New Trends in Qualitative Research

(cc) BY-NC-ND

VOLUMEN **20 Nº2**

DOI:
https://doi.org/10.36367/ntqr.20.2.2024.e935

María Idoia Ugarte-Gurrutxaga

Brígida Molina-Gallego

Beatriz de Oliveira Xavier

Ana Paula Monteiro

Flore Geukens

Gonzalo Melgar-de Corral

Fecha de envío: Noviembre, 2023
Fecha de evaluación: Mayo, 2024
Fecha de publicación: Julio, 2024

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN PORTUGAL, ESPAÑA Y BÉLGICA

RESÚMEN

Introducción. El flujo de migrantes entre los diferentes países es una realidad en Portugal, España y Bélgica. Como consecuencia, una de las principales preocupaciones es la atención a personas migrantes en los servicios de salud. Esta atención no está sistematizada en los manuales de buenas prácticas que se encuentran disponibles. No se dispone de formación en esta área, ni en los currículos educativos ni en la formación continua de profesionales de la salud.
Objetivos. Conocer la percepción de las personas migrantes sobre la atención sanitaria que reciben en los tres países. Método/s. Estudio descriptivo transversal en el que adoptamos un enfoque cualitativo basado en la Teoría Fundamentada realizado mediante grupos focales y entrevistas telefónicas semiestructuradas. Para el proceso de análisis se identificaron las dimensiones principales en torno a las cuales se articula el discurso, diferenciándose los aspectos más relevantes de cada tema, agrupando los datos en torno a las categorías relacionadas con el objetivo del estudio. Para el análisis se utilizaron los programas informáticos Atlas-ti 8 y N-Vivo Resultado/s. Las principales dificultades a las que se enfrentan las personas migrantes en la atención sanitaria son: déficit de acceso al sistema sanitario; las barreras en la atención, sobre todo la de la comunicación; el frecuente trato discriminatorio: la escasa competencia cultural estructural, sobre todo con la carencia de recursos de traducción y mediación intercultural, la escasa flexibilidad del sistema y su orientación biomédica y la insuficiente competencia cultural profesional. Conclusiones. Se evidencian dificultades de acceso al sistema sanitario: no manejo del idioma, desconocimiento del itinerario asistencial y percepción de un trato discriminatorio por parte de profesionales de la salud. Además, las personas migrantes proponen la mejora de la competencia y la sensibilidad cultural de profesionales de la salud y estrategias de mejora del sistema, como la traducción y la mediación intercultural.

Palabras Clave
Competencia-cultural; Investigación- cualitativa; Enfermera; Migrantes; Salud.

PERCEPTION OF MIGRANTS' HEALTH CARE IN PORTUGAL, SPAIN AND BELGIUM

Abstract
Introduction. The flow of migrants between different countries is a reality in Portugal, Spain and Belgium. As a consequence, one of the main concerns is the care of migrants in health services. This healthcare is not systematised in the good practice manuals that are available. There is no training in this area, neither in educational curricula nor in the continuous training of health professionals. Objectives. To find out migrants' perceptions of the health care they receive in the three countries. Method(s). Cross-sectional descriptive study in which we adopted a qualitative approach based on Grounded Theory carried out through focus groups and semi-structured telephone interviews. For the analysis process, the main dimensions around which the discourse is articulated were identified, differentiating the most relevant aspects of each topic, grouping the data around the categories related to the objective of the study. The software Atlas-ti 8 and N-Vivo were used for the analysis. Results. The main difficulties faced by migrants in health care are: poor access to the health care system; barriers to healthcare, mainly communication barriers; frequent discriminatory behaviours; poor structural cultural competence, especially due to the lack of translation and intercultural mediation resources; poor health system flexibility and biomedical orientation; and insufficient professional cultural competence. Conclusions. Difficulties of access to the health system are evident: lack of language skills, ignorance of the care itinerary and the perception of discriminatory treatment by health professionals. In addition, the improvement of the competence and cultural sensitivity of health professionals and system improvement strategies, such as translation and intercultural mediation, are proposed.

Keywords
Cultural competency; Qualitative research; Nursing; Migrants; Health.

1. Introducción

La migración y En la actualidad, la Europa acoge a casi el 36% de la población migrante internacional, con más del 13% de su población total formada por migrantes internacionales, (WHO, Regional Committee for Europe, 2022).

Según datos de Eurostat (2021), el porcentaje de población extranjera del total de la población, en España era del 17,1%, un 4,1% en Portugal y un 11,6% en Bélgica.

Como consecuencia, los servicios sanitarios europeos se enfrentan al reto de prestar más asistencia y de mejor calidad a una población progresivamente más multicultural.

Defender la inclusión de personas migrantes y refugiadas en los sistemas nacionales de salud a costes asequibles y con calidad suficiente es una prioridad para la ONU (2021). Esta estrategia está en consonancia con el Pacto Mundial sobre Refugiados (Global Compact on Refugees) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2030 Agenda for Sustainable Development). Responder a las necesidades y vulnerabilidades de las personas refugiadas y migrantes exige una atención culturalmente sensible y eficaz que reconozca y responda a todas sus necesidades a lo largo de la vida, incluidas las enfermedades no transmisibles y transmisibles y los traumas causados por lesiones y violencia. Existe una necesidad mundial de organizar servicios sanitarios de buena calidad, sólidos y resistentes, que tengan en cuenta los aspectos culturales y lingüísticos y que puedan responder a las necesidades de las personas refugiadas y migrantes (WHO, 2020, p.5).

