

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Departamento de Enfermería



**PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO.**

CRISTINA LÓPEZ DÍAZ

Dirigido por:

Prfa. Dra. M^a DOLORES CALVO SANCHEZ

SALAMANCA, 2012

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL: EVOLUCIÓN Y ANALISIS CRÍTICO

Memoria de Tesis Doctoral presentada por **DÑA. CRISTINA LÓPEZ DÍAZ**, bajo la dirección académica de la **PRFª DRª MARÍA DOLORES CALVO SÁNCHEZ**, Profesora Titular de Universidad de Legislación Sanitaria y Administración de Servicios de la Universidad de Salamanca.

VºBº de la DIRECTORA

Fdo.: Prª M.D. Calvo Sánchez

DOCTORANDA



Fdo.: C. López Díaz

Salamanca, Julio 2012

Mi agradecimiento a mi Directora por su apoyo, orientación y consejos.

A mis superiores y compañeros de trabajo por su inestable ayuda en la realización
del estudio de campo de esta investigación,

Y por último y en especial, a mis padres, a mis hermanos y a mi cuñado, que son
mi punto de apoyo en los momentos de agobio, de preocupación y de agotamiento.

A todos ellos, gracias por su constante aliento y compromiso en este proyecto
académico y personal, sin ellos no hubiera sido posible.

“La primera igualdad es la equidad”.

VICTOR HUGO

(1802 –1885)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN A LA PROTECCIÓN.....	11
--	-----------

CAPITULO PRIMERO:

MODELO DE SALUD ESPAÑOL.....	18
-------------------------------------	-----------

1.1) Sistema Sanitario y modelos.....	19
1.1.1) Sistema Sanitario Español: SNS.....	26
1.2) Marco normativo de la Protección de la Salud en España.....	28
1.2.1) El derecho a la salud.....	29
1.2.2) El derecho de igualdad en salud.....	34
1.3) Antecedentes históricos del Sistema Español.....	38
1.3.1) Hasta la Ley General de Sanidad.....	38
1.3.2) Después de la Ley General de Sanidad.....	54
1.4) Características del Sistema de Salud Español.....	61
1.4.1) Universalidad asistencial.....	62
1.4.2) Descentralización de la gestión sanitaria.....	63
1.4.3) Calidad asistencial.....	65
1.4.4) Equidad en salud.....	72
1.4.5) Participación ciudadana.....	74
1.5) Estudio comparativo con otros sistemas sanitarios	77
1.6) El derecho de asistencia sanitaria de extranjeros e inmigrantes dentro del SNS.....	79
1.7) Análisis crítico al SNS.....	87

CAPITULO SEGUNDO:

SALUD, MUJER, GÉNERO EN INMIGRACIÓN.....	94
---	-----------

2.1) Marco conceptual de la salud.....	97
--	----

2.2)	Determinantes del nivel de salud.....	104
2.2.1)	Biología Humana.....	107
2.2.2)	Medio ambiente.....	109
2.2.3)	Estilos de vida.....	112
2.2.4)	Sistema Sanitario.....	114
2.2.5)	Influencia de los factores sociales.....	115
2.3)	Índices e indicadores en salud.....	122
2.3.1)	Indicadores sanitarios de género.....	130
2.4)	Desigualdades en salud.....	136
2.4.1)	Indicadores sociales de las desigualdades en salud (Inequidades).....	141
2.4.2)	Desigualdades de género en salud.....	145
2.4.2.1)	Concepto de género.....	146
2.4.2.2)	Igualdad y equidad de género en salud.....	147
2.4.2.3)	Perspectiva o enfoque de género en salud.....	149
2.4.3)	Políticas públicas para reducir desigualdades en salud.....	154
2.5)	Inmigración en España.....	160
2.5.1)	Influjo de la Inmigración en nuestro Sistema Social y de Derecho.....	161
2.5.2)	Situación sanitaria de la Inmigración en España.....	164
2.5.3)	Nivel de salud en la población inmigrante.....	169
2.5.3.1)	Factores condicionantes del nivel de salud del inmigrante.....	173
2.5.3.2)	Patologías predominantes en la población inmigrante.....	178
2.5.3.3)	La salud de la mujer inmigrante y sus condicionantes.....	181
2.5.4)	Intervención sanitaria de los problemas de salud de la mujer inmigrante.....	185
2.5.4.1)	Actuación de los profesionales de Enfermería	189

2.5.4.2) Diagnósticos Enfermeros en una mujer inmigrante en situación de especial vulnerabilidad en un contexto migratorio.....	196
---	-----

CAPITULO TERCERO:

ESTUDIO DE CAMPO.....	227
------------------------------	------------

3.1) Descripción del escenario y la muestra de estudio.....	228
---	-----

3.2) Material y métodos.....	230
------------------------------	-----

3.3) Resultados y discusión.....	234
----------------------------------	-----

CONCLUSIONES	275
---------------------------	------------

INDICE BIBLIOGRÁFICO

ANEXOS

ABREVIATURAS

AE - Atención Especializada.

AP - Atención Primaria.

Art.- Artículo

BOE - Boletín Oficial Español.

CCAA- Comunidad Autónoma.

CE - Constitución Española de 1978.

CISNS – Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CSDH – Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización
Mundial de la Salud

ENS - Encuestas Nacionales de Salud.

ETS - Enfermedades de transmisión sexual.

GPC - Guías de Práctica Clínica.

H^a - Historia.

HC - Historia clínica.

HUSAL - Hospital Universitario de Salamanca, Red Pública Sacyl (España)

IOM - Institute of Medicine de United States.

INE - Instituto Nacional de Estadística.

INEM- Instituto Nacional de Empleo.

INP - Instituto Nacional de Previsión.

INSALUD - Instituto Nacional de la Salud.

INSERSO - Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSS - Instituto Nacional de la Seguridad Social

JCAHCO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

LBSS – Ley de Bases de la Seguridad Social.

LGSS – Ley General de Seguridad Social.

LGS - Ley General de Sanidad.

LSS - Ley de Seguridad Social.

NHC - Número de Historia Clínica.

NIC - Clasificación de intervenciones enfermeras.

NICU - Número de identificación del episodio.

NOC - Clasificación de resultados de enfermería.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

ONG - Organización no gubernamental.

ONU - Organización de Naciones Unidas.

OPS - Organización Panamericana de la Salud. (Oficina Regional de la OMS)

OSM - Observatorio de la Salud de la Mujer.

PAE - Proceso de atención de enfermería.

Qx - Quirófano.

RD- Real Decreto.

SOE - Seguro Obligatorio de Enfermedad.

SNS - Sistema Nacional de Salud.

SpT 2000 - Estrategia Mundial Salud para Todos para el año 2000.

SS - Seguridad Social.

UE - Unión Europea.

V. H - Virginia Henderson

UVI - Unidad de vigilancia intensiva.

INTRODUCCIÓN A LA PROTECCIÓN

El derecho a la protección de la salud es un principio rector de la política social y económica recogido en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, que establece la garantía del Estado en la conquista de este derecho. Así serán las propias Administraciones Públicas quienes deberán reconocer, otorgar y garantizar la protección de la salud a todas las personas en territorio nacional con carácter igualitario, como se perpetúa en nuestro ordenamiento jurídico vigente.

Este derecho a la salud se halla consagrado en otras normas jurídicas europeas y de régimen interno estatal, autonómico y local, regulando todas las acciones que son necesarias para hacerlo efectivo y garantizando la universalidad de la asistencia y la equidad en salud, dos principios rectores del sistema sanitario español que constituyen también los pilares de este trabajo de investigación, cuyo objetivo principal será analizar la protección de la salud de una población o colectivo, pero bajo dos premisas fundamentales: la variable sexo-mujer sobre el carácter foráneo de este colectivo, vinculando la situación de salud de las mujeres respecto a los varones, y viendo como influye la variable inmigración en dicho proceso.

El interés del tema se centra en el estudio de las condiciones que presenta o sufre la población extranjera en nuestro país vinculadas al proceso migratorio y/o a la adaptación sociocultural a la que se ven sometidos, y cuya influencia se ve reflejada en el nivel de salud o enfermedad de estas personas, y especialmente en el colectivo de mujeres. Esta variable sexo-género, como posteriormente se analizará, representa un factor importante a tener en cuenta en el estudio del nivel de bienestar tanto sanitario como social, que hasta hace poco tiempo pasaba desapercibido dando lugar a la invisibilidad de las mujeres desde un punto de vista sanitario, aspecto que se aborda en esta investigación desde la perspectiva del profesional de Enfermería y su actuación hospitalaria.

La pertinencia de este tipo de análisis en el momento actual se presenta como positivo y apropiado dado que las estadísticas reflejan un porcentaje elevado y representativo de este colectivo en nuestra sociedad, que hace que se desarrollen

estrategias para promover la buena adaptación e integración de estos flujos migratorios, tanto a nivel estructural, socioeconómico, cultural, sanitario, etc., respetando siempre su identidad cultural y sin olvidarnos de que gozan de los mismos derechos de igualdad y equidad que el resto de ciudadanos/as, obligándonos a hacer lo necesario para reducir las desigualdades que puedan existir, como las desigualdades en salud entre la población extranjera y la autóctona, y entre los varones y las hembras.

Complementa este trabajo de investigación el análisis de las demandas sanitarias de carácter urgente atendidas en la atención especializada de la comunidad extranjera y especialmente de las mujeres foráneas en un complejo asistencial de carácter universitario nivel 4, bajo una perspectiva clínica y el punto de vista del profesional de Enfermería; estudiando tanto las necesidades de salud percibidas por estas mujeres como las necesidades diagnósticas por el profesional sanitario siguiendo un modelo de Enfermería en aquellos casos que se precise un internamiento hospitalario, con el fin de valorar si la atención ha sido pertinente, adecuada, integral, continua, de calidad, individualizada y multidisciplinar; dando repuesta a todos los problemas de salud reales o potenciales.

El grado de innovación que se aporta en este estudio, dada la escasa bibliografía sobre la materia objeto de estudio, consiste en: valorar si se ha tenido en cuenta el modelo de Enfermería transcultural en la práctica enfermera de las mujeres extranjeras, que precisan unos cuidados de Enfermería hospitalarios en función de las necesidades detectadas, en base al modelo de Virginia Henderson (modelo de actuación de Enfermería que se aplica de forma genérica en la atención especializada de nuestro sistema público de salud).

En el desarrollo de este trabajo partimos de una premisa: la salud es considerada como un bien irrenunciable por la persona y debe estar garantizada y protegida en condiciones de equidad o igualdad, para que no se menoscabe el nivel de bienestar de la población. Para ello, será necesario tener en cuenta todos los factores y condicionantes de la persona y/o de su entorno que pueden afectar a su nivel de bienestar, dando lugar a los distintos problemas de salud y demandas sanitarias.

Para satisfacer todas estas necesidades, la Ley General de Sanidad en el año 1986, por mandato del legislador constitucional, crea un modelo de Sistema Sanitario que pueda asegurar y garantizar este bien social mediante una asistencia universal, equitativa y solidaria que recoge como derecho cívico el derecho a gozar del mejor nivel de salud posible de cualquier persona y el deber del Estado de ofrecer las prestaciones, los medios y los recursos necesarios para ello.

A lo largo de este trabajo se realiza una discusión pormenorizada de nuestro Sistema Sanitario exponiendo las características principales sobre las que se asienta la protección de la salud de las personas, con el fin de proporcionar una atención que pueda satisfacer de forma individualizada las diferentes demandas sanitarias.

Otra idea sobre la que se asienta esta investigación es que la salud no es un bien o valor absoluto, sino que debe considerarse bajo un marco conceptual teórico donde se reconoce que la salud se fundamenta en el estudio de las múltiples variables que determinan el grado de bienestar o enfermedad de cada persona o población, y que son: los factores biológicos, ambientales, comportamentales, sanitarios y sociales.

Así en función de estas constantes, se observa que no todas las personas enferman de la misma manera, dando lugar a diferencias importantes en base a estos condicionantes que en muchos casos son evitables, sobre todo si afectan a los factores sociales y a las diferencias motivadas por el género.

Los factores sociales no son considerados en sí mismos como determinantes propios de la salud, aunque sí tienen unos efectos sobre el grado de bienestar de la población ocasionando las desigualdades en salud. Estas diferencias estarán provocadas fundamentalmente, según la doctrina experta, por la estructura social, las políticas y los ajustes macroeconómicos determinándose individualmente distintas oportunidades de gozar de los servicios sanitarios, prestaciones, recursos, etc. Pero estas inequidades, además de ser provocadas por factores socioeconómicos, también se relacionan con otros factores propios ya sean físicos, psicológicos o conductuales que propician una exposición y vulnerabilidad distinta al proceso de enfermar.

Por otra parte, también existen desigualdades en salud en función del género, que no del sexo, determinándose en base a los roles o estereotipos de género socialmente aceptados.

Las diferencias que puedan existir entre varón y mujer, no pueden considerarse en sí mismas una diferenciación que conlleve desigualdad, porque no son situaciones evitables, sino que son estados naturales y por ello la mujer incorpora al papel productivo (que también posee el varón) el rol reproductivo característico de su sexo. Pero más allá de representar una discriminación para la mujer por esta función biológica, se deben tratar las peculiaridades de ésta con sus características naturales sin distinguirlas de forma discriminatoria, sino como parte integral de su sexo, junto con todas las características y necesidades que pueden darse igual que en el hombre. En cambio, sí existen desigualdades de género en salud para la mujer cuando se vinculan a la idiosincrasia del comportamiento de ambos sexos, como se desarrolla en el estudio.

Además, si conjugamos la variable mujer con la constante inmigración, se observan unas mayores inequidades en salud vinculadas fundamental al género, pero que afectan no sólo al ámbito sanitario sino también a aspectos laborales, económicos, sociales, domésticos, etc.

Por tanto, todas estas desigualdades repercuten tanto a la esfera productiva y reproductiva, a los agentes de salud en el hogar, a la división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar, así como las desigualdades de poder vinculadas al hogar y a la familia, originando problemas de salud distintos en todas las mujeres independientemente de su nacionalidad.

Para hacer visible todas estas demandas y necesidades de salud de las mujeres, y en especial de las extranjeras, que es el tema que nos ocupa, primeramente se estudiaran todos los factores genéricos que afectan por igual a la salud de ambos sexos y posteriormente se analizaran aquellos condicionantes que sólo se determinan en función del género.

Pero no podemos olvidar que además de los condicionantes por género, las mujeres inmigrantes van a presentar diferencias en salud motivadas por los factores sociales, aspecto que van a compartir con los varones inmigrantes, pero que en el caso de las mujeres se agravarán motivadas por una mayor vulnerabilidad a padecer situaciones de marginación, exclusión, explotación y segregación.

Todas estas inequidades en salud podrían ser evitables mediante la aplicación de unas políticas públicas que persiguieran reducir o evitar estas diferenciaciones entre hombres y mujeres, promoviendo una adaptación e integración de la población inmigrante exenta de connotaciones discriminatorias, no solamente a nivel sanitario sino también en el ámbito social, ya que son en su mayoría los determinantes sociales los que ocasiona las diferencias en salud.

Y este nuevo enfoque, que incluye la perspectiva de género en las actuaciones sanitarias tanto preventivas como asistenciales, provocara un cambio de actitudes en el mundo sanitario y en particular en el arte cuidar que es el objetivo de la Enfermería.

Nuestro análisis termina con un estudio de campo sobre la demanda de asistencia urgente de la población inmigrante como colectivo mediante un análisis descriptivo de la misma, y un estudio cuali-cuantitativo de todos los procesos urgentes que precisan una asistencia hospitalaria en el caso de las mujeres inmigrantes. En la primera fase valoramos las diferentes necesidades por los que acuden las usuarias-pacientes y analizamos las distintas variables que originan la asistencia; y en la segunda parte, determinamos cuales son las necesidades básicas alteradas en base al proceso de enfermedad y cuales son previas a la patología actual.

En la elaboración del presente trabajo de investigación hemos realizado primeramente una revisión bibliográfica utilizando como material la legislación vigente en el momento, libros, bases científicas de datos, revistas científicas y documentos de Internet que hacen referencia al tema tratado; y posteriormente hemos realizado una recogida de datos administrativos y clínicos sobre la población de estudio en un complejo hospitalario de carácter universitario catalogado con nivel 4, para su posterior análisis estadístico.

Las fuentes de datos empleadas para la estadística han sido: la base de datos HP-clínica del Complejo Asistencial de Salamanca, y las historias clínicas y el programa informático de cuidados de enfermería; gozando nuestro estudio de la autorización institucional necesaria.

La metodología utilizada ha sido combinada, primeramente se ha realizado una investigación cualitativa de acercamiento y aproximación al tema junto con un barrido de la doctrina mediante un análisis deductivo, y posteriormente se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y cuanti-cualitativo de la población inmigrante atendida en el servicio de urgencias del citado complejo hospitalario y de los ingresos urgentes de mujeres extranjeras derivados de esa asistencia anterior.

Para la utilización del lenguaje de género en el presente estudio nos hemos guiado de las recomendaciones propuestas por la Unidad de Igualdad de la USAL en su guía para un uso no sexistas del lenguaje.

**CAPITULO PRIMERO:
MODELO DE SALUD ESPAÑOL**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un conjunto de recursos, que ordenadamente y relacionados entre sí constituyen a un determinado objetivo, cuyo fin es integrar y coordinar las distintas estructuras y servicios públicos de salud, tanto del Estado, de las diecisiete Comunidades Autónomas como de la Administración Local, configurando así una organización integral y coordinada del Sistema Sanitario Público Español.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende como Sistema Sanitario un complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud de la población, considerándole una organización abierta y vinculada a otros sistemas: políticos, fiscales, educativos, etc. Según se interrelacionen estos componentes se podrán establecer los diferentes modelos sanitarios entre los que se encuentra el Sistema Nacional de Salud¹.

1.1) Sistema Sanitario y modelos

La configuración y estructura del sistema de salud se basa en la idea de un modelo de producción que persigue obtener el máximo beneficio en términos de salud. Según White, podemos definir al Sistema Sanitario como el conjunto de recursos que una sociedad pone en marcha y que las instituciones organizan, para responder a las condiciones y necesidades de salud de la población² en general y sin hacer distinciones. También podemos afirmar que es un subsistema del sistema de salud, ya que en este último intervienen las estructuras institucionales y de la comunidad, tanto de ámbito privado como público, que se movilizan para mejorar el nivel de salud de la población, interrelacionándose así los diferentes componentes o

¹ TAPIADOR SANJUAN MJ. La asistencia sanitaria en España y Europa. Legislación básica sanitaria. Neurología 2003; 18 (4): 8.

² SANTO TOMÁS PAJARÓN A. Sistema Sanitario: concepto y tipos. En: MOMPART GARCÍA MP, DURÁN ESCRIBANO M. Administración y gestión. Valencia: Ediciones DAE. 2009. p: 39.

elementos que afectan a la salud y bienestar de las personas³, integrándose de este modo en un sistema social como se observa en la figura 1, y configurando un sistema basado en la equidad entre otras características.

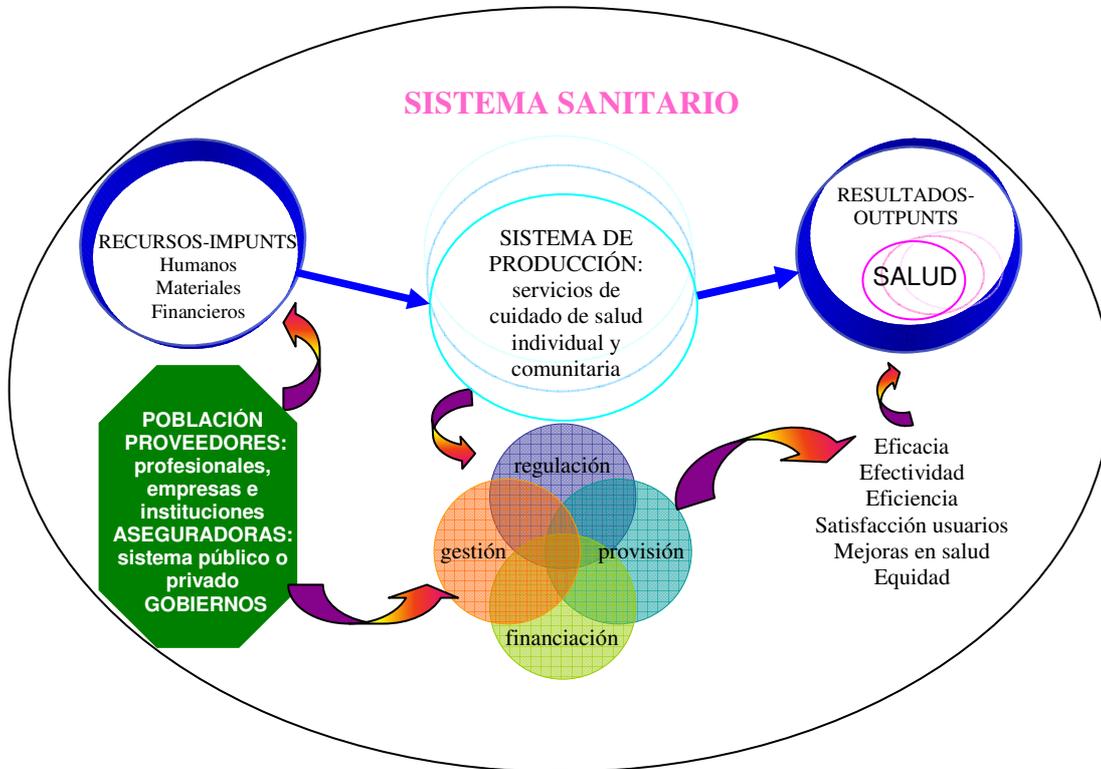


Fig. 1: Integración del modelo sanitario en el sistema social^{4- 5}.

(Tapiador MJ, García MP, Durán M.)

En la configuración de este modelo se precisan de unos recursos humanos, materiales y financieros que serán utilizados por cualquier usuario/a, a nivel individual o colectivo, por los profesionales de la salud y por aquellas empresas o instituciones que oferten servicios sanitarios. Se ha de tener en cuenta que dichos elementos son responsabilidad de los órganos de gobierno que corresponda en materia sanitaria: locales, autonómicos o nacionales, ya que deben garantizar el derecho a la salud de todas las personas bajo las premisas de equidad, solidaridad y universalidad, favoreciendo así implícitamente la protección de la salud de la mujer foránea.

³ Ibídem, p: 38-39.

⁴ Ibídem, p: 40.

⁵ Op. cit. TAPIADOR SANJUAN MJ. “La asistencia sanitaria en España...”. p: 8- 9.

Todos estos recursos ofrecen la posibilidad de proporcionar unos servicios sanitarios adecuados a las demandas de salud de la población, en incluidas las demandas del colectivo de nuestro estudio, mediante una adecuada gestión, financiación, regulación y provisión de los mismos. Y gracias a ello, la asistencia sanitaria asentará su actuación en la planificación, organización, dirección y control de la misma, con el fin de conseguir el más alto nivel de salud de toda la población sin distinción bajo los criterios de eficacia, efectividad, eficiencia, satisfacción y equidad, para obtener los mejores resultados posibles en salud⁶.

Además, si tenemos en cuenta las distintas relaciones que se pueden dar dentro de los elementos descritos del Sistema Sanitario, podemos clasificar éstos en los siguientes modelos:

1. Modelo Liberal.

Este sistema se caracteriza por la existencia de un pago directo y voluntario del usuario/a al proveedor de los servicios de salud, es decir, al profesional sin la intermediación de una compañía aseguradora. Esto garantiza el libre ejercicio de los profesionales de la salud, ya que no existe un contrato previo de servicios y no están sujetos a protocolos o normas institucionales.

Los gobiernos sólo regularán los aspectos administrativos vinculados a los profesionales, a los centros sanitarios, etc., estableciendo las condiciones o requisitos necesarios garantizar una adecuada prestación sanitaria.

Los colegios profesionales serán los encargados de velar por el cumplimiento de la deontología profesional, de evitar el fraude en las tarifas aplicadas a las distintas actuaciones sanitarias, y vigilarán y denunciarán el intrusismo profesional.

Este modelo por si sólo no garantiza una adecuada oferta de servicios, ni todos los usuario/as pueden optar por él, favoreciendo que las personas con escasos recursos, como las mujeres inmigrantes, queden desprotegidas.

⁶ Op. cit. SANTO TOMÁS PAJARÓN A. “Sistema Sanitario: concepto.....”, p: 40-42.

