

## Atención ao paciente migrante

### Attention to the migrant patient

#### AUTORAS

Ronsel Noemí Fernández Suárez<sup>1</sup>, Laura Bodelón Díez <sup>1</sup>, Flora Miranda Pena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina de Familia e Comunitaria. CS A Estrada. A Estrada (Pontevedra)

<sup>2</sup> Médica de familia. CS da Estrada. A Estrada (Pontevedra)

Autora para correspondencia: Ronsel Noemí Fernández Suárez

EMAIL: [Ronsel.Noemi.Fernandez.Suarez@sergas.es](mailto:Ronsel.Noemi.Fernandez.Suarez@sergas.es)

#### Resumo

A consulta do paciente migrante supón un reto para os profesionais de Atención Primaria. A comorbilidade social, o dó migratorio, as patoloxías pouco frecuentes no noso medio ou as barreiras idiomáticas son algunhas das dificultades ás que nos enfrontamos nestas consultas. Ademais, en ocasións descoñecemos se o paciente ten dereito a asistencia sanitaria, e no caso de tela, se é gratuíta.

Con este artigo pretendemos dar resposta a algunhas das preguntas que máis frecuentemente nos formulamos á hora de atender a un paciente migrante. Por outro lado, queremos tamén reivindicar a necesidade de atender a persoa tendo en conta o seu contexto social e familiar, así como realizar unha atención culturalmente apropiada, tentando ver máis aló da patoloxía orgánica. Deste xeito, poderemos diagnosticar, previr e tratar enfermidades de xeito máis eficaz, e realizar unha atención de calidade.

**Palabras chave:** *Paciente migrante. Dereito a asistencia sanitaria. Accesibilidade. Competencia cultural.*

A consulta co paciente migrante non é unha consulta doada. Alén das diferenzas idiomáticas e culturais, enfrontámonos a unha entrevista clínica chea de dificultades sociais, barreiras legais nalgúns casos e factores emocionais e psicolóxicos en relación ao dó migratorio. Vai requirir un esforzo extra, tanto por parte do paciente coma do profesional para acadar unha entrevista clínica exitosa.

Unha persoa migrante é aquela que se despraza desde un país ou lugar de orixe a outro para asentarse nel de maneira temporal ou definitiva [1]. Neste artigo ímonos centrar nun perfil concreto de persoa migrante; se ben a consulta con persoas que encaixen noutros perfís de paciente migrante pode ter tamén certa complexidade. Emporiso, o noso prototipo de paciente vai ser unha persoa nova, sá, que migra por razóns económicas ou de seguridade. Polo xeral, viven situacións de precariedade laboral e de vivenda, e globalmente presentan risco de exclusión social e discriminación. Adoitan consultar unicamente cando algunha cuestión relacionada coa saúde lles impide traballar. Por outro lado, é importante ter en conta o risco de exclusión dos servizos sanitarios, xa sexa por cuestións legais ou de carácter social.

## CIFRAS, DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA E FEMINIZACIÓN DA MIGRACIÓN

España foi tradicionalmente país de orixe de persoas migrantes. Con todo, coa mellora da calidade de vida e da situación económica, converteuse recentemente en país receptor. En 2022, 5,5 millóns de persoas estranxeiras vivían no Estado español, o que supón o 11,6 % da poboación española [2]; e calcúlase que houbo arredor de 32 000 chegadas irregulares durante ese mesmo ano [3]. As comunidades que máis migrantes reciben son as da costa mediterránea e Madrid. Romanía, Marrocos e Reino Unido son os países de orixe da maioría das persoas que migran a España. [4]

En 2022, en Galicia residía o 2,1% dos migrantes do Estado. Segundo o INE, a día de hoxe 118.740 persoas nadas noutros países viven na nosa comunidade. As nacionalidades máis frecuentes entre os migrantes en Galicia son a portuguesa, a venezolana e a colombiana [2]

Por outro lado, nos últimos anos incrementouse o número de mulleres que chegan ao noso país, non soamente as que seguen aos seus maridos por agrupación familiar; senón tamén mulleres que inician en solitario o seu proxecto migratorio. A maioría proveñen de América Latina e do Magreb; en xeral mellor preparadas academicamente, pero con menos oportunidades dende o punto de vista laboral que os homes. [5] Deste xeito, o xénero supón un factor de discriminación sobreengadido á condición de migrante. É importante indagar sobre situacións de violencia contra a muller; xa sexa na súa viaxe ata o país de destino (violacións, ETS...), trata e prostitución, ou violencia por parte das súas parellas. Moitas veces o desarraigo, a soidade e a falta de rede social dificultan a saída do círculo da violencia de xénero. Noutras ocasións existe nula conciencia de problema por cuestións culturais; noutras, descoñecen os recursos dispoñibles e as vías para solicitar axuda.

