



EDITORIAL

Tiempos de crisis migratorias, tiempos de oportunidades

Times of migration crises, times of opportunities



Las llamadas «crisis migratorias» se repiten en la historia. Grandes grupos de personas que huyen de la pobreza, de la guerra o de zonas devastadas por fenómenos climatológicos en busca de un lugar mejor para vivir para ellas y para sus familias. Con frecuencia hay varias causas —sociales, económicas, bélicas, demográficas, medioambientales—, en general no buscadas ni deseadas, que convergen en una crisis local y fuerzan una ruptura con lo conocido¹. Estas «olas de personas» se transportan lejos de las causas que ha generado su éxodo y se pueden definir o no como «crisis» en el país de acogida, dependiendo de si estamos preparados para la situación. La definición de crisis desde el punto de vista del receptor, por tanto, es dependiente de su capacidad de acogida. Desde este punto de vista, hace ya tiempo que la OMS predica que los sistemas de salud tienen que pasar del manejo de «crisis» consecutivas y siempre sorprendentes a la incorporación de las sucesivas oleadas de inmigrantes como una parte natural y esperable de la flexibilidad necesaria para acoplarse a una población cambiante².

Las y los inmigrantes suelen tener unos altos niveles de salud a su llegada a los países de acogida, incluso mejor que la de las personas que los acogen. La salud inicial de los refugiados tiende a ser un poco peor que la de otros inmigrantes. Sin embargo, todos tienen en común que su salud empeora en el país de recepción. Se requiere por tanto un esfuerzo inicial en su acogida para evitar la cronificación de reacciones biológicas y psicológicas negativas relacionadas con el proceso migratorio. Como para el resto de las personas y comunidades, sus principales determinantes de la salud son sociales, y, por tanto, así deberán ser las soluciones³. La mejor medida preventiva para evitar que la salud física y mental empeore es invertir en integración social y económica, incluyendo acceso universal a los sistemas de salud y a intérpretes¹.

¿Cómo acoger, entonces, estas «olas» de personas en busca de una vida mejor? Proponemos aquí algunas ideas clave²:

1. Acogida integral. Son poblaciones en situaciones de alta vulnerabilidad, y por eso debemos garantizar desde el primer momento que las necesidades básicas estén cubiertas: alimentación, vivienda, educación, acceso al sistema sanitario, posibilidad de trabajar... La «salud» es mucho más que la atención sanitaria. Hemos podido comprobar recientemente que en la acogida de las personas ucranianas se ha optado por esta acogida: se facilitó de una manera muy ágil y sencilla su permiso de residencia y se acompañó desde el primer momento del permiso de trabajo. Se proporcionaron alojamientos, ayudas iniciales y un acceso rápido al sistema sanitario público. Asimismo, los medios de comunicación transmitieron mensajes en positivo para facilitar su integración. Un claro ejemplo de que cuando hay una voluntad política, las cosas se pueden hacer bien.
2. La atención primaria es el lugar más adecuado para iniciar el contacto sanitario con estas personas y su seguimiento. Pueden presentar patologías crónicas que habrá que manejar con continuidad, longitudinalidad y un abordaje biopsicosocial. No es conveniente crear redes paralelas que solo tendrían sentido si temporalmente se crean espacios de acogida para recién llegados (durante el menor tiempo posible)⁴.
3. Avanzar en la historia clínica compartida del Sistema Nacional de Salud e incluso a nivel europeo. Muchos de estos pacientes van a cambiar probablemente de domicilio e incluso de país en los próximos meses o años, y es necesario garantizar la continuidad de la atención. Esta medida también mejorará la atención del resto de

- la población, que a su vez cambia de residencia por distintos motivos.
4. La acogida debe realizarse sin exclusiones ni diferencias por tipo de migración o por intereses políticos o étnicos. Hay que conceder los mismos derechos, la misma dignidad y empatía a todas las personas que huyen de la pobreza o de los conflictos, sin importar su origen, su ideología, su religión o el color de su piel. No es acorde a los derechos humanos la existencia de centros donde migrantes o refugiados sean retenidos durante largos periodos. Esas medidas incumplen los tratados ratificados por el gobierno español¹. Son momentos de reconocer nuestra humanidad compartida y la responsabilidad de proteger a todos de forma equitativa. Realizar acogidas diferenciadas/diferenciales es, finalmente, otra forma de racismo^{1,5,6}.
 5. Vivimos en sociedades diversas, fuente de riqueza y de desarrollo. La competencia cultural es fundamental para nuestro trabajo, y esto se cumple cuando nuestro servicio es percibido por todos los usuarios en armonía con sus creencias culturales y religiosas. Para esto hace falta un aprendizaje continuo. Mejorar la formación a todos los niveles del sistema sanitario, desde las unidades de admisión al resto de espacios asistenciales, es prioritario. La preparación de los profesionales de la salud para prestar una atención culturalmente adecuada incluye la humildad cultural, es decir, la comprensión y la reflexión sobre su propia cultura¹.
 6. Integrar en nuestra práctica cotidiana la competencia estructural¹. «La competencia estructural sostiene que muchos factores relacionados con la salud que antes se atribuían a la cultura o a la etnia son también las consecuencias de decisiones sobre contextos estructurales más amplios, como los sistemas de salud y de alimentación, las leyes de zonificación, la política local, las infraestructuras urbanas y rurales, los racismos estructurales o, incluso, las propias definiciones de enfermedad y salud»⁷.
 7. Deberíamos ser muy cuidadosos en evitar la medicalización y la psicologización en la atención. Evitemos los sobrediagnósticos y los cribados indiscriminados que no estén basados en evidencia científica. Estas prácticas pueden estigmatizar a estos colectivos, especialmente con relación a patologías infecciosas y a problemas de salud mental, como de hecho han recordado la OMS y el Parlamento Europeo⁸. Guías como la canadiense recomendando estas actividades en grupos y periodos concretos⁹. Por ejemplo, en relación con el cribado del síndrome de estrés postraumático: «No realice un cribado rutinario de la exposición a eventos traumáticos, porque presionar para que se revelen los eventos traumáticos en personas que funcionan bien puede resultar más perjudicial que beneficioso. Esté atento a los signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático, especialmente en el contexto de síntomas somáticos inexplicables, trastornos del sueño o trastornos mentales como la depresión o el trastorno de pánico, y realice una evaluación clínica según sea necesario para abordar el deterioro funcional».
 8. Todas estas recomendaciones precisan por supuesto de una sanidad pública y de una atención primaria bien dotadas en personal y en presupuestos, cosa de la que carecemos en la actualidad.
 9. Continuar colaborando en la defensa colectiva de los derechos humanos de nuestros pacientes y comunidades. No se trata de individualizar los problemas colectivos sino de apoyar los procesos comunitarios de mejoras de las condiciones de vida. Hacer abogacía sobre la sanidad universal ha llevado desde el primer momento a la semFYC a colaborar con movimientos sociales como REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL16/2012), YoSíSanidadUniversal o Amnistía Internacional. Como nos recuerda un reciente editorial de la *Revista Americana de Salud Pública*¹⁰: «Muchos de nuestros principales avances en materia de salud se han producido gracias a movimientos sociales clave que dieron lugar a reformas significativas... No es posible abordar la salud y el bienestar de los inmigrantes sin conectar con los movimientos sociales actuales en todo Estados Unidos que abordan los problemas fundamentales que interfieren en nuestro mandato de salud pública para garantizar la salud y el bienestar de todos». Desde semFYC hemos apoyado los movimientos a favor de la sanidad universal y del derecho a la atención sanitaria, y lo seguiremos haciendo¹¹.
- Queremos acabar recordando que atender migrantes es un privilegio y una fortuna. Nos invitan a la apertura mental y suponen un apasionante aprendizaje profesional y humano. Es una oportunidad de enriquecernos y de reforzar la esencia de la medicina familiar y comunitaria.

Bibliografía

1. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392:2606–54.
2. World Health Organization. Promoting the health of refugees and migrants, Draft global action plan, 2019-2023. Report by the director-general, 2019. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72.25Rev1-en.pdf.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
4. Gottlieb N, Bozorgmehr K, Trummer U, Rechel B. Health policies and mixed migration — Lessons learnt from the 'Refugee Crisis'. *Health Policy*. 2019;123:805–8.
5. Sequeira E. [Health care for refugees or the history of a pending issue]. *Aten Primaria*. 2017;49:448–9.
6. Bajaj SS, Stanford FC. The Ukrainian refugee crisis and the pathology of racism. *BMJ*. 2022;376:o661. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/376/bmj.o661>.
7. Hansen H, Metz J. Structural Competency in Mental Health and Medicine. A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health. Springer; 2019. p. 230.
8. European Parliament. The public health dimension of the European migrant crisis. Briefing 2016 04/02/2022. Disponible en: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI\(2016\)573908_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf).
9. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183:E824–925.
10. Ferrer B. Immigrant health: Anchoring public health practice in a justice framework. *Am J Public Health*. 2019;109:1156–7.

11. Junta Permanente de la semFYC. [Everyone has the right to peace, integration and universal health coverage]. *Aten Primaria*. 2015;47:611-2.

Luis Andrés Gimeno-Feliu^{a,b,*} y Esperanza Diaz^c

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Pablo, Zaragoza, España*

^b *Grupo de Inequidades en Salud - Salud Internacional de la semFYC. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España*

^c *Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud Pública Global y Atención Primaria, Facultad de Medicina, Universidad de Bergen. Centro de Pandemias, Universidad de Bergen, Bergen, Noruega*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lugifel@gmail.com
(L.A. Gimeno-Feliu).