los centros, médicos, personal de enfermería y mediadores culturales en el ámbito de la salud.

Se realizaron 12 entrevistas en profundidad y 7 grupos de discusión siguiendo un guión con distintos apartados: la percepción sobre la población inmigrante, el acceso a los servicios sanitarios, el uso de los servicios y la atención dispensada por los mismos profesionales a los pacientes inmigrantes. En total participaron del trabajo de campo 73 profesionales.

Las entrevistas semiestructuradas de unos 60 min de duración se realizaron a 2 tipos de perfiles profesionales. Se entrevistó individualmente a cargos directivos de los servicios hospitalarios seleccionados, coordinadores de los centros de atención primaria (CAP) y 4 mediadores culturales de los colectivos inmigrantes mayoritarios (marroquíes, pakistaníes, chinos y sudamericanos) porque se consideró que la figura del mediador debía tenerse en cuenta por su posición estratégica como «informador privilegiado» entre el sistema sanitario y los inmigrantes (tabla 2).

Los grupos de discusión, de entre 8 y 10 participantes y de unos 90 min de duración, se organizaron a partir de 2 criterios. En los hospitales, los grupos fueron homogéneos en su composición, desde el punto de vista del perfil profesional y heterogéneos desde el punto de vista de la especialidad para conocer los discursos en las dos vertientes. En los grupos de discusión de atención primaria, en cambio, se optó por juntar en un mismo grupo profesionales distintos (médicos y enfermeros) de los CAP de un mismo distrito porque nos interesaba conocer las opiniones de los profesionales en torno a los principales colectivos inmigrantes que viven en cada distrito seleccionado (tabla 3).

Los grupos de discusión y las entrevistas se llevaron a cabo en los mismos centros de salud donde trabajaban los entrevistados, la participación fue voluntaria y la confidencialidad y anonimato de los datos fueron garantizados.

Análisis de los datos

Todas las entrevistas y grupos de discusión fueron registrados con el consentimiento de los participantes. Se realizaron las transcripciones sistemáticas y literales de las grabaciones. La información se analizó mediante el análisis narrativo del contenido¹⁴ con el soporte del programa informático Atlas-ti. Tras sucesivas lecturas de las transcripciones y la formulación de las primeras intuiciones, se codificaron los datos y se analizaron las distintas categorías. Se agruparon los resultados obtenidos en un marco explicativo y se comprobó su validez contrastando los hallazgos con los datos originales. El peso del análisis lo llevaron 3 investigadores y los resultados se discutieron con todo el equipo investigador. Los procedimientos de rigor seguidos (triangulación, saturación, contraste de los hallazgos con los datos originales, etc.) constituyen un indicador de validez de los resultados.

Tabla 2 Relación de las entrevistas semiestructuradas realizadas según perfil profesional y servicio sanitario

Hospitales	Perfil profesional
<i>Hospital del Mar</i>	- Coordinador del servicio de urgencias - Coordinador del servicio de medicina interna - Mediadora de nacionalidad pakistaní - Mediadora de nacionalidad pakistaní - Mediadora de nacionalidad marroquí
<i>Hospital Clínic</i>	- Adjunto del servicio de obstetricia y ginecología - Ginecóloga
<i>Área Básica de Salud (ABS)</i>	
1D Raval Sud	- Coordinadora del equipo de atención primaria
2D Universitat	- Coordinador del equipo de atención primaria
Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)	
ASSIR Drassanes	- Comadrona
ASSIR Manso	- Comadrona
Servicio sanitario específico	
Unitat de Malalties Tropicals i Importades	- Agente de salud de nacionalidad marroquí

Tabla 3 Relación de los grupos de discusión realizados según perfil profesional y tipo de servicio sanitario

Hospitales	Perfil profesional
<i>Hospital del Mar</i>	Un grupo (7 médicos)
<i>Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues</i>	Un grupo (10 profesionales de enfermería) Un grupo (9 médicos) Un grupo (8 profesionales de enfermería)
Área Básica de Salud (ABS)	
<i>Ciutat Vella</i>	
1D Dr. Sayé	Un grupo (3 médicos de familia, 4 profesionales de enfermería y 1 asistente social)
1C Gòtic	
Sants-Montjuïc	
3A Les Hortes-Poble Sec	Un grupo (4 médicos y 4 profesionales de enfermería)
3B Poble Sec-Montjuïc	
<i>Eixample</i>	Un grupo (3 médicos de familia, 3 profesionales de enfermería y un asistente social)
2B Via Roma	
2D Universitat	

Resultados

Consideraciones generales de los profesionales de la salud

La mayoría de los profesionales de la salud entrevistados consideran que el acceso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes no presenta ningún tipo de barrera y que los miembros de estos colectivos no encuentran ninguna dificultad para tramitar la tarjeta sanitaria individual (TSI):

«Yo pienso que no hay barrera, yo pienso que no, si no hablan catalán o español facilitamos un mediador cultural que habla su idioma... de hecho ponemos más facilidades aún ¿no? Para que no tengan ninguna barrera de acceso al hospital...» (Coordinador de Urgencias, entrevista).

También tienen la percepción esos profesionales de que, en los últimos años, ha habido un aumento muy considerable de pacientes inmigrantes en los servicios sanitarios, sobre todo en algunos Equipos de Atención Primaria:

«[...] Es que comparar con los de aquí tampoco lo podemos hacer porque no tenemos gente de aquí, tenemos muy pocos, ¿me entiendes?» (Médico de familia, entrevista).

L: «Un 83%, aproximadamente, en Drassanes, entre el 80 y el 83% de embarazadas eran extranjeras, pakistaníes mayoritariamente, y después sudamericanas, muchas, muchas.» (Comadróna, entrevista).

Otra concepción bastante común entre los profesionales de la salud y que resaltan las mediadoras culturales es que parte de los pacientes de los distintos colectivos de origen inmigrante no conocen bien el funcionamiento del sistema sanitario:

«Como no conocen los servicios, no saben que hay CAP para ir a pediatría, no saben cómo funciona el sistema sanitario, aquí.» (Mediadora).

Los distintos perfiles profesionales consideran también que el servicio de urgencias de los hospitales es la principal puerta de acceso a los servicios sanitarios de la mayoría de estos colectivos:

«Los pakistaníes... nos utilizan como puerta de entrada al sistema sanitario (urgencias), no van a su médico de cabecera y vienen aquí, y los marroquíes también...» (Coordinador de Urgencias, entrevista).

En lo que se refiere al seguimiento asistencial, aunque hay opiniones en ambas direcciones, se impone ampliamente la opinión que los pacientes inmigrantes hacen una continuidad asistencial menor que los autóctonos:

D: «La gente de aquí en general son más disciplinados eh... el inmigrante a ver, si no tiene problemas después de ser visitado no realiza la continuidad asistencial, si tiene problemas después muchas veces en lugar de seguir los circuitos establecidos a lo mejor vuelve a urgencias. Digamos que es un frecuentador de Urgencias. En fin, yo creo que no son muy disciplinados eh en el seguimiento.» (Coordinador de Urgencias, entrevista).

A: «La voluntad de seguir las indicaciones existe pero a veces lo que pasa es que tienes que adaptarte mucho a las circunstancias familiares... hay gente que vive lejos, que no tiene medio de transporte, o que no tiene recursos económicos y acabas haciendo un seguimiento a la carta porque muchas veces ellos son incapaces de seguir una rutina como harías con una persona de aquí.» (Médico, grupo de Discusión).

El acceso y uso de los servicios sanitarios según el origen del colectivo

Los profesionales de la salud señalan diferencias en el acceso a los servicios sanitarios según el origen del colectivo. Parece que los sudamericanos acceden en mayor medida a los centros de atención primaria que el resto, y

los profesionales lo justifican por el dominio de la lengua y el mejor conocimiento del sistema sanitario:

«M: [...] los sudamericanos supongo que como entienden más y mejor pues saben que tienen que ir al médico de cabecera, pero los otros, que no se enteran tanto, seguramente van a urgencias.» (Médico de familia, grupo de Discusión).

También creen que los pacientes de origen sudamericano son mayoritariamente hiperfrecuentadores de recursos y muy demandantes:

«M: Al principio cuando vienen piden de todo, vienen por una cosa y te piden diez, quince, veinte cosas, y cuando acabas, más cosas... quieren especialistas, análisis de sangre...nunca acaban.» (Médico de familia, grupo de Discusión).

Opinan, en cambio, que los pacientes de origen chino acceden muy tarde a los servicios sanitarios, sólo cuando la enfermedad está ya en un estado avanzado. Piensan que esto es porque en muchas ocasiones el colectivo chino utiliza su medicina tradicional para abordar los problemas de salud y sólo cuando no pueden hacer frente a la enfermedad acceden a los servicios sanitarios, y especialmente, al servicio de urgencias:

«U: [los chinos] acuden a la medicina occidental cuando realmente su [...] son gente muy jerárquica, mucho, mucho. Y cuando realmente su forma de entender la medicina en casa tienen muchísimos... nosotros hemos perdido la posibilidad ésta de hacer frente a una diarrea, no sé... en cambio ellos son capaces de controlarse una fiebre, una diarrea, unos vómitos y sólo vienen [a urgencias] cuando realmente están enfermos.» (Médico de Urgencias, grupo de Discusión).

También creen que los pacientes de origen marroquí y pakistani acceden muy tarde a los servicios sanitarios. Las razones en estos 2 colectivos quizás se explican por la precariedad laboral y económica de muchos de sus miembros, que hace que antepongan otras prioridades a la salud y accedan cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado:

«Los inmigrantes aunque parece que los ves mucho en los médicos no van mucho. No van mucho porque tienen otras preocupaciones que la salud, tienen primero el trabajo... sobre todo. Si te fijas, un marroquí va cuando tiene algo grave... por un resfriado... no.» (Agente de salud).

«[...] la impresión es que los pakistaníes y los marroquíes ya no pueden más y vienen cuando la enfermedad ya es mucho más aguda, pero aguda y grave.» (Médico de Urgencias, grupo de Discusión).

Contextos que facilitan el acceso a los servicios sanitarios

Una variable que señalan los profesionales para explicar el acceso a los servicios sanitarios de los distintos colectivos inmigrantes es que el paciente forme parte de un grupo que hace tiempo que está instalado en el país de acogida porque permite al usuario conocer mejor el sistema, y facilita tanto el acceso como la utilización:

«L: a ver, yo te lo explico por comunidades porque hay una red de ayudas y eso favorece mucho... por ejemplo las Filipinas ¿no? que son las más antiguas de las que emigraron, a ver entre ellas se ayudan mucho, nunca vienen solas, y de alguna forma facilita el hecho de poder acceder a la prestación sanitaria ¿no? [...] con los pakistaníes ahora también, pero al principio no existía tanta ayuda. Y por ejemplo lo he notado mucho con las últimas poblaciones que están llegando ¿no? Los de Bangla Desh que tienen otro idioma, y notas que tienes muchas más dificultades, no conocen como funciona el sistema... es muy problemático, es como empezar de nuevo.» (Comadrona, entrevista).

El caso de los pakistaníes en el Raval es un claro ejemplo de cómo una comunidad arraigada en la zona conoce mejor el funcionamiento de los servicios sanitarios y accede a ellos de una forma mas parecida a lo que está establecido por el sistema:

«A ver, ya te digo, como el colectivo [pakistani] está muy informado... ellos tienen sus redes, el amigo que los acompaña... la idea que tenemos es que el Raval es puerta de entrada.» (Médico de familia, grupo de Discusión).

Otro factor destacado para explicar las diferencias entre el acceso y el uso de los servicios sanitarios de los pacientes inmigrantes es la situación familiar y social en que se encuentren:

«Y yo lo que sí que veo en mi servicio es que hay diferente tipo de inmigrante... nosotros tenemos colectivos del Magreb que son familias y estas familias son muy correctos en cuanto a las visitas... muy ordenados, hacen el seguimiento, no fallan [...] en cambio ellos solos, los hombres que viven solos, estos no arreglan papeles, vienen sin día y sin hora, hacen ver que no entienden el idioma [...]» (Enfermera, grupo de Discusión).

Finalmente la cultura sanitaria del país de origen también ayuda a interpretar cómo será el acceso y la utilización de los servicios sanitarios de los miembros de un colectivo concreto:

«Existe un rechazo al especialista ¿no? Yo no voy al psiquiatra porque no estoy loco [...] (y en cambio) los argentinos realizan una alta demanda de tratamiento psicológico [...] incluso con los argentinos es de por vida, no hay forma de darles el alta.» (Psiquiatra, grupo de Discusión).

«[...] por ejemplo en China no se hace control del embarazo y aquí se lleva mucho [...] porque en China casi no se lleva el control del embarazo, sólo al principio y al final, entremedio nada.» (Mediadora, entrevista).

Discusión

Los profesionales entrevistados consideran que los pacientes de los distintos colectivos de origen inmigrante no tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios¹⁵ porque desde la administración se ha eliminado cualquier barrera que lo pudiera dificultar. En los últimos años ha aumentado

mucho el número de pacientes de origen inmigrante en la mayoría de consultas de los servicios estudiados.

Los profesionales de salud mental, tanto psicólogos como psiquiatras consideran que reciben menos pacientes de los que cabría esperar, sobre todo porque colectivos como el marroquí o el chino tienen muchos prejuicios en torno a esta disciplina. En Barcelona, como en el resto del Estado, se garantizan las prestaciones sanitarias de cobertura pública, lo que no sucede en la mayoría de los países de origen de estos colectivos, refuerza la concepción de fácil accesibilidad al sistema sanitario por parte de los profesionales. Las características del servicio de urgencias: ser público, gratuito, donde no es necesario concertar cita previa y disponible las veinticuatro horas del día, aparecen como un argumento de peso para explicar por qué los pacientes de los distintos colectivos inmigrantes acceden mayoritariamente a este servicio¹³.

En sintonía con la opinión de los profesionales, algunos estudios consultados concluyen que los distintos colectivos de inmigrantes tienen una menor probabilidad de haber visitado un médico especialista que los autóctonos^{7,8,16-18} que acceden y usan un poco menos que los autóctonos la atención primaria^{12,19} y que, en cambio, tienen una mayor probabilidad de haber usado el servicio de urgencias^{8,12,16-18,20}. Ello concuerda con la percepción de la mayoría de los profesionales entrevistados que consideran que los pacientes inmigrantes realizan una continuidad asistencial menor que los autóctonos.

Para los profesionales, la variable inmigrante no es suficiente para comprender la relación de los diferentes colectivos con los servicios sanitarios, sino que hay diferencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios entre ellos, lo que coincide con estudios cuantitativos anteriores^{9,16,17}. Los pacientes de origen sudamericano, que no presentan problemas de comunicación en destino, realizan un uso más apropiado de los servicios que el resto de colectivos e incluso los profesionales consideran que son hiperfrecuentadores¹⁴ en comparación con el resto. Los colectivos marroquí, chino y pakistaní, en cambio, acceden mucho más tarde y cuando la enfermedad está más avanzada²¹. El bajo nivel socioeconómico de algunos de estos colectivos (los marroquíes y los pakistaníes) puede influir en que antepongan otras necesidades a la salud, y acudan más frecuentemente al servicio de urgencias.

La cultura sanitaria en el país de origen¹⁶ también puede ayudar a comprender cómo acceden y usan los servicios sanitarios los diferentes colectivos, como las mujeres chinas embarazadas, con diferencias entre el acceso y uso de los servicios sanitarios respecto de las mujeres embarazadas autóctonas.

Otros factores influyen, y están estrechamente relacionados con la integración social de los miembros de estos colectivos^{10,15}. Formar parte de un colectivo que lleva tiempo instalado en el país de acogida permite al paciente disponer de toda la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, y facilita tanto el acceso al sistema, como su utilización^{11,22}. Las investigaciones que han estudiado y comparado la utilización de servicios sanitarios entre autóctonos e inmigrantes, concluyen, en la misma línea, que a medida que aumenta el tiempo de residencia en el país de acogida disminuye la probabilidad de acceder al servicio de

urgencias y aumenta la probabilidad de acceder al médico especialista^{8,16}.

La situación familiar y social del paciente en destino, disponer de un núcleo familiar y una red social estables favorecen un acceso y un uso de los servicios más cercano al establecido²².

Conclusiones, utilidad y limitaciones

En futuras investigaciones sería necesario conocer las experiencias y las opiniones que tienen los pacientes de los distintos colectivos inmigrantes en torno al acceso y uso que hacen de los servicios sanitarios. Abordar la relación de estos colectivos con los servicios sanitarios desde el punto de vista de los profesionales atiende a una parte de la problemática pero no es suficiente para comprenderla en su globalidad.

Otra limitación del estudio es no poder presentar diferencias de percepción entre los distintos perfiles profesionales y entre los distintos servicios sanitarios, porque, aunque se pueden intuir algunas diferencias, no se ha podido establecer en el análisis distintas corrientes de opinión.

Para concluir, es preciso resaltar que los profesionales consideran que los usuarios de origen inmigrante tienen fácil accesibilidad y ausencia de barreras a la hora de acceder a los servicios sanitarios. El acceso tardío y las dificultades para realizar el seguimiento asistencial que tienen algunos miembros de los distintos colectivos, estarían relacionados con la integración social, su situación económica y laboral o la cultura sanitaria de origen, entre otras.²³

Por tanto, parece evidente que para favorecer y garantizar un acceso y un uso igualitario de los servicios sanitarios entre los colectivos desfavorecidos y el resto, es necesario

Lo conocido sobre el tema

- La atención a los colectivos minoritarios plantea nuevas necesidades a los servicios sanitarios.
- El servicio de urgencias de los hospitales es la principal puerta de acceso a los servicios sanitarios de la mayoría de colectivos inmigrantes.
- Los distintos colectivos de inmigrantes tienen una menor probabilidad de haber visitado un médico especialista que los autóctonos.

Qué aporta este estudio

- Los profesionales de la salud entrevistados consideran que los pacientes de los distintos colectivos de origen inmigrante no tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios.
- Los profesionales señalan diferencias en el acceso a los servicios sanitarios según el origen del colectivo.
- Los profesionales atribuyen el mayor uso de urgencias, el acceso tardío a los servicios sanitarios y la poca continuidad asistencial a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y a aspectos relacionados con la inclusión social.

adoptar medidas de inclusión social que mejoren las condiciones de vida de las personas más vulnerables que viven en nuestra ciudad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Expresamos nuestro especial agradecimiento a los profesionales sanitarios y a los mediadores culturales que participaron en la investigación.

Bibliografía

- Carrasco S. *Immigración, contexto familiar y educación*. Barcelona: ICE-Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
- Agencia de Salud Pública. *La salud de la población inmigrante de Barcelona*. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona; 2008.
- Departament de Salut. *Estudi del fenomen migratori i els serveis sanitaris a Barcelona*. Barcelona: Regió Sanitària Barcelona-Consorci Sanitari de Barcelona. Barcelona: CatSalut-Departament de Salut; 2008.
- Generalitat de Catalunya. *Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
- Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de Salut relacionades amb la immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Calsalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0402ca.pdf>.
- Antón JI, Muñoz de Bustillo R. Health care utilisation and immigration in Spain. *Eur J Health Econ*. 2010;11:487-98.
- Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69:370-8.
- García-Gómez P. Salud y utilización de recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público*. 2007;49:67-85.
- Borrell C, Pérez G, Ricart I, Rodríguez-Sanz M. *Les desigualtats socials en Salut a Barcelona*. En: *La població vulnerable a Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona; 2006. p. 45-55.
- Observatorio de la inclusión social. Informe de la inclusión social en España 2009. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya; 2009. Disponible en: http://obrasocial.caixacatalunya.es/osocial/idiomes/2/inclusio_social/informe%202009_castella.pdf.
- Cots F, Burón A, Castells X, Riu M, García O, Vall O. Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant. En: *Estudis d'Economia de la Salut* núm. 9. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació-Departament de Salut; 2006. p. 92-109. Disponible en: <https://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immimpact07.pdf>.
- Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008;40:225-33.
- Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2007;7:9.
- Amescua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:423-36.
- Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos espanyoles. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):S86-95.
- Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables socio-demográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82:209-20.
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
- Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23(Supl 1):S4-11.
- Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina familiar. *Aten Primaria*. 2006;37:154-9.
- García Campayo J, Gonzalez Broto G, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:371-6.
- Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2004. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf>.
- Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23:325-48.
- Vázquez ML, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. Barcelona: Pla Director d'Immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html.