Por último, é importante vixiar e informar de que a mutilación xenital é unha práctica prohibida no noso país e outra forma de violencia contra a muller que debemos condenar e previr. [6] Consiste, segundo a OMS, *na ablación parcial ou total dos órganos xenitais femininos externos ou calquera dano aos xenitais femininos, causados por razóns culturais ou outras e non con fins terapéuticos* [7]. Inclúe a clitoridectomía, a escisión, a infibulación e outras intervencións que implican un dano nos xenitais externos cun fin non médico. Practícase en 29 países de África e nalgúns países de Asia, e na maior parte das veces a motivación para realizala é unicamente a tradición e a presión de grupo. Moitas familias procedentes de países nos que se acepta culturalmente a mutilación xenital reciben presións da súa comunidade de orixe para practicala nas nenas que medraron no país receptor. Deste xeito, as visitas ao país nativo poden supoñer unha situación de risco para estas nenas. É polo tanto importante facer un traballo previo de concienciación cos pais, e sensibilizar aquelas familias que defendan esta práctica. [8]

Polo xeral, nos países receptores non vemos as complicacións a curto prazo da mutilación xenital (hemorragias e infeccións potencialmente graves), pero si é posible que nos consulten mulleres ás que se lles realizou no pasado e que presentan síntomas a consecuencia desta práctica (Táboa 1). Ao integrarse na cultura receptora, algunhas mulleres fan crítica e poden xerar sentimentos de culpabilidade (no caso de que tamén sometesen ás súas fillas a mutilación xenital). Noutros casos, a diferenza de valores entre a cultura receptora e a de orixe provoca un malestar psíquico que se sobreengade a problemática destas mulleres.[8]

**Táboa 1. Consecuencias da mutilación xenital nas mulleres [8]**

PSICOLÓXICAS	FÍSICAS
Medo ás relacións sexuais e ao parto	Infeccións recurrentes
Ansiedade e pesadelos	Dismenorrea
Depresión	Dispareunia
Baixa autoestima	Diminución do pracer sexual
Medo ao rexeitamento	Complicacións no parto
Sentimentos de confusión e contradición	Fístulas e incontinencia

### A CONSULTA DO PACIENTE MIGRANTE

A dificultade da consulta co paciente migrante vén determinada en gran medida por barreiras establecidas tanto polos profesionais como polos pacientes. O idioma, se ben supón hoxe en día unha barreira menos insalvable que hai anos grazas as novas tecnoloxías, segue a ser un dos principais handicaps da anamnese á persoa migrante.

Ás veces o paciente non ten acceso a asistencia sanitaria por cuestións legais; noutras ocasións descoñece se ten dereito a solicitar atención, ou o mecanismo para facelo. Pode ser tamén reticente a consultar por desconfianza da medicina occidental, ou simplemente porque a súa definición de saúde e enfermidade non coincide coa da nova sociedade na que se atopa.

Ademais das barreiras que o paciente presenta, temos que ser consciente das nosas limitacións e traballar con elas. A competencia cultural, o tempo, enfrontarnos a patoloxías que non vemos habitualmente na nosa contorna, e o manexo da comorbilidade social serán factores que influan na consulta con estas persoas. A maiores, serán pacientes difíciles de captar (polos factores comentados que os limitan á hora de consultar) e difíciles de seguir (cambios constantes de domicilio por precariedade social e inestabilidade laboral).

É importante avaliar o impacto do proceso migratorio no paciente, e canto pode influír na súa sintomatoloxía. Facer o diagnóstico diferencial entre patoloxía orgánica, desarraigo e somatización non sempre é sinxelo. [9]

#### - *Motivo de consulta*

As enfermidades que máis frecuentemente veremos no paciente migrante serán as adquiridas, xa sexan orgánicas (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia...) ou derivadas da precariedade laboral. As reactivas ou de adaptación son o segundo motivo de consulta máis frecuente. Ás dificultades que supón a migración e o dó migratorio hai que engadirlle a comorbilidade social á que se enfrontan. Xa que logo, a ansiedade e a depresión son especialmente prevalentes na poboación migrante. A maiores, en moitas ocasións presentan estrés aculturativo, froito da confrontación coa nova cultura. Cando este estrés é incapacitante denomínase síndrome de Ulises.

Diagnosticaremos con menor frecuencia enfermidades xenéticas (déficit G6PDH, drepanocitose...) e enfermidades importadas (tropicais ou cosmopolitas). Polo xeral, a

poboación migrante presentará un nivel de saúde algo superior á media do seu país de orixe (*Non emigra quen quere, senón quen pode*)[5]. Tamén é importante matizar que moitas enfermidades en teoría importadas dan a cara debido a situacións de precariedade social (tuberculose, hepatite A...). [5,9]

- *Anamnese*

Na anamnese recolleremos información xeral como en calquera outra anamnese (enfermidades previas, antecedentes familiares, tratamentos, historia obstétrica...) e outros datos máis específicos da poboación migrante. Preguntaremos polo país de orixe, a ruta migratoria empregada, o tempo de estancia en España e últimas visitas ao seu país de orixe. Indagaremos sobre condicións sociais, familiares e laborais; así como factores estresantes relacionados. Por último, é importante coñecer que vacinas recibiu, cantas doses e a que idade.

Na anamnese co paciente migrante é recomendable indagar cales son as expectativas do paciente con respecto á súa saúde, e ter en conta que os conceptos de saúde/enfermidade poden variar dunha cultura a outra. Por exemplo, os factores de risco cardiovascular non teñen por que ser unha preocupación ou un motivo de consulta en persoas que proveñan de culturas cunha menor esperanza de vida; mentres que por outro lado poden alarmarse ante signos ou síntomas de patoloxías que consideramos banais no noso contexto por non atoparse afeitos a elas.

Durante a entrevista manteremos unha actitude empática e respectuosa, pero alén diso, é recomendable esforzarse en adquirir os coñecementos e habilidades necesarios para entender á persoa no seu contexto cultural. Denomínase competencia cultural *o proceso no que o profesional da saúde se esforza por lograr a habilidade de traballar eficazmente dentro do contexto cultural do individuo, familia ou comunidade* [5]. Isto permitiranos non soamente entender mellor ao paciente (os seus valores, as súas expectativas, o seu concepto de saúde/enfermidade), senón desenvolver estratexias que faciliten un coidado transcultural.

Por outro lado, non debemos esquecer explorar os determinantes sociais da saúde (Táboa 2) [9]

**Táboa 2. Determinantes sociais da saúde no paciente migrante**

<u>ESTILOS DE VIDA</u> Condicións de vivenda Estabilidade de domicilio Hábitos tóxicos Alimentación Estrés	<u>SITUACIÓN SOCIAL E CULTURAL</u> Cambios socioculturais e necesidade de adaptación Xenofobia e discriminación Exclusión social Separación familiar
<u>SITUACIÓN LABORAL E ECONÓMICA</u> Desemprego; débedas no país de orixe ou para a viaxe Empregos precarios, condicións laborais de risco Falta de recursos económicos	<u>FACTORES BIOLÓXICOS</u> Situación inmunitaria, estado vacinal Enfermidades xenéticas
<u>RELACIÓN CO SISTEMA SANITARIO</u> Descoñecemento do funcionamento do sistema Diferenzas no concepto saúde/enfermidade Conflito coa medicina tradicional	<u>EDUCACIÓN</u> Problemas co idioma Titulacións non convalidadas no país receptor Nivel de estudos
<u>IDADE E XÉNERO</u>	<u>SITUACIÓN LEGAL</u> Limitacións burocráticas, situación irregular

- *Exploración Física*

Á hora de explorar ao paciente é importante ser sensible as diferenzas culturais, explicar que é o que imos facer e pedir permiso. Realizaremos unha exploración xeral prestando especial atención a signos que nos poidan poñer sobre a pista de enfermidades sistémicas importadas do seu país de orixe non diagnosticadas (adenopatías, úlceras, hepatoesplenomegalia, lesións cutáneas...) e patoloxías adquiridas (hipertensión, patoloxía osteomuscular...). Será conveniente realizar tamén unha valoración do estado nutricional, unha exploración oftalmolóxica e un exame dental. Por outra banda, é importante prestar atención a datos que nos indiquen trastornos do ánimo, de adaptación, ansiedade ou síntomas psicóticos.

- *Probas complementarias*

En xeral, non se aconsella cribado sistemático de posibles infeccións asintomáticas, se ben é recomendable realizar unha analítica básica de sangue e solicitar seroloxías atendendo á procedencia do paciente, estado vacinal e factores individuais de risco. Deste xeito, a realización de probas tales como a detección de parasitos en feces, o cribado de malaria ou o PPD/Mantoux está unicamente indicado se existe sospeita.

- *Plan*

É importante establecer un seguimento de cara ao control e prevención de enfermidades agudas e crónicas, o manexo interdisciplinar da patoloxía social, e a atención a problemas de saúde mental. Será tamén esencial investir tempo na educación sanitaria (hábito dietéticos, prevención de riscos laborais, ou prevención de enfermidades de transmisión sexual). [9]

Táboa 3. Enfermidades infecciosas máis frecuentes no paciente migrante [10]

	TRANSMISIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	EPIDEMIOLOXÍA
<b>VIH</b>	Parenteral	S. Retroviral aguda Infeccións oportunistas	Seroloxía (Elisa+WB) Antíxeno p24 VIH1 Carga viral	VIH1 é o máis prevalente no mundo; VIH2 endémico en África subsahariana
<b>VHB/VHC</b>	Parenteral	Hepatite	Seroloxía (antiVHBc, HBs-Ax, anti-VHC)	As formas anictéricas son as máis frecuentes
<b>Malaria</b>	Vector (Anopheles)	Febre Hepatoesplenomegalia Anemia	Pinga grossa Frotis de sangue periférico, PCR	Factores Protectores: Drepanocitose, déficit de G6PD
<b>Tuberculose</b>	Aérea (aerosois)	Formas: Pulmonar, Ganglionar, Pleural, Miliar	Observación microscópica (esputo) Cultivo, PCR	As formas extrapulmonares son máis frecuentes en VIH+
<b>Chagas</b>	Vector (chinche) Vertical (transplacentaria)	Miocardiopatía Dixestiva: Megassíndromes	Seroloxía PCR	Endémica en América Central e do Sur
<b>Esquistosomiase</b>	Contacto con auga contaminada con larvas (cercarias)	Dermatite do bañista Febre de Katayama Forma hepatoesplénica e vesical	Visualización de ovos en feces ou urina	África subsahariana
<b>Filariase</b>	Vector (mosquitos e moscas)	Linfanxite/Linfedema Edema de Calabar Dermatite/queratite esclerosante (cegueira dos ríos)	Microfilarias en sangue periférico	Inclúe filarias linfáticas, Loa Loa e Oncocercose

## ASPECTOS LEGAIS NA ACCESIBILIDADE AO SISTEMA SANITARIO

A accesibilidade ao sistema sanitario en España está regulada polo Real decreto-lei 7/2018, de 27 de xullo, sobre o acceso universal ao Sistema Nacional de Saúde [11]. Establece a titularidade do dereito á atención sanitaria a todas as persoas que teñan establecida a residencia no Estado español. Inclúense tamén aquelas persoas estranxeiras que poidan acollerse a convenios bilaterais ou regulamentos comunitarios. Nas demais situacións (persoas que non poidan acreditar máis de 90 días de residencia en España) facturaráselles a atención; no caso de que teñan dereito a asistencia.

O RD non menciona a colectivos especialmente vulnerables protexidos no anterior RD do 2012, como son os menores, embarazadas e persoas que precisen atención urxente; situación que pode supoñer unha barreira máis á hora de solicitar asistencia sanitaria para aquelas persoas que levan menos de 90 días en España, ou que non poidan acreditar unha estancia superior a este tempo. Na práctica, a estes tres colectivos estáselles a denegar a atención sanitaria, ou factúraselles. [12,13]

Tampouco se menciona no RD as persoas en situación de reagrupación familiar, polo que se mantén a denegación de asistencia sanitaria a este colectivo do RD do 2012, habendo sentenzas posteriores á entrada en vigor do RD 2018 en consonancia con este feito [14]

Con todo, as persoas non autorizadas poderán recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos se cumpren os requisitos para acollérense ao Programa Galego de protección social da saúde pública: [15]

1. A persoa non ten outra vía para a obtención dunha prestación sanitaria
2. A persoa non pode exportar asistencia dende o seu país de orixe
3. Non existe un terceiro obrigado ao pagamento

Para poder acollerse ao Programa, haberá que achegar o certificado de empadramento (acreditar mínimo 90 días en España), a resolución denegatoria de inscrición no Rexistro Central de Estranxeiros e documento acreditativo do seu país de orixe conforme non procede a exportación do dereito á prestación da asistencia sanitaria.

Deste xeito, garáteselles asistencia sanitaria durante un ano ás persoas que se acollan ao programa. A renovación é anual, e anularanse as facturas emitidas polos centros do Sergas unha vez realizada a solicitude.

## CONCLUSIÓNS

As dificultades da consulta co paciente migrante abranguen dende o eido orgánico, o emocional, o social e o legal. Será necesario deterse e adicarlle máis tempo e esforzo que a outro tipo de consultas para acadar unha boa comunicación e concretar uns obxectivos que en moitas ocasións serán interferidos por outros factores externos. Ademais de tentar resolver a patoloxía médica dos pacientes, será preciso realizar unha atención culturalmente apropiada e integral da persoa; procurando por outro lado minimizar as desigualdades en saúde. Será importante, en consecuencia, traballar en equipo e de xeito multidisciplinar con traballo social, enfermaría, persoal administrativo e asociacións e mediadores culturais.

**Conflicto de interese:** As autoras declaran non ter conflitos de interese.

**Agradecementos:** A Milagros Núñez Vidal, traballadora social do centro de saúde da Estrada pola súa axuda e asesoramento na elaboración deste artigo.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Diccionario da Real Academia Galega. A Coruña: Real Academia Galega. Dispoñible en <https://academia.gal/diccionario> (Consultado o 25 de Outubro de 2023)
2. Instituto Nacional de Estadística; 2023. Población extranjera por nacionalidad, comunidades, sexo y año (consultado o 25 de Outubro de 2023). Dispoñible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02005.px#!tabs-tabla>
3. Ministerio del Interior. Gobierno de España: Inmigración Irregular 2022: informe quincenal. 31 Decembro 2022
4. Instituto Nacional de Estadística; 2022. Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2022 Estadística de Migraciones (EM). Año 2021. Nota de prensa. Dispoñible en [https://www.ine.es/prensa/cp\\_e2022\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_e2022_p.pdf)
5. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8ª Ed. Elsevier; 2019
6. Médicos del Mundo. Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios. Gobierno de Aragón. Abril 2021. Dispoñible en [https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/guia\\_para\\_la\\_atencion\\_de\\_personas\\_migrantes\\_o\\_de\\_origen\\_extranjero\\_dirigida\\_a\\_sociosanitario.pdf](https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/guia_para_la_atencion_de_personas_migrantes_o_de_origen_extranjero_dirigida_a_sociosanitario.pdf)
7. OMS. Mutilación genital femenina. 2020. Dispoñible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid; 2015. Dispoñible en [https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo\\_MGF\\_vers5feb2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf)
9. Fuertes C, Martín Laso M.A. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra vol.29 supl.1 Pamplona 2006
10. Loscalzo J., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21ª Edición. McGraw-Hill Interamericana, 2022
11. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE num. 183, de 30 de xullo de 2018, px 76258 a 76264
12. Yo si, Sanidad Universal. Valoración del Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Madrid, Agosto 2018 [consultado o 5 de Decembro de 2023]. Dispoñible en [https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/noticias/valoracion-del-real-decreto-ley-7-2018/1177499792-1576313747/valoracion\\_yosi\\_rdl\\_7\\_2018.pdf](https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/noticias/valoracion-del-real-decreto-ley-7-2018/1177499792-1576313747/valoracion_yosi_rdl_7_2018.pdf)
13. Yo si, Sanidad Universal. El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos. Dispoñible en <https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/procedimientos-comunidades-autonomas/galicia/3642038461-1694013970/galicia.pdf>
14. Zuñil M. Los familiares de inmigrantes reagrupados no tendrán derecho a la Sanidad Pública. El Confidencial [Internet]. 11 xuño 2019 [consultado o 06 de decembro de 2023]. Dispoñible en [https://www.elconfidencial.com/espana/2019-06-11/familiares-inmigrantes-sanidad-publica-supremo\\_2066718/](https://www.elconfidencial.com/espana/2019-06-11/familiares-inmigrantes-sanidad-publica-supremo_2066718/)
15. Consellería de sanidade. Xunta de Galicia: Programa galego de protección social da saúde pública (2018). Dispoñible en <https://www.sergas.es/Tarjeta-sanitaria/Programa-galego-de-proteccion-social-da-saude-publica?idioma=ga>

**PUNTOS CLAVE KEY POINTS**

- *É importante formularnos cales poden ser as razóns polas que unha persoa migrante non consulta*
- *Procurar minimizar as desigualdades en saúde, ter en conta os condicionantes sociais ou a competencia cultural axudarannos a realizar unha atención de calidade.*
- *O traballo en equipo e multidisciplinar con outros profesionais sanitarios, traballo social, persoal administrativo, asociacións de migrantes ou mediadores culturais axudarannos a manexar as dificultades que nos atopamos á hora de atender ás persoas migrantes.*