Sin embargo, cuando las personas migrantes acceden a los de servicios sanitarios de los países de acogida, éstos pueden no tener en cuenta sus necesidades culturales, lingüísticas y sociales, lo que retrasa o impide el diagnóstico de las enfermedades o hace que el tratamiento sea ineficaz (International Organization for Migration, 2022).

Para ello se precisa la colaboración multisectorial y coordinar esfuerzos para garantizar que la salud de las migrantes se aborde a lo largo de todo el ciclo migratorio, así como esfuerzos para desarrollar sistemas de salud sensibles a la migración que respondan a los perfiles y necesidades de salud cada vez más diversos de la población (Monteiro, Xavier, Ugarte-Gurrutxaga, Baquero, Molina-Gallego, & Melgar, 2023). Desde este planteamiento, la formación en competencia cultural a profesionales de la salud es una buena estrategia para combatir la discriminación y la estigmatización, las trabas administrativas y las normas restrictivas que generan miedo a la deportación y la pérdida del empleo a las personas migrantes.

En aras de garantizar uno de los derechos fundamentales para todas las personas, el derecho a una atención que responda a las necesidades sentidas por las personas migrantes en este estudio nos planteamos conocer su percepción sobre la atención sanitaria que reciben en España, Portugal y Bélgica. Los resultados nos permitirán identificar algunos de los aspectos de mejora para que la atención sanitaria que reciban sea de calidad.

2. Metodología

2.1 Diseño

Adoptamos un enfoque cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. Nuestro objetivo es comprender profundamente los significados y patrones emergentes a partir de los datos recopilados. La Teoría Fundamentada nos permite construir conceptos teóricos a medida que exploramos las experiencias y perspectivas de nuestros participantes (Glaser & Strauss, 1967). Se pretende conocer discursos, opiniones e ideas subyacentes siguiendo los pasos de análisis descritos por Graneheim y Lundman (2004).

Este estudio es parte del Proyecto Europeo "Multicultural Care- Educar al alumnado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos" financiado por el Programa ERASMUS+ con la referencia 2020-1-pt01-078530 (Acceso: https://issuu.com/esenfc/docs/desdobr_vel_-_sp).

2.2 Participantes

La selección de las personas participantes fue intencionada y en los tres países donde se desarrolló el Proyecto mencionado anteriormente.

Participaron personas migrantes de los tres países. En Bélgica, concretamente en la ciudad de Genk, se identificaron seis participantes (hombres). En Portugal, la muestra consistió en seis personas migrantes (tres mujeres y tres hombres) y en España fueron seis mujeres las que participaron en el estudio. Los criterios de inclusión fueron la competencia lingüística del idioma de cada país del estudio, la residencia en el país de acogida de al menos 2 años, ser mayor de 18 años y haber tenido al menos una experiencia en el sistema de salud del país de acogida.

2.3 Recopilación de los Datos

Los datos se recogieron en marzo de 2021y se generaron mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas (6) y grupos de discusión (2). El acceso a la muestra se realizó a través del contacto con personas que desarrollaban un trabajo previo con estas personas relacionados con su situación migratoria.

La pandemia de COVID-19 condicionó el trabajo el campo, de tal manera que solo el grupo de discusión (GD) de Bélgica se pudo realizar de forma presencial. El GD en Portugal se llevó a cabo utilizando la plataforma digital Zoom®. A pesar de que la idea inicial era realizarlo presencialmente, el uso de la plataforma digital resultó beneficioso al permitir un desarrollo similar al presencial, y evitar desplazamientos facilitando la participación de todas las personas captadas (Francisco & Neto, 2017).

Por el mismo motivo, todas las entrevistas que se realizaron en España fueron por vía telefónica. La duración de los GD y de las entrevistas tuvo una media de 60 minutos.

Los discursos fueron grabados Para facilitar la recogida de información y responder a los objetivos del estudio, se elaboró un guion con una serie de preguntas generales. Esta guía fue consensuada previamente por las tres instituciones socias del Proyecto para ser aplicada en los tres países (con las variaciones necesarias según la técnica empleada, el idioma y el contexto social).

Los ejes temáticos que articularon el guion de entrevistas y GD fueron: el acceso al sistema sanitario, la comunicación y la relación interpersonal entre pacientes y profesionales de la salud.

Durante la captación se explicaron los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad y se solicitó a las personas participantes autorización para la grabación de audio y la transcripción mediante consentimiento informado.

2.4. Análisis de los datos

Se procedió al registro exhaustivo de los datos cualitativos: la trascripción de las grabaciones durante los grupos de discusión y las entrevistas.

El proceso de codificación se basó inicialmente categorías previas relacionadas con el objetivo del estudio que se complementó con los nuevos códigos y categorías emergentes (Tabla 1)

Para el proceso de análisis se identificaron las dimensiones principales en torno a las cuales se articula el discurso y después se diferenciaron los aspectos más relevantes de cada uno de los temas, agrupando los datos recogidos en torno a unas categorías relacionadas con los objetivos específicos del estudio. Para el análisis se utilizaron los programas informáticos Atlas-ti 8 y N-Vivo.

Tabla 1. Temas y categorías identificados después del análisis temático

S

Temas	1	2	3
Percepción de las personas migrantes sobre la atención sanitaria	Acceso y barreras en el uso del sistema sanitario	La comunicación en la atención sanitaria	Relación interpersonal-trato-sensibilidad cultural
Categorías Emergentes	Trámites administrativos Sobrecarga laboral de profesionales y falta de tiempo Otras barreras culturales y sociales	La importancia de la comunicación Servicios de traducción y mediación intercultural	Trato discriminatorio La empatía como competencia enfermera La sensibilidad cultural

2.5. Consideraciones éticas

Se respetaron los principios éticos de acuerdo con la declaración de Helsinki.

El presente estudio cuenta con la aprobación Ética obtenida a través de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Comité de Ética de Enfermería (UICISA: E) con sede en la Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (C.E. Nº P743 12/2020).

3. Resultados

Como resultado general vemos que hay tres categorías en los discursos de las personas objeto de nuestro estudio respecto a la atención en el sistema sanitario y a la atención que reciben de las y los profesionales de la salud, especialmente de las enfermeras/os: el acceso al sistema sanitario; la comunicación con profesionales de la salud; y el trato (relación interpersonal) y la sensibilidad cultural de profesionales de la salud. En la Tabla 2 se explican las claves de identificación de participantes en los fragmentos de discursos mostrados en este artículo.

Tabla 2. Procedimiento de identificación participantes

Se identifican los y las emisores de cada sección de discurso (verbatim) que se recogen en el texto mediante un código con dos elementos: ▪ El primero es un código alfabético que identifica si es una entrevista o un grupo de discusión o E: entrevista o GD: Grupo Focal ▪ El segundo identifica el país al que pertenece la persona participante o E: España o P: Portugal o BE: Bélgica

3.1 Acceso y barreras en el uso del sistema sanitario

3.1.1 Trámites administrativos

En general podemos señalar que todavía persisten dificultades para el acceso al sistema sanitario que derivan de la dificultad para de obtener la tarjeta sanitaria. Este tipo de restricciones suponen es un claro déficit de la atención sanitaria con respecto al resto de la población. Además, se traduce en que a las personas sin papeles "les cuesta" recibir la atención sanitaria:

> "Tengo una queja, pero fue tan pronto como llegué aquí en Portugal que fue a tomar el número del paciente(tarjeta sanitaria) ... yo trabajaba de noche y tenía que dormir por la tarde y por la tarde tenía que estar allí, no descansaba, pero tenía que ir porque por otro lado cómo íbamos a ser atendidos.; mi mujer se puso hasta a llorar bien..." (GD-P).

> "Sí, porque la gente que no tiene papeles, les cuesta ir al médico. Si, […] van al médico de cabecera, te dice (imitando, con voz dulce):- No. Tiene que ir a Urgencias" (E4-E).

3.1.2 Sobrecarga laboral de profesionales y falta de tiempo

Como las personas entrevistadas comentan, la sobrecarga del sistema y la saturación de los y las profesionales puede ser una causa que explique este déficit de tiempo para la atención, porque "no dan abasto":

> "Hay veces que... entran y ves que... que quieren hacerlo rápido (enfatiza) para que te vayas (enfatiza y ríe ligeramente). No te dan tiempo para hablar contigo, ver lo que te duele... -Toma esto, y si no te encuentras mejor, vuelve. (Vuelve a su tono) Y ya está (enfatiza)" (E2-E).

> "Hay una gran presión en el hospital, las enfermeras no tienen tiempo para comunicarse con claridad. Es un problema muy grave en el hospital" (GD-BE).

> "Hay que mirar el equilibrio, los recursos que tienen en relación con la mano de obra, el número de médicos, [...]. Pero si [la sanidad] es una prioridad, tienen que invertir dinero,..." (GD-BE).

> "(...) llego allí y explico mi problema y luego me dan una receta y tengo que ir a la farmacia y se acabó..." (GD-P).

> "(...)me gustaría tener al menos algo de diálogo, alguna presentación de varias soluciones posibles, poder discutir las ventajas y desventajas de cada una para luego poder elegir con conocimiento de causa lo que más nos conviene" (GD-P).

3.1.3 Otras barreras culturales y sociales

Lamentablemente, según los discursos, muchos profesionales de la salud, tal vez desde paradigmas más biomédicos, no consideran que los problemas sociales que presentan las personas migrantes sean pertinentes o relevantes en la atención sanitaria habitual y "no se implican".

> "Te dicen: Es que esto no es problema mío. Yo que sé... Soy especialista en... Soy dentista, por ejemplo […] o soy neurólogo, o soy enfermera de planta, yo esas cosas... a mí ni fu ni fa. Eso a Servicios Sociales" (E1-E).

> "Si has estudiado tu disciplina, entonces tienes que esforzarte al máximo para satisfacer las peticiones del cliente.Partiendo de la premisa del "peso" de los determinantes sociales, de la interseccionalidad de los ejes de desigualdad- entre ellos la etnia- en la salud de las personas, es poco entendible que, profesionales de la salud no sean conscientes de su responsabilidad en el liderazgo en la coordinación con el ámbito social" (GD-BE).

3.2 La comunicación en la atención sanitaria

3.2.1 La importancia de la comunicación en la atención sanitaria

Todas las personas participantes en grupos y entrevistas señalaron la necesidad de una comunicación clara entre los profesionales de la salud y los receptores de cuidados. Para los participantes es obligatorio que ellos entiendan qué tipo de práctica de cuidados será llevada a cabo y por qué.

> "La comunicación es importante. En la práctica comprender y hablar el idioma del país es una de las barreras principales en la atención a la salud" (GD-BE).
>
> " pasé por varias consultas al principio, aún hablaba poco, había intentado prepararme para ir a la consulta, intentaba recopilar muchas palabras ya traducidas para explicar mejor los síntomas o lo que tengo" (GD-P).
>
> "La más...la dificultad que hay... Te estoy diciendo para extranjeros en general. Porque
>
> conoce [conozco] también rumanos que...han tenido este problema [de idioma]" (E4-E).

La segunda constatación es que la barrera de la comunicación condiciona gravemente la atención sanitaria hasta el punto de impedirla en ocasiones.

> "Tengo una vecina que... le aterroriza ir al médico si no está alguien que le... que le traduzca… Y cómo se le va...cómo le va a... a suministrar la medicación a un bebé si ella no ha entendido o no se lo han explicado" (E3E).
>
> "Pero hay gente que... prefiere estar en casa que ir al hospital, por...por la barrera del idioma" (E6-E).
>
> "Mi experiencia es que cuando hablas el idioma, realmente te ayudan de una manera, entre paréntesis, "buena". [...] En el momento en que te ven hablar el idioma, estás en buenas manos. Esa es mi experiencia" (GD-BE).
>
> "Hay algunos... que empiezan a tomar medicamento que no se debe tomar de esta [esa]
>
> manera" (E4-E).

3.2.2 Servicios de traducción y mediación intercultural

La dificultad de acceso a traductores/as, que es un servicio que cuando existe es bastante desconocido o inaccesible:

> "En el caso de los migrantes que no nos manejamos con la lengua portuguesa, tenemos ese derecho a traducir, sólo que no siempre podemos andar con un traductor a nuestro lado. Por eso, siempre utilicé al principio esa línea de traducción telefónica, que lleva mucho tiempo, que cuesta mucho, que no todos los médicos quieren, no quieren perder algo, por eso aquí es otra historia, que podemos hablar muchas cosas" (GD-P).

Se considera que la mediadora debiera incorporarse dentro de la plantilla del personal del sistema sanitario, aunque sólo fuera para traducir y salvar así la barrera idiomática, sobre todo en las zonas donde hay una mayor concentración de personas extranjeras,

> "Por lo menos, que traduzca, que...que le haga...entender (enfatiza) a la persona, como...cómo hay que suministrarlo, los medicamentos, o... cada cuánto tiempo, o si tiene que volver otra vez para que lo vean, o si hay que hacer alguna cura" (E6-E).

> La mediadora facilita información sobre costumbres culturales de las migrantes que pueden ir en contra de las indicaciones terapéuticas, hace de "puente" en el diálogo entre ambos perfiles,

> "Y cuando daban a luz, pues igual. Pasaba con las chinas, las mujeres chinas. [Se dirige al entrevistador] Yo no sé si tú lo sabes. Las mujeres chinas se tienen que quedar cuarenta (enfatiza) días sin lavarse. ¡Sin ducharse! (escandalizada) Después de un parto" (E1-E).

3.3 Relación interpersonal-Trato-sensibilidad cultural

3.3.1 Trato discriminatorio

La percepción de un trato discriminatorio y diferencial respecto a la población autóctona en el ámbito sanitario es una constante en el discurso de las personas migrantes de los tres países del estudio. Uno de los motivos que identifican como origen de esa discriminación es la forma de vestir, el hecho de no considerar la importancia que ellas dan a su vestimenta, como un elemento de protección y garante de su intimidad,

> "Están ingresadas, y claro, ellas se quedan con su pañuelo, ellas se... Ellas no quieren salir a los pasillos con los camisones esos que...que van con la espalda toda abierta" (E1-E).

Otro de los motivos del trato discriminatorio se basa en los prejuicios, por parte de los y las profesionales de la salud, de considerarles personas sin estudios, incultas. Comentan que muchas profesionales, por el mero de ser migrantes les tratan como si fueran incultas, personas sin conocimiento ni estudios,

> "No somos todos extranjeros que no han estudiado (enfatiza). Hay muchas que tienen...licenciado de...Licenciado. Hay algunas que no sé qué han...qué han estudiado" (E4-E).

> "Enseguida intentaron ponernos estereotipos, estereotipos discriminatorios basados en el género, la edad, la falta de estudios..." (GD-P).

> "Pues...(pensativa) yo creo que sí, que estos profesionales, como que generalizan, etiquetan a toda la gente que procede de un país Yo creo que sí. [...]" (E3-E).

Es interesante señalar la percepción de que este trato discriminatorio se traduce en una atención sanitaria que se limita a una relación técnica, biomédica, impersonal hacia ellas y que desde luego, no es igual a la que reciben las personas autóctonas,

> "Hay veces que... quieren hacerlo rápido (enfatiza) para que te vayas. No te dan tiempo para hablar contigo, Toma esto, y si no te encuentras mejor, vuelve" (E2-E).

3.3.2 La empatía como competencia profesional

Los participantes entienden que los buenos profesionales de la salud deben tener competencias técnicas de su propia profesión y disciplina, ero necesita tener la competencia de empatizar con sus pacientes. Necesitan tener la habilidad de ponerse en los zapatos de la/las persona/s que tienen delante.

> "Pero la empatía también es importante. Ponerse en el lugar de los pacientes...Mostrar interés por la persona, hablar con ella y escuchar con empatía es un comportamiento de las enfermeras que valoramos los migrantes" (GD-BE).

> "… a veces ponerte en el lugar de la otra persona y darte cuenta de que la situación en la que te encuentras es nueva para ti, puede que no sepas cómo afrontarla, entonces a veces se trata de un mínimo de... apoyo... un poco de empatía" (GD-P).

> "Que...tienen que sentirse en el sitio de otra persona, ponerse en su piel" (E4-E).

3.3.3 Sensibilidad Cultural

Uno de los aspectos que se señala en el estudio es la falta de interés de algunas profesionales hacia las creencias y costumbres en salud de las personas, no permitiéndoles sugerir ninguna forma alternativa o complementaria de tratamiento, lo que viven como una falta de respeto a esas mismas creencias.

> "La única (médica) que me preguntó algo de mis costumbres, si llevo el velo, si no lo llevo, por qué se lleva, si eso... No tienen ni idea (enfatiza) de cómo viven en otros países o...o por qué vienen (enfatiza) de otros países...o...lo que pasa, ¿no?" (E3-E).

> "Puede que sí, puede que sí, porque soy una persona que mientras pueda elegir tratamientos alternativos prefiero y no utilizar el fármaco como primera opción. Y yo no siento ningún espacio para eso, aquí en el sistema nacional de salud" (GD-P).

Perciben las indicaciones de los y las profesionales de la salud como una imposición. Además, el no cumplimiento de sus mandatos es castigado,

> "Se enfadan con las madres y todo... Es costumbre...de cada...Los marroquí dan de comerde una manera, a lo mejor, y aquí de otra manera" (E4-E).

4. Discusión

Este estudio revela una serie de circunstancias a las que se enfrentan las personas migrantes en el acceso y uso del sistema sanitario en los tres países donde se ha realizado la investigación.

Los hallazgos de este estudio son similares a otros realizados a nivel internacional siendo las principales barreras las dificultades idiomáticas (Sagbakken, Ingebretsen, & Spilker, 2020; Wallimann, & Balthasar, 2019), el contexto migratorio de vulnerabilidad social (Ramírez- Santana, Rivera, Bernales, & Cabieses, 2019), las barreras administrativas (Legido-Quigley, Leh Hoon Chuah, & Howard, 2020), la escasa sensibilidad cultural de profesionales de la salud (Staniforth, & Such, 2019) y su desconocimiento sobre los factores sociales del contexto migratorio (Chiarenza, Dauvrin, Chiesa, Baatout, & Verrept, 2019), y sus consecuencias en la salud de las personas migrantes (Roche, Simmons, Crawshaw, Fisher, Pareek, Morton, Shryane, Poole, Verma, Campos-Matos, & Mandal, 2021).

Se destacan las dificultades de acceso a la tarjeta sanitaria que junto a otras limitaciones provocan graves consecuencias negativas tales como limitar la atención sólo a lo urgente y forzar a contratar atención sanitaria privada en tanto se está en situación de regularización, privándoles en la práctica de la gratuidad del servicio sanitario. Además, ante el déficit de acceso se recurre frecuentemente a la estrategia de retrasar la atención, en función de la gravedad percibida lo que supone riesgo de agravamiento de las patologías.

La necesidad de la tarjeta sanitaria como "llave de entrada" a la atención sanitaria se pone en evidencia en otros estudios a los que hemos tenido acceso (Ojeda, Santos, & Damiani, 2020 ; Pérez-Urdiales, Goicolea, Sebastián, Irazusta, & Linander, 2019).

Además, una vez superado el acceso al sistema, se presentan otras barreras muchas veces infranqueables, entre las que destacamos: los limitados tiempos disponibles en la atención sanitaria, que en el caso de población migrante debería ser mayores, complica mucho la calidad de la atención ofrecida y hace que se reduzca a los aspectos más biomédicos; las circunstancias sociales y la vulnerabilidad y las diferencias culturales que complican la atención (Cabieses & Oyarte, 2020; Van Der Laat, 2017) y sobre todo la barrera principal, la comunicación. En este punto se valora la importancia que tiene el déficit de comunicación al producir indefensión y marginalización en el sistema. En muchas ocasiones la persona no puede explicar sus dolencias, no entiende las indicaciones de las profesionales y pueden producirse errores en el diagnóstico y el tratamiento, y retrasos en la atención (Feiring y Westdahl, 2020). Esta misma situación se refleja en el estudio de Kletecka-Pulker et al. (2021), en el que un 71% de los y las pacientes que contestaron su encuesta viven frecuentemente una situación dificultada por su desconocimiento del idioma. Son más las investigaciones que apuntan en la misma dirección (Al Shamsi, Almutairi, Al Mashrafi, & Al Kalbani, 2019; Marriott, 2020)

Algunos participantes relacionaron estrechamente la capacidad de expresarse uno mismo y comprender al otro en un lenguaje compartido, con la calidad de la atención recibida. Por el contrario, la buena comunicación es eficiente y supondrá experiencias positivas de la atención prestada. En este sentido, urge solventar este problema, y los profesionales de la salud reclaman soluciones para mejorar la atención y la calidad de los cuidados proporcionados (Feiring & Westdahl, 2020).

Estas necesidades derivadas de los problemas de comunicación exigen medidas de las que aún no se dispone en la mayoría de los casos. Entre estas medidas destacamos la traducción y la mediación intercultural.

Encontramos estudios que señalan que la incorporación de intérpretes profesionales en los casos en que la barrera del idioma dificulta una comunicación significativa entre migrantes y profesionales de la salud proporciona más seguridad y garantiza la confidencialidad a la que todo paciente tiene derecho (Kletecka-Pulker et al., 2021; Sánchez, 2014). A este respecto, cabe señalar que, en 2020, la empresa UniversalDoctor lanzó su propia herramienta digital para la traducción especializada en la atención al paciente: Universal Doctor Speaker y Universal Nurses, quizá más adecuada que otras para su uso en el ámbito. Sin embargo, encontramos estudios que no valoran adecuadamente estos servicios de traducción telefónica (Feiring, & Westdahl, 2020; Ugarte-Gurrutxaga, Molina-Gallego, Mordillo-Mateos, Gómez-Cantarino, Solano-Ruiz, Melgar de Corral, 2020).

Según la literatura científica consultada, la incorporación de la figura del mediador intercultural, es una de las mejores opciones para superar tanto la barrera idiomática como la cultural (Hiri, 2022; Plaza Del Pino, Cala, Soriano, Dalouh, 2020; Ugarte-Gurrutxaga, Molina-Gallego, Mordillo-Mateos, Gómez-Cantarino, Solano-Ruiz, Melgar de Corral, 2020), pero desgraciadamente este recurso es escaso en los sistemas de salud (Chuah, Tan, Yeo, Legido-Quigley, 2019)

Otra categoría que adquiere mucho relieve en los discursos es la tiene que ver con el trato recibido por parte de profesionales de la salud. El trato en los discursos actúa como el elemento diferencial entre percibir "una buena atención" o una "mala atención". El trato discriminatorio percibido lo relacionan con no tener en cuenta sus creencias y valores culturales, e incluso señalan actitudes racistas en alguna ocasión. Esto condiciona fuertemente la actitud y el comportamiento de las personas migrantes en el encuentro asistencial. Esta percepción de los encuentros asistenciales discriminatorios, así como la falta de comprensión y/o aceptación de las diferencias culturales al brindar atención a pacientes migrantes, es frecuente según otros estudios que hemos consultado (Berenguel, Plaza Del Pino, Molina-Gallego, & Ugarte-Gurrutxaga, 2023; Cruz-Riveros, Macaya-Aguirre, Urzúa, Cabieses, 2023).

En nuestro estudio, se argumenta también la necesidad de desarrollar la capacidad de la empatía por parte de profesionales de la salud en la atención, aspecto que echan en falta, tal y como ocurre en otros estudios similares al nuestro (Czapka & Sagbakken, 2016; Ojeda, Santos, & Damiani, 2020). Muy relacionada con la empatía, la sensibilidad cultural en la atención sanitaria es otro de los aspectos clave de esta investigación. Además, se clarifican las situaciones más frecuentes de falta de competencia cultural en aspectos tales como la falta de respeto a las creencias, o a la forma de vestir, etc. Este comportamiento por parte de profesionales puede deberse a los prejuicios y estereotipos hacia ciertos grupos culturales tal y como refieren Pedrero, Bernales, Chepo, Manzi, Pérez, & Fernández (2020). En este punto percibimos cómo la falta de sensibilidad cultural y las dificultades de comunicación hacen que la atención sanitaria se centre únicamente en el desarrollo de la dimensión técnica de la atención, dejando fuera la relacional, que es precisamente la que aporta los conocimientos culturales tan necesarios para dispensar una atención culturalmente competente (Yánez, de la Fuente, Toffoletto, & Masalan, 2018). Por otro lado, se refleja cómo la población migrante se adapta mediante un cierto "pragmatismo cultural" a la forma de atención sanitaria que se dispensa en cada país.

Cabe señalar que la percepción de falta de sensibilidad cultural en profesionales a la que nos estamos refiriendo, puede estar también retroalimentada por los malentendidos fruto de la dificultad idiomática. Como establece la literatura (Gil & Solano, 2017), la competencia cultural facilita una atención apropiada en los contextos de diversidad cultural, obteniéndose mejores resultados y reduciéndose las inequidades en salud.

5. Consideraciones Finales

Este estudio revela una serie de problemas a los que se enfrentan las personan migrantes en la atención sanitaria, entre las que destacamos el déficit de acceso al sistema sanitario, las barreras en la atención (sobre todo la de la comunicación), el frecuente trato discriminatorio en la atención profesional, la escasa adecuación de los sistemas sanitarios (sobre todo con la carencia de recursos de traducción y mediación intercultural), la orientación biomédica y la insuficiente competencia cultural profesional en los servicios de salud.

Las personas migrantes perciben estas dificultades, son víctimas de inequidad en la atención sanitaria que reciben, ven reducida la calidad de los servicios de salud que se les ofrecen y consecuentemente se incrementa su situación de vulnerabilidad en salud.

Una limitación de este estudio fue la dificultad de contacto con las personas migrantes, tanto por el contexto social migratorio como por el momento del trabajo de campo (pandemia COVID-19), lo que en la práctica limitó la muestra.

Consideramos que es necesario formar a profesionales en competencia cultural para lograr una atención culturalmente sensible, con un enfoque basado en los derechos humanos, integral y centrada en la persona. De manera complementaria a esta medida, los sistemas de salud deben flexibilizarse y adquirir la competencia estructural necesaria para alcanzar una atención en salud equitativa y de calidad para las personas migrantes internacionales.

6. Referencias

Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafil, S., & Al Kalbanil, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. Oman Medical Journal, 35(2), 40–46. https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.5001/omj.2020.40

Berenguel Chacón, P., Plaza Del Pino, F. J., Molina-Gallego, B., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2023). The Perception of Nurses about Migrants after the COVID-19 Pandemic: Close Contact Improves the Relationship. International journal of environmental research and public health, 20(2), 1200. https://doi.org/10.3390/ijerph20021200

Cabieses, B., & Oyarte, M.. (2020). Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. Revista De Saúde Pública, 54, 20. https://doi.org/10.11606/S15188787.2020054001501

Chen Jr, M. S., Lara, P.N., Dang, J. H. T., Paterniti, D. A. & Kelly, K. (2014). Twenty years post-NIH Revitalization Act: Enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT): Laying the groundwork for improving minority clinical trial accrual. Cancer, 120(7 suppl), 1091-1096. http://dx.doi.org/10.1002/cncr.28575

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. BMC health services research, 19(1), 513. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1

Chuah, F. L. H., Tan, S. T., Yeo, J., & Legido-Quigley, H. (2019). Health System Responses to the Health Needs of Refugees and Asylum-seekers in Malaysia: A Qualitative Study. International journal of environmental research and public health, 16(9), 1584. https://doi.org/10.3390/ijerph16091584

Comité Regional de la OMS para Europa. (2022). Plan de acción regional de salud digital 2023 2030. https://iris.who.int/handle/10665/360950

Czapka, E. A., & Sagbakken, M. (2016). "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. BMC health services research, 16(1), 460. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9

Cruz-Riveros, C., Macaya-Aguirre, G., Urzúa, A., Cabieses, B. (2023). Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en personas migrantes internacionales. Metas Enferm., 26(6), 57-

63. Doi: https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26. 1003082128

Elo, S.; Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62 (1), 107-115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eurostat. (2021). Eurostat regional yearbook. Publications Office of the European Union. https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/b95b8f93-227b-11ec-bd8e01aa75ed71a1/language-en

Feiring, E., & Westdahl, S. (2020). Factors influencing the use of video interpretation compared to in-person interpretation in hospitals: a qualitative study. BMC health services research, 20(1), 856. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05720-6

Francisco, D.J., Machado, L.W., & Neto, S. (2017). Questões sobre integração das tecnologias digitais da informação e comunicação e a ética em pesquisas. Laplage em Revista, 3 (2). Universidade Federal de São Carlos. https://doi.org/10.24115/S2446-6220201732346p.136-149 .

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.

Aldine Publishing Company, New York.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today, 24(2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gil Estevan, M.D., & Solano Ruiz, M.D.C. (2017). Aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de enfermería de atención primaria. Atención Primaria, 49 (9), 549-556. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.01

Hiri, A. (2022). La atención sanitaria del migrante marroquí: una propuesta desde la mediación intercultural. Revista Acciones Médicas, 1(3), 26–42. https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.03.003

Kletečka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Völkl-Kernstock, S., Wagner, M, & Wenzel, T. (2021). Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings. Wiener Klinische Wochenschrift, 133(11–12), 610–619. https://doiorg.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s00508-020-01806-7

Legido-Quigley, H., Leh Hoon Chuah, F., & Howard, N. (2020). Southeast Asian health system challenges and responses to the 'Andaman Sea refugee crisis': A qualitative study of health-sector perspectives from Indonesia, Malaysia, Myanmar, and Thailand. PLoS Medicine, 17(11), e1003143. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003143

Marriott, E. (2020). Language Barrier & Standard of Care: A Case Example. Journal of Legal Nurse Consulting, 31(3), 22–25.

Monteiro, A.P., Xavier, B., Ugarte- Gurrutxaga, M.I., Baquero, R.A., Molina-Gallego, B., & Melgar, G. (2023). In A.P. Monteiro, G. Melgar de Corral & M. I. Ugarte-Gurrutxaga (Coords.), E-BOOK – Educar al estudiantado a través de métodos de aprendizaje innovadores para intervenir en contextos multiculturales complejos (2020-1-PT01-KA203-078530) (pp. 1–9). Escuela Superior de Enfermería de Coímbra; Universidad de Castilla - La Mancha; UC Leuven - Limburg.

Ojeda, M. A. A., Santos, E. K. A., & Damiani, P. (2020). Experiences of immigrant women accessing health care in Punta Arenas, Chile. Texto & Contexto - Enfermagem, 29(spe), e20190276. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0276

Plaza Del Pino, F. J., Cala, V. C., Soriano Ayala, E., & Dalouh, R. (2020). Hospitalization Experience of Muslim Migrants in Hospitals in Southern Spain-Communication, Relationship with Nurses and Culture. A Focused Ethnography. International journal of environmental research and public health, 17(8), 2791. https://doi.org/10.3390/ijerph17082791

Pedrero, V., Bernales, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M. y Fernández, P. (2020). Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de Salud. Revista de Saúde Pública, 54, 1-9. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695

Pérez-Urdiales, I., Goicolea, I., Sebastián, M. S., Irazusta, A., & Linander, I. (2019). Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. International journal for equity in health, 18(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6

Ramírez-Santana, Muriel, Rivera Humeres, Johana, Bernales Silva, Margarita, & Cabieses Valdés, Báltica. (2019). Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población migrante en el norte de

Chile. Migraciones internacionales, 10, e2005. Epub 01 de enero de 2019.https://doi.org/10.33679/rmi.v1i36.2005

Riveros, C. C., Aguirre, G. A. M., Morales, A. U., & Valdés, B. C. (2023). Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en Personas migrantes internacionales. Metas de enfermería, 26(6), 57-63.

Roche, R., Simmons, R., Crawshaw, A. F., Fisher, P., Pareek, M., Morton, W., Shryane, T., Poole, K., Verma, A., Campos-Matos, I., & Mandal, S. (2021). What do primary care staff know and do about blood borne virus testing and care for migrant patients? A national survey. BMC Public Health, 21(1), 336. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10068-x

Sagbakken, M., Ingebretsen, R., & Spilker, R. S. (2020). How to adapt caring services to migration-driven diversity? A qualitative study exploring challenges and possible adjustments in the care of people living with dementia. PloS one, 15(12), e0243803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243803

Sánchez, A. (2014). La comunicación interlingüística y la interpretación en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Investigación para la acción. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, 15(40), 301-314.

Staniforth, R., & Such, E. (2019). Public health practitioners' perspectives of migrant health in an English region. Public health, 175, 79–86. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.06.019

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., Gómez-Cantarino, S., Solano-Ruiz, M. C., & Melgar de Corral, G. (2020). Facilitating Factors of Professional Health Practice Regarding Female Genital Mutilation: A Qualitative Study. International journal of environmental research and public health, 17(21), 8244. https://doi.org/10.3390/ijerph17218244

UNESCO (2021). Reimagining our futures together: a new social contract for education. International Commission on the Futures of Education. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707 .

UNHCR (2021) – Climate change and disaster displacement. Available at https://www.unhcr.org/climatechange-and-disasters.html

WHO (2020) – Mapping health systems' responsiveness to refugee and migrant health needs. Available https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346682/9789240030640eng.pdf?sequence=18&isAllowed=y

Van Der Laat C. (2017). La migración como determinante social de la salud. In: Cabieses B, Bernales M, Mcintyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago (CL): Universidad del Desarrollo, p 29-38.

Wallimann, C., & Balthasar, A. (2019). Primary Care Networks and Eritrean Immigrants' Experiences with Health Care Professionals in Switzerland: A Qualitative Approach. International journal of environmental research and public health, 16(14), 2614. https://doi.org/10.3390/ijerph16142614

WHO (2022) - High-level meeting on health and migration in the WHO European Region: jointly shaping the vision for the health of refugees and migrants. Available at:https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2022/03/17/default-calendar/high-levelmeeting- on-health-and-migration-in-the-who-european-region--jointly-shaping-the-vision-for-the-health-of- refugees-and-migrants#:~:text=17%E2%80%9318%20March%202022%2C%20Istanbul,health%20and%20migration%20beyond%202022.

Yánez Corrales, Angela, de la Fuente Flores, Laura, Toffoletto, María, & Masalan Apip, María. (2018).

Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. MediSur, 16(6), 930-939. Recuperado en 02 de octubre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600016&lng=es&tlng=pt.

María Idoia Ugarte-Gurrutxaga
Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha, España
https://orcid.org/0000-0003-2413-3628
✉ maria.ugarte@uclm.es

Brígida Molina-Gallego
Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha, España
https://orcid.org/0000-0002-5467-628X
✉ brigida.molina@uclm.es

Beatriz de Oliveira Xavier
ESEnfC, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-1787-4586
✉ bxavier@esenfc.pt

Ana Paula Monteiro
ESEnfC, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-1037-8299
✉ anapaula@esenfc.pt

Flore Geukens
UCLL, Bélgica
https://orcid.org/0000-0003-3333-4173
✉ flore.geukens@ucll.be

Gonzalo Melgar-de Corral
Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha, España
https://orcid.org/0000-0001-8212-7168
✉ gonzalo.melgar@uclm.es