



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias



Iratxe Pérez-Urdiales^{a,*} e Isabel Goicolea^b

^a Departamento de Enfermería I, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, Bizkaia, España

^b Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Health, Umeå University, Umeå, Suecia

Recibido el 12 de abril de 2017; aceptado el 24 de mayo de 2017

Disponible en Internet el 12 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Mujeres inmigrantes;
Accesibilidad a los servicios de salud;
Servicios de salud para mujeres;
Consultas sanitarias alternativas;
Salud sexual;
Investigación cualitativa

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción de las profesionales sanitarias que trabajan en centros sanitarios alternativos sobre las barreras y los facilitadores en el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios públicos generales y de salud sexual y reproductiva en el País Vasco.

Emplazamiento: País Vasco.

Diseño: Análisis de contenido cualitativo basado en 11 entrevistas individuales.

Participantes: Profesionales sanitarias que trabajan en centros sanitarios alternativos de atención primaria y salud sexual y reproductiva.

Método: La recolección de datos se realizó entre septiembre y diciembre de 2015 en cuatro centros sanitarios alternativos. Tras su transcripción, se identificaron unidades de significado, códigos y categorías.

Resultados: Del análisis emergieron cuatro categorías que representan cómo las características de las mujeres inmigrantes (Dime cómo eres y te diré cómo accedes), la actitud del personal administrativo y sanitario («Cuando ya les atienden, estupendamente. El problema está con los administrativos»), el funcionamiento del sistema sanitario (Sistema de salud inflexible, pasivo y receptor de necesidades) y las políticas sanitarias («Si no cumples los requisitos, pues no entras. La ley es la ley») influyen en el acceso a los servicios sanitarios públicos de las mujeres inmigrantes.

Conclusiones: Este estudio indica que hay un considerable número de barreras y pocos facilitadores en el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios públicos y de salud sexual y reproductiva en el País Vasco. Los centros sanitarios alternativos se presentaron como favorecedores en la mejora de la salud de la población inmigrante y en su acceso.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iratxe.perez@ehu.eus (I. Pérez-Urdiales).

KEYWORDS

Immigrant women;
Health services
accessibility;
Women's health
services;
Alternative health
centres;
Sexual health;
Qualitative research

How do immigrant women access health services in the Basque Country? Perceptions of health professionals

Abstract

Objective: To determine the perception of health professionals working in alternative health centres on the barriers and facilitators in the access by immigrant women to general public health services and sexual and reproductive health in the Basque Country.

Location: Basque Country.

Design: Analysis of qualitative content based on 11 individual interviews.

Participants: Health professionals working in alternative health centres of Primary Care and sexual and reproductive health.

Method: Data collection was performed between September and December 2015 in four alternative health centres. After transcription, the units of meaning, codes and categories were identified.

Results: Four categories emerged from the analysis, which represented how the characteristics of immigrant women (Tell me how you are and I will tell you how to access), the attitude of the administrative and health staff ("When they are already taken care of"), the functioning of the health system (Inflexible, passive and needs-responsive health system), and health policies ("If you do not meet the requirements, you do not go in. The law is the law") influence access to health services of immigrant women.

Conclusions: This study shows that there are a considerable number of barriers and few facilitators to the access by immigrant women to public health and sexual and reproductive health services in the Basque Country. The alternative health centres were presented as favouring the improvement of the health of the immigrant population and in their access.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La Carta Social Europea proclama la igualdad en la asistencia sanitaria¹. Sin embargo, los países de la Unión Europea (UE) limitan la obtención de servicios sanitarios apropiados para ciertos colectivos de población inmigrante^{2,3}. En general, la población inmigrante en situación administrativa irregular tiene un acceso restringido a los servicios sanitarios y un mayor riesgo de enfrentar una peor salud física y mental⁴.

Desde la perspectiva centrada en la persona que promueve Levesque, el acceso a los servicios sanitarios se define como la oportunidad de obtener los servicios apropiados en situaciones de necesidad percibida de atención⁵. La oferta de servicios sanitarios públicos en España es descentralizada y se rige por diferentes normas estatales y autonómicas, que recientemente se han tornado más restrictivas en lo referente al acceso a la atención primaria y especializada (tabla 1). Las organizaciones sociales, a través de centros sanitarios alternativos al sistema sanitario público —que en inglés se conocen como *free clinics*—, dispensan atención sanitaria gratuita a las personas excluidas del mismo^{4,6-8}.

Una revisión sistemática muestra que en España las personas inmigrantes utilizan más los servicios de emergencia y menos los servicios de atención especializada en comparación con la población autóctona. El acceso a los servicios de atención primaria varía según la comunidad autónoma y el origen de las personas inmigrantes estudiadas⁹. Respecto a la salud sexual y reproductiva (SSR), las mujeres

inmigrantes acuden menos y más tarde a las visitas de control prenatal en comparación con las mujeres autóctonas, aunque los indicadores de salud prenatal son similares en ambos grupos¹⁰. Además, utilizan menos o de forma más inadecuada los métodos anticonceptivos¹¹ y tienen mayor número de descendientes, menor edad al primer embarazo y mayor proporción de interrupciones voluntarias del embarazo¹². Las características específicas que representan los procesos migratorios pueden provocar que se dificulte su acceso y conocimiento de los servicios de atención a la SSR¹³.

En el País Vasco, la atención a la SSR en el sistema sanitario público se realiza en los centros de atención primaria y de atención especializada. Además, existen centros sanitarios alternativos, gestionados por organizaciones sociales sin ánimo de lucro (tabla 2), que atienden a mujeres inmigrantes a nivel de atención primaria y SSR sin requerir la tarjeta sanitaria, que es el documento que permite el acceso a los servicios sanitarios públicos¹⁴.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción de las profesionales sanitarias que trabajan en los centros sanitarios alternativos sobre las barreras y facilitadores en el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios públicos generales y de SSR en el País Vasco.

Además, analiza cómo las diferentes dimensiones conceptualizadas en el marco de acceso al sistema sanitario centrado en la persona de Levesque —acercamiento, aceptación, disponibilidad, accesibilidad económica y propiedad— se ven afectadas en el acceso por parte de las mujeres inmigrantes.

Participantes y métodos

Muestra y participantes

Las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo intencional en base a su experiencia profesional en la atención sanitaria y de SSR a mujeres inmigrantes y su conocimiento de la normativa sanitaria del País Vasco. La muestra consistió en 11 informantes clave (10 mujeres y un hombre) entre las que se encontraban cinco médicas y un médico, cuatro enfermeras y una psicóloga clínica (tabla 3).

Tabla 1 Principales normativas y condiciones para las personas extranjeras en el acceso al Sistema Nacional de Salud y el Sistema Sanitario Público Vasco

1986 - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	Tres meses de empadronamiento en territorio español
1997 ^a - Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi	Tres meses de empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Euskadi
2000 - Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social	Tres meses de empadronamiento en territorio español
	Tres supuestos de atención en todo caso: urgencias; menores de 18 años; embarazo, parto y posparto
2012 - Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones	Personas con condición de asegurado
	Pago de convenio especial
	Tres supuestos de atención en todo caso: urgencias; menores de 18 años; embarazo, parto y posparto
2012 ^a - Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi	Supuestos incluidos en RDL 16/2012
	Empadronamiento en la Comunidad Autónoma de Euskadi por un periodo continuado de al menos un año e ingresos menores a la renta básica para la inclusión
2013 - Intervención Sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	Atención de enfermedades infecciosas que puedan suponer un riesgo para la salud pública
2013 ^a - Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión	Atención a situaciones que puedan suponer un riesgo para la salud pública, enfermedades crónicas y mentales

^a Sistema Sanitario Público Vasco.

Diseño

La recolección de datos se realizó entre septiembre y diciembre de 2015 en cuatro centros sanitarios alternativos situados en una ciudad del País Vasco. Se obtuvo el consentimiento informado escrito de cada participante previo al comienzo de cada entrevista. Se utilizó una guía de preguntas semiestructurada para la realización de entrevistas individuales, que tuvieron una duración de entre 35 y 70 min. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas e importadas al software informático Open Code 4.03.

Análisis

Se realizó un análisis de contenido cualitativo que comenzó con la lectura atenta de las transcripciones. Se crearon unidades condensadas de significado que fueron etiquetadas formando códigos, condensando la información en un mayor nivel de abstracción. Los códigos fueron agrupados en categorías en base a sus semejanzas, las cuales reflejan el contenido manifiesto del texto¹⁵.

Resultados

Del análisis de las entrevistas emergieron cuatro categorías que describen las barreras y facilitadores en el acceso a los servicios sanitarios generales y de SSR de las mujeres inmigrantes basadas en: 1) las características de las propias mujeres inmigrantes; 2) la actitud del personal administrativo y sanitario; 3) el funcionamiento del sistema sanitario, y 4) las políticas que regulan el acceso a los servicios sanitarios (tabla 4).

Dime cómo eres y te diré cómo accedes

Por un lado, las profesionales entrevistadas consideraban que existían diferencias en el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios dependiendo de su origen. En el caso de las mujeres de origen latinoamericano, el idioma, los patrones culturales, su concepción de la salud y la sexualidad y el uso que hacen de los servicios sanitarios fueron considerados similares a los de las mujeres autóctonas. Al contrario, se identificó que ciertas concepciones culturales o religiosas pueden influir más en el acceso de las mujeres magrebíes, como la preferencia de ser atendida por una mujer o la vergüenza de ser exploradas, y que las mujeres africanas son las que más problemas enfrentan en el acceso debido al idioma.

Por otro lado, las participantes identificaron ciertas circunstancias comunes a todas las mujeres inmigrantes que afectaban su acceso a los servicios sanitarios, como tener trabajo, el miedo al rechazo por parte del personal del sistema sanitario, la red social de apoyo y la violencia de género.

En general, destacaron que a mayor tiempo de residencia, las mujeres inmigrantes aumentan su nivel de conocimiento sobre el funcionamiento de las instituciones públicas, sus derechos de asistencia sanitaria y la red social, considerada como la principal transmisora de información entre las personas inmigrantes.

Tabla 2 Características de los centros sanitarios alternativos incluidos en el estudio

Centros sanitarios alternativos (<i>free clinic</i>)	
Organización comunitaria sin ánimo de lucro que ofrece servicios de atención primaria y/o secundaria gratuitamente o a pequeño coste a las personas sin acceso a la atención sanitaria con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud entre personas de diferente estatus socioeconómico ³	
Centro de Atención Primaria para Inmigrantes	Centros de atención a la SSR
Personas inmigrantes excluidas del sistema sanitario	Mujeres que precisen atención en SSR
Imprescindible no tener tarjeta sanitaria	No es necesario tener tarjeta sanitaria
2015: 332 mujeres (37,5% del total de hombres y mujeres inmigrantes)	Centro 1, 2014: 517 mujeres inmigrantes (20% del total de mujeres)
Origen de las mujeres atendidas (2015):	No existen datos por origen
<ul style="list-style-type: none"> ● Latinoamérica 46,93% ● Norte de África 20,11% ● África subsahariana 22,90% ● Europa del Este 8,38% ● Asia 1,68% 	

«Cuando ya les atienden, estupidamente. El problema está con el personal administrativo»

Las participantes señalaron que el personal de los centros sanitarios públicos no cuenta con mucha predisposición para la atención de las personas inmigrantes, ya que su atención demanda mayor empatía, tiempo y supone un cambio de rutina, además de estar influidos por prejuicios sociales. Sin embargo, también reconocieron que la existencia de ciertos profesionales con especial sensibilidad y conocimiento sobre la situación sociosanitaria de las personas inmigrantes facilita su acceso.

Igualmente, consideraron que el trato recibido por las mujeres inmigrantes por parte del personal sanitario era bueno en comparación con el del personal administrativo. Estos últimos fueron considerados como la principal barrera para que las personas inmigrantes lleguen a las consultas sanitarias, debido al trato inadecuado, problemas de comunicación y desconocimiento sobre los derechos de acceso de la población inmigrante.

Sistema de salud inflexible, pasivo y receptor de necesidades

Las participantes identificaron que la escasez de personal y la excesiva carga de trabajo en los servicios sanitarios de la red pública (elevado número de pacientes por jornada y limitado tiempo de consulta por paciente) hacen que las profesionales no puedan atender las necesidades específicas de las mujeres inmigrantes.

Además, destacaron la escasa pro-actividad del sistema sanitario público en la promoción de la SSR entre las mujeres más vulnerables, incluyendo a las inmigrantes en general y a las mujeres que están en situación de prostitución o de explotación sexual en particular, que acuden a las organizaciones sociales para recibir tales servicios. Los centros sanitarios alternativos fueron destacados como importantes por su contribución a la mejora de la salud individual de las personas inmigrantes.

Tabla 3 Características de las participantes incluidas en el estudio

	Centro de Atención Primaria para Inmigrantes	Centros de atención a la SSR		
		Centro 1	Centro 2	Centro 3
Perfil profesional	(4) médicas (1) enfermera (1) matrona	(1) enfermera (1) psicóloga	(1) médica (1) enfermera	(1) médica
Trabaja/ha trabajado en el Sistema Público de Salud	(4) médicas (2) enfermeras		(1) médica	(1) médica
Años de experiencia en centro sanitario alternativo	(3) 10 años o más (1) 2 años (1) 4 años (1) 9 años	(2) 10 años o más	(1) 1 año (1) 10 años o más	(1) 8 años

Tabla 4 Citas textuales*Categoría Dime cómo eres y te diré cómo accedes*

M3: «Para acceder, depende de la nacionalidad o del idioma, que yo creo que son las barreras más importantes. Eso va a condicionar que accedan más rápidamente o no, cómo se explican, lo que van a pedir, lo que van a entender [...] por las diferencias culturales, diferente modelo sanitario»

M4: «Hay determinadas culturas que en la consulta las tiene que atender una mujer, porque lo dicen ellas o porque lo dice su pareja. No la puede atender un ginecólogo hombre, y claro, pueden tener problemas para ir...»

E2: «A Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) acceden sin problemas las mujeres latinas, las africanas ni de coña [...] primero nadie les va a hacer ni caso, o sea, que si van hablando nigeriano o inglés, solo llegan a la entrada»

M2: «Hay colectivos como mujeres en situación de prostitución, de trata (con fines de explotación sexual), colectivos muy vulnerables muy claros a los que hay que intentar llegar de otra manera, porque si no, no llegan (a las consultas de salud sexual y reproductiva)»

Categoría «Cuando ya están en consulta, estupendamente. El problema está con el personal administrativo»

M3: «El trato con los inmigrantes es diferente porque las personas dentro del sistema público de salud tienen mucha carga de trabajo y están acostumbrados a seguir una misma rutina. Cuando les cambian la rutina, es algo diferente que puede crear tensión»

E1: «Que la situación no es decir: existen estos métodos (anticonceptivos), a ti te va bien este, este, este o este. Que no, que es un trabajo muy personalizado. Entonces en Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) no sé, no sé si tienen tanto tiempo ni tanta empatía como para hacer este tipo de cosas en las consultas»

M2: «El problema, más que una barrera sanitaria, suele ser una barrera más administrativa. [...] El tema es este: muchas mujeres lo que perciben es la negativa, pero es verdad que cuando les preguntas es más una barrera administrativa que con los sanitarios»

E3: «En la consulta no, pero cuando van al mostrador para que les admitan un volante si tienen problemas. Y muchas veces (las mujeres inmigrantes me dicen) “¡Jo! Parece que somos tontas, como si no supiéramos a lo que vamos!”, eso sí. Pero en el tema más administrativo más que en el sanitario. El contacto con el profesional sanitario o médico mucho mejor»

E2: «En la medida que hay más profesionales con buena disposición y que de alguna manera no le parece justo esto (la exclusión sanitaria), pues entre unos y otros, también nos cuelan alguna cosita. Entonces entre todos hacemos lo que podemos»

Categoría Sistema de salud pasivo, receptor de necesidades y burocrático

M2: «Yo creo que los colectivos más vulnerables al final siempre se quedan fuera (de la asistencia sanitaria), porque se necesitan probablemente políticas mucho más proactivas, ¿no? [...] Los inmigrantes en situación irregular quedan fuera. También mujeres en situación de prostitución y trata (con fines de explotación sexual)»

E4: «[Los centros sanitarios alternativos] no deberían existir, porque todo esto debería atenderlo la sanidad pública. Pero mientras no ocurra eso, son necesarios»

M4: «Los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva dan mayor accesibilidad, es más fácil el acceso [...] Estos centros son un plus por poder charlar mucho, es parte de la diferencia de ir al ginecólogo, está todo muy protocolizado»

Categoría «Si no cumples los requisitos, pues no entras. La ley es la ley»

M1: «Al llegar se encuentran con las barreras de tipo administrativo [...] Por ejemplo, les dicen que si no estás empadronado tienes que pagar. Y claro, pues la gente se va por la puerta»

M2: «Pero sí que en el País Vasco sí se queda gente fuera (del sistema sanitario). ¿Quién? Se quedan fuera las mujeres en situación irregular claramente, los hombres también, claro. Los inmigrantes en situación irregular quedan fuera porque tienen que tener un año de empadronamiento»

M5: «Para no acceder a Osakidetza es importante la falta de información porque no conocen cuáles son sus derechos. Y como además la historia es que no se atiende a inmigrantes en situación irregular, la gente no sabe que tiene derechos»

M1: «Ahora [tras el cambio político] vienen más mujeres a nuestra consulta, porque el sistema sanitario para ellas es bastante desconocido [...] y a veces hacer valer los derechos también les es difícil porque no sabes manejar el idioma, te ves en una situación de inferioridad de condiciones [...] Y ese miedo de que como no tengo todo en regla o tal pues a lo mejor tengo problemas...»

«Si no cumples los requisitos, pues no entras. La ley es la ley»

La totalidad de las participantes identificaron la barrera legal como el mayor impedimento en el acceso al sistema sanitario público de las personas inmigrantes. Asimismo, destacaron la labor de los centros sanitarios alternativos

en el asesoramiento sobre sus derechos y en la incidencia política.

El miedo a ser reconocidas como inmigrantes irregulares por las instituciones públicas y a las posibles consecuencias legales se señaló como barrera en el acceso. Además, refirieron que el reciente y restrictivo cambio legislativo ha aumentado el desconocimiento sobre el derecho a reci-

Tabla 5 Dimensiones y habilidades personales para el acceso propuestas por Levesque relacionadas con los resultados del estudio

Dimensiones del acceso	Definición	Habilidades personales para el acceso	Hallazgos relacionados en nuestro estudio
Acercamiento	Medida en la que las personas con necesidades de atención sanitaria son capaces de identificar que los servicios sanitarios existen y alcanzarlos	Habilidad para percibir la necesidad de atención. Relacionado con el conocimiento y las creencias sobre la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> – Diferente forma de concebir la salud y la enfermedad, las creencias culturales y el uso diferente de los servicios sanitarios influyen en la habilidad para percibir la necesidad de atención – Pasividad del sistema sanitario en la búsqueda de casos entre la población vulnerable
Aceptación	Conjunto de factores sociales y culturales que determinan la posibilidad de las personas para aceptar los servicios sanitarios como apropiados	Habilidad para buscar atención sanitaria. Relacionado con el conocimiento sobre el sistema sanitario y los derechos individuales	<ul style="list-style-type: none"> – Miedo a posibles consecuencias legales si acceden – El manejo del idioma permite mejor comunicación y acceso – Profesionales y usuarias no manejan otros idiomas – Mayor tiempo de residencia y la red social mejoran el conocimiento de derechos individuales y del funcionamiento del sistema sanitario
Disponibilidad	Existencia de los servicios sanitarios y su capacidad para dar atención	Habilidad para alcanzar físicamente la atención sanitaria. Relacionado con la movilidad física, disponibilidad de transporte y flexibilidad horaria ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> – El trabajo precario y con poca flexibilidad y las situaciones de vulnerabilidad (prostitución y violencia de género) dificultan la autonomía de las mujeres – Los centros sanitarios alternativos son recursos más accesibles para las mujeres inmigrantes por su flexibilidad en la atención
Accesibilidad económica	Capacidad económica de las personas para emplear recursos y tiempo en los servicios sanitarios	Habilidad para pagar por los servicios sanitarios. Relacionado con la capacidad de generar ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none"> – El trabajo da disponibilidad de dinero para medicación y empadronamiento – El miedo a la facturación de los servicios sanitarios funciona como una barrera en la decisión de acceder a la consulta sanitaria
Propiedad	Encaje adecuado entre los servicios y las necesidades de las personas usuarias	Habilidad para involucrarse en la atención sanitaria. Relacionado con la participación y la implicación en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> – Excesiva carga de trabajo y poco tiempo de atención de profesionales – La falta de voluntad y prejuicios del personal administrativo en la atención a inmigrantes hacen que no accedan a las consultas sanitarias – Profesionales sensibilizados facilitan el acceso a las consultas sanitarias – Los requisitos legales para el acceso son difíciles de cumplir – Los cambios legislativos generan desinformación – Foco de la atención del sistema sanitario en lo curativo. Centros sanitarios alternativos más centrados en la persona

bir servicios sanitarios y el miedo a que estos les sean facturados.

Discusión

La conceptualización del acceso centrado en la persona que propone Levesque permite analizar tanto a nivel individual como grupal los diferentes factores que influyen en cada una de las cinco dimensiones interdependientes para

el acceso, que están respectivamente relacionadas con diferentes habilidades personales⁵ (tabla 5).

Acercamiento

Al igual que presenta la literatura, nuestro estudio identificó que la concepción sobre la salud y la enfermedad y ciertas creencias culturales influyen en la habilidad para percibir la necesidad de atención y el acercamiento que se hace a los

servicios sanitarios^{10,16}. La pasividad del sistema sanitario respecto a la búsqueda de casos entre la población vulnerable, además de comprometer su acercamiento, refuerza la ley de «cuidados inversos», que establece que los grupos de población con mayores necesidades de atención sanitaria son los que menos la reciben¹⁷.

Aceptación

Coincidiendo con otros estudios, el miedo a las consecuencias legales de ser identificada como inmigrante irregular^{6,18} y el desconocimiento de sus derechos y del funcionamiento del sistema sanitario fueron reconocidos como importantes barreras para el acceso³. En tanto que tener una mayor red social y mayor tiempo de residencia^{3,19} y contar con asesoramiento legal actúan como facilitadores⁶.

El desconocimiento del lenguaje local ha sido ampliamente descrito como uno de los mayores condicionantes personales tanto en el acceso como en la comunicación con el personal^{3,20,21}, aunque salvo excepciones¹⁶, los estudios únicamente problematizan el desconocimiento del idioma por parte de las usuarias, no de los/las profesionales. El uso de intérpretes apropiados/as y conocedores/as de la cultura podría eliminar esta barrera¹⁶, pues la utilización de menores o familiares como traductores/as en las consultas, especialmente en las de SSR, presenta conflictos éticos²².

Disponibilidad

Los requisitos legales para la obtención de la tarjeta sanitaria, estrechamente ligados al empadronamiento²³, fueron considerados el mayor impedimento para su acceso, ya que son difíciles de cumplir debido a la alta movilidad de las mujeres inmigrantes¹⁷. Debido a que el servicio de urgencias es legalmente de acceso universal, se considera una efectiva puerta de entrada al sistema sanitario^{9,24}. Sin embargo, se ha constatado que limitar la atención sanitaria a los servicios de urgencias conlleva mayores riesgos para la salud pública y resulta más costoso que dar cobertura desde la atención primaria y reforzar las medidas de prevención²⁵.

Nuestro estudio coincide con otros en señalar que las situaciones de vulnerabilidad como estar en situación de prostitución o de violencia de género, que afectan en mayor medida a las mujeres inmigrantes²⁶, además de contar con menor red social de apoyo y mayores dificultades idiomáticas, puede dificultar su acceso al restringir su autonomía y su habilidad para alcanzar atención sanitaria²⁷.

A pesar del reconocimiento de la contribución positiva de los centros sanitarios^{3,6,8}, el centro de atención primaria para inmigrantes fue definido como un «arma de doble filo», «parche necesario» o «recurso peligroso», alegando que su existencia ayuda a perpetuar la situación de exclusión sanitaria generando un sistema sanitario paralelo que garantiza a los poderes públicos la identificación de casos que puedan suponer un riesgo para la salud pública. Levesque también plantea que el acceso a servicios de menor calidad técnica y los localizados geográficamente en un solo lugar no representa un acceso real y equitativo debido a que las personas tienen menor posibilidad de alcanzarlos y de elegir acudir a ellos o a otros servicios⁵.

Accesibilidad económica

Los servicios públicos sanitarios son gratuitos en el País Vasco. Sin embargo, debido al reciente cambio en la política sanitaria, el RDL 16/2012 y el Decreto 114/2012^{23,28} establecen que los servicios sanitarios deben ser facturados si se accede a ellos sin cumplir con los requisitos legales, afectando especialmente a las personas inmigrantes indocumentadas. Por ello, el desconocimiento del derecho a recibir servicios sanitarios y el miedo a que estos les sean facturados provoca que algunas personas inmigrantes no intenten acceder al sistema sanitario público aun teniendo derecho¹⁸.

Tener trabajo fue señalado como un facilitador para que las mujeres acudan a los servicios sanitarios por la disponibilidad de dinero para adquirir tratamientos y el alquiler de una vivienda en la que se les permita empadronarse, requisito indispensable para conseguir la tarjeta sanitaria. Sin embargo, fue también señalado como una barrera por la incompatibilidad horaria o los impedimentos por parte de las personas empleadoras, especialmente entre las mujeres que trabajan en servicio doméstico interno³. La mayor discriminación social que sufren las mujeres africanas dificulta su integración laboral y la consiguiente regularización de su situación administrativa, al contrario que las mujeres latinoamericanas, que además cuentan con el favorecimiento de las leyes de inmigración para conseguir el permiso de residencia y nacionalización²⁹.

Propiedad

Respecto a la medida en la que el sistema sanitario cumple con las necesidades de las usuarias, las participantes consideraron que el trato recibido por las mujeres inmigrantes por parte del personal sanitario era bueno en comparación con el personal administrativo, que, al igual que ocurre en otros estudios, podría reflejar cierto corporativismo²⁷. La excesiva carga de trabajo y los recortes de personal administrativo y sanitario, además de una escasa predisposición y prejuicios sobre las personas inmigrantes, se han presentado como una barrera a la atención en la diversidad cultural y para ofrecer una atención de calidad y centrada en la persona^{16,30,31}. Sin embargo, contar con profesionales sensibilizados/as con la situación de exclusión sanitaria de la población inmigrante se reconoce como un factor clave para facilitar su acceso³.

Finalmente, debido al reciente cambio en la política sanitaria ha aumentado el desconocimiento de profesionales y pacientes respecto a los derechos en el acceso³, dándose un aumento de las vulneraciones de derechos declaradas³².

Conclusiones

Este estudio identificó que el acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios públicos y de SSR está condicionado por factores que comprometen las diferentes dimensiones para un acceso efectivo: las características personales, muy dependientes del origen de las propias mujeres; la actitud frente a su atención del personal administrativo y sanitario; el funcionamiento del sistema sanitario y las políticas sanitarias, consideradas como la principal barrera para el acceso. Los centros sanitarios alternativos se presentaron como favorecedores en la mejora de

la salud de la población inmigrante y en su acceso, a pesar de reconocer que su existencia favorece en parte la continuación de la exclusión del sistema sanitario público de las personas inmigrantes al asegurar su cobertura sanitaria.

La principal limitación de este estudio es que recoge las barreras y facilitadores al acceso no directamente de las experiencias de las mujeres inmigrantes sino de las profesionales sanitarias. En futuros estudios sería deseable recoger la perspectiva de las mujeres inmigrantes y contrastarla con los resultados hallados.

Lo conocido sobre el tema

- La utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante es en general menor a la de la población autóctona, excepto en la atención de urgencia.
- Las personas inmigrantes cuentan con restricciones en el acceso al sistema sanitario público.
- Los centros sanitarios alternativos cumplen un papel clave en la atención sanitaria de las personas excluidas del sistema sanitario.

Qué aporta este estudio

- Las mujeres inmigrantes enfrentan barreras personales, institucionales y legales en el acceso a los servicios sanitarios públicos generales y de salud sexual y reproductiva.
- Los requisitos legales son difíciles de cumplir para las mujeres inmigrantes y son considerados como la mayor barrera para su acceso al sistema sanitario público.
- Las dimensiones para un acceso efectivo al sistema sanitario público de las mujeres inmigrantes se ven afectadas por factores personales y externos.

Financiación

Sin financiación

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las personas participantes en el estudio y al personal de los centros sanitarios alternativos su contribución, y a Miguel San Sebastián por aportar relevantes comentarios al manuscrito.

Bibliografía

1. Consejo de Europa. Carta Social Europea (Revisada). Estrasburgo: European Treaty Series No. 163; 1996.
2. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy*. 2014;114:215–25.
3. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review. *Health Policy Plan*. 2014;29:818–30.
4. Castañeda H. Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med*. 2009;68:1552–60.
5. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
6. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*. 2011;11:560.
7. Parizot I, Chauvin P. The access to care of underserved populations: A research among free clinics patients in the Paris area. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51:577–88.
8. Notaro SJ, Khan M, Bryan N, Kim C, Osunero T, Senseng M, et al. Analysis of the demographic characteristics and medical conditions of the uninsured utilizing a free clinic. *J Community Health*. 2012;37:501–6.
9. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88:715–34.
10. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al. Migrant women's utilization of prenatal care: A systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17:816–36.
11. Barona-Vilar C, Más-Pons R, Fullana-Montoro A, Giner-Monfort J, Grau-Muñoz A, Bisbal-Sanz J. Perceptions and experiences of parenthood and maternal health care among Latin American women living in Spain: A qualitative study. *Midwifery*. 2013;29:332–7.
12. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena N. Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit*. 2014;28:274–80.
13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011. 213 pp.
14. Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual (4 de octubre de 2013).
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105–12.
16. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:390.
17. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero A, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented immigrant women in Spain: A scoping review on access to and utilization of health and social services. *J Immigr Minor Heal*. 2017;19:194–204.
18. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MAJ, García-Ramírez M. Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population. *Gac Sanit*. 2015;29:244–51.
19. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*. 2016;16:450.
20. Navaza B, Guionnet A, Navarro M, Estévez L, Pérez-Molina J, López-Vélez R. Reluctance to do blood testing limits HIV diagnosis and appropriate health care of sub-Saharan African migrants living in Spain. *AIDS Behav*. 2012;16:30–5.

21. Otero-García L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: Midwives' perspectives. *Glob Health Action*. 2013;6:22645.
22. Hilfinger Messias DK, McEwen MM, Clark L. The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States. *Nurs Outlook*. 2015;63:86–9.
23. Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (29 de junio de 2012).
24. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. The access to health services and their use by immigrant patients: The voice of the professionals. *Aten Primaria*. 2012;44:82–8.
25. Médicos del Mundo. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. 2014 [consultado 4 Abr 2016]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/dos-anos-de-reforma-sanitaria-mas-vidas-humanas-en-riesgo>
26. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, et al. Gender-based violence against immigrant and Spanish women: Scale of the problem, responses and current policies. *Gac Sanit*. 2009;23:100–6.
27. Briones-Vozmediano E, Davó-Blanes MC, García-de la Hera M, Goicolea I, Vives-Cases C. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España. *Gac Sanit*. 2016;30:326–32.
28. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (24 de abril de 2012).
29. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (12 de enero de 2000).
30. Vázquez ML, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:142–6.
31. Rolfe DE, Sutton EJ, Landry M, Sternberg L, Price J. Women's Experiences Accessing a Women-Centered Cardiac Rehabilitation Program. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25:332–41.
32. REDER-Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. Un aniversario sin nada que celebrar. Cuatro años de exclusión sanitaria. Madrid; 2016 [consultado 8 Ago 2016]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/un-aniversario-sin-nada-que-celebrar-cuatro-anos-de>