Debido a ello, este sistema subsiste conjuntamente con otros tipos de modelos sanitarios que analizamos a continuación⁷.

2. *Modelo de seguros voluntarios.*

En este régimen se da una relación contractual entre el usuario/a y el proveedor de servicios mediante una póliza que suscribe cada cliente con una compañía aseguradora de ámbito privado.

La persona tiene derecho al uso de unos servicios sanitarios previo pago de una prima en función de las prestaciones contratadas, la edad y el riesgo individual de enfermar.

Cada usuario/a puede elegir al proveedor de servicios pero siempre dentro del marco de los profesionales pertenecientes a la compañía aseguradora.

La regulación de este sistema es ejercida también por la compañía de seguros, permitiendo a los Gobiernos y colegios profesionales las mismas actuaciones que en el modelo anterior.

En España existen dos tipos de seguros voluntarios en función de las ganancias y beneficios que generen. Hay compañías aseguradoras como Asisa, Adelas, etc., que tienen ánimo de lucro, y hay otras que proveen de servicios de salud a personas que poseen regímenes especiales de la seguridad social como en el caso del funcionariado civil o militar y el poder judicial cuya financiación es pública y depende del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Las características de este modelo sanitario hacen que no sea un sistema que garantice la protección de la salud a toda la población, quedando excluidas de esta protección las personas de escasos recursos económicos que no puedan costearse un seguro privado de salud como el colectivo de nuestro estudio, las mujeres inmigrantes, igual que en el modelo anterior.

⁷ El sistema liberal de provisión de servicios de salud más característico se da en EEUU, pero también puede coexistir con otros modelos sanitarios como en el caso de Reino Unido.
ELOLA SOMOZA J. Ideologías políticas. En: Política sanitaria española. Madrid. Díaz de Santos. 2001. p: 65-66

3. *Modelo de Seguridad Social.*

Este modelo es muy parecido al anterior ya que se basa en la contratación de servicios de salud a través de una entidad aseguradora, pero se diferencia en la obligatoriedad del contrato, es decir, existe un deber de la persona a suscribir un seguro de enfermedad por una imposición gubernamental.

La contratación del mismo puede variar entre los países, obligando a toda la población o sólo a algunos colectivos en función de su actividad laboral.

La compañía asegurada generalmente es el propio Estado, el cuál regula la obligatoriedad, los beneficiarios y las cuotas. Pero existen excepciones a esta norma en algunos países, donde son las compañías aseguradoras las que realizan la gestión de la asistencia.

La financiación de este sistema será coercitiva (mediante impuestos) ya que se realiza a través de unas cuotas vinculadas al trabajo. En este modelo cotizan tanto la comunidad trabajadora como el empresariado, y además se complementa con financiación estatal.

El objetivo de este régimen de origen alemán (Ley Bismarck, 1883) es ofrecer unas prestaciones económicas y sociales frente a los accidentes de trabajo, enfermedad o invalidez.

Con este modelo se genera un derecho a la prestación sanitaria vinculada a los problemas de salud que se deriven de la actividad laboral, y que precisen de actuaciones curativas, reparadoras o rehabilitadoras; pero presenta una desventaja importante para aquellos colectivos, como el de las mujeres foráneas, que se encuentre en una situación de inactividad o desempleo, ya que sólo garantiza la asistencia sanitaria cuando exista un seguro sanitario vinculado al trabajo.

En España, este sistema sanitario ha estado vigente hasta la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la Ley 14/86, General de Sanidad⁸.

4. *Modelo estatalizado:*

Este sistema se basa en un modelo socialista, centralizado, jerarquizado, unificado e integrado que busca prestar una asistencia sanitaria gratuita a cualquier ciudadano/a sin distinciones económicas y/o sociales.

En este régimen no existe una relación contractual entre el usuario/a y el proveedor de servicios, porque es el propio Estado quien garantiza la atención sanitaria mediante una financiación estatal a cargo de los presupuestos oficiales⁹.

La estructura de este modelo se basa en una centralización de la organización, planificación e inspección de los servicios sanitarios. El Estado asume la plena responsabilidad de la salud de su pueblo y se encarga de proveer los servicios y el personal sanitario necesario para ello a cada persona independientemente de su situación económica o social, favoreciendo la protección de la salud de la mujer foránea.

El carácter estatal de esta atención a la salud no prohíbe la práctica privada de la misma, pero está muy restringida.

Este modelo se centra en la prestación sanitaria especializada y la atención hospitalaria frente a la atención primaria¹⁰.

5. *Modelo de asistencia pública y beneficencia.*

Este régimen es representativo, en apariencia, de los países con escasos recursos y subdesarrollados, pero también coexiste con otros modelos en

⁸ Dentro de los Países de la UE que se rigen por el “Modelo de Seguros Sociales” están: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda y Luxemburgo.
Op. cit. ELOLA SOMOZA J. “Ideologías políticas.....”. p: 65-66

⁹ Los países que se encuadraban dentro de este modelo eran por ejemplo: Polonia, Repúblicas Checa y Eslovaca y las repúblicas de la antigua URSS, aunque ahora ya se rigen por un modelo de Seguridad Social.

RIESGO I. Sistema de salud. Sistema sanitario español. En: VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 4.

¹⁰ Los servicios sanitarios en la URSS. Informe de la OMS.
http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_3_spa.pdf

algunos países desarrollados, donde no existe una cobertura sanitaria universal. Este hecho ocasiona una exclusión sanitaria de personas marginadas o desfavorecidas, como el colectivo de mujeres de nuestro estudio, que solamente pueden acceder a una asistencia sanitaria con estas particularidades.

Se caracteriza por una asistencia pública a cargo de los presupuestos del Estado en materia de salud pública, o por una asistencia benéfica mediante las aportaciones privadas de fundaciones, ONG (organizaciones no gubernamentales) o empresas.

La prestación de asistencia por beneficencia será realizada sólo por profesionales voluntarios sin que exista una relación contractual entre el usuario/a y el proveedor de servicios.

6. *Modelo de Sistema Nacional de Salud.*

Este sistema sanitario surge con la idea del estado de bienestar, donde la atención sanitaria se perfila como un derecho de la persona y un deber de los Gobiernos, y cuyos principios, sobre los que se asienta, son: la universalidad, la equidad y la solidaridad.

Las peculiaridades de este régimen son: la gratuidad de la asistencia excepto en la prestación farmacéutica y ortoprotésica en las que el usuario/a realiza un abono parcial - factor destacado a tener en cuenta porque favorece la equidad en la protección a la salud de la mujer foránea, la financiación estatal mediante los Presupuestos Generales del Estado, y la atención de salud integral, porque no se centra exclusivamente en el aspecto curativo o rehabilitador, sino que incluye acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad¹¹.

La regulación de esta asistencia es llevada a cabo por el Estado, el cuál determinara la cartera de servicios o prestaciones a las que tendrán derechos los usuarios/as y la asignación presupuestaria en función de las prioridades

¹¹ Los países de la UE que poseen este régimen de SNS están: Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia Reino Unido y Suecia.
Op. cit. ELOLA SOMOZA J. “Ideologías políticas.....”. p: 65-66

o necesidades de salud de la población¹²⁻¹³⁻¹⁴. Y dentro del marco de este modelo se desarrolla el estudio de este trabajo.

1.1.1) Sistema Sanitario Español: SNS

El modelo del SNS en España se crea tras la reforma sanitaria que supuso la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986. Su objetivo consiste en prestar una atención sanitaria de calidad atendiendo a la salud de forma global e integral, teniendo en cuenta todos los factores individuales y colectivos que afectan a la salud de la población, prestando especial atención a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, sin limitarse únicamente a las acciones curativas y rehabilitadoras como en otros modelos sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud es un organismo público que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias responsabilidad de los poderes públicos, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, art.43 que se recoge en la Constitución Española de 1978.

Desde un punto de vista organizativo, esta entidad se crea para unificar la asistencia sanitaria desde un aspecto territorial, ya que está formado por el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, a tenor del art. 44 de la Ley General de Sanidad (LGS). Y desde un punto de vista funcional, este organismo engloba los dos niveles asistenciales existentes en España (art. 10 LGS): la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE)¹⁵.

¹² Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 42-45.

¹³ Op. cit. TAPIADOR SANJUAN MJ. “La asistencia sanitaria en...”. p: 9.

¹⁴ Op. cit. RIESGO I. “Sistema de Salud...”. p: 2.

¹⁵ La atención primaria de salud es el primer nivel asistencial, considerándose la puerta de entrada al Sistema de Salud. La conferencia de Alma-Ata la define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema sanitario, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Ambos niveles se desarrollan dentro de las Áreas de Salud¹⁶ creadas y desarrolladas por el R.D. 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud mediante los centros de salud, los hospitales y centros de especialidades respectivamente.

Estos marcos territoriales son delimitados por cada Comunidad Autónoma en base a unos factores demográficos, geográficos, socioeconómicos, etc. y en ellas se encuentran las Zonas Básicas de Salud¹⁷.

Este sistema público sanitario ha sido diseñado siguiendo el modelo de SNS, y se caracteriza por hacer extensible sus servicios a toda la población de manera universal, por prestar una atención gratuita e integral incluyendo acciones de promoción y prevención, por una coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo pero con una gestión descentralizada; y

En: DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS 1978.

La atención especializada desarrolla sus funciones en el Área de Salud, como recoge el RD 137/1984, mediante los hospitales y los centros de especialidades y, por ello, cada Área de Salud dispondrá al menos de un hospital general.

Dentro de las actuaciones de la atención especializada se recogen, además de las que se describen para la atención primaria, las siguientes: la atención domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

¹⁶ Según el RD 137/1984, el “Área de Salud” es el ámbito territorial en el que se presta tanto la atención primaria como la especializada. Son, por tanto, las estructuras fundamentales del sistema sanitario encargadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del sistema de salud de la Comunidad Autónoma.

Su delimitación se realiza en base a factores demográficos, geográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos y de dotación de medios y vías de comunicación, así como de las instalaciones sanitarias del Área. Como regla general y sin perjuicio de las excepciones atendiendo a los factores anteriormente mencionados, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000 habitantes. En todo caso, cada provincia tendrá como mínimo un Área de Salud.

¹⁷ Según el RD 137/1984, las “Zonas Básicas de Salud” son las demarcaciones territoriales, dentro de cada Área de Salud, donde se presta la atención primaria. Esta asistencia se lleva a cabo en los centros de salud, que son las estructuras físicas donde se llevan a cabo las acciones de promoción, prevención, educación sanitaria, asistencia sanitaria en casos de pérdida de salud y rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

También se deben tener en cuenta una serie de factores en la delimitación de estas zonas como: grado de dispersión geográfica de la población, la distancia máxima de los núcleos de población al centro de salud, las características epidemiológicas de la zona, y las instalaciones y recursos sanitarios disponibles. Estas demarcaciones territoriales abarcarán una población entre 5.000 y 25.000 habitantes tanto en el medio rural como urbano (excepcionalmente podrá ser inferior o superior a las cifras anteriores en función del grado de dispersión/concentración de la población) dentro de cada Área de Salud.

Cuando una zona esté constituida por varios municipios se fijará el municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de municipios un tiempo superior a treinta minutos (isócrona 30) con los medios de transporte habituales, y en él se ubicará el centro de salud.

por el seguimiento, control y evaluación de la calidad asistencial, entre otras muchas características que se desarrollará más adelante.

1.2) Marco Normativo de la Protección de la Salud en España

La protección de la salud es un derecho reconocido en nuestra Constitución Española (CE). Con la publicación y la entrada en vigor de esta norma suprema en 1978, España pasa a ser un Estado Social y Democrático de Derecho, avanzando así en el reconocimiento de los derechos y libertades públicos de todos los ciudadanos/as sin distinción de raza, religión, nacionalidad, sexo, etc.

De manera general, la Carta Magna distingue entre libertades públicas y derechos sociales de la persona en función del papel o actuación del Estado sobre la persona. Así, las primeras describen los derechos del ciudadano/a sin participación específica del Estado en los mismos y entre los que se distinguen:

- La libertad individual o derechos personales que van orientados a la integridad moral, física y al libre desarrollo del individuo, donde el Estado tiene vetada su intervención.
- Los derechos de las personas frente a los poderes públicos.
- Los derechos políticos.

En cambio, los derechos sociales recogen las libertades que se le otorgan al ciudadano/a y que precisan de la actuación del Estado para que el ejercicio de ese derecho se produzca en igualdad, como es el caso de la salud¹⁸.

¹⁸ SERRAT MORÉ D, BERNAD PÉREZ L, CARDONA LLORÉNS A, CRIADO DEL RÍO MT, GENÉ BADÍA M, GINER ALBEROLA S, et al. El derecho a la protección de la salud en España. En: Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: Colex. 1998. p: 18-19.

1.2.1) *El Derecho a la Salud*

El derecho a la protección de la salud es un precepto que queda recogido en la CE en el Título I, Capítulo III de los Principios Rectores de la Política Social y Económica, en el artículo 43, que expone ad litteram: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Este derecho social no sólo reconoce el derecho a la salud en sentido estricto, sino que incluye el derecho a hacer uso de los medios necesarios para restablecer la salud o evitar su deterioro. Incluye, por tanto, un aspecto personal que hace referencia a la adopción de estilos de vida saludables por parte de la persona, y otro público porque es necesario el uso de medios y recursos para la prevención, asistencia y rehabilitación en caso de enfermedad. Teniendo en cuenta este último enfoque, se le otorga la competencia de la tutela de la salud a los poderes públicos para hacer efectivo el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud. Esta acción tutelar se podrá ejercer desde dos vertientes diferenciadas:

- A través de la adopción de medidas y actuaciones preventivas con el fin de evitar la enfermedad, el deterioro de la salud y mejorar o mantener la calidad de vida de las personas.
- Mediante la prestación de servicios, la organización de los recursos y medios disponibles para actuar en caso de enfermedad¹⁹.

Dentro de la Constitución existen otros artículos que están vinculados directa o indirectamente a la protección de la salud, como son:

- Art.15: recoge el derecho a la vida y a la integridad física y moral²⁰.

¹⁹ Ibídem, p. 19.

²⁰ Art. 15 CE: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra”.

- Art. 40: dispone que serán los poderes públicos los encargados de fomentar una política que garantice y vele por la seguridad e higiene en el trabajo, precepto en íntima relación con la salud laboral²¹.
- Art. 41: establece un régimen público de Seguridad Social, garantizando la asistencia sanitaria y las prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad, especialmente en caso de desempleo²².
- Art. 45: asegura el disfrute de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, con el fin de proteger y mejorar la calidad de vida de las mismas²³.
- Art. 49: establece que los poderes públicos están obligados a realizar políticas de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos/as físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que se les otorgan a todos las personas²⁴.
- Art. 50: garantiza una asistencia específica al colectivo de la tercera edad en prestaciones sociales y asistencia sanitaria, atendiendo a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio²⁵.

²¹ Art. 40 CE: “1. Los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica. De manera especial realizarán una política orientada al pleno empleo. 2. Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

²² Art. 41 CE: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

²³ Art. 45 CE: “1. Todos tienen el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo. 2. Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de la vida y defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva. 3. Para quienes violen lo dispuesto en el apartado anterior, en los términos que la Ley fije se establecerán sanciones penales o, en su caso, administrativas, así como la obligación de reparar el daño causado”.

²⁴ Art. 49 CE: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

²⁵ Art. 50 CE: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

- Art. 51.1: reconoce el derecho a la seguridad y salud de los consumidores y usuarios/as, protegiéndolos mediante procedimientos eficaces de: seguridad, salud y legítimos intereses económicos de los mismos²⁶.

Todos estos derechos sociales que están recogidos en la Carta Magna tienen una protección constitucional de reconocimiento, respeto y motivación a través del art. 53. Así mismo, quedan establecidas en los arts. 149 y 148 las competencias en materia sanitaria del Estado y del Comunidades Autónoma, respectivamente²⁷.

El marco legal del derecho a la protección de la salud se encuentra desarrollado a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que tal y como se recoge en su artículo 1: *“tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”*.

Las acciones necesarias para asegurar este principio constitucional se especifican, a su vez, en el art. 18 de la LGS que ha sido modificado tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, estableciéndose los siguientes apartados que se transcriben ad littere por la relevancia de su contenido respecto al título del estudio:

1. *“La educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.*

2. *La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.*

²⁶ Art. 51.1 CE: *“Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos”*.

²⁷ Boletín Oficial Español (BOE).
<http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

3. *La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.*

4. *La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.*

5. *Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.*

6. *La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.*

7. *Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.*

8. *La promoción y mejora de la salud mental.*

9. *La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo.*

10. *El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.*

11. *El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar, y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.*

12. *Promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.*

13. *La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.*

14. *La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.*

15. *El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.*

16. *El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.*

17. *El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo”²⁸.*

Con todas estas acciones sanitarias se garantiza una protección de la salud en condiciones de equidad entre varones y mujeres, pero también se favorece la salvaguarda del bienestar sanitario de las mujeres foráneas, por ser un colectivo de especial vulnerabilidad.

La Ley General de Sanidad es la respuesta a la Carta Magna en materia sanitaria porque supone el reconocimiento del derecho a la asistencia higiénico-sanitaria de todas las personas, integrando todos los servicios de salud de las diferentes administraciones públicas. Por tanto, esta norma básica del Estado surge para acabar con la dispersión del sistema sanitario, para desarrollar el art. 43 de la Constitución y hacer efectivo el reconocimiento de las competencias en materia de salud de las CCAA²⁹, estableciéndose como principios fundamentales en materia sanitaria³⁰: la sanidad integral, los derechos y deberes, y el principio de intervención pública³¹.

El fin último de esta Ley es la universalización de la asistencia sanitaria de aplicación en todo el territorio nacional, estableciendo en su Título Preliminar que: *“son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el*

²⁸ Los apartados del art. 18 LGS que se modifican para adaptarse a la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, son: 1,4, 9, 14 y 15.

²⁹ Art. 1 y 2 recogidos en el Título Preliminar del Ley Orgánica 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

³⁰ Los principios generales a los que se hace referencia quedan recogidos en el Capítulo Primero del Título Primero del Ley General de Sanidad, art. 3-17.

³¹ Op. cit. SERRAT MORÉ D, BERNAD PÉREZ L, CARDONA LLORÉNS A, CRIADO DEL RÍO MT, GENÉ BADÍA M, GINER ALBEROLA S, et al. “El derecho a la protección de la salud...”. p: 21.

territorio nacional”, y reconociendo también este derecho a “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.”, con lo que se delimita la titularidad del derecho, pero incluyendo a la población inmigrante, tanto hombres como mujeres, aspecto que se desarrollará ampliamente en capítulos posteriores y que es objeto de este estudio.

A partir de la LGS se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), proporcionando esta cobertura asistencial universal, gratuita y equitativa a personas titulares del derecho, salvando barreras sociales, geográficas, económicas, de educación, etc. Pero además orientando la actuación de dicho organismo principalmente a la persona, a la familia y a la comunidad, superando los desequilibrios territoriales y sociales, y persiguiendo la equidad en salud de cada ciudadano/a, incluyendo a la población inmigrante.

1.2.2) El Derecho de Igualdad en Salud

Toda la legislación vigente citada anteriormente se ha visto impregnada de otro principio constitucional, el derecho de igualdad recogido en el art. 14 de la Carta Magna de 1978 que expone ad littere: *“Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*.

Este derecho se desarrolla con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que tiene por objeto el desarrollo de los art. 14 y el art. 9.2 de la CE. Este último recoge ad littere que: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.”*

Con todo ello, se persigue la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida,

singularmente en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural, mediante la aplicación de las políticas públicas que el Estado promoverá para evitar la exclusión por razón de sexo/género.

Debido a estas reformas legislativas, debemos tener en cuenta que el principio de igualdad efectiva debe integrarse de forma transversal en todos los aspectos y ámbitos sociales, jurídicos, etc., y como no, también en el ámbito sanitario. Por ello, se hace necesario incluir este principio en las políticas sanitarias, estrategias y programas de salud para evitar que las diferencias o estereotipos den lugar a desigualdades en salud como recoge el apartado 4 del artículo 3 de la Ley General de Sanidad reformado por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo: *“Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”*.

Una de estas medidas es el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades que recoge como principios rectores, entre otros, la transversalidad para reestructurar los sistemas de toma de decisiones como posteriormente se analizará, y la innovación científica y tecnológica para conseguir dar respuesta a las necesidades de las mujeres, como se recoge en el siguiente cuadro.

Además este plan recoge doce ejes sobre los que trabajar y plantear objetivos estratégicos y propuestas de actuación, y entre los que se encuentra el campo de la salud.



Fig. 2: Plan estratégico de igualdad de oportunidades 2008-2011³².
(Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad)

Dentro de los aspectos destacados de este plan de actuación que afecta a nuestro estudio encontramos la atención de género en salud que desarrolla programas para realizar investigación, planificación, formación de los profesionales, y atención a los problemas específicos de las mujeres; y también programas que atienden a la diversidad de la ciudadanía y que implican una atención trasversal, por tanto este plan estratégico elabora las pautas y objetivos que se deben abordar en el campo sanitario para la atención de las mujeres foráneas, objetivo de nuestra investigación.

³² Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Área de Igualdad). p: 10
<http://www.seigualdad.gob.es/igualdad/planEstrategico/home.htm>

Así los objetivos estratégicos que se han propuesto desde la perspectiva de igualdad de oportunidades en el campo de la salud y en el campo de la diversidad han sido:

- “Promover la producción, publicación y difusión de información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de la salud.
- Promover la aplicación de la transversalidad de género a las políticas de salud, así como impulsar políticas específicas de salud de las mujeres.
- Contribuir a mejorar aspectos específicos de la salud de las mujeres, así como incidir en enfermedades de alta prevalencia, o sensibles al impacto de género.
- Impulsar la participación y empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud.
- Incorporar la perspectiva de género y la gestión de la diversidad en la oferta de servicios, atención y seguimiento de las entidades públicas de salud, educación, empleo, justicia, seguridad y vivienda.
- Liderar, por parte de los poderes públicos, las políticas, para la inclusión de las mujeres en situación o riesgo de exclusión social.
- Diseñar estrategias con perspectiva de género de colaboración, supervisión y acompañamiento de los programas que se realizan desde el tercer sector, para la inclusión de las mujeres en situación o riesgo de exclusión social.
- Impulsar el conocimiento de los procesos de exclusión y pobreza de las mujeres.
- Adecuar la respuesta y recursos de los Servicios Sociales a las diferentes necesidades de los colectivos de mujeres en situación o riesgo de exclusión”³³.

Por tanto, conjugando todos estos objetivos y aplicando las medidas y actuaciones conforme a ellos se conseguirá prestar una asistencia sanitaria equitativa a la mujer foránea, objeto de nuestra investigación, sin olvidarnos de otros ejes de este plan estratégico, que también afectan al ámbito sanitario y a nuestro estudio, como es la violencia de género.

³³ *Ibidem*, p: 67, 84-85.

1.3) Antecedentes Históricos del Sistema Español

El sistema de asistencia sanitaria pública en España ha ido evolucionando, produciéndose un mayor desarrollo principalmente en la segunda mitad del siglo XX. Este hecho ha estado muy vinculado al cambio político que acontece en nuestro país con la llegada de la Democracia. Este giro en nuestro sistema de gobierno induce a la creación de un Estado Social y Democrático que consolide un modelo de Estado Social, permitiendo así ofrecer unas prestaciones sanitarias bajo una cobertura universal, con financiación pública y gestión descentralizada, entre otras características³⁴.

Toda esta reforma sanitaria surge tras varios intentos de los poderes públicos por atender a los problemas de salud de la población en las diferentes épocas históricas, como se expone a continuación, sin llegar a conseguirlo plenamente hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986. Con esta norma sanitaria se pretende dar una respuesta eficaz, eficiente y satisfactoria a las necesidades de salud de las personas adaptando las estructuras sanitarias disponibles, como recoge en su exposición de motivos. Pero a pesar de haber sido el pilar normativo básico donde se asienta nuestro sistema sanitario, existen algunos aspectos que no satisfacen plenamente a los agentes que intervienen en el SNS (usuarios/as, profesionales y gestores); y por ello, será susceptible de reformas legislativas posteriores - la Ley de 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud - para dar una respuesta adecuada y ajustada a las demandas planteadas.

1.3.1) Hasta la Ley General de Sanidad

A principios del siglo XIX se producen distintos intentos normativos que pretenden mejorar algunos aspectos sanitarios en base a las deficiencias existentes.

³⁴ PEMÁN GAVÍN JM. La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Comares. 2005. p: 43 -44.

En esta época se da el primer intento de intervención pública redactándose el Código Sanitario Asistencial (1822) para solventar las necesidades sanitarias del momento, sin llegar a conseguir su objetivo al no ser aprobado³⁵.

Posteriormente, en 1855 se redacta y se aprueba la primera norma de carácter general en materia sanitaria, la Ley Orgánica de Sanidad. Con este mandato legislativo se determina un sistema de prestaciones sanitarias basadas en el ejercicio libre de los profesionales médicos, una asistencia sanitaria médica dependiente de las Diputaciones Provinciales, y una asistencia benéfica obligatoria a cargo los profesionales titulares. Para asumir la gestión de estos servicios sanitarios se crea un órgano responsable, la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de Gobernación, que cambiará de nombre y se asentará en el esquema organizativo sanitario hasta la actualidad como Inspección General de Sanidad mediante el Real Decreto de 1904.

En este momento histórico, las mujeres se encuentran desprotegidas sanitariamente debido a su situación de invisibilidad social, dependiendo en la mayoría de los casos de la asistencia sanitaria benéfica, tanto para las mujeres nacionales como las extranjeras³⁶.

Con la Ley Orgánica de Sanidad de 1904 se produce otro avance, se diferencia entre asistencia sanitaria individual y colectiva, definiéndose actuaciones sanitarias comunitarias como las vacunaciones, las cuarentenas, la higiene pública, etc.³⁷ Aspecto que va tener repercusiones sanitarias y sociales importantes ya que desciende notoriamente la mortalidad de mujeres y niñas.

Ya en el siglo XX se suceden otras legislaciones sanitarias, pero no todas consiguen una transformación “valiente” en materia de salud.

³⁵ ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Evolución histórica de la legislación sanitaria en España. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 45.

³⁶ CABRERA PEREZ L.A. Mujer, trabajo y sociedad (1839-1983). Madrid. Fundación F. Largo Caballero. 2005. p: 27-65

³⁷ *Ibíd*em, p: 45-46.

En 1900 con la Ley de Accidentes de Trabajo se intenta atender las contingencias o necesidades de salud que se deriven del trabajo mediante una protección social, bajo responsabilidad del empresario o patrono, pero sin marcarse como objetivo promover una reforma sanitaria, atendiendo exclusivamente a la prestación social que se genera en el caso de un accidente laboral.

Con este mandato legislativo se ofrece una protección social y sanitaria a la mujer, autóctona o extranjera, que tenga una relación contractual porque trabaje en las fábricas o talleres, pero quedan excluidas todas las mujeres que desempeñan labores agrarias o agrícolas- en muchos casos como ayuda de sus maridos- o que realizan un trabajo doméstico. Pero además, por primera vez se contempla una protección de la salud de la mujer atendiendo específicamente al parto, puerperio y periodo de lactancia con la Ley del 13 de marzo de 1900³⁸.

Más tarde, el RD de 12 de enero de 1904 sobre Instrucción General de Sanidad Pública propone y constituye una estructura detallada de la atención sanitaria a nivel municipal y provincial, y configura la ordenación de las profesiones sanitarias creando los Colegios Profesionales de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios. Además, este reglamento presta una especial atención a la salud pública creando el Instituto de Higiene de Alfonso XII. Los objetivos que se marca esta institución nacional son: el seguimiento y control de los laboratorios de higiene e institutos de vacunación, la realización de las estadísticas sanitarias y el control de epidemias y epizootias³⁹.

La atención sanitaria que se establece mediante este RD se centra en los problemas de salud que pueden afectar a una colectividad y que tengan una repercusión social en materia sanitaria como, por ejemplo, en el caso de la tuberculosis⁴⁰.

³⁸ Op. cit. CABRERA PEREZ L.A.” Mujer, trabajo y sociedad.....”.p: 27-65, 78

³⁹ *Ibíd*em, p: 46.

⁴⁰ DE LEÓN GARCIA JM. La gestión de la Atención Primaria. En: VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 38.

En 1908 se crea el organismo del Instituto Nacional de Previsión (INP) para gestionar la Seguridad Social dando cobertura a los trabajadores/as y sus familiares directos, manteniéndose hasta la década de los años sesenta.

En 1925 surge el Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial con el compromiso de regular las competencias sanitarias de los Ayuntamientos y Diputaciones y delimitar las responsabilidades en materia de salud comunitaria de dichos organismos, sobre todo en los aspectos que hacen referencia a la potabilización de aguas, a la eliminación de desechos y aguas residuales, y en general aquellos aspectos necesarios para la prevención de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la sífilis⁴¹.

Posteriormente, durante la II República se generan nuevas expectativas en materia sanitaria que dan lugar a medidas normativas como la Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios en 1934. La aprobación y puesta en marcha de esta norma supone un avance para su época, ya que potencia una cobertura sanitaria comunitaria e intenta una coordinación de las diferentes estructuras existentes en materia de salud mediante la creación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión Social.

En todo este periodo histórico no existen más referencias a la protección de la salud específica de la mujer que las nombradas anteriormente, ya que se considera la salud de forma genérica sin distinguir entre varones y mujeres, y mucho menos entre nacionales y extranjeros.

Después de la Guerra Civil, España se ve influenciada políticamente por las corrientes del momento y se promulga en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) con carácter de “seguro social”. Con él se presta cobertura sanitaria al trabajador/a y a los familiares a su cargo. Se otorga el derecho a una asistencia médica sanitaria en caso de enfermedad, a una indemnización por incapacidad y a la prestación farmacéutica necesaria para el restablecimiento de la salud, mediante unas cuotas con el fin de: garantizarles las prestaciones y cuidados sanitarios necesarios en

⁴¹ Op. cit. ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. “Evolución histórica de la legislación...”. p: 46.

caso de enfermedad y reconocerles el derecho de subsidio o indemnización sustitutiva del salario perdido cuando padezcan enfermedades que les incapaciten para el trabajo⁴²⁻⁴³. Este paso supone un avance importante en la asistencia a la salud de la mujer autóctona o extranjera, independientemente de que exista una relación contractual propia o vinculada al entorno familiar, determinándose una asistencia sanitaria no dependiente exclusivamente de la beneficencia.

Este seguro de salud obligatorio se manifiesta vinculado al trabajo, ya que su objetivo principal es cubrir los riesgos sanitarios de cada trabajador/a, ampliándose posteriormente a otras personas. El organismo encargado de la gestión de dicho seguro es el Instituto Nacional de Previsión (INP), ya existente en este momento, y que evolucionará convirtiéndose en el gestor del Sistema de Seguridad Social⁴⁴.

Con la Ley de 14 de diciembre de 1942, la protección de la Seguridad Social (SS) se basa exclusivamente en un aseguramiento obligatorio de enfermedad, y vinculado a la beneficencia en el caso de enfermos/as pobres e indigentes, y sin llegar a una cobertura asistencial universal⁴⁵, dificultando así la protección de la salud de las personas con escasos recursos o inmigrantes siendo asistidos principalmente, en estos casos, por la red sanitaria de beneficencia.

Con la implantación del SOE, la prestación de la atención sanitaria presenta unas características propias que podemos analizar y comparar siguiendo el estudio del Dr. Gavin. Estas peculiaridades las podemos resumir en los siguientes puntos más destacados:

- Se atiende al concepto clásico de salud⁴⁶ pero sin una asistencia global de los diversos aspectos de la misma, atendiendo exclusivamente a los casos de

⁴² PEMÁN GAVÍN JM. Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio de la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto de siglo XX. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Comares. 2005. p: 7.

⁴³ MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global [online] 2007; 10. p: 6.

⁴⁴ Op. cit. ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. “Evolución histórica de la legislación...”. p: 46-48.

⁴⁵ Op. cit. PEMÁN GAVÍN JM. “La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones...”. p: 43 -45.

⁴⁶ Primera definición de salud que surge a principios del s.XX basada en la ausencia de enfermedades o invalideces.

enfermedad. No se fomenta ni la promoción de salud ni la prevención de la enfermedad. Sólo se adoptan actuaciones curativas o de recuperación de la salud y de la aptitud para el trabajo, y siempre y cuando se encuentren las personas aseguradas⁴⁷.

- Se da una desigualdad en la atención a la población. Los pobres e indigentes no tiene derecho a esta asistencia y se encuentran sometidos a una atención sanitaria basada en la beneficencia, bien sea de carácter público sostenida por el Estado y las Corporaciones Locales, o bien de carácter privado mediante asociaciones o voluntariados⁴⁸.
- Existe una obligatoriedad a la afiliación al Seguro, estableciéndose unas primas para cada trabajador/a y para el empresariado.
- La prestación económica recibida en casos de incapacidad por enfermedad no es una protección extendida a toda la población trabajadora, solamente la perciben los que se encuentran por debajo de un umbral económico prefijado, asegurando la protección sanitaria a un sector de la población precariamente atendido hasta el momento⁴⁹.
- El Estado se compromete a contribuir con la financiación de los gastos del Seguro, siendo gestionado por la entidad pública: Instituto Nacional de Previsión⁵⁰.

En 1944 se aprueba la Ley de Bases de la Sanidad Nacional vigente hasta la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986. Esta nueva legislación sanitaria adquiere relevancia porque gracias a ella se modifica el concepto clásico de salud. Se incorporan las acciones preventivas como medidas necesarias a adoptar por los servicios sanitarios dependientes de la administración, con el fin de atender y resolver todos los factores que influyen en el proceso de enfermar, punto de partida para las actuaciones e investigaciones posteriores en del tema de nuestra investigación.

⁴⁷ Op. cit. MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. “Sistema Nacional de Salud Español. Características...”. p: 9.

⁴⁸ *Ibíd*em, p: 5-6.

⁴⁹ *Ibíd*em, p: 8-9.

⁵⁰ *Ibíd*em, p: 8.

Por el contrario, esta norma no modifica las competencias sanitarias establecidas en la Ley Orgánica de 1855: la salud individual será responsabilidad de cada persona y la administración sanitaria se hará cargo de la salud colectiva. Tampoco promueve cambios en el esquema organizativo del modelo sanitario existente⁵¹. Sólo origina una fragmentación del mismo en subsistemas con distintas e independientes redes asistenciales para intentar dar una solución a los nuevos desafíos y retos que se plantean como son los riesgos laborales.^{52 - 53}.

Posteriormente, se promulga una normativa que unifica y sistematiza los distintos seguros sociales que se crearon en España bajo el amparo de la Ley del 1942 y que conlleva la desaparición del SOE. Este nuevo reglamento legislativo es la denominada Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social (LBSS) y el texto articulado de la misma aprobado por el Decreto 907/1966, de 21 de abril. Mediante estas normas se crea una asistencia sanitaria como prestación de la Seguridad Social para contingencias específicas como: enfermedad común y accidente no laboral, enfermedad profesional y accidente laboral, y maternidad⁵⁴. Para la regulación de esta nueva prestación de asistencia sanitaria se desarrollará más adelante el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social.

Si realizamos un análisis de toda esta nueva normativa observamos un avance en el derecho de atención médico-sanitaria debido a que:

- Se amplía el concepto de protección de salud, incluyendo acciones preventivas en la atención a la salud colectiva de la población, y de rehabilitación y readaptación de los trabajadores/as inválidos como medidas necesarias para conservar o restablecer la salud y conseguir la recuperación o adaptar de la capacidad laboral cada trabajador/a.

⁵¹ Hasta el momento las estructuras que daban cobertura asistencial son: los servicios sanitarios vinculados al SOE, la asistencia benéfica, y los hospitales y dispensarios sanitarios.

⁵² Op. cit. ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. “Evolución histórica de la legislación...”. p: 48.

⁵³ Op. cit. SANTO TOMÁS PAJARÓN A. p: 47.

⁵⁴ Op. cit. MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. “Sistema Nacional de Salud Español. Características...”. p: 10.

- Se presta una atención sanitaria a otras eventualidades además de la enfermedad común, pero con la misma vinculación al aseguramiento obligatorio de los beneficiarios/as⁵⁵.
- Se logra un reconocimiento de las necesidades específicas de salud de las mujeres en situación de parto, puerperio y lactancia, incluyéndose como contingencias a tener en cuenta
- Respecto a la inmigración o personas sin recursos queda pendiente una protección de la salud que garantice un bienestar y una asistencia no vinculada a la beneficencia.

Existen otras reformas legislativas posteriores que afectan a la Seguridad Social, como la Ley 24/ 1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social, y texto refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), aprobado por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, que no comporta modificaciones en el tema que nos ocupa⁵⁶. En cambio, más adelante con la promulgación de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, se favorece a los ciudadanos/as que encontrándose en situación de necesidad progresiva, carezcan de recursos económicos propios suficientes para su subsistencia, como son las personas inmigrantes⁵⁷.

En 1977 se publica el “Libro Blanco de la Seguridad Social” donde se recoge un análisis de la asistencia sanitaria y unas propuestas de mejora de estas prestaciones, que se asumirán posteriormente en reformas legislativas sanitarias,

⁵⁵ Art. 98.1 de la LGSS de 1974, la asistenta sanitaria tiene por objeto “*la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios (...) así como su aptitud para el trabajo*”.

⁵⁶ Op. cit. MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. “Sistema Nacional de Salud Español. Características...”. p: 12.

⁵⁷ En la exposición de motivos de la Ley 26/1990, se recoge que la trascendencia de la reforma se centra en la extensión del derecho a las pensiones de jubilación e invalidez y a las prestaciones económicas por hijos a cargo, del sistema de la Seguridad Social, a cualquier ciudadano/a, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar prestaciones del nivel contributivo, por la realización de actividades profesionales. Consiguiéndose así la universalización de tales prestaciones. BOE 22 de diciembre de 1990.

dando el primer paso necesario para conseguir una asistencia de salud de calidad, equitativa e integral que sea capaz de atender a las necesidades de toda la población y también de nuestro colectivo de estudio. Se fragua así el comienzo de un nuevo modelo asistencial que permite un sistema integrado de salud, priorizando las actuaciones preventivas y de educación sanitaria y potenciando la atención primaria o del “médico de familia”. Esto unido a la creación de una entidad pública como el Ministerio Sanidad y Seguridad Social y, más adelante con el Instituto Nacional de la Salud como organismo responsable de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social dependiente de dicho ministerio, pone de manifiesto la necesidad de agrupar en un marco organizativo las distintas acciones públicas que se llevan a cabo en lo referente a la protección de la salud⁵⁸.

Más adelante, y ya de manera definitiva, se reconoce la universalidad de la asistencia tras la promulgación de la Carta Magna de 1978 que reconoce el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía (art. 43), implicando a los poderes públicos para que adopten las medidas, los medios y los recursos necesarios para atender a toda la población sin discriminación o diferencias de trato no justificadas.

En ese mismo año, desaparece el Instituto Nacional de Previsión y las mutualidades, y se crean otras entidades u organismos públicos como: Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) e Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), Instituto Nacional de Empleo (INEM) para la gestión de las nuevas áreas que abarca la Seguridad Social: salud, seguridad social y empleo. Estos cuatro organismos se integran en la década de los años ochenta bajo el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, aunque posteriormente se convertirán en dos ministerios distintos: Ministerio de Sanidad y Consumo del que dependerá el INSALUD, y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a cargo de las otras tres entidades⁵⁹.

⁵⁸ Op. cit. MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. “Sistema Nacional de Salud Español. Características...”. p: 13-14.

⁵⁹ Op. cit. SANTO TOMÁS PAJARÓN A. “Sistema Sanitario: concepto...”. p: 46-48.

Tras la promulgación de la CE con el reconocimiento de todos los derechos a la ciudadanía, se hace necesaria una renovación legislativa en materia sanitaria. Así, con el RD137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, se estableció el marco legislativo para la reestructuración de la atención primaria, anticipando los conceptos y principios que posteriormente se recogerán en la nueva normativa básica sobre sanidad, la Ley General de Sanidad (LGS). Con este Real Decreto se determinan los principios normativos necesarios para establecer las demarcaciones poblacionales y geográficas donde se llevará a cabo la atención sanitaria integral e integrada⁶⁰, delimitando las estructuras físicas y las funciones necesarias para las actividades de promoción y prevención, y las características del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que intervendrán en el proceso asistencial a nivel primario⁶¹.

En 1985 se aprueba la Ley de Bases de Régimen Local delimitando las competencias municipales en materia sanitaria, que más tarde se completarán con la LGS⁶².

Posteriormente, se promulga la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que recoge las medidas necesarias para que el Estado pueda garantizar el cumplimiento de los art. 41 y 43 del mandato constitucional, configurando un sistema sanitario público, universal y solidario, basado en las siguientes características, constituyendo una garantía absoluta para toda la población incluida la mujer foránea:

- Universalidad de la asistencia.
- Cobertura gratuita de las prestaciones.
- Financiación estatal a través de impuestos.
- Descentralización de la gestión sanitaria.

⁶⁰ Según Isidoro Álvarez y Nicolás Retana se puede definir el concepto de Salud Integral como aquella que incluye acciones de promoción y protección de la salud, prevención, asistencia de la enfermedad y rehabilitación. Y como Sanidad Integrada aquella que se basa en un equipo multidisciplinar para conseguir sus objetivos.

En: ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Atención primaria y especializada. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994 p: 158.

⁶¹ *Ibidem*, p: 168.

⁶² Op. cit. SANTO TOMÁS PAJARÓN A. “Sistema Sanitario: concepto....”. p: 46.

- Coordinación e integración de redes y recursos públicos.
- Ordenación territorial mediante las Áreas de Salud
- Provisión pública de centros y personal.
- Reconocimiento de derechos y deberes de los ciudadanos/as con respecto a su salud y al sistema sanitario.
- Prestación de una atención integral de salud a la persona, la familia, y a la comunidad.
- Participación ciudadana mediante órganos de representación (Consejos de Salud).
- Definición de competencias de las distintas administraciones públicas.
- Coordinación permanente entre los distintos Servicios Regionales de Salud a través del Consejo Interterritorial del SNS ^{63_64_65}.

Al examinar y comparar esta nueva normativa sanitaria con la existente hasta el momento, observamos que se configura una asistencia sanitaria distinta permitiéndonos avanzar en algunos puntos importantes como:

1. La atención a los problemas de salud de la población es responsabilidad del Estado, que es él que debe organizar una asistencia sanitaria que asuma de forma integral los diversos aspectos que atañen a la salud. Para ello, se crea el Sistema Nacional de Salud, organismo que agrupa los servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas para dar cabida a todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos, para dar cumplimiento al derecho de protección de la salud (art. 45 de la LGS)⁶⁶.

⁶³ Op. cit. MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J.” Sistema Nacional de Salud Español. Características...”. p: 7.

⁶⁴ ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. La Ley General de Sanidad (I): fundamentos de derecho. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 50.

⁶⁵ Op. cit. SANTO TOMÁS PAJARÓN A. “Sistema Sanitario: concepto...”. p: 49-50.

⁶⁶ Art. 45 de la LGS: “El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”

2. Integra el concepto positivo de salud, donde la prevención y la educación sanitaria priman sobre la acción exclusivamente curativa o reparadora que buscaba el anterior modelo basado en el aseguramiento.

Esto permite diseñar una asistencia sanitaria donde la Atención Primaria sea la estructura esencial en la prevención y promoción de la salud⁶⁷, atendiendo tanto a las necesidades de la persona como las que demande la comunidad.

3. Establece las funciones de los Servicios de Salud en las siguientes áreas:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Curación o recuperación de la salud mediante la asistencia sanitaria reparadora.
- Rehabilitación funcional y reinserción social de los pacientes⁶⁸.

⁶⁷ Op. cit. PEMÁN GAVÍN JM. Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio de la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto de siglo XX. p: 16-17.

⁶⁸ Según el siguiente articulado:

Art. 6: “1. Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas: a la promoción de la salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas, a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud, a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”.

Art. 46.b: “Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación”.

Art. 56.2.a) “Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. En todo caso, las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades: a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria”.

Art.63: “La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud, centros integrales de atención primaria.

Los centros de salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica; a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función”.

4. Configura el principio de universalidad en la asistencia pública porque hace extensible a toda la población la atención a la salud, art. 3.2 de la LGS, desapareciendo así el concepto de aseguramiento.

El derecho de asistencia o protección de la salud se le otorga a la persona en función de su condición humana y, por ello, se le considera titular de este derecho siempre que se posea la nacionalidad o se tenga residencia en el territorio nacional, independientemente de la afiliación a un régimen de protección específico⁶⁹, incluyendo así a la mujer foránea, tema de nuestro estudio.

5. Determina un marco jurídico básico para el usuario/a del servicio de salud⁷⁰ porque reconoce un catálogo de derechos y deberes a los clientes del sistema. Este contexto permite el disfrute de una prestación sanitaria de calidad, eficiente y eficaz basada en la satisfacción del usuario/a, pero bajo las premisas de responsabilidad, veracidad y participación en el buen uso de los servicios de salud⁷¹.

⁶⁹ Op. cit. PEMÁN GAVÍN JM. Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio de...”. p: 30.

⁷⁰ Ibídem, p: 17.

⁷¹ El catálogo de derechos y deberes queda articulado en la LGS. En el art. 10 se reconocen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- *“Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.*
- *A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.*
- *A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.*
- *A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario*
- *A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.*
- *A participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.*
- *A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.*
- *A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta norma, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.*
- *A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado”.*

6. Implanta un nuevo modelo sanitario a partir de un Sistema de Seguridad Social, y se lleva a cabo una remodelación profunda en los principios políticos de asistencia médico-sanitaria creando el Sistema Nacional de Salud⁷².

Este nuevo modelo se concibe como la integración de todos los servicios de Salud del Estado y de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados por un órgano que se denomina Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)⁷³.

7. Delimita las competencias de la Administraciones Públicas y de las CCAA de acuerdo a los arts. 149 y 148⁷⁴ de la CE respectivamente, permitiendo así que las Comunidades Autónomas amplíen competencias en materia sanitaria.

Los servicios sanitarios se concentraran bajo la responsabilidad de las CCAA y bajo los poderes de dirección y coordinación básica del Estado.

Por otra parte, la LGS establece en sus arts. 38 y 39 las competencias exclusivas del Estado: la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, las bases y coordinación general, la legislación farmacéutica y la

Y en su art. 11 se especifican los deberes del usuario con respecto a las instituciones y organismos del sistema sanitario:

- *“Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.*
- *Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones sanitarias.*
- *Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales”.*

Se ha de tener en cuenta que esta relación de derechos sufre modificaciones en base a las recientes normativas en materia sanitaria como es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que deroga los arts. 10 (apdo. 5, 6, 8, 9, 11) y 11 (apdo.4) de la LGS.

⁷² TEMES MONTES JL, GIL REDRADO. Historia del sistema sanitario en España. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 1997. p: 8.

⁷³ La composición y funciones de este órgano de coordinación sanitaria (CISNS) se recogen en el art. 47 de la LGS que posteriormente fue modificado al entrar en vigor la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

El capítulo X (art. 69-75) de la Ley 16/2003, se delimita cual es el objeto, la composición, las funciones, las acciones sanitarias conjuntas, el régimen de funcionamiento, las comisiones y grupos de trabajo que se pueden crear y cuales son los organismos y estructuras de apoyo y cooperación al Consejo.

⁷⁴ En el art. 149.1.16º de la CE donde se incluyen las competencias sanitarias estatales: *“Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos”.* El art. 148. 1.21º de la CE recoge las competencias sanitarias que se deben asumir por las CCAA: *“Sanidad e higiene”.*

Alta Inspección⁷⁵. Y en su art. 40 se recogen otras competencias a desarrollar por el Estado sin menoscabo de competencias de la CCAA⁷⁶.

Las competencias que les corresponden a las CCAA quedan recogidas en el art. 41 de la LGS, donde se dice que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiere o, en su caso, les delegue⁷⁷. También se atribuirán a las CCAA las decisiones y actuaciones públicas previstas por esta ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, es decir: sanidad e higiene pública, asistencia sanitaria pública, asistencia farmacéutica y prestaciones sociosanitarias⁷⁸⁻⁷⁹.

8. Crea un mapa sanitario distinto que se constituye con el proceso de las transferencias en materia sanitaria que se inicia en la década de los 80. Las Comunidades Autónomas pueden asumir dichas atribuciones mediante los Reales Decretos que les otorgan el traspaso de competencias, funciones y servicios,

⁷⁵ El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las CCAA en materia de salud, para supervisar la eficacia y rendimiento de los servicios sanitarios y garantizar el derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria.

⁷⁶ Las competencias que puede desarrollar el Estado sin perjuicio de competencias de las CCAA son de manera esquemática las siguientes:

- Control del medio ambiente y control alimentario o productos que directa o indirectamente estén relacionados con el uso y consumo humano, y el registro general de alimentos e industrias.
- Reglamentación de aditivos, desnaturalizados, detergentes y desinfectantes utilizados en la industria alimentaria, así como la reglamentación y autorización de las personas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de productos alimentarios.
- Reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y/o de los demás productos y artículos sanitarios.
- Acreditación, homologación y autorización sobre extracción y trasplantes de órganos.
- La homologación de programas de formación postgraduada, especialización del personal sanitario y de las titulaciones.
- Homologación de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.
- Sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas.
- La coordinación de las actuaciones para impedir el fraude o abuso, de las prestaciones o servicios sanitarios.
- Servicio de la vigilancia y análisis epidemiológicos.

⁷⁷ La mayor parte de los Estatutos de Autonomía incluyen entre otras como competencias de las CCAA: la asistencia sanitaria a través de la creación de los respectivos servicios de salud, la ordenación de los servicios sanitarios mediante leyes o normas reglamentarias que desarrollen o complementen la LGS, la ejecución de la legislación farmacéutica, la ordenación farmacéutica y la competencia en materia de Seguridad Social.

⁷⁸ Op. cit. ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. “La Ley General de Sanidad (I)...”. p: 51.

⁷⁹ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 56-57.

configurando un sistema sanitario descentralizado tanto en su estructura como en su gestión, que finaliza en el 2001⁸⁰.

La nueva disposición estructural de este modelo sanitario queda establecida con el RD 137/1984, de las Estructuras Básicas de Salud, donde se configuran las Áreas de Salud, las Zonas Básicas de Salud y los Centros de Salud como estructuras fundamentales para desarrollar la atención sanitaria a nivel primaria. La atención especializada será responsabilidad de los hospitales y centros de especialidades.

El nuevo diseño de gestión, que se plantea tras las transferencias sanitarias, se fija en tres niveles distintos en el organigrama que son: el Estatal, el Autonómico y el Local. Cuyos órganos gestores respectivamente son: Ministerio de Sanidad y Consumo, los Servicios de Salud de cada CCAA y los Ayuntamientos y Diputaciones.

Igualmente las competencias quedan claramente diferenciadas, como se ha señalado anteriormente, asumiendo cada CCAA las recogidas y reguladas en sus respectivos Reales Decretos Transferenciales⁸¹ pero que, de manera general, siguen siendo las mismas funciones que venía desarrollado el INSALUD. Así mismo, las competencias sanitarias que deben gestionar los Ayuntamientos y Diputaciones son: protección de la salud, participación en la gestión de AP y órganos de dirección de las Áreas de Salud,

⁸⁰ El proceso de las transferencias sanitarias y la descentralización de la gestión se produce en dos períodos diferenciados. El primero se da entre 1981 y 1994, donde asumen las competencias, en materia sanitaria, las siguientes CCAA: Cataluña, País Vasco, Andalucía, Navarra, Galicia, Comunidad Valenciana y Canarias. Posteriormente en el año 2001 se realiza una transferencia general de las competencias que todavía gestionaba el INSALUD al resto de comunidades autónomas, excepto Ceuta y Melilla que todavía se hallan pendientes del traspaso.

Ibídem, p: 56-57.

⁸¹ R. D.1517/1981 de 8 de julio, creación del Instituto Catalán de la Salud (ICS),
R. D.400/1984, de 22 de febrero, creación del Servicio Andaluz de Salud (SAS),
R. D. 1536/1987, de 6 de noviembre, creación del Servicio Vasco de Salud -Osakidetza,
R. D. 1612/1987, de 27 de noviembre, creación de la Agencia Valenciana de Salud,
R. D. 1679/1990, de 28 de diciembre, creación del Servicio Gallego de Salud (SERGAS),
R. D. 1680/1990, de 28 de diciembre, creación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea,
R. D. 446/1994, de 11 de marzo, creación del Servicio Canario de la Salud (SCS),
R. D. 1471/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA),
R. D. 1471/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Cántabro de Salud (SCS),
R. D. 1473/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Riojano de Salud,
R. D. 1474/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Murciano de Salud (SMS),
R. D. 1475/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Aragonés de Salud,
R. D. 1476/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM),
R. D. 1477/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Extremeño de Salud (SES),
R. D. 1478/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD),
R. D. 1479/2001, de 27 de diciembre, creación del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y
R. D. 1480/2001, de 27 de diciembre, creación del Sanidad Castilla y León (SACYL).
<http://es.wikipedia.org>

control sanitario del medio ambiente, de industrias, transportes, lugares de convivencia humana, control sanitario en la cadena de distribución y suministro de alimentos, de cementerios, policía sanitaria mortuoria y defensa de los usuarios⁸².

9. Garantiza la equidad de las prestaciones mediante:

- Un control de la eficacia de las medidas y las estrategias adoptadas⁸³.
- Una coordinación entre los distintos Servicios Regionales de Salud y la Administración Estatal a través del CISNS⁸⁴, entidad que intenta aunar criterios realizando una política armoniosa dentro del SNS⁸⁵, asegurando así la información dentro del sistema.

Esta característica de la equidad, junto con la universalidad, que es la características más diferenciadora, trae consigo el “todo para todos”, incluyendo la garantía de la protección a la mujer foránea, objeto de nuestro estudio.

1.3.2) Después de la Ley General de Sanidad

Después de acometer los cambios que recogía la Ley General de Sanidad y realizarse el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las CCAA⁸⁶, se siguen proponiendo actualizaciones de nuestro modelo de salud mediante la promulgación de leyes que permitan llevar a cabo reformas sobre los tres agentes que implicados en el sistema de salud: la administración, los profesionales sanitarios y los usuarios/as.

Hasta este momento sólo interesaba llevar a cabo reformas sanitarias que comprometieran la estructura de la administración pública, encargada de velar por el respeto y cumplimiento del principio constitucional de protección de la salud, asentando así

⁸² Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 57.

⁸³ TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. Salud Pública. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid. McGraw-Hill-Interamerica. 1997. p: 35.

⁸⁴ Consejo Interritorial del Sistema Nacional de Salud permite una comunicación y coordinación entre los distintos servicios de salud, y dentro de sus competencias se encarga de: las políticas de personal, de adquisición de bienes y servicios, de contratación de productos farmacéuticos y sanitarios, y la planificación sanitaria.

⁸⁵ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 58.

⁸⁶ Consultar SOUVIRON MORENILLA JM. El estado de las autonomías entre la historia y su propia dialéctica. Granada: Comares. 2002.

las bases de otros posibles cambios dentro del marco legislativo. Pero después de la LGS se suceden reformas que atañen cada actor implicado en el sistema de salud.

Uno de estas variaciones se afronta con La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes en materia de Información y Documentación Clínica. Este mandato legislativo implica una reforma operativa del SNS porque otorga un papel revelador e innovador al paciente o usuario/a del sistema, reconociéndole unos derechos que afectarán de manera global al sistema de salud pero también a los profesionales implicados en él⁸⁷, reforzando así su derecho de autonomía y las obligaciones de los profesionales que se tornan en derechos del paciente.

Una de las aportaciones más importantes de esta norma hace referencia a la titularidad del derecho a la información asistencial, cediendo al usuario/a la plena y única titularidad de este derecho y obligando al profesional a solicitarle una autorización previa para llevar a cabo cualquier actuación, permitiendo al paciente la libertad para elegir entre las posibles opciones o negarse al tratamiento, derecho de gran influencia sobre la mujer inmigrante y en particular sobre la población árabe-musulmana.

También regula “las instrucciones previas” mediante la elaboración de un documento que recoge los deseos expresos del paciente entorno a sus cuidados y al tratamiento de su salud para aquellas circunstancias en las que no sea capaz de expresarlos personalmente, o en caso de óbito, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

Otro de los puntos destacable de esta Ley es la regulación explícita que hace sobre el tratamiento que se debe dar a toda la documentación clínica generada en el proceso asistencial, que prácticamente no estaba regulado hasta el momento, aspectos legales de gran relevancia a tener en cuenta en nuestro trabajo de investigación sobre el estudio de campo realizado (Capítulo III).

Existen otras disposiciones normativas que abordan los problemas sanitarios y de gestión que aquejan a nuestro modelo de salud, como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de

⁸⁷ *Ibíd.*, p: 54.

Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Tras su promulgación se produce una remodelación conceptual del SNS, tanto a nivel estructural como organizativo, para dar una respuesta satisfactoria a la sociedad, adaptándose a todos los cambios tecnológicos, socioeconómicos y culturales que se han producido desde la LGS⁸⁸.

Esta norma surge con el objetivo de proporcionar un marco legal a la coordinación sanitaria, competencia exclusiva del Estado, e impulsar dicha función dentro de la gestión sanitaria descentralizada. Además, este mandato legislativo pretende orientar el desarrollo y evolución del SNS hacia la consecución de resultados en materia de salud, garantizando los principios de equidad, calidad y participación ciudadana, e intentando dar una respuesta a los nuevos retos sanitarios o necesidades de la población. Para la consecución de estos objetivos, este precepto contiene unas normas de carácter general aplicables a todo el Sistema Sanitario Español donde:

- Se definen seis ámbitos de colaboración y coordinación entre el Estado y las CCAA: prestaciones del SNS, farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria y calidad del sistema.
- Se potencia la integración de las distintas redes en la atención sanitaria y sociosanitaria.
- Se garantiza el acceso a las prestaciones, la igualdad en la asistencia y la libre circulación dentro del SNS.
- Se establecen planes integrales con el fin de regular un enfoque integral de la actuación sanitaria para la atención a las enfermedades más prevalentes.
- Se crean órganos de coordinación y participación en las distintas administraciones públicas como: la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del SNS y el Observatorio del SNS.

⁸⁸ VILLALOBOS HIDALGO J. La gestión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias. En: Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid. McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 122.

- Se busca el consenso en la toma de decisiones mediante una remodelación del Consejo Interterritorial del SNS, definiéndose como el órgano básico de cohesión dentro del sistema⁸⁹ - ⁹⁰.

Para asegurar el derecho a la protección de la salud bajo los criterios de equidad, calidad y participación ciudadana, como recoge el mandato anteriormente descrito, se crea una cartera de servicios por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Éste establece una cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. El objetivo de dicha norma es garantizar la equidad y accesibilidad a las prestaciones sanitarias dentro del SNS mediante un conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, basados en el conocimiento y experimentación científica, prestando una atención sanitaria adecuada, integral y continuada. Además específica que los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a través de esta cartera son: todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación, y los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos (art. 3.1 de la Ley 16/2003). Es decir, la cartera de servicios del S.N.S. garantiza la protección de la salud de la mujer foránea, objeto de esta investigación, ya que además reconoce unas prestaciones específicas para los inmigrantes menores y extranjeras embarazadas, independientemente de su situación administrativa, según la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, como posteriormente se analizará.

Esta cartera de servicios recoge las prestaciones de salud pública⁹¹, atención primaria, especializada, sociosanitaria, de urgencias, prestación farmacéutica, prestación

⁸⁹ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 58- 59.

⁹⁰ Op. cit. TAPIADOR SANJUAN MJ. “La asistencia sanitaria en España...”. p: 12.

⁹¹ Las prestaciones de salud pública se definen como “el conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, como son: la vigilancia epidemiológica, la prevención de enfermedades, la promoción de la seguridad alimentaria o la prevención de efectos ambientales sobre la salud humana.”

Op. cit: MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. “Sistema Nacional de Salud Español...”.p: 8.

ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario; pudiéndose ampliar por la CCAA siempre que exista un debate previo y una aprobación de los mismos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁹². Por tanto, podemos definir como catálogo de prestaciones asistenciales del SNS el conjunto de servicios preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a la ciudadanía, que abarca toda la cartera de servicios recogida en la norma anteriormente citada.

Posterior a la Ley de Cohesión y Calidad, se presta atención legislativa a los profesionales sanitarios, actores principales del sistema de salud mediante la Ley 44/2003, 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Esta disposición normativa regula el ejercicio de la profesión, la formación pre- y post-graduada, el reconocimiento, la acreditación, el registro y el desarrollo profesional, al igual que las competencias de cada colectivo implicado en la atención de salud de la población. Además se recoge explícitamente (art.33)⁹³ que los profesionales de la salud están obligados a actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario, de la ahí la relevancia de realizar estudios sobre la mujer y la inmigración, que es el tema de este trabajo de investigación.

Así mismo, se aprueba otra norma, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud que hace referencia expresa al régimen jurídico del personal estatutario sanitario y no sanitario, es decir, a los profesionales que trabajan al servicio de la administración pública. Esta regulación se hace con la finalidad de crear un marco legal que se adapte a las características específicas del ejercicio de estas profesiones y a las particularidades organizativas de cada servicio de salud dentro del SNS, para un funcionamiento armónico, coordinado, moderno y consolidado del sistema⁹⁴.

⁹² Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 59.

⁹³ Art. 33 de la Ley 44/2003: “*La formación continuada es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.*”

⁹⁴ Op. cit. TAPIADOR SANJUAN MJ. “La asistencia sanitaria en España...”. p: 12.

Con estas dos últimas normativas se produce un reconocimiento legal de uno de los actores principales dentro del SNS: los profesionales sanitarios, y dentro de éstos, de manera especial a los profesionales de enfermería como personal sanitario facultativo autónomo, regulándose así no solamente el ámbito de sus competencias sino también las responsabilidades en el ejercicio de su profesión⁹⁵. Además están considerados por el SNS como recursos sanitarios humanos con competencias propias y específicas como la educación sanitaria, aspecto relevante a tener en cuenta en la asistencia a la población femenina e inmigrante.

En 2012, y debido a la situación de crisis económica del país, se hace necesaria una intervención en el ámbito de la sanidad pública para reducir el gasto sanitario promulgándose el Real Decreto-ley, 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. Esta norma recoge que las medidas propuestas tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, dando así respuesta a las demandas de la ciudadanía de mejora de la equidad y de eficacia, y a las demandas externas de la Unión Europea que exige transparencia y viabilidad del sistema⁹⁶.

También con esta norma se reitera la garantía de la universalidad de la asistencia y la gratuidad de los servicios sanitarios, y la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

Para todo ello, este Real Decreto modifica algún articulado de la legislación en materia sanitaria vigente hasta el momento. Los artículos que se modifican o se añaden y que hacen referencia al tema del estudio son:

1. Art. 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad, trata de la “condición de asegurado”, de los requisitos que se deben dar para conseguir dicha condición y de los beneficiarios, en lugar de hablar de “titulares del derecho a la protección a la salud”, que serán los que tengan acceso al SNS, sin

⁹⁵ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 54, 60-65.

⁹⁶ BOE Num. 98. 24 de abril de 2012.
<http://www.boe.es>

hacer diferenciación entre nacionales y extranjeros. También se recogen otros supuestos que garantizan la asistencia a los extranjeros siempre y cuando tengan autorización para residir en territorio español⁹⁷.

2. Art. 3 bis de la Ley 16/2003 sobre el reconocimiento y control de la situación de asegurado.
3. Art. 3 ter. de la Ley 16/2003 sobre asistencia en situaciones especiales⁹⁸, donde se recoge que tipo de asistencia sanitaria se reconoce a los extranjeros/as que no estén en posesión de la autorización para residir en España, a las embarazos y a

⁹⁷ Art. 3 de la Ley 16/2003: “*De la condición de asegurado.*

1. *La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.*

2. *A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:*

a) *Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.*

b) *Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.*

c) *Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.*

d) *Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.*

3. *En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.*

4. *A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.*

5. *Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.*

6. *Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.*

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente”.

⁹⁸ Art. 3 ter. de la Ley 16/2003: “*Asistencia sanitaria en situaciones especiales: Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:*

a) *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*

b) *De asistencia al embarazo, parto y postparto.*

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

menores de edad. Aspectos que no se modifican con respecto a la anterior normativa.

4. Ar. 8, art.8 bis, art, 8 ter., y art. 8 quáter. de la Ley 16/2003 sobre la cartera común de servicios del SNS, cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios del SNS respectivamente. Con esta reforma se intenta dar una cohesión territorial y de equidad tanto en las prestaciones como en los servicios a los que acceden los/as pacientes en las diferentes CCAA, motivado porque cada servicio de salud autónomo había extendido el derecho de cobertura sanitaria de manera muy diversa. Por ello y para garantizar de manera efectiva el principio de igualdad de trato se crea una cartera “básica” de servicios comunes⁹⁹.

1.4) Características del Sistema de Salud Español

Como ya se ha descrito anteriormente, la Ley General de Sanidad configura un Sistema Nacional de Salud basado en unos principios que permiten consolidar un

⁹⁹ Art. 8 de la Ley 16/2003: “Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.

b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.

c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter.

3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.

4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud”.

Art. 8 bis de la Ley 16/2003: “Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

2. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta”.

Estado de Bienestar. Estas características hacen referencia a la manera de afrontar el cuidado de la salud de las personas, que variara con respecto a otros países del entorno, tanto en el enfoque como en la orientación de nuestro sistema de salud.

Las peculiaridades de nuestro modelo sanitario se pueden resumir en las siguientes características principales: universalidad de la asistencia y gratuidad, descentralización de la gestión sanitaria, calidad y equidad de las actuaciones en materia de salud, y por último la participación ciudadana.

Todas estas características hacen posible que nuestro sistema oferte una atención sanitaria capaz de dar respuesta a todas las necesidades planteadas por la población, incluso de las personas inmigrantes independiente de su situación administrativa, social o económica, y en particular se dé respuesta sanitaria a los problemas de salud de la mujer foránea.

1.4.1) Universalidad de la Asistencia

La universalidad de la asistencia es un concepto que define la extensión de la cobertura sanitaria pública, y que consiste en proporcionar a cada ciudadano/a los servicios sanitarios en función de las necesidades de la salud de cada persona, en condiciones de igualdad e independientemente de las circunstancias sociales o personales.

Este tipo de cobertura asistencial está muy unido al término gratuidad, ya que se entiende que la asistencia sanitaria universal es una situación en la cualquier residente de una región geográfica tienen acceso a la mayoría de tipos de asistencia o prestaciones, sin importar su capacidad económica. Por tanto, la universalización de la atención cubre al cien por cien de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.

Se ha de puntualizar que en nuestro modelo sanitario no siempre se dio una cobertura universal a los problemas de salud de la población. Este cambio cualitativo en la extensión de la asistencia sanitaria comienza en 1989 cuando el Estado decide asistir a personas de escasos o nulos recursos desapareciendo la beneficencia, que era

la encargada de ocuparse de las necesidades de los más paupérrimos. Posteriormente, con la reforma de la Atención Primaria en el año 1984 se atiende de forma integral todos los problemas de salud de la comunidad adelantándose así a la Ley General de Sanidad. Más tarde con los convenios y tratados internacionales y con las sucesivas leyes de extranjería se asegura una cobertura universal a todas las personas que se ajusten a estas disposiciones¹⁰⁰, como es el caso del colectivo de estudio de esta investigación.

Esta característica del SNS determina, además, que nuestro sistema sanitario sea diferente a otros Sistemas Públicos de Salud, porque:

- I. No se exige una declaración previa del estado de salud para tener acceso a los servicios sanitarios.
- II. Asegura la asistencia en el territorio español, pero también es extensible a nivel internacional cuando existan convenios o tratados internacionales en los que se especifica la reciprocidad de dicha asistencia.
- III. No existe periodo de carencia en el acceso a ninguna prestación.
- IV. Asegura la hospitalización por motivos médicos o quirúrgicos hasta el alta.
- V. No conlleva coste del servicio en el momento que se hace uso del mismo, salvo en las prestaciones farmacéuticas ambulatorias¹⁰¹.

1.4.2) Descentralización de la Gestión Sanitaria

Desde un punto de vista histórico, España ha pasado de ser un Estado único para convertirse en un Estado de Autonomías. Este hecho ha conformado un sistema sanitario descentralizado política y administrativamente en los 17 Servicios Regionales de Salud de las diferentes CCAA, quedando dos ciudades autónomas fuera de estas transferencias, Ceuta y Melilla¹⁰², como se recogía anteriormente. De

¹⁰⁰ Op. cit. TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. “Historia del sistema sanitario...”. p: 1-2

¹⁰¹ TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. El Sistema Nacional de Salud: la Ley General de Sanidad. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid. McGraw-Hill-Interamerica. 1997. p: 13.

¹⁰² CALVO SANCHEZ MD. Enfermería del trabajo. Madrid. Ediciones DAE. 2008. p: 43-99.

esta manera, se configura un mapa sanitario distinto tanto en su estructura como en su gestión, pero siempre vinculado a una financiación estatal coercitiva¹⁰³.

Este traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas ha intentado basarse en los principios de equidad y solidaridad, intentando evitar desigualdades en el derecho a la protección de la salud de las personas en función su lugar de residencia, acercando los servicios de la Administración Pública sanitaria al ciudadano/a.

Además, este sistema de gestión se ha visto favorecido por dos cuestiones principales. Una debida al modelo de financiación que poseemos, ya que es una competencia cuantitativamente mayoritaria del Estado a través los presupuestos generales y de la Seguridad Social, favoreciendo la igualdad entre regiones. Y otra ventaja de la descentralización ha consistido en una planificación, organización y gestión de las políticas de salud en función de las necesidades sanitarias de la población de cada territorio. De este modo, se ha logrado obtener una mayor eficacia de los servicios¹⁰⁴ facilitando la integración de los recursos públicos en un único dispositivo bajo la tutela de los Servicios de Salud de la CCAA, con el fin de llevar a cabo una gestión homogénea y asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz¹⁰⁵, como se recoge en el art. 50 de la LGS¹⁰⁶.

Pero se ha de recordar, como ya se ha apuntado, que este proceso de descentralización ha sido impuesto y está inacabado porque no se han transferido todavía dos ciudades autónomas, Ceuta y Melilla, que están pendientes de realizar el traspaso de la gestión sanitaria a la administración autonómica, asumiendo todavía las competencias sanitarias el Instituto de Gestión Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹⁰⁷.

¹⁰³ Op. cit. TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. “El Sistema Nacional de Salud: la Ley...”. p: 13.

¹⁰⁴ Op. cit. TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. “Salud Pública”. p: 35.

¹⁰⁵ Op. cit. TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. “El Sistema Nacional de Salud: la Ley...”. p: 13.

¹⁰⁶ Art. 50 de la Ley 14/1986, General de Sanidad: “*En cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionando, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma*”.

¹⁰⁷ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 56-57

Pero, se debe tener en cuenta que esta descentralización de la gestión va aparejada a una cohesión territorial, cuyo órgano garante es el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). La Ley 16/2003, establece que es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, para promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud (art. 69)¹⁰⁸, y entre cuyas funciones se dispone que conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones en relación con: funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; de asesoramiento, planificación y evaluación y de coordinación del Sistema¹⁰⁹, según art. 71 de la Ley 16/2003¹¹⁰.

1.4.3) Calidad asistencial

Existen distintas definiciones de calidad y se torna difícil conceptuarla en términos absolutos, ya que debe integrar la visión de cada participante en el sistema de salud: usuarios/as, profesionales y administración sanitaria.

Este punto es de especial importancia al objeto de nuestro estudio, dado que el alto nivel de calidad de nuestro sistema nacional de salud atrae “el turismo sanitario”, aspecto sin duda a tener en cuenta.

Según el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos podemos definir la calidad como el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o comunitario, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y de manera

¹⁰⁸ Art. 69 de la Ley 16/2003. Objeto del CISNS: “1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. 2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elevará anualmente una memoria de las actividades desarrolladas al Senado”

¹⁰⁹ El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
<http://www.msps.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>

¹¹⁰ Art. 71 de la Ley 16/2003. Funciones: “El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre las siguientes materias:
1. En relación con funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud (...)
2. En relación con funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud (...).
3. En relación con funciones de coordinación del Sistema Nacional de Salud (...)
4. En relación con funciones de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas (...)”.

consecuente con el conocimiento científico y profesional existente. Tras esta definición se recogen las diferentes dimensiones de la calidad como: atención centrada en pacientes, accesibilidad, continuidad de la atención, efectividad de la práctica, uso adecuado de los recursos y seguridad de los pacientes¹¹¹.

La Organización Mundial de la Salud también ha intentado definir la calidad como “una cualidad del sistema sanitario que permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima. Teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”¹¹².

La JCAHCO o la Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones de cuidado de la salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) elaboró una definición de calidad: “grado en el cuál la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos”.

Como vemos, existen diferentes interpretaciones del término calidad que más allá de ser excluyentes, se complementan. Estas definiciones están basadas en los atributos o cualidades que debe tener una prestación sanitaria para ser considerada de calidad, y que de manera esquemática son:

- *Eficacia*: grado de consecución de los objetivos propuestos sin tener en cuenta el coste empleado, es decir, conseguir el más alto nivel de salud de la población.

¹¹¹ CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODRÍGUEZ RM. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. p: 179.

¹¹² World Health Organization. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. 2008.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf

- *Eficiencia*: grado de consecución de los objetivos propuestos al mínimo coste posible, obteniendo los beneficios esperados.
- *Adecuación*: nivel de equiparación entre servicios sanitarios ofertados y demandados, o necesidades de salud de la población en términos de cantidad y distribución de servicios, nº de profesionales, medios y recursos diagnósticos y terapéuticos, etc.
- *Nivel científico-técnico*: el nivel de competencia, conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios.
- *Accesibilidad*: posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise en un momento dado.

Esta cualidad también hace referencia a los aspectos legales, que permiten tener derecho a la asistencia como puede ser la condición de asegurado/a, a los aspectos organizativos como la ubicación y localización física tanto del servicio como del profesional.

- *Continuidad*: nivel de seguimiento de las necesidades sanitarias de la persona o la población.
- *Equidad*: capacidad del sistema sanitario de ofrecer a cada usuario/a una atención según sus necesidades.
- *Participación*: nivel de implicación de los pacientes en el cuidado de su salud.
- *Satisfacción*. Este componente se debe estudiar desde una doble perspectiva, la satisfacción del profesional y del usuario/a, que implica una valoración diferencial de esta cualidad.

Desde el punto de vista del profesional, esta atribución permite valorar las circunstancias en las que cada sanitario realiza su trabajo como son las condiciones organizativas, estructurales, tecnológicas e interpersonales. La satisfacción del usuario/a podemos también denominarla aceptabilidad, ya que nos indica el grado de aprobación que obtiene la atención sanitaria que se le presta, sin entrar a valorar aspectos particulares y específicos que le sería más difíciles de identificar dentro de todo el proceso de atención que ha recibido.

- *Seguridad*. Esta cualidad de la calidad intenta minimizar o evitar los riesgos potenciales o reales que afectan tanto a la organización, a las normas y procedimientos como a las instalaciones y recursos técnicos. También implica una protección legal del usuario/a del sistema basado en la confidencialidad de la información clínica del mismo para preservar su derecho a la integridad e intimidad, evitando así riesgos derivados de una inadecuada o incorrecta utilización de datos personales y clínicos.

Existen autores que discrepan en los atributos que determinan la calidad, pero como se puede observar a continuación, estas diferencias son mínimas llegando a recoger prácticamente las mismas cualidades.

La JCAHO establece los siguientes factores en la calidad de los cuidados de salud: accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, adecuación, eficiencia, continuidad, intimidad, confidencialidad, participación de la familia y el/la paciente y seguridad del entorno. También, el considerado padre de la calidad, Dr. A. Donabedian, enuncia siete pilares de la calidad en salud: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Como se observa, una de las características que más incide en nuestro trabajo de investigación es la equidad, proporcionando una asistencia de calidad a la población en función de sus necesidades sanitarias, que en nuestro colectivo de mujeres foráneas presenta peculiaridades propias y específicas, como posteriormente se analizará, aunque no debemos olvidar la accesibilidad que este colectivo tiene a los servicios sanitarios.

Para valorar y determinar si la atención a la salud es de calidad y cumple los principios antes recogidos, debemos evaluar la prestación sanitaria bajo una triple dimensión, es decir, mediante los puntos de vista de quien valora esos componentes: el usuario/a, el profesional o la propia administración. Para los primeros la calidad se identifica con: eficacia, accesibilidad, equidad, continuidad y satisfacción o aceptabilidad. En el caso de los gestores, la característica de la calidad más destacable es la orientada a la eficiencia, y para los profesionales vendrá representada

por el nivel científico-técnico mediante la actualización de conocimientos y aplicación de la tecnología avanzada¹¹³, de ahí la importancia de las investigaciones en nuestro campo de estudio, la mujer foránea, para poder ofrecer una atención sanitaria basada en la evidencia científica.

Teniendo en cuenta todas estas características que deben darse en una asistencia sanitaria de calidad, los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas han incorporado como parte de su gestión el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹¹⁴.

Este plan está recogido en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su art. 61¹¹⁵, y consiste en un documento que se elabora conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las diferentes CCAA dentro del seno del Consejo Interterritorial del SNS¹¹⁶ para un periodo determinado y con unos objetivos prioritarios; cuya finalidad principal, como ya se ha apuntado, es contribuir a incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud para garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a toda la población, con independencia de su lugar de residencia. Así mismo, pretende ofrecer, tanto a los

¹¹³ Op. cit. CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODRÍGUEZ RM. “Informe anual del Sistema Nacional...”. p: 418-422.

¹¹⁴ *Ibidem*, p: 179.

¹¹⁵ Art. 61 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre los Planes de calidad del Sistema Nacional de Salud: “1. El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas elaborarán periódicamente, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios. Estos planes contendrán los objetivos de calidad prioritarios para el período correspondiente. 2. El Ministro de Sanidad y Consumo dará cuenta al Senado del cumplimiento de los planes de calidad del Sistema Nacional de Salud.”

¹¹⁶ El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. Es un órgano que se crea con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pero que se regula tras la publicación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud a través de su art. 73

El Consejo de este órgano está constituido por el ministro de Sanidad y Consumo y los consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.

Op. cit. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<http://www.msps.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>

profesionales sanitarios como a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas, las herramientas útiles, eficaces y necesarias para mejorar la calidad asistencial¹¹⁷.

Por ello, podemos afirmar que este Plan de Calidad del SNS va dirigido a dos colectivos principalmente: a la ciudadanía porque impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en el paciente y sus necesidades, y a los profesionales de la salud porque apoya el fomento de estrategias – aplicación de guías clínicas o guías de práctica asistencial¹¹⁸ y la adopción de buenas prácticas basadas en la evidencia científica¹¹⁹ - que permiten una actualización de conocimientos adaptados a la búsqueda de la resolución de los problemas y necesidades de salud de los usuarios/as bajo los criterios de eficacia y eficiencia¹²⁰. El objetivo, por tanto, es ofrecer una atención sanitaria de calidad y equitativa que se refleje en la mejora de los indicadores de salud de la población¹²¹. Por ello, este documento contempla 6 grandes áreas de actuación con 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción¹²².

¹¹⁷ Op. cit. CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODÍGUEZ RM. “Informe anual del Sistema Nacional...”. p: 179.

¹¹⁸ Según el IOM (Institute of Medicine) las guías de práctica clínica (GPC) “suponen propuestas desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la búsqueda de la decisión más apropiada sobre asistencia sanitaria en circunstancias específicas”. Por tanto, buscan el mejor conocimiento científico que sirva de guía u orientación en la toma de decisiones sanitarias, consiguiendo disminuir la variabilidad en la práctica clínica, minimizar los criterios unipersonales e incrementar la eficacia y efectividad de las actuaciones. También permiten informar y orientar a los usuarios en la toma de decisiones para conseguir la satisfacción de los mismos y disminuir el consumo de recursos adaptando a criterios de eficiencia y efectividad.

En: ASUA BATARRITA J. El desarrollo de las políticas de calidad en las instituciones sanitarias. En VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 204.

¹¹⁹ La evidencia científica o la medicina basada en la evidencia consiste en la búsqueda exhaustiva y sistemática de información para su posterior análisis crítico, siguiendo una metodología con el fin seleccionar los estudios más relevantes en una materia y poder integrar los resultados obtenidos en la resolución del problema planteado.

Ibídem, p: 200-2001.

¹²⁰ Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. p: 11.

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf

¹²¹ Op. cit. CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODÍGUEZ RM. “Informe anual del Sistema Nacional...”. p: 180.

¹²² Las áreas y estrategias que recoge en el Plan de Calidad del SNS son las siguientes:

1. Protección, promoción de la salud y prevención: Salud y hábitos de vida y Proteger la salud.
2. Fomento de la equidad: Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas. Y analizar políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud: Adecuación de los recursos humanos del SNS a las necesidades de los servicios sanitarios.

Gracias a ello, se favorece una atención sanitaria que evite desigualdad de género, por una parte, y desigualdades en salud, por otra, en la protección de salud de la mujer foránea, objeto de nuestra investigación.

Además del Plan de Calidad para el SNS, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge en su capítulo VI otras estrategias que se han de ponerse en marcha para conseguir la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, como es la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del SNS, art. 60 y 61 respectivamente.

La Agencia de Calidad, o también denominada Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, es un órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo al que le corresponderá la elaboración y el mantenimiento de los elementos que configuran la infraestructura de la calidad sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas. Estos elementos a los que se hace referencia están expuestos en el art. 59 de la Ley 16/2003, y consisten en los siguientes:

- Normas de calidad y seguridad que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura.
- Indicadores y estadísticos necesarios para comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo y fiable.
- Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial que contendrán los descripciones de los procesos por los cuales se diagnóstica, trata o cuida un problema de salud.
- El registro de buenas prácticas para recoger la información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual.

-
4. Fomento de la excelencia clínica: Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos y de gestión, Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios, Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, Mejorar la atención a pacientes con determinadas patologías y Mejorar la práctica clínica.
 5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos: Sanidad en línea.
 6. Aumento de la transparencia:- Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible
- Op. cit. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. p: 11-12

- El registro de acontecimientos adversos para informar sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente¹²³.

Con la elaboración de estos puntos se facilita la puesta en marcha de diferentes investigaciones en el ámbito sanitario dirigidas a mejorar la asistencia en función de la evidencia científica. De ahí, la importancia de realizar estudios dirigidos a conocer los problemas específicos de salud de determinados colectivos, como en nuestro caso, las necesidades de salud de la mujer en general y de la mujer foránea en particular.

Además, también contamos con El Observatorio del SNS que es un órgano dependiente de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y catalogado como Subdirección General, que sirve como instrumento al servicio del logro de los objetivos de calidad con las siguientes funciones:

- Elaborar el informe anual sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Consumo al CISNS y que además contendrá un análisis específico de la salud de mujeres y hombres.
- Realizar estudios comparativos de los Servicios de Salud de las diferentes CCAA en el ámbito de la organización, la provisión de los servicios, la gestión sanitaria y los resultados, para determinar si existe la misma equidad y accesibilidad a los servicios.
- Difundir estudios sobre los Servicios de Salud del SNS.
- Recopilar información sobre reformas sanitarias en países europeos¹²⁴.

1.4.4) Equidad en Salud

Una de las características que debe presentar el SNS es la equidad, elemento importante a tener en cuenta en nuestra investigación, como se verá en el capítulo II de este trabajo, donde se comenta la importancia de esta característica para evitar las

¹²³ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 60.

¹²⁴ Políticas de salud. Observatorio del SNS.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>

desigualdad en salud motivadas por factores como la condición social, económica, cultural o de género, entre otras.

El término equidad hace referencia al concepto de justicia distributiva y se debe entender en el ámbito legislativo y sanitario como la condición de igualdad que se debe garantizar en la protección de la salud, tanto en lo que se refiere a la asistencia a la salud como en los recursos y prestaciones a los que la ciudadanía tiene derecho.

Existen matices en función del ámbito de aplicación de este principio característico del SNS. En derecho y al amparo del principio constitucional de igualdad se entiende equidad como sinónimo, determinándose que el derecho a la protección de la salud se debe hacer en condiciones de igualdad efectiva, sin que pueda prevalecer una diferenciación por motivos geográficos, económicos, culturales, etc.

Si aplicamos el concepto de equidad al ámbito exclusivo de la asistencia sanitaria, no debemos limitarnos a la simple condición de igualdad. Como se analizará más adelante, este término toma una representación diferente, ya que no se circunscribe a un reparto o distribución igual de recursos o una misma atención sanitaria para todos. La equidad en salud implica una distribución diferenciada de las actuaciones y recursos, para que cada persona reciba la mejor y más adecuada actuación o prestación teniendo en cuenta sus particularidades como puedan ser: el sexo, la edad, los hábitos de vida, el trabajo, etc; ya que todos estos factores van a influir en su manera de percibir, sentir y disfrutar de su salud o, en caso contrario, de percibir, sentir y padecer diferentes enfermedades ligadas a estos determinantes.

De manera genérica y enlazando con el resto de características del SNS, la equidad debe garantizar que toda la población tenga el derecho a la misma calidad, extensión y recursos de la asistencia sanitaria, y a obtener los más altos niveles de salud posible, permitiendo la libre circulación de cualquier ciudadano/a dentro del Sistema Nacional de Salud¹²⁵.

¹²⁵ Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 58.

1.4.5) *Participación Ciudadana*

La conceptualización de este término atraviesa las mismas dificultades que la definición de calidad debido a las múltiples explicaciones que se dan sobre él. Además se utilizan otras expresiones como participación social o participación comunitaria como sinónimos de participación ciudadana, que aunque son conceptos similares cada uno presentan un matiz distintivo, provocando un aumento en la variabilidad de significados e interpretaciones en función del uso y aplicación del término. Así, la participación social tiene una dimensión genérica del término, pero bajo una perspectiva política; en cambio, la participación comunitaria hace referencia a la implicación activa de la ciudadanía en la comunidad, y la participación ciudadana establece la relación entre la persona y la administración, en nuestro caso, sanitaria¹²⁶.

A pesar de esto y teniendo en cuenta los puntos en común de todas las definiciones, podríamos afirmar que la participación ciudadana en el sistema de salud es un “derecho fundamental regulado en la legislación vigente, en el cuál tanto ciudadanos como pacientes pueden determinar, bajo su voluntad, los objetivos del sector sanitario en una sociedad democrática y libre”. Por tanto, implica una corresponsabilidad, compromiso y cooperación del usuario/a como parte integrante del sistema sanitario¹²⁷ y como recoge la Organización Panamericana de Salud (OPS) la participación comunitaria es: “el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad respecto a su propio bienestar y el de su colectividad, así como la capacidad de contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo”¹²⁸.

Al analizar el concepto de participación, en cualquiera de sus acepciones, debemos señalar las dos dimensiones principales de la misma. Por un lado se utiliza

¹²⁶ CANALS SALA J. Participación comunitaria. En: ROCA ROGER M, CAJA LÓPEZ C, ÚBEDA BONET I. Elementos conceptuales para la práctica de la enfermera comunitaria. Barcelona. Instituto Monsa. 2005. p: 71

¹²⁷ Op. cit. CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODRÍGUEZ RM. “Informe anual del Sistema Nacional...”. p: 199.

¹²⁸ Op. cit. CANALS SALA J. “Participación comunitaria”. p: 72

como mecanismo de consulta de los profesionales y gestores sanitarios para validar y legitimar las decisiones que cada actor del sistema puedan tomar para mejorar las actuaciones y proyectos sanitarios, implicando activamente a la ciudadanía en la toma de las mismas. Por otro lado, la participación ciudadana permite dar voz a las reivindicaciones y demandas sociales y sanitarias de las personas dentro del propio sistema, evitando la subordinación pasiva de la población a las políticas sanitarias¹²⁹, favoreciendo el empoderamiento de las mujeres, nacionales o extranjeras, y su implicación en los sistemas de toma de decisiones en el ámbito sanitario.

Además, mediante esta característica del SNS, se intenta desterrar el antiguo modelo paternalista donde el médico se convertía en el agente responsable de la salud de la persona que demandaba sus servicios. Se avanza así en la organización jerárquica y estructural de un nuevo modelo asistencial, donde los pacientes toman decisiones que conciernen a su salud de manera directa, activa y consciente de cuales son sus derechos y deberes.

El resultado de este avance en las relaciones entre ciudadanos/as y profesionales permite un mayor protagonismo de los pacientes-usuarios/as en la gestión de los recursos y de los servicios sanitarios otorgándoles una implicación activa en el gobierno de las instituciones sanitarias, pasando de ser un mero consumidor/a de servicios a una persona activa en la toma de decisiones en materia sanitaria.

También con la participación se intenta agrupar a todos aquellos ciudadanos/as, que también son consumidores potenciales o reales de productos relacionados con la industria sanitaria, y que pueden llegar a ser pacientes o usuarios/as del sistema en algún momento, e incluso ejerciendo más de un rol a la vez. Todos ellos van a mantener una interrelación con el sistema y con los profesionales sanitarios¹³⁰.

¹²⁹ *Ibidem*, p: 72-73.

¹³⁰ Op. cit. CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODRÍGUEZ RM “Informe anual del Sistema Nacional...”. p: 198-199.

Este concepto de participación ciudadana, como ya se ha expuesto, va muy ligado al término “empowerment” o empoderamiento ya que permite capacitar, facultar, habilitar o dar poder a las personas en la toma de decisiones que afecten al cuidado de su salud dentro de la estructura del modelo sanitario¹³¹, y en nuestro caso al empoderamiento de la mujer foránea.

Esta característica del SNS está reflejada en la normativa sanitaria vigente. La Ley General de Sanidad, art. 58, establece como órgano colegiado de participación ciudadana al Consejo de Salud del Área para la consulta y seguimiento de la gestión sanitaria, con una representación ciudadana del cincuenta por ciento de los componentes. También existirá representación ciudadana en el órgano que formula las directrices en política de salud y controla la gestión sanitaria del área, Consejo de Dirección del Área (art.59 de la LGS). Más recientemente, con la Ley de Cohesión y Calidad se implanta el Consejo de Participación Social, dependiente del CISNS.

Con este órgano se crea un canal de comunicación entre los consumidores-usuarios/as, profesionales, administraciones sanitarias, sindicatos, entidades empresariales y sociedades científicas con el fin de informar, asesorar y formular propuestas sobre: los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, la financiación y el gasto farmacéutico, los planes integrales de salud, las disposiciones o acuerdos del CISNS que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de cualquier paciente y usuario/a del sistema sanitario, entre otros. Este Consejo se podrá organizar como Comité consultivo, Foro Abierto de Salud y Foro Virtual^{132- 133}.

¹³¹ Este concepto de anglosajón de “empowerment” traducido al castellano se puede interpretar como adquisición de poder o aumento de poder. Este concepto fue acuñado en la lucha y reivindicación de los derechos civiles y sociales de las minorías y el feminismo para dar una solución a determinados por colectivos marginados, subordinados o en situación de exclusión social y evitar las situaciones las desigualdades sociales a las que están expuestos.

Op. cit. CANALS SALA J. “Participación comunitaria”. p: 75

¹³² Op. cit. CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. “El marco legal...”. p: 61.

¹³³ Capítulo IX, art.67 de la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Con todo ello, se da un contesto al derecho fundamental de participación que proclama nuestra CE en su art. 23¹³⁴ en igualdad de condiciones.

1.5) Estudio Comparativo con otros Sistemas Sanitarios

Históricamente en Europa siempre se dan dado dos tipos de sistemas sanitarios, uno basado en los seguros sociales y otros en el SNS, vinculados principalmente a la situación política nacional de cada país. En el primero de los casos son seguros individuales, vinculados al trabajo y con una cobertura de riesgos limitada, como en caso de Alemania o España que asumió este modelo durante casi todo el siglo XX hasta la década de los años ochenta, produciéndose después una transformación en otro sistema, como se ha descrito anteriormente. Con este modelo sólo se tiene derecho a prestaciones sanitarias si el beneficiario/a está sometido a un régimen de cotizaciones, principalmente dirigido a los trabajadores/as por cuenta ajena.

Este sistema de seguros sociales también es conocido como el modelo “Bismarck” inspirado en el régimen social alemán. Se caracteriza por ser un régimen a favor de los trabajadores/as, vinculado a unas cuotas obligatorias pagadas por empleados/as y empleadores mediante impuestos. Estos recursos económicos que se generan serán unos fondos gestionados por entidades no gubernamentales que se encargarán de proveer a los asegurados/as los servicios que precisen. Los países europeos que todavía mantienen este régimen son: Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Países Bajos.

El otro sistema de salud que se plantea en Europa es el llamado modelo “Beveridge” o SNS, basado en un régimen de organización propuesto por Suecia en

¹³⁴ Art. 23 CE: “1. Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos directamente o por medio de representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal. 2. Asimismo, tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos, con los requisitos que señalen las Leyes”.

la década de los años treinta y que se formaliza mediante el denominado informe “Beveridge” en 1942.

El Servicio Nacional de Salud configura un sistema que nada tiene que ver con las cotizaciones, y otorga el derecho a recibir las prestaciones sanitarias necesarias para la salud a cada persona nacional o residente en el país. Por tanto, y como ya ha quedado expuesto en apartados anteriores, la financiación es básicamente del Estado a través de los impuestos. La gestión y provisión de los servicios también será responsabilidad de los poderes públicos.

Los países que en Europa adoptaron este modelo después de la Segunda Guerra Mundial fueron: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido, uniéndose posteriormente los países del sur de Europa: Grecia, Italia, Portugal y España¹³⁵. En el cuadro 1 se reflejan la mayores diferencias entre los dos sistema se salud.

ASISTENCIA SANITARIA DE LA SS	ASISTENCIA SANITARIA DEL SNS
Base mutualista.	No aseguramiento.
Cobertura no universal.	Cobertura universal.
Financiación mediante cuotas o primas. Asegurados más financiación estatal	Financiación estatal- vía impuestos
Acciones sanitarias exclusivamente curativas y reparadoras.	Acciones sanitarias de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinsertión.
Dispersión de recursos	Integración de recursos en una única red asistencial

Cuadro 1: Análisis comparativo de los sistema de salud¹³⁶. (Temes Montes JL, Gil Redrado J.)

¹³⁵ Op. cit. TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. “Historia del sistema sanitario...”. p: 2-4.

¹³⁶ *Ibíd*em, p: 8-9.

Pero debemos tener en cuenta que los modelos reales son mixtos ya que doctrinalmente no reúnen todas las características derivadas, sin duda, del ajuste a las necesidades de cada país.

Existe otro modelo que se da principalmente en los Estados Unidos, en el cuál el Gobierno sólo se ocupa de velar y garantizar unos derechos mínimos, cediendo la responsabilidad de la salud a la propia persona, bien de manera aislada o mediante una formula asociativa a través un sistema de seguros voluntarios¹³⁷.

1.6) El Derecho de Asistencia Sanitaria de Extranjeros e Inmigrantes dentro del SNS

En las últimas décadas, el Estado Español se ha planteado uno de los grandes retos a cumplir, la integración social de todos/as incluyendo al contingente de extranjeros inmigrantes¹³⁸. Esta incorporación del foráneo/a a nuestra estructura social debe estar sustentada sobre la premisa de igualdad de derechos y obligaciones, siempre que se cumplan con los requisitos exigidos por la Ley, y ello pasa por garantizar el derecho a la salud.

Así, se hace necesario hacer extensibles las garantías de protección social al colectivo de inmigrantes. Esta cuestión no ha sido fácil de abordar porque se ha interpretado como una lucha de derechos. Por una parte los que les corresponden a las personas autóctonas, y por otra, las prestaciones y recursos socio-sanitarios que se destinan a la atención de inmigrantes. Además, este hecho se agrava por el aumento de los flujos migratorios a nivel internacional que han provocando una llegada masiva

¹³⁷ ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Sistemas de Salud. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 60-61.

¹³⁸ Se entiende por “extranjero” a aquella persona que no forma parte de la comunidad política que se adopta como referencia, e “inmigrante” como aquella persona que llega a un país distinto del propio para establecerse. Por ello cuando nos referimos a un inmigrante estamos hablando de un ciudadano extranjero que llega a nuestro país con la intención de instalarse en nuestro territorio. Por el hecho de residir, trabajar o estudiar en el país de acogida y poseer la documentación que lo acredite, a este ciudadano se le otorgan una serie de derechos y prestaciones sociales que están contempladas en la ley., considerándole un “inmigrante legal”. En cambio, cuando no se posee la documentación prevista en las leyes y el ciudadano extranjero que se encuentra en territorio español se le denomina inmigrante “irregular”.

de personas extranjeras a nuestro país en los últimos tiempos, una legislación poco exigente de criterios de residencia y una situación de crisis financiera y económica en la actualidad que dificulta esta integración por el alto coste que supone, como en el caso de la sanidad.

Se han hecho numerosas reformas legislativas con el objetivo de solventar esta problemática de la integración. La última ha sido con la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

La Ley Orgánica 4/2000, ha sufrido otras modificaciones anteriores mediante la LO 8/2000, de 22 de diciembre, y la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, y otra posterior que sólo modifica dos artículos y es la LO 10/2011, de 27 de julio. Con esta Ley sólo se modifican dos de artículos de la Ley Orgánica 4/2000, el art. 31 bis¹³⁹ y 59 bis apartado 2 y 3¹⁴⁰. Esta norma legislativa introduce un título expreso

¹³⁹ La modificación del art. 31 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que queda redactado del siguiente modo: Artículo 31 bis: “Residencia temporal y trabajo de mujeres extranjeras víctimas de violencia de género.

1. Las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen garantizados los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como las medidas de protección y seguridad establecidas en la legislación vigente.

2. Si al denunciarse una situación de violencia de género contra una mujer extranjera se pusiera de manifiesto su situación irregular, no se incoará el expediente administrativo sancionador por infracción del artículo 53.1.a), y se suspenderá el expediente administrativo sancionador que se hubiera incoado por la comisión de dicha infracción con anterioridad a la denuncia o, en su caso, la ejecución de las órdenes de expulsión o de devolución eventualmente acordadas.

3. La mujer extranjera que se halle en la situación descrita en el apartado anterior, podrá solicitar una autorización de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales a partir del momento en que se hubiera dictado una orden de protección a su favor o, en su defecto, Informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género. Dicha autorización no se resolverá hasta que concluya el procedimiento penal. En el momento de presentación de la solicitud, o en cualquier otro posterior a lo largo del proceso penal, la mujer extranjera, por sí misma o través de representante, también podrá solicitar una autorización de residencia por circunstancias excepcionales a favor de sus hijos menores de edad o que tengan una discapacidad y no sean objetivamente capaces de proveer a sus propias necesidades, o una autorización de residencia y trabajo en caso de que fueran mayores de 16 años y se encuentren en España en el momento de la denuncia.

Sin perjuicio de lo anterior, la autoridad competente para otorgar la autorización por circunstancias excepcionales concederá una autorización provisional de residencia y trabajo a favor de la mujer extranjera y, en su caso, las autorizaciones de residencia provisionales a favor de sus hijos menores de edad o con discapacidad, o de residencia y trabajo si fueran mayores de 16 años, previstas en el párrafo anterior, que se encuentren en España en el momento de la denuncia. Las autorizaciones provisionales eventualmente concedidas concluirán en el momento en que se concedan o denieguen definitivamente las autorizaciones por circunstancias excepcionales.

que hace referencia al reto de la integración, reconociendo los derechos y libertades de las personas inmigrantes, y el disfrute de los mismos en igualdad de condiciones que cualquier español¹⁴¹. En el ámbito sanitario, esto se traduce en el reconocimiento del derecho a la prestación sanitaria, con el fin de proteger su salud como señala el artículo 43 de la Constitución Española.

Además, atendiendo al artículo 1, apartado 2 y 3, de la Ley General de Sanidad se establece que: “*son titulares del derecho a la protección de la salud y a la*

4. Cuando el procedimiento penal concluyera con una sentencia condenatoria o con una resolución judicial de la que se deduzca que la mujer ha sido víctima de violencia de género, incluido el archivo de la causa por encontrarse el imputado en paradero desconocido o el sobreseimiento provisional por expulsión del denunciado, se notificará a la interesada la concesión de las autorizaciones solicitadas. En el supuesto de que no se hubieran solicitado, se le informará de la posibilidad de concederlas, otorgándole un plazo para su solicitud.

Si del procedimiento penal concluido no pudiera deducirse la situación de violencia de género, se incoará el expediente administrativo sancionador por infracción del artículo 53.1.”

¹⁴⁰ La modificación del art. 51 bis apartado 2 y 3 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que queda redactado del siguiente modo: “2. Los órganos administrativos competentes, cuando estimen que existen motivos razonables para creer que una persona extranjera en situación irregular ha sido víctima de trata de seres humanos, informarán a la persona interesada sobre las previsiones del presente artículo y elevarán a la autoridad competente para su resolución la oportuna propuesta sobre la concesión de un período de restablecimiento y reflexión, de acuerdo con el procedimiento previsto reglamentariamente. Dicho período de restablecimiento y reflexión tendrá una duración de, al menos, treinta días, y deberá ser suficiente para que la víctima pueda decidir si desea cooperar con las autoridades en la investigación del delito y, en su caso, en el procedimiento penal. Tanto durante la fase de identificación de las víctimas, como durante el período de restablecimiento y reflexión, no se incoará un expediente sancionador por infracción del artículo 53.1.a) y se suspenderá el expediente administrativo sancionador que se le hubiere incoado o, en su caso, la ejecución de la expulsión o devolución eventualmente acordadas. Asimismo, durante el período de restablecimiento y reflexión, se le autorizará la estancia temporal y las administraciones competentes velarán por la subsistencia y, de resultar necesario, la seguridad y protección de la víctima y de sus hijos menores de edad o con discapacidad, que se encuentren en España en el momento de la identificación, a quienes se harán extensivas las previsiones del apartado 4 del presente artículo en relación con el retorno asistido o la autorización de residencia, y en su caso trabajo, si fueren mayores de 16 años, por circunstancias excepcionales. Finalizado el período de reflexión las administraciones públicas competentes realizarán una evaluación de la situación personal de la víctima a efectos de determinar una posible ampliación del citado período. Con carácter extraordinario la Administración Pública competente velará por la seguridad y protección de aquellas otras personas, que se encuentren en España, con las que la víctima tenga vínculos familiares o de cualquier otra naturaleza, cuando se acredite que la situación de desprotección en que quedarían frente a los presuntos traficantes constituye un obstáculo insuperable para que la víctima acceda a cooperar. 3. El período de restablecimiento y reflexión podrá denegarse o ser revocado por motivos de orden público o cuando se tenga conocimiento de que la condición de víctima se ha invocado de forma indebida. La denegación o revocación deberán estar motivadas y podrán ser recurridas según lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.”

¹⁴¹ Art. 3 de la LO 4/2000: “Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados Internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles”.

atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, y también “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan”.

Posteriormente, con la normativa específica que regula el fenómeno de la inmigración, se reconoce el disfrute de la protección de la salud de las personas inmigrantes en el apartado 1 del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 que expone al litere: *“Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.* Y, en el apartado 2 del mismo articulado se recoge: *“Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”.* Este último punto supone un avance con respecto al anterior ordenamiento jurídico en materia de extranjería, ya que antes sólo se contemplaba el derecho a la protección de la salud de las personas extranjeras regularizadas, y no así de los irregulares¹⁴²⁻¹⁴³.

Se ha de señalar que el derecho a la protección de la salud es un derecho que va a estar muy influenciado por el desarrollo de normativas, declaraciones, tratados o acuerdos internacionales como reconoce la propia LO 4/2000. Por ello, debemos comenzar haciendo una mención a la Declaración de los Derechos Humanos que recoge en su articulado unos preceptos que regulan este derecho constitucional.

La primera norma que hace referencia a la igualdad en dignidad y derechos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sobre la que se asienta nuestra Carta Magna, apoyando así un acercamiento a la igualdad efectiva de derechos entre

¹⁴² Los extranjeros inmigrantes que se encuentran en una situación irregular son aquellos que todavía no tienen solventada su situación legal de residencia en España pero presentan la documentación que les acredita e identifica dentro de la nación.

¹⁴³ BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. *Cult Cuid.* 2004; 8 (16): 42.

nacionales y extranjeros/as y así en su art.1 se recoge ad littere que: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, (...)”*, y en art. 2: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”*. También queda esta declaración internacional vinculada a la igualdad y al derecho a la salud en su art. 3 que expone ad littere: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*, pero además se recoge el derecho al bienestar y a la salud mediante la prestación de una asistencia médica y el uso de los servicios sociales necesarios para garantizar un nivel de vida adecuado, sin olvidar a los grupos de especial vulnerabilidad mediante el art. 25: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*. Y en el apartado 2 de este mismo articulado se recoge ad littere: *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.

Por ello, se ha de señalar que para garantizar el derecho a la protección de la salud del colectivo de inmigrantes es necesario reconocer unas prestaciones sanitarias que aseguren el bienestar de las personas y, por tanto, de las mujeres.

La Ley Orgánica de Extranjería en su artículo 14 recoge a qué tipo de prestaciones de la Seguridad Social tienen derecho los distintos inmigrantes regulares o irregulares, en función de su residencia y situación administrativa sin distinción de género, estableciendo que:

- “1. Los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros residentes tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a los específicas, en las mismas condiciones que los españoles. En cualquier caso, los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas”.

De todo ello, se deduce que el elemento clave que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras inmigrantes en España se centra en la obtención del empadronamiento en sus localidades de residencia, y vinculado a la tramitación de la tarjeta sanitaria individual (TSI). Dicho documento acredita que se reúnen las condiciones necesarias para acceder al sistema público de salud¹⁴⁴.

Por último, nuestra legislación reconoce el derecho de asistencia sanitaria a colectivos inmigrantes de especial riesgo como los menores y las embarazadas. Así, en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, en el apartado 3 se especifica: “Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

Este artículo supone un avance en el reconocimiento del derecho de asistencia al menor extranjero/a, ya que anteriormente sólo se consideraba garantizado este derecho cuando el menor o la menor inmigrante se encontrase en situación de riesgo o bajo la tutela de la administración pública competente como contemplaba la Ley Orgánica 1/1996 de Protección del Menor. Además, el disfrute de este derecho no queda vinculado a una situación administrativa concreta, con lo que se garantiza la asistencia sanitaria del inmigrante menor regular o irregular.

¹⁴⁴ JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl): 208.

También, es importante reseñar que se recoge explícitamente el derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres embarazadas en el apartado 4 del mismo artículo: *“Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto”*.

En esta situación tampoco se requiere un empadronamiento de la madre o una situación de regularidad administrativa de la misma¹⁴⁵. Además, no sólo se reduce a una atención al embarazo, parto y puerperio, sino también a los casos que concurra cualquier deficiencia de la madre, ya que dicha asistencia se extiende hasta que la madre se recupere del post-parto. Sobre estas circunstancias se ha pronunciado el Tribunal Constitucional¹⁴⁶ manifestando que existe una relación de especial naturaleza entre la madre y el nasciturus, considerando que en base a esta relación se debe proteger la vida de ambos, puesto que la vida constituye el presupuesto ontológico necesario para que la persona pueda disfrutar del resto de sus derechos.

Respecto al análisis de la garantía de la protección de la salud del extranjero/a, debemos señalar que el reconocimiento de los derechos sanitarios de los inmigrantes está fuertemente vinculado al derecho a la vida y a la dignidad humana. Es decir, reconociéndoles el derecho a la protección de la salud para que gocen de buena salud, también se garantiza el derecho a la vida; de tal modo que siendo tratados con unas condiciones sanitarias dignas y no discriminatorias se evita atentar contra la propia dignidad humana.

Además podemos añadir que sin la debida protección de la salud se estaría atentado indirectamente contra el resto de derechos que posee la persona, ya que el disfrute de los mismos depende de que la persona posea una salud óptima que le permita ejercer sus derechos y desarrollarse así libremente en un Estado que garantiza el bienestar como principio cívico.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Op. cit BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. p. 42.

¹⁴⁶ STC 53/1985, de 11 de abril.

¹⁴⁷ ALONSO LIGERO M. El derecho a la protección de la salud. Revista de Seguridad Social. 1980; 8:57.

Pero esta normativa que recoge el derecho a la protección de la salud de la población extranjera ha sufrido una modificación reciente con el Real Decreto- ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. En su disposición final tercera se recoge la modificación del art. 12 de la LO 4/2000 sobre derechos y libertades de los Extranjeros y su integración social. Así queda redactado ad litere: “Art. 12 Derecho a la asistencia sanitaria. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”.

Por ello, y como ya se ha apuntado anteriormente, la reforma en materia sanitaria cambia el concepto de “titulares de derecho a la protección de la salud”, por “condición de asegurado”, art. 3.1 de RD-ley 16/2012 que expone ad litere: “la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostente la condición de asegurado”. Así mismo, también establece cuales son los supuestos en los que concederá esta condición, sin hacer distinción entre nacionales y extranjeros/as (art. 3.2)¹⁴⁸, y recogerá explícitamente como “asegurado” a los extranjeros, que no cumpliendo los anteriores requisitos, posean una autorización para residir en territorio nacional; sustituyendo por tanto, la condición de inscripción en el padrón que existía anteriormente (apartado 3 del mismo artículo)¹⁴⁹.

Esta nuevo mandato en materia sanitaria no modifica la categoría de beneficiarios/as de SNS, tanto para el cónyuge o persona de análoga relación de

¹⁴⁸ Art. 3.2 del Real Decreto- ley 16/2012: “A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título”.

¹⁴⁹ Art. 3.3 del Real Decreto- ley 16/2012: “En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.”

afectividad acreditada, ex cónyuge a cargo y/o descendientes menores de 26 años o discapacitados, pero añade una condición: siempre que el beneficiario/a resida en territorio nacional, tanto para nacionales como extranjeros/as.

En cuanto a la asistencia de extranjeros/as irregulares se mantiene igual que dictaba el art. 12 de la LO 4/2000; tendrán derecho a la asistencia de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación al alta médica, se sigue reconociendo la asistencia en caso de embarazo, parto y puerperio, y a los menores de dieciocho años se les asistirá sanitariamente en igualdad de condiciones que los españoles (art. 3 ter. de RD-ley 16/2012).

1. 7) Análisis Crítico al SNS.

Podemos afirmar en consonancia con Calvo Sanchez¹⁵⁰, que nuestro sistema de salud ha evolucionado de manera más rápida a partir del cambio operado en nuestro modelo de Estado, pero su reacción y su tiempo de respuesta para solventar los problemas de salud que se plantean no ha sido inmediato; se ha visto influenciado por motivos políticos y/o económicos, en la mayoría de los casos, dando lugar a un cambio lento. Pero se ha logrado una mejora del sistema alcanzando conquistas como la universalidad de la asistencia sanitaria, la gratuidad asistencial, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, la integración de las estructuras sanitarias y servicios de salud y el reconocimiento de la docencia e investigación, siendo nuestro SNS uno de los grandes logros de nuestro estado del bienestar y un modelo de referencia mundial.

Pero este modelo sanitario se ha tenido que ir adaptando a la nueva realidad social que se ha visto influenciada por factores demográficos, geográficos, sociales, culturales, tecnológicos, ect., para incorporar en su gestión las medidas necesarias que garanticen el mejor resultado de salud posible para la población (eficacia) al mínimo coste (eficiencia), sin renunciar a la calidad y seguridad para lograr la

¹⁵⁰ CALVO SANCHEZ MD. La sostenibilidad del Sistema nuevo reto de la Administración Sanitaria para el siglo XXI. EN: El nuevo derecho sanitario. Salamanca. Edit. Ratio Legis. 2010. p: 513 y ss.

excelencia sanitaria. E igualmente se ha avanzado en la cobertura asistencial, tanto en el número de personas atendidas como en la cantidad y calidad de las prestaciones sanitarias, pero esta situación no podrá mantenerse por mucho más tiempo debido a la crisis económica que atraviesa España, y que obliga a la Administración sanitaria a operar un cambio que haga sostenible el sistema de salud español ya que, como afirman expertos en la materia, es un instrumento social insustituible en nuestro país porque representa el pilar básico del Estado de Bienestar. Por ello, se hace necesario plantear soluciones que ayuden a la sostenibilidad y cohesión del mismo, sin menoscabo de la calidad, del nivel científico-técnico, de la satisfacción, eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios sanitarios y asistenciales; y donde el buen uso y no abuso de los servicios sanitarios y un mayor grado de corresponsabilidad de los agentes económicos, profesionales y sociales de este ámbito será fundamental para conseguir dichos objetivos. Aspecto que se aborda con el Real Decreto-ley 16/2012, como se apuntado anteriormente, donde se recogen medidas para hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria.

El sector sanitario, además, es un campo altamente tecnológico, en continuo cambio y evolución debido a la renovación constante de conocimientos y a la complejidad de su entorno, haciéndose necesaria la investigación, el desarrollo y la innovación, aportando así elementos, como aseguran los expertos, que ayudan al crecimiento económico, fortalecen y dan sostenibilidad al sistema.

También los entendidos en derecho sanitario defienden entre otras medidas, la reducción de la cartera de servicios ya que el alto coste de la misma hace que el gasto sanitario se encuentren en sus mayores cuotas de deuda, como por ejemplo el gasto farmacéutico.

Tan poco debemos olvidarnos del gasto sanitario ocasionado por el llamado “turismo sanitario”, ni de la problemática que suscita el sostenimiento de las prestaciones sanitarias a la población inmigrante irregular o, como en nuestro caso y gracias a la cercanía con la frontera portuguesa, la atención indiscriminada a esta población con prestaciones gratuitas del SNS, cuando en su país existe el copago por acto sanitario.

Desde la doctrina sanitaria se ofrecen distintos puntos de vista que plantean soluciones como “una financiación compartida” ayudando al Estado con ingresos sociales, “copagos” o deducciones fiscales cuando no se alcance con los impuestos generales; o establecer nuevas estrategias y herramientas que ayuden a obtener mejores resultados con menos recursos, como por ejemplo establecer como pilar fundamental los recursos humanos que son la herramienta esencial para conseguir objetivos operativos, orientada esta mediada a devolver la dignidad del empleado/a pública, su estatus social, su imagen de servidor público cualificado al servicio de la ciudadanía.

Esta última estrategia de valoración del funcionariado público se apoya en las siguientes medidas de acuerdo a la doctrina sanitaria: formación continua “a la carta”, nuevas formas de ordenación del trabajo o evaluaciones del desempeño en base a la excelencia.

La evaluación del desempeño según el Estatuto Básico del Empleado Público¹⁵¹, se basa en valorar la importancia de la medición del trabajo, el cumplimiento de objetivos y la productividad, individual o colectiva, tanto en términos de cantidad como de calidad, no teniendo que estar vinculada a modificaciones en las retribuciones¹⁵², pero siendo más cercana e inmediata que la carrera profesional.

¹⁵¹ Art. 20 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto del Empleado Público: “*La evaluación del desempeño. 1. Las Administraciones Públicas establecerán sistemas que permitan la evaluación del desempeño de sus empleados. La evaluación del desempeño es el procedimiento mediante el cual se mide y valora la conducta profesional y el rendimiento o el logro de resultados. 2. Los sistemas de evaluación del desempeño se adecuarán, en todo caso, a criterios de transparencia, objetividad, imparcialidad y no discriminación y se aplicarán sin menoscabo de los derechos de los empleados públicos. 3. Las Administraciones Públicas determinarán los efectos de la evaluación en la carrera profesional horizontal, la formación, la provisión de puestos de trabajo y en la percepción de las retribuciones complementarias previstas en el artículo 24 del presente Estatuto. 4. La continuidad en un puesto de trabajo obtenido por concurso quedará vinculada a la evaluación del desempeño de acuerdo con los sistemas de evaluación que cada Administración Pública determine, dándose audiencia al interesado, y por la correspondiente resolución motivada. 5. La aplicación de la carrera profesional horizontal, de las retribuciones complementarias derivadas del apartado c del artículo 24 del presente Estatuto y el cese del puesto de trabajo obtenido por el procedimiento de concurso requerirán la aprobación previa, en cada caso, de sistemas objetivos que permitan evaluar el desempeño de acuerdo con lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo*”.

¹⁵² Art. 24 de la Ley 7/2007: “*Retribuciones complementarias. La cuantía y estructura de las retribuciones complementarias de los funcionarios se establecerán por las correspondientes Leyes de cada Administración Pública atendiendo, entre otros, a los siguientes factores: a) La progresión alcanzada por el funcionario dentro del sistema de carrera administrativa. b) La especial dificultad técnica, responsabilidad, dedicación, incompatibilidad exigible para el desempeño de determinados puestos de*

Con esta evaluación se consigue descubrir aspectos que pasaban inadvertidos, se corrigen deficiencias y se valora el esfuerzo realizado por el profesional obteniendo a cambio compensaciones por ello, como vacaciones, horario flexible, ect., y dando lugar una motivación para continuar con el buen desempeño de sus funciones.

La segunda medida de nuevas formas de ordenación del trabajo hace referencia a los sistemas flexibles de ordenación de recursos humanos en función de las cargas reales de trabajo, bajo criterios objetivos.

Y la última medida de formación continua persigue una mejora asistencial mediante el desarrollo y actualización de competencias, teniendo en cuenta que es un deber del profesional y una obligación de la institución¹⁵³, ya que la gestión del conocimiento constituye una herramienta de gran importancia como factor de producción, orientado al desarrollo personal y de la organización generando así una capacidad competitiva individual e institucional en el ámbito sanitario.

E igualmente, los expertos defienden que la sostenibilidad del sistema pasa inevitablemente por una administración más austera y simple, cercana al ciudadano, propiciando la celeridad y la confianza en las instituciones y priorizando lo realmente necesario¹⁵⁴. Para todo ello, será necesario estudiar los datos de coste-efectividad, el gasto y donde se genera para proponer medidas de control y contención del mismo, teniendo en cuenta la opinión no sólo de la Administración Pública sino también del resto de agentes sanitarios: pacientes y profesionales.

También hay otro punto importante en cuanto a la descentralización de la gestión. En teoría, las normas legislativas presentan un planteamiento del SNS

trabajo o las condiciones en que se desarrolla el trabajo. c) El grado de interés, iniciativa o esfuerzo con que el funcionario desempeña su trabajo y el rendimiento o resultados obtenidos. d) Los servicios extraordinarios prestados fuera de la jornada normal de trabajo”.

¹⁵³ Art. 12 apartado f de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Organización de las Profesiones Sanitarias: “La actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios, como un derecho y un deber de éstos. Para ello, las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.”

¹⁵⁴ *Ibíd*em, p: 513 y ss.

compuesto por los 17 Servicios Regionales de Salud, que intenta acercar la gestión a las necesidades de cada persona, de cada población, de cada región, etc., bajo unas normas básicas dictadas por el Estado. Pero este diseño en la praxis no es tan equitativo como debería, ya que permite que cada Comunidad Autónoma afronte de manera diversa los problemas, estableciendo prioridades diferentes en la resolución de los mismos, ajustándose a una ley de mínimos que les permite una libre actuación en la mayoría de los casos, provocando mayores desigualdades territoriales en materia sanitaria. Estas puntualizaciones reflejan la dificultad que entraña construir un modelo sanitario cohesionado, coherente, armónico y solidario. Por ejemplo, se han incrementado las diferencias en el contenido de las prestaciones que se ofrecen desde las distintas CCAA, como son las prestaciones de salud bucodental, entre otras.

Así mismo, se observan diferenciaciones importantes en cuanto a las políticas de gestión de los recursos humanos fundamentalmente, favoreciendo un desarrollo y valoración distinta de los profesionales sanitarios en función de los recursos económicos disponibles de cada Servicio de Salud. De tal manera, que no se clasifican las carreras profesionales de igual manera, ya que cada CCAA establece unos requisitos para cada nivel de promoción de acuerdo al Estatuto Básico del Empleado Público¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Art. 16 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto del Empleado Público: “Concepto, principios y modalidades de la carrera profesional de los funcionarios de carrera. 1. Los funcionarios de carrera tendrán derecho a la promoción profesional. 2. La carrera profesional es el conjunto ordenado de oportunidades de ascenso y expectativas de progreso profesional conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad. A tal objeto las Administraciones Públicas promoverán la actualización y perfeccionamiento de la cualificación profesional de sus funcionarios de carrera. 3. Las Leyes de Función Pública que se dicten en desarrollo de este Estatuto regularán la carrera profesional aplicable en cada ámbito que podrán consistir, entre otras, en la aplicación aislada o simultánea de alguna o algunas de las siguientes modalidades: a) Carrera horizontal, que consiste en la progresión de grado, categoría, escalón u otros conceptos análogos, sin necesidad de cambiar de puesto de trabajo y de conformidad con lo establecido en la letra b del artículo 17 y en el apartado 3 del artículo 20 de este Estatuto. b) Carrera vertical, que consiste en el ascenso en la estructura de puestos de trabajo por los procedimientos de provisión establecidos en el Capítulo III del Título V de este Estatuto. c) Promoción interna vertical, que consiste en el ascenso desde un cuerpo o escala de un Subgrupo, o Grupo de clasificación profesional en el supuesto de que éste no tenga Subgrupo, a otro superior, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18. d) Promoción interna horizontal, que consiste en el acceso a cuerpos o escalas del mismo Subgrupo profesional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 18. 4. Los funcionarios de carrera podrán progresar simultáneamente en las modalidades de carrera horizontal y vertical cuando la Administración correspondiente las haya implantado en un mismo ámbito”.

Para paliar o evitar estas situaciones de desigualdad es necesario abordar el problema desde tres ópticas distintas: debemos contar con un marco normativo, en el que el Estado sea capaz de garantizar una regulación homogénea de las prestaciones sanitarias, se debe afrontar la financiación de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de la equidad buscando fórmulas que apoyen este modelo de gestión, y por último, será necesario contar con instrumentos eficaces para lograr un buen funcionamiento del sistema¹⁵⁶.

Todas estas demandas han sido atendidas en la nueva reforma sanitaria con el Real Decreto-ley 16/2012, a través de medidas estructurales, administrativas, financieras y presupuestarias, que deben ponerse en marcha y valorarse en el tiempo para determinar si cumplen las expectativas y son eficaces para el motivo que las origina.

Algunos expertos en la materia apuntan que el futuro del sistema sanitario pasa por una redefinición de la prestación sanitaria, potenciando el autocuidado, el cuidado informal y el cuidado familiar a la par que se instauran nuevas estrategias como las citadas anteriormente¹⁵⁷.

Además, la tentación de proponer medidas es inevitable, fruto de que el sistema puede ser mejorable. Y a tenor de lo expuesto anteriormente, se podría proponer valorar la demanda de atención sanitaria individual, sobre todo aquella que se solicita de forma urgente, como posteriormente se analizará, por ser la que mayores recursos consume de manera continua, para analizar si realmente estos servicios están siendo bien utilizados por los usuarios/as (tanto nacionales como extranjeros), o por el contrario son susceptibles de mejora incorporando mecanismos que obliguen a un uso responsable y razonable de los mismos.

¹⁵⁶ Estas tres cuestiones han sido ampliamente recogidas y expuestas en los apuntes del Dr. PEMÁN GAVÍN. Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones a propósito del cierre de las transferencias sanitarias y aplicación del nuevo sistema de financiación de la sanidad. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Granada: Comares. 2005. p: 166-175.

¹⁵⁷ CALVO SANCHEZ MD, RIVERO ORTEGA R. Sanidad. En: SAEZ HIDALGO I. Derecho público de Castilla y León. Valladolid: Lex Nova. 2007. p: 911.

Por ejemplo, una de las medidas que se podrían adoptar es el “sistema bonus” de la atención sanitaria de urgencia que requeriría de un control y seguimiento de la atención prestada por parte de personal cualificado, valorando diferentes aspectos dentro de la prestación mediante indicadores prefijados, para determinar la adecuación del servicio utilizado. En el caso de una mala utilización, por ejemplo de los servicios de urgencias hospitalarias, no habría reembolso del pago anticipado como penalización por el mal uso de los servicios y si un” bonus” para quién lo utiliza adecuadamente.

Este razonamiento no colisiona con el concepto de solidaridad de nuestro modelo de salud. Se debe seguir respetado esta doble vertiente de solidaridad del sistema: paga más el que más tiene a través de los impuestos, independientemente de su estado de salud, y cada sujeto debe comprometerse a utilizar de forma razonable y responsable los servicios sanitarios, evitando la sobrecarga o el fraude para que todas las personas puedan acceder de manera equitativa a la atención sanitaria que precisen, y todo ello abocado al ámbito de la inmigración.

CAPITULO SEGUNDO:
SALUD, MUJER, GÉNERO EN
INMIGRACIÓN

Actualmente el término de salud es un concepto amplio y dinámico porque tiene en cuenta muchas variables que determinan el grado de salud o enfermedad de una persona o de una población.

Existen autores que defiende que la salud no es una realidad objetiva que se pueda medir, sino que es un constructo mental que dependerá del marco cultural y del grado de desarrollo de la ciencia. Esta representación mental de la salud nos indicará la forma de vida cada persona y el proceso de adaptación a los cambios que sufrirá durante todo su ciclo vital en las diferentes áreas (biológica, psicológica y social) con el fin de conseguir el bienestar¹⁵⁸.

No existe una única definición correcta de salud sino que se manejan diversos significados en función de la utilidad de su aplicación. Así, por ejemplo, en el campo de la gestión interesará conceptualizar la salud en términos que nos permitan introducir indicadores para medir resultados y, en cambio, en otros ámbitos, como el asistencial, será necesario resaltar los distintos grados de salud y enfermedad con el fin de establecer planes de actuación¹⁵⁹.

Además, la salud no podemos considerarla como un valor absoluto ya que está condicionada por el efecto que los distintos factores o determinantes de salud tienen sobre la persona. Estos condicionantes ocasionan unos cambios en las diversas esferas del sujeto que requieren de un proceso de adaptación para mantener un equilibrio y un nivel de salud aceptable a pesar de convivir con ciertas limitaciones.

Las condiciones de vida de los grupos sociales, el entorno, los avances científicos, la evolución cultural, etc. han posibilitado que el concepto de salud no se centre exclusivamente en el aspecto curativo, sino que vaya más allá. Pero además, el

¹⁵⁸ VERA CORTÉS ML. Evolución de la concepción de salud. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 47.

¹⁵⁹ PÉREZ ANDRÉS C. Mujer, derechos humanos y salud. Rev. Esp. Salud Pública. 1998; 72 (2): 87.

objetivo que se persigue socialmente no es exclusivamente recuperar la salud perdida, sino mantenerla mediante la promoción, fomento y prevención. Y, en el caso de enfermar, la sociedad demandara las actuaciones sanitarias necesarias para recuperar la salud y la capacidad de funcionamiento del organismo con el fin de conseguir una autonomía e independencia para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Por tanto, la actitud de la población respecto a su salud también ha ido cambiando en la medida que se operan cambios sociales y se detectan nuevas necesidades sanitarias.

Otro punto importante a valorar en esta conceptualización es la idiosincrasia y la susceptibilidad de cada individuo en su proceso de enfermar o en el mantenimiento de su salud, ya que estará influenciado por su naturaleza humana. Así, debemos diferenciar la salud del varón de la salud de la mujer porque, aunque ambos tienen la misma naturaleza humana, presentan peculiaridades específicas en función de su sexo genético y del género que determinaran situaciones de salud distintas, como veremos más adelante.

Todos estos condicionantes tendrán una repercusión en la salud de las personas, que será necesario conocer y analizar para evitar situaciones de desigualdad mediante el uso de indicadores sanitarios. Estos proporcionaran una descripción detallada de la situación real de salud de la población, no sólo basada en aspectos biológicos o genéticos sino también en aspectos de mayor trascendencia y calado tanto a nivel social como político.

El estudio en profundidad de la información recogida por estos indicadores sanitarios pondrá de manifiesto la existencia de una situación desigual de las personas frente a su salud, como se detallara posteriormente.

Esta problemática ha sido analizada y tratada por diferentes organismos a nivel mundial con el fin de proponer estrategias encaminadas a alcanzar la justicia, equidad e igualdad en salud evitando cualquier signo de discriminación bien por sexo, género, raza o condición. De ahí la importancia de estudiar como afectan estos determinantes de salud a los diferentes colectivos, como en nuestro caso, el grupo de mujeres foráneas.

La inmigración, es un factor emergente, que ha adquirido cierta relevancia en el mundo sanitario, debido a la masiva movilización de ciudadanos/as de unos países a otros en busca de mejores oportunidades, provocando la aparición de nuevas enfermedades, antes erradicadas en los países de acogida, y nuevos problemas de salud derivados del propio proceso migratorio, de su situación de adaptación al nuevo entorno y del contexto socioeconómico en el que se desenvuelven. Pero todas estas circunstancias o particularidades que sufre la población inmigrante, se ven agravadas cuando además son mujeres, como posteriormente se analizará, debido a factores religiosos, costumbristas, educaciones y sociales de su cultura de procedencia, en la mayoría de los casos motivados por el género y por el papel o función reproductiva, produciéndose unas desigualdades en salud no sólo por el hecho de ser mujeres sin también por su condición de extranjeras.

2.1) Marco Conceptual de Salud

No existe un único concepto válido y universal de salud como ya se ha anunciado, ni una definición que recoja la esencia de la misma y que delimite su principio y fin. De ahí la dificultad de conceptualizar este término, ya que cada autor/a valorará y resaltará un aspecto distinto a tener en cuenta cuando haga referencia al cuidado y a las consecuencias que su pérdida va a tener sobre las personas¹⁶⁰.

Etimológicamente el término salud tiene su origen en una palabra latina “salus-utis” que significa buen estado físico. El origen de este concepto se basa en un supuesto de negación, es decir, mediante el significado de ausencia o pérdida¹⁶¹.

Desde una perspectiva histórica, como se recoge a continuación, se ha limitado la salud a una situación de no enfermar. El desarrollo y la preocupación por la salud no

¹⁶⁰ Op. Cit. VERA CORTÉS ML. “Evolución de la concepción de salud”. p: 48.

¹⁶¹ ROCA ROMUALDE R. Concepto de salud. En: GIRBAU GARCÍA MR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson. 2003. p: 10.

han sido iguales al de la enfermedad ni en su conceptualización, ni en su investigación y estudio, ni en su diagnóstico, ni por supuesto en su cuidado¹⁶².

A lo largo de la historia la percepción de salud se ha visto influenciada por las corrientes interpretativas de cada momento. Así, en las culturas primitivas tomaba una representación mágico-religiosa. La enfermedad estaba ligada a un castigo divino y la recuperación de la salud se debía a la intercesión de las divinidades y a la utilización de habilidades mágicas.

Posteriormente, con la cultura griega florece un pensamiento filosófico basado en la razón, en la observación y en la experimentación. Este nuevo marco ideológico busca dar respuesta a los interrogantes y problemas del momento, creando una idea más razonable del concepto salud apoyado por Hipócrates. Este médico griego¹⁶³ es considerado el padre de la medicina porque consigue desligar la ciencia de la religión y establece los principios básicos naturales de todas las enfermedades, la etiología de las mismas, la teoría de los humores y la importancia del diagnóstico y pronóstico. Considera la salud en términos negativos porque identifica la pérdida de salud con el inicio de la enfermedad y como un valor perdido que el arte del curar médico debe restaurar. Este razonamiento filosófico también es compartido por Galeno¹⁶⁴ que establece la importancia de los estudios anatómicos y fisiológicos para la medicina, basando su obra en la interacción del psiquis con el organismo¹⁶⁵.

¹⁶² Op. cit VERA CORTÉS ML. “Evolución de la concepción de salud”. p: 46.

¹⁶³ Hipócrates de Cos (460 -370 a.C.) fue un médico de la Antigua Grecia considerado una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina por sus contribuciones a la ciencia médica. Entre las aportaciones que realiza destacan la consideración del cuerpo como un todo y la importancia de la observación minuciosa de los síntomas. En el ámbito de la ética se le atribuye el juramento hipocrático que es una declaración deontológica, donde se une la experiencia médica, la razón y la ética convirtiendo este conocimiento en una auténtica profesión.
<http://www.es.wikipedia.org>.

¹⁶⁴ Galeno de Pérgamo (130-200 d.C) fue un médico y filósofo griego, muy influenciado por la doctrina hipocrática, que sostuvo la tesis que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema. Fue pionero en la observación científica de los fenómenos fisiológicos, y practicó numerosas disecciones que le permitieron identificar siete pares de nervios craneales, describir las válvulas del corazón, e incluso establecer las diferencias estructurales entre venas y arterias.
<http://www.es.wikipedia.org>.

¹⁶⁵ Op. cit. ROCA ROMUALDE R. “Concepto de salud”. p: 10-11.

Como se observa hasta este momento, la salud se expresa en términos negativos como ausencia de enfermedad o de invalidez, no permitiendo delimitar entre “lo normal y lo patológico”. Esta definición negativa se conoce como “concepto clásico de salud” y se mantiene hasta el siglo XX, momento en el que se suceden distintos cambios sociales que transforman la percepción de la salud tanto a nivel individual como colectivo.

Es la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁶⁶ en 1948, la que aborda la primera reforma conceptual importante de este término. En su Constitución Oficial, este organismo define la salud como “el estado de completo bienestar¹⁶⁷ físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y “la posesión del mejor estado de salud que es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para la paz mundial y la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos”¹⁶⁸. Esta definición describe una salud en términos positivos, holísticos¹⁶⁹ e innovadores que supuso un punto de inflexión y un avance conceptual por varias razones:

- Surge en un momento histórico adverso, después de la Segunda Guerra Mundial. En esta época es importante hablar en términos positivos para que ayuden a la recuperación individual y social, y a paliar las secuelas de la destrucción, el dolor y la muerte que ha dejado el conflicto bélico. Por ello,

¹⁶⁶ La OMS es una institución internacional creada en 1946, en Nueva York, con el fin de coordinar y aunar los esfuerzos de las distintas naciones en materia sanitaria como recoge su Carta Fundacional (1948), y que dependen directamente de la ONU (Organización de Naciones Unidas).

La creación de la OMS surge a finales de la II Guerra Mundial cuando diferentes gobiernos solicitan a la Comunidad Internacional la búsqueda de soluciones para paliar las terribles consecuencias que el conflicto bélico tiene sobre las personas, y poder establecer políticas y estrategias que eviten mayores problemas.

VERA CORTÉS ML. Concepto de salud actual. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 63.

¹⁶⁷ El término bienestar es formulado por la OMS como “una situación de plenitud y tranquilidad de la persona consigo misma y con su entorno o como aquella situación caracterizada por experiencias de contento, placer y diversos tipos de felicidad, por experiencias espirituales, por un avance en la satisfacción del autoideal y por la personalización continuada”.

Ibídem, p: 66.

¹⁶⁸ Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra: OMS. 1948.

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

¹⁶⁹ El término holístico hace referencia a la concepción del hombre como un todo funcional. Definición recogida en el Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland. Madrid. Ed. McGraw Hill-Interamericana. 2003.

esta institución se marca como objetivo conseguir el mejor estado de salud posible para todos y todas.

- No limita la salud exclusivamente al ámbito corpóreo. Introduce un aspecto psíquico que hace referencia a la persona, y un componente social que hace que la salud deje de ser un asunto de interés privado y pase a ser de interés público y social.
- Establece un marco teórico, que a pesar de ser considerado como el enunciado de una declaración de principios y objetivos, que ayudará en el desarrollo de otras teorías conceptuales posteriores basadas en él.¹⁷⁰
- Incorpora una visión individual pero subjetiva mediante la sensación de “completo bienestar” que dificulta la conceptualización del término. Por ello, se establecieron tres niveles distintos que intervienen en la salud de la persona: el nivel somático que mide la integridad anatómica y el funcionamiento orgánico, el nivel psicológico que relaciona los procesos psíquicos con el nivel somático, y, por último, el nivel sociocultural que determina una salud diferente en función de las diversas sociedades y culturas.
- Recibe múltiples críticas porque describe un estado de salud inalcanzable e irreal, que más allá de frenar la evolución conceptual, permite seguir avanzando gracias a las numerosas aportaciones de autores posteriores que proponen una teoría que asienta su marco conceptual en los distintos grados de bienestar individual y no en un completo estado de bienestar¹⁷¹.

A partir de esta primera conceptualización positiva concebida por la OMS surgieron otras definiciones que modificaban, ampliaban o criticaban la misma.

El primer autor que analizó esta definición e incorporó los primeros matices fue Milton Terris. Diferenció dos aspectos importantes en el concepto de salud: uno

¹⁷⁰ Esta definición es considerada una declaración de principios porque es una conceptualización utópica por la época tan devastadora en la que surge, y subjetiva porque no tiene en cuenta la capacidad de funcionamiento del individuo que se va a ver afectada por la enfermedad impidiendo el buen funcionamiento.

¹⁷¹ Op. cit. ROCA ROMUALDE R. “Concepto de salud”. p: 11-12.

subjetivo que se refería al bienestar o los diferentes grados de sentirse bien, y otro objetivo que implicaba la capacidad de funcionamiento, eliminando el término “completo” de la definición de la OMS. Así, define la salud como: "Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionar y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁷².

Posteriormente, se suceden otras definiciones de salud basadas en el mismo enfoque positivista intentando integrar las complejas interacciones de los factores biológicos, psicológicos y sociales, dando lugar a diferentes modelos de pensamiento como el modelo ecológico. Este ideario intenta explicar el concepto “salud” desde un proceso adaptativo de la persona a su complejo medio físico y social. Entre los representantes de esta corriente se encuentran René Dubos que entiende la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio"¹⁷³. Y también Hernán de San Martín que define la salud como "una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cuál todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido"¹⁷⁴. Con esta conceptualización San Martín pretende señalar que la salud es un fenómeno psico-biológico, social, dinámico, relativo y variable que debe buscar un equilibrio adaptándose orgánicamente al medio social¹⁷⁵.

Estas definiciones basadas en la adaptación del organismo humano a las variaciones u oscilaciones del entorno o ecosistemas donde se desenvuelve la persona, dan lugar a la concepción ecológica de salud. Y estas consideraciones ecológicas se deben entender dentro del proceso vital del sujeto que se ve sometido a sucesivos cambios en las diferentes etapas de su vida.

¹⁷² SALLERAS SANMARTÍ L. La salud y sus determinantes. En: SALLERAS SANMARTÍ L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos. 1986: 14-15

¹⁷³ PACHECO BORRELLA G. Aspectos que configuran la salud mental. Medware. [online]. 2003. 3 (8): 3.

¹⁷⁴ *Ibidem*, p: 5.

¹⁷⁵ *Op. cit.* ROCA ROMUALDE R. “Concepto de salud”. p: 12-13.

Dentro de este contexto, Ivan Illich propone un concepto de salud como filosofía de vida, en la que la persona acepta sus limitaciones y les da respuesta, definiéndola como “la capacidad de adaptación del entorno cambiante, la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz”¹⁷⁶.

El estudio de la salud basado en un proceso adaptativo del organismo humano da lugar a un concepto dinámico y variable de la salud. Así, como recoge Luís Salleras: “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”¹⁷⁷.

Esta interpretación de la salud intenta dar una definición integral de la persona, encuadrándola en un continuo salud-enfermedad, que va desde la muerte hasta el estado óptimo. Existirán diferentes grados entre la salud positiva y la pérdida de salud (valores extremos de la conceptualización de Salleras), y entre ambos polos habrá una zona neutra que es el reflejo de que la separación entre el binomio salud-enfermedad no es absoluto, permitiendo así la valoración subjetiva de la persona sobre su estado de bienestar. Por ello, en esta representación el límite de lo normal o patológico se establecerá en función de la adaptación del sujeto a los factores sociales y ambientales que le afecten en su manera de vivir o de enfermar. De tal manera, que puede haber salud con ciertas enfermedades o afecciones¹⁷⁸.

En todas estas teorías descritas observamos que se considera la salud desde una perspectiva relativa, es decir, no se piensa en términos absolutos. Pero existen autores que defienden un concepto de salud basado no sólo en criterios subjetivos, sensación subjetiva de bienestar por adaptación al medio, sino también en razonamientos objetivos como Laín Entralgo. Este autor defiende cinco criterios objetivos que complementen al subjetivo para determinar si la persona tiene salud, y son:

¹⁷⁶ *Ibidem*, p: 13.

¹⁷⁷ Op. cit. SALLERAS SANMARTÍ L. “La salud y sus determinantes”. p: 17

¹⁷⁸ Se puede tener salud aunque se den enfermedades en la fase precoz (no se presentan síntomas ni se limita la capacidad de funcionamiento) o se padezcan patologías crónicas, ya que dependerá del grado de adaptación del individuo para lograr el bienestar, aunque se requiera de cierto grado de cuidados para alcanzar este objetivo.

Op. cit. SALLERAS SANMARTÍ L. “La salud y sus determinantes”. p: 16-17

- Criterio morfológico que indica la estabilidad de la estructura anatómica y sus alteraciones morbosas.
- Criterio etiológico que define el agente causal para determinar la existencia o no de taras genéticas o de agente patógeno.
- Criterio funcional que valora la funcionalidad orgánica mediante la normalidad en las constantes vitales y en las actividades orgánicas.
- Criterio utilitario que determina el cumplimiento satisfactorio o no de las actividades sociales.
- Criterio conductual que tiene en cuenta la conducta y los comportamientos de las personas en relación con su integración social.

A través del pensamiento de Entralgo se da un paso adelante en la conceptualización de la salud añadiendo más complejidad al mismo. Se otorga cierto grado de objetividad sin olvidar la interpretación individual de bienestar de cada persona¹⁷⁹.

Otro punto importante a tener cuenta en toda definición de salud es la dimensión colectiva. El organismo humano, como se ha descrito anteriormente, debe adaptarse a las condiciones del medio, del entorno, de la estructura social y cultural en que se encuentra; pero este ajuste no debe realizarse de forma individual porque la persona se desenvuelve en comunidad y su proceso de salud trasciende a la colectividad¹⁸⁰. Además, la adaptación implica cambios en los modelos de producción colectivos y éstos están sujetos a la evolución cultural. Por tanto, la conceptualización de la salud también se va a ver afectada por el nivel de conocimientos y desarrollo científicos existentes en cada momento¹⁸¹.

Aunque se ha expuesto la dificultad de definir la salud de manera universal, por los distintos matices e interpretaciones que existen, ésta debe seguir considerándose como una meta a alcanzar, el final de un recorrido. Para ello, es importante unificar los

¹⁷⁹ Op. cit. ROCA ROMUALDE R. “Concepto de salud”. p: 13.

¹⁸⁰ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Concepto de salud actual”. p: 71.

¹⁸¹ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Evolución de la concepción de salud”. p: 47.

criterios que nos permitan cuantificar y medir el nivel de bienestar individual y colectivo, como posteriormente se estudiara, con el fin de proponer medidas que mejoren o aumenten el nivel de salud de la población y, con ello, el nivel de bienestar y la calidad de vida, teniendo en cuenta que todos los factores influyen en el proceso y en los colectivos más desprotegidos o más influenciados por las circunstancias, como es el caso concreto de la población inmigrante que más adelante se analizará en profundidad.

2.2) Determinantes del Nivel de Salud

Todas estas definiciones que se han recogido en el apartado anterior, proponen como elemento clave de la salud el proceso de adaptación de la persona a los condicionantes que le rodean (factores naturales y sociales, económicos y culturales) que influyen en el estado de salud o enfermedad del mismo.

Estos factores o determinantes no se podrán considerar de manera aislada sino en constante interacción, condicionando el nivel de bienestar o los problemas de salud y/o enfermedad de las personas en los diferentes momentos de su proceso vital.

Se han desarrollado distintas teorías que tratan de explicar las causas que llevan a la pérdida de salud. Pero la más aceptada es la teoría de la multicausalidad de Marc Lalonde expuesta en 1974 en su informe titulado: “A New Perspective on the Health of Canadians” (Nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses), o también conocido como el “Informe Lalonde”. En él se establece una clasificación de los determinantes de salud que es reconocida unánimemente por la comunidad internacional¹⁸². Tras este informe del ministro de salud canadiense, se construye un modelo que sigue vigente y sobre el que se basan otros estudios más recientes.

Lalonde elabora un marco conceptual mediante el cuál se puedan identificar y analizar los problemas de salud o enfermedad, con el objetivo de valorar y determinar las necesidades que puedan presentar la persona y/o la comunidad.

¹⁸² Op. cit. SALLERAS SANMARTÍN. “La salud y sus determinantes”. p:18, 23

Dentro de esta teoría de multicausalidad se fijan cuatro condicionantes generales que se podrán desglosar en distintos factores, como se muestra más adelante, para reflejar que el estado de salud estará asociado a la influencia e interacción de estas cuatro variables que son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema sanitario¹⁸³.

Este mismo autor también determina un peso específico (cuantificable mediante porcentajes) dentro de cada uno de los determinantes para representar la influencia que tienen en el estado de bienestar de las personas. Así, el nivel de salud estará determinado por: factores asociados a los comportamientos o actitudes que se adopten dentro del estilo de vida en un 43%, factores externos al sujeto de origen natural o de naturaleza biológica, física, química y social en un 19%, factores propios de la naturaleza biológica humana en un 27% y por último los factores asociados al sistema sanitario en un 11%¹⁸⁴⁻¹⁸⁵.

En función de la valoración y el peso relativo que se asigna a cada determinante, se observa que el estilo de vida es el condicionante que más influye negativamente en la salud de las personas en comparación con el resto. Este dato es importante y tomará relevancia cuando la Salud Pública y Comunitaria pretenda adoptar medidas que prevengan la aparición de enfermedades asociadas a los factores de riesgo antes descritos, mediante la implantación de políticas sanitarias que reduzcan la morbi-mortalidad. Y además, será más fácil y menos costoso para el modelo sanitario influir en los comportamientos y conductas nocivas de las personas, que actuar sobre aspectos de la naturaleza humana como la genética o el envejecimiento¹⁸⁶.

¹⁸³ VERA CORTÉS ML. Determinantes del nivel de salud. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 85.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p: 86-87.

¹⁸⁵ SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p: 223.

¹⁸⁶ El determinante de los estilos de vida es el factor más fácil de modificar a través de la prevención primaria y secundaria mediante de programas de educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades, con el fin de conseguir que el individuo y la comunidad adopten hábitos saludables como normas de vida.

Este último determinante de salud, los estilos de vida, también van a tener una repercusión importante en nuestro trabajo de investigación, ya que sobre ellos se basan muchos de los factores que facilitan o propician la aparición de determinados problemas de salud, como posteriormente se analizará, y que están muy vinculados aspectos socioeconómicos, ecuaciones, culturales y costumbristas .

En el siguiente cuadro se muestra de manera esquemática, los cuatro determinantes de salud y la clasificación de los factores asociados a cada uno de ellos, siguiendo el marco conceptual de los distintos autores consultados:

DETERMINANTES DE SALUD	
<p style="text-align: center;">BIOLOGÍA HUMANA</p> <p style="text-align: center;">Genética. Constitución biológica. Maduración y desarrollo. Características de órganos y sistemas corporales. Envejecimiento. Sexo y edad. Variabilidad biológica. Resistencia y vulnerabilidad.</p>	<p style="text-align: center;">SISTEMA SANITARIO</p> <p style="text-align: center;">Calidad asistencial Cobertura universal y equidad para la atención. Gratuidad de la asistencia. Oferta de servicios. Estructura, organización y accesibilidad de los servicios. Disponibilidad de recursos. Nivel de participación ciudadana en la gestión de la salud.</p>
<p style="text-align: center;">MEDIO AMBIENTE</p> <p style="text-align: center;">Economía. Cultura. Educación Demografía.</p>	<p style="text-align: center;">ESTILO DE VIDA</p> <p style="text-align: center;">Cultura y costumbres. Valores y creencias. Individualidad. Capacidad de decisión.</p>

<p>Urbanismo.</p> <p>Trabajo.</p> <p>Alimentación.</p> <p>Contaminación del medio ambiente.</p> <p>Contaminación del agua, del aire, del suelo, del ambiente psicosocial por factores de naturaleza:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Biológicos (bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen).</i>• <i>Físicos (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos o líquidos, etc.).</i>• <i>Químicos (hidrocarburos, mercurio, plomo, plaguicidas, etc.).</i>• <i>Psicosocial y sociocultural (dependencias, violaciones, estrés, etc.).</i>	<p>Presión social.</p> <p>Nivel de rentas.</p> <p>Modas.</p> <p>Mala utilización de servicios de asistencia.</p> <p>Incumplimiento recomendaciones terapéuticas.</p> <p>Conducta insana:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol) y no institucionalizadas.</i>• <i>Falta de ejercicio.</i>• <i>Consumo excesivo de grasas insaturadas de origen animal y de hidrocarburos.</i>• <i>Promiscuidad sexual.</i>• <i>Violencias.</i>• <i>Conducción peligro</i>• <i>Hábitos reproductivos insanos.</i>
--	--

Cuadro 2: Determinantes de Salud¹⁸⁷⁻¹⁸⁸.
(Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P. y Vera Cortés ML)

2.2.1) *Biología Humana*

Este determinante de salud hace referencia a los condicionantes genéticos y hereditarios de la persona, al desarrollo anatómico y fisiológico que acontece a lo largo de las distintas etapas de la vida y al proceso de envejecimiento que sufre. Por tanto, las rasgos biológicos (sexo, raza, edad...) y las características morfológicas (peso, masa corporal, estructura ósea...) son condicionantes básicos del estado de salud o del proceso de enfermar de cada individuo, desde su gestación hasta su muerte.

¹⁸⁷ Op. cit. SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. “Educación sanitaria: concepto...”. p: 222.

¹⁸⁸ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 86.

Estos condicionantes se pueden convertir en factores de riesgo¹⁸⁹ aumentando la probabilidad de padecer ciertas enfermedades, bien por exceso o por defecto en algunas de estas características. Por ejemplo, el aumento de peso y de masa corporal ocasiona uno de los principales padecimientos de los países desarrollados, la obesidad. Este factor de riesgo derivaba en una situación de morbilidad porque condicionara la aparición y desarrollo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, etc. En los países subdesarrollados la situación es opuesta a la anterior, mueren millones de personas por inanición o desnutrición, ocasionando una morbilidad por ausencia o deficiencia del factor.

Además, se ha de tener en cuenta que las diferencias morfológicas de peso, altura y masa corporal derivadas de la raza o provocadas por la variabilidad biológica de la casta y la adaptación al medio geográfico donde viven estas personas, se determinarán patrones de morbilidad distintos en las personas, y cuyo estudio sería necesario para determinar el estado de salud de la población de nuestro estudio y las posibles necesidades de salud en base a este condicionante, con el fin de proponer las medidas o actuaciones sanitarias necesarias para paliar el efecto de este determinante en la salud de la mujer foránea.

Otros factores biológicos como la edad y el sexo también van a influir en el modo de enfermar de la población. Hay estudios que demuestran que existe una relación directamente proporcional de estos dos factores con la morbilidad. Este hecho no estará sólo vinculado al envejecimiento o a la aparición de patologías que afecten a los órganos sexuales diferenciados. Existen actividades sociales específicas que, en función de la edad y el sexo, dan lugar a una incidencia de morbilidad distinta¹⁹⁰. Un ejemplo de ello son todas las enfermedades invalidantes que se padecen por causa de comportamientos o conductas peligrosas como la conducción temeraria que conlleva un aumento de accidentes de tráfico

¹⁸⁹ Se puede definir como factor de riesgo “cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad”. Por ello se asocia el factor de riesgo a la etiología de una enfermedad, considerándole de manera práctica una causa de patología.

MARTINEZ HERNANDEZ J. Epidemiología básica. Conceptos. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Factores de riesgos. Criterios de Hill. En: Nociones de Salud Pública. Madrid. Díaz de Santos. 2003. p: 43

¹⁹⁰ DEL LLANO SEÑARIS J, HIDALGO VEGA A. Determinantes de salud. En: Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Barcelona. Edittec. 2004. p: 131-132.

sobre todo en los varones jóvenes con resultado de muerte o de invalidez por las graves secuelas¹⁹¹.

Pero, además de establecer que existe una relación directamente proporcional entre edad-sexo con los problemas de salud, estos también se van a ver afectados por la conjunción sexo-género, como posteriormente se recoge, debido a que se asumen distintos patrones de comportamiento en función del sexo a bajo una perspectiva de género.

También debemos tener en cuenta la variabilidad en la resistencia y vulnerabilidad de cada persona, ya que estas características pueden predisponer a padecer determinadas enfermedades sobre todo infecto-contagiosas.

Dentro del modelo de Lalonde, el determinante de la biología representa una parte importante a tener en cuenta en el proceso de enfermar de las personas, pero debemos señalar que es el factor que menos se modifica con la actuación sanitaria preventiva y con las políticas sanitarias que se puedan llevar a cabo, aunque no por ello se debe obviar, permitiendo al sistema actuar sobre otros determinantes más susceptibles de modificar y conseguir mantener o aumentar el nivel de salud de la población de manera eficaz.

2.2.2) Medio Ambiente

Se entiende por medio ambiente el entorno en el que vive y se desenvuelve el ser humano que comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado.

Siguiendo la conceptualización de Lemaire podemos definir el medio ambiente como “el conjunto de factores físicos, químicos, biológicos y sociales capaces de tener un efecto directo o indirecto, inmediato o largo plazo sobre los organismos vivos y las actividades humanas, en un momento dado”¹⁹².

¹⁹¹ Estos datos quedan reflejados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el 2006 y publicada en: Mujeres y Hombres en España 2009. Publicación del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de la Mujer.

¹⁹² Op. Cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 92.

Actualmente, se ha investigado mucho sobre el entorno ya que ha cobrado mucha importancia en lo relativo al ámbito de la salud, y se ha demostrado su influencia sobre el bienestar socioeconómico de las regiones.

El medio ambiente no se limita sólo a los valores físicos, químicos y biológicos de la naturaleza, sino que también tiene en cuenta los factores sociales, laborales, culturales y económicos, cuestiones a tener en cuenta en nuestra investigación, como posteriormente se analiza, ya que una falta, déficit, carencia o ausencia de alguno de estos condicionantes va a tener unas repercusiones muy negativas en la salud de las mujeres foráneas.

Así, la salud ambiental se ha visto afectada por: un abuso de los sistemas de producción con una sobreexplotación de recursos naturales, un aumento en los patrones de consumo y un inadecuado uso de los recursos. Esto ha dado lugar a la aparición de determinadas enfermedades como:

- Patologías respiratorias por incremento de sustancias nocivas en suspensión, o por excesiva contaminación atmosférica, o por abuso de productos químicos industriales, etc.
- Procesos tumores provocadas por el consumo elevado de productos químicos, por la exposición a radiaciones, etc.
- Enfermedades infecciosas por contaminantes biológicos (virus, bacterias)
- Alteraciones psicosomáticas por contaminación acústica, por estrés, etc
- Dolencias digestivas por contaminación del agua, inadecuada manipulación alimenticia, etc.
- Afecciones dermatológicas por el uso de sustancias químicas industriales, o por radiaciones, etc.
- Otras patologías.

Como se ha expuesto, existen otros factores dentro del entorno que se relacionan directamente con los factores socioeconómicos. A mayor desarrollo económico de una región, mayor disponibilidad de recursos para hacer frente a los problemas de salud de esa población, mayor acceso a la educación y al trabajo, factores ambos que permiten disfrutar

de mejores condiciones de vida y bienestar que afectarán a las relaciones con los determinantes de salud como por ejemplo los comportamientos o hábitos.

Por tanto, se puede establecer una relación directamente proporcional entre la salud de las personas (en nuestro caso de la mujeres inmigrantes) y sus condicionantes socioeconómicos, que a su vez que el entorno en que se desenvuelven las personas y sus hábitos de vida (a peor situación socioeconómica, peores condiciones de vida, de vivienda, de trabajo y por tanto peor alimentación, cuidado, higiene, ect).

Otro elemento que incluye el medio ambiente, y que se recoge en la tabla, es el entorno laboral en el que se desenvuelve y trabajan las personas. En él no sólo hay que tener en cuenta los factores físicos, químicos o biológicos a los que pueda estar expuesto el trabajador/a por causa de su actividad laboral, sino también a todo factor psicosocial que haga referencia a: la relación personal con el trabajo (por ejemplo el estrés), al entorno personal y/o sus relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral como el acoso, el “mobbing”, etc¹⁹³.

Además, la persona no se desarrolla ni vive de manera aislada sino que interactúa con su medio y con los elementos físicos y sociales del entorno. Por ello, a pesar del condicionante biológico, que no podemos modificar, el sujeto debe adaptarse al medio ambiente en el que se desenvuelve para sobrevivir, aspecto importante a tener en cuenta en nuestro estudio sobre la salud de la mujer inmigrante, como se analizará en posteriores capítulos.

Por ello, y haciendo referencia al concepto de salud que se recogía en párrafos anteriores, si la adaptación al medio no es buena, la persona enferma y puede llegar a morir prematuramente. De ahí la importancia de unas buenas políticas públicas que ayuden a mejorar el medio ambiente y favorezcan el cuidado de la salud, a pesar de que Lalonde no le configure demasiado peso específico dentro de su marco teórico.

¹⁹³ *Ibidem*, p: 86,92.

2.2.3) *Estilos de Vida*

Diversas ciencias como la sociología o la epidemiología han estudiado los distintos modos de vida y su relación con la salud¹⁹⁴. Sus estudios han concluido que los hábitos de vida de los diferentes grupos sociales determinan diversos niveles de mortalidad, de esperanza de vida y de salud vinculados a las actitudes, hábitos y conductas que adopta cada persona de forma voluntaria. Así, podemos afirmar que los estilos de vida constituyen los factores o patrones de morbilidad que definen los perfiles epidemiológicos de cada grupo social, permitiéndonos establecer una relación entre un hábito o un comportamiento y la presencia o ausencia de enfermedad que apoye y oriente las políticas preventivas a desarrollar por la salud pública, con el fin de reducir las tasas de morbi-mortalidad.

Este determinante de salud no interpreta los elementos biológicos, anatómicos o fisiológicos, ni tampoco recoge los componentes etiológicos o causales de una enfermedad. Sólo refleja el comportamiento que las personas tienen con respecto a su estado de salud o a su proceso de enfermedad¹⁹⁵. En base a este hecho, se han realizado estudios que recogen esta circunstancia, determinando distintos patrones de comportamiento en función del origen o nacionalidad de la población inmigrante en España, como los que se han realizado en la Comunidad de Madrid¹⁹⁶.

La OMS define los estilos de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”¹⁹⁷. Así, podemos explicar los hábitos de vida como conductas adquiridas a

¹⁹⁴ La epidemiología es la ciencia que estudia los determinantes de salud y las causas o factores de riesgo de las enfermedades estableciendo la prevalencia o incidencia de una patología en una población determinada. MARTINEZ HERNANDEZ J. Epidemiología básica. Conceptos. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Factores de riesgos. Criterios de Hill. p: 51.

¹⁹⁵ Op. cit. DEL LLANO SEÑARIS J, HIDALGO VEGA A. “Determinantes de salud”. p: 138-139.

¹⁹⁶ Los trabajos de investigación a los que se hace referencia están recogidos en:
CASTILLO S, MAZARRASA L, SANZ B. Mujeres hablando de salud. Index de Enfermería. 2001; X (34): 9-14
MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. Elementos que configuran la dinámica de relación entre inmigrante y sistema sanitario. En: Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad. Madrid. 2004; 91: 17-38.

<http://www.publicaciones-isp.org/productos/d091.pdf>

¹⁹⁷ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 92

través del aprendizaje social mediante un proceso educacional, que están fuertemente influenciadas por la situación socioeconómica y que adquieren un significado social según la pertenencia cultural.

Estos comportamientos están fuertemente vinculados a los niveles de salud y enfermedad de la población, delimitando su carácter saludable o nocivo en función de la repercusión que tengan sobre el bienestar de las personas¹⁹⁸. Se entiende por comportamiento saludable “aquél que satisface eficazmente los requisitos de autocuidado o necesidades básicas sin contravenir la anatomo-fisiología humana, teniendo en cuenta los riesgos nocivos del entorno, para evitarlos conscientemente; es decir, la atención sistemática y cualicuantitativa oportuna que el hombre presta a los requerimientos de su anatomofisiología, evitando la nocividad de los agentes del entorno para colocarse en situación de adecuado desarrollo y funcionamiento personal”. De ahí la importancia de adquirir hábitos saludables que den respuesta a las necesidades de las personas o de modificar aquellas prácticas no deseables para la salud, que permitan al sujeto afrontar y adaptarse a su vida cotidiana en las mejores condiciones para ser útil y productivo¹⁹⁹.

Además, y como ya se ha apuntado, se ha de tener en cuenta que los estilos de vida están fuertemente ligados a las estructuras sociales, donde algunos parámetros como: el status, el nivel de renta, la clase social, la formación, la educación o la ocupación determinándose que las personas adopten unos comportamientos o actitudes específicos que les hagan más vulnerables a padecer ciertas enfermedades²⁰⁰; cuestiones que se analizarán

¹⁹⁸ GARCÍA CALVENTE MM, DELGADO SANCHEZ AM, MATEO RODRÍGUEZ I, MAROTO NAVARRO G, BOLÍVAR MUÑOZ J. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios. En: Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). Rev. Salud 2000. [online]. p. 15.

¹⁹⁹ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 92.

²⁰⁰ Estudios realizados sobre los patrones de distribución de morbilidad apoyan la tesis de una prevalencia distinta en función del desarrollo social de una comunidad o de un país.

En las sociedades desarrolladas la incidencia de enfermedades infecciosas es muy baja y, en cambio, aumenta la morbilidad asociada a hábitos de vida insanos como el consumo de tabaco y alcohol, vida sedentaria, alto niveles de estrés, escaso ejercicio físico, etc. Todas estas prácticas poco saludables originan la aparición de patologías cardiovasculares, respiratorias y tumorales que son las principales causas de mortalidad en los países desarrollados.

Ver el análisis realizado por la OMS sobre los factores de riesgo recogido en el texto sobre determinantes de salud de los autores Juan del Llano y Álvaro Hidalgo.

En cambio, en los países tercermundistas la situación es distinta. Sus patrones de morbi-mortalidad están fuertemente ligados a la precaria situación económica que condiciona su modo de vida. Aumenta la incidencia de enfermedades infecto-contagiosa ocasionadas por una mala higiene, el hacinamiento en las

más adelante para valorar su influencia en el incremento de las desigualdades en salud a nivel general y en la mujer inmigrante en particular dadas sus connotaciones específicas.

Pero también, los estilos de vida de la mujer foránea, que es el tema que nos ocupa, van a verse muy influenciado, además de por su realidad migratoria y su situación socioeconómica, por su cultura de origen, sus tradiciones y su religión; temas a tener en cuenta a hora de planificar actuaciones sanitarias de modificación de hábitos de vida para evitar colisionar con estos valores.

Sobre este determinante de salud se ha dirigido el mayor esfuerzo y el trabajo de los profesionales sanitarios, orientado principalmente a influir en la sociedad y en las personas. El objetivo marcado es conseguir cambios en los hábitos de vida y capacitar a la población en el mantenimiento y cuidado de su salud, de su bienestar y de su vida. Este empeño no siempre ha ido emparejado con la voluntad de la administración pública, de hecho como detallan algunos autores, la inversión presupuestaria para influir en este determinante es inversamente proporcional a la importancia y el peso específico que se le otorga²⁰¹.

2.2.4) Sistema Sanitario

El sistema de asistencia sanitaria es un determinante que agrupa las diferentes dimensiones que la prestación sanitaria puede ofrecer para aumentar el nivel de salud y bienestar de la población, y que aunque ha sido analizado en profundidad, aquí lo trataremos como un factor decisivo de salud.

La cobertura asistencial es una característica fundamental para determinar si un sistema favorece el fomento y protección del nivel de salud de su población. Un modelo que establezca la universalidad asistencial, como el nuestro, fomenta un nivel de bienestar mayor que otro que limite la asistencia médica a un colectivo de la

viviendas, mal nutrición, escaso acceso a servicios médicos, etc. Esta situación de penuria económica y sanitaria también las sufren las clases más desfavorecidas de los países desarrollados. Esta circunstancia está asociada a una etapa laboral inestable, a un estado administrativo irregular (inmigrantes) y a una situación de exclusión o marginación que favorece la aparición de desigualdades sociales respecto al resto de conciudadanos en los países del primer mundo.

Op. cit. DEL LLANO SEÑARIS J, HIDALGO VEGA A. “Determinantes de salud”. p: 139.

²⁰¹ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 88.

población que se encuentre en una situación de aseguramiento sanitario, provocando la exclusión o marginación sanitaria de las personas que no puedan cubrir económicamente sus necesidades de salud, como puede ser nuestro colectivo de estudio, las mujeres foráneas, dificultado así su acceso al sistema sanitario.

Igualmente, el sistema debe proporcionar a cada sujeto los recursos o servicios que precise, de tal manera que se ajuste al principio de equidad y al concepto de igualdad.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que este condicionante también recoge como factor determinante el número y la calidad de los servicios y recursos que el sistema destina al cuidado de la salud, es decir, la oferta, la adecuación, la accesibilidad y la distribución de los recursos. En función de estas cualidades, los servicios sanitarios serán más o menos demandados por la población para solucionar sus problemas de salud o necesidades básicas, permitiendo a las personas obtener un nivel de bienestar en condiciones de igualdad en las diferentes regiones o zonas que comprenda el sistema sanitario²⁰².

De todos los factores que nombra Lalonde, éste es el determinante que menos influye en el nivel de salud o enfermedad de una población y, en cambio, es el que mayores recursos económicos consume como expresa Denver, hasta un 10% de los presupuestos. Además, está sujeto a políticas y estrategias de mejora continua para conseguir mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los recursos sanitarios ofertados²⁰³, provocando un aumento considerable del gasto sanitario.

2.2.5) Influencia de los Factores Sociales

Todos estos determinantes a los que se está haciendo referencia, están muy influenciados por los factores sociales, y éstos son los que contribuyen a las desigualdades en la salud y en la enfermedad de las poblaciones en función de las

²⁰² *Ibidem*, p: 86.

²⁰³ *Ibidem*, p: 88.

diferencias sociales y culturales que se dan entre personas, grupos y colectividades²⁰⁴. Estas disparidades también afectarán de manera específica a un colectivo concreto, las mujeres, como se verá posteriormente en otros apartados de este trabajo, y muy particularmente a las mujeres foráneas.

Tras la publicación del Informe Lalonde, surgieron otros documentos en diferentes países que pusieron de manifiesto, una vez más, “la importancia del comportamiento individual como factor generador de enfermedad”. Esta afirmación fue matizada por Laframboise, colaborador de Marc Lalonde, al reconocer que las decisiones en salud que la persona toma lo hace dentro de un marco o ambiente social que determina su conducta, bien porque adopte valores sociales heredados o por valores recientes basados en la sociedad contemporánea en la que vive²⁰⁵.

Al identificar estos condicionantes sociales como causas de enfermedad, se vio la necesidad de seguir investigando para proponer nuevas estrategias de intervención mediante la Salud Pública²⁰⁶. Debido a ello, se celebraron distintas conferencias internacionales. La primera fue en 1978 celebrada en la ciudad que le da nombre,

²⁰⁴ Op. cit SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. “Ecuación sanitaria: concepto...”. p. 222.

²⁰⁵ NAJERA MORRONDO MP. Promoción de la salud. Enfoques internacionales. En: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 301.

²⁰⁶ Se puede definir la salud pública como la ciencia que investiga las condiciones sanitarias y sociales que presentan determinados grupos de población, con el fin de establecer las relaciones causales que se dan entre estas condiciones, para identificar y analizar los problemas o necesidades de salud de esa comunidad y plantear estrategias para su resolución.

SANCHEZ GARCIA AM, MAZARRASA ALVEAR L, MERELLES TORMO A. Salud pública y enfermería comunitaria. En: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 59.

Además, el concepto de salud pública o comunitaria está enmarcado dentro de un sistema de participación en el que intervienen varios actores:

- El individuo, que busca su salud a través de su capacitación para interrelacionarse y adaptarse a los diversos factores que condicionan el equilibrio en las variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas y medioambientales.
- La comunidad, ya que el sujeto no se encuentra aislado, sino que su individualidad y su salud trasciende a la colectividad. Por ello, es la comunidad la que debe poner en marcha estrategias sanitarias que consigan elevar el nivel de bienestar.
- Los profesionales sanitarios, que serán los responsables de formar y capacitar a las personas en el cuidado de su salud y en la identificación de sus necesidades básicas.

En: GIRBAU GARCÍA MR, PULPÓN SEGURA AM. Evolución de la salud pública y comunitaria. En: GIRBAU GARCÍA MR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson. 2003. p: 23.

Alma-Ata (URSS), donde se recoge el objetivo de la OMS: “Salud para todos en el año 2000”²⁰⁷, y se establece la importancia de la Atención Primaria de Salud para desarrollar políticas sanitarias que permitan una atención integral de los problemas de salud de las personas durante todo su ciclo vital²⁰⁸, garantizando la eficacia, eficiencia y calidad de los cuidados.

Entre los elementos básicos que conforman la “Declaración de Alma-Ata” hay que destacar:

- La consideración de la salud como un derecho universal, fundamental y social del ser humano que debe ser protegido.
- La preocupación por la equidad en salud garantizando el igual acceso a los servicios sanitarios para toda la población.
- La estrecha relación entre promoción de salud y desarrollo socioeconómico.
- La influencia de los determinantes sociales en el estado de salud de la población.

²⁰⁷ Este objetivo forma parte de la “Estrategia Mundial Salud para Todos para el año 2000” (SpT 2000) propuesta por la OMS, que se acordó dentro del marco las políticas de la Organización Mundial de la Salud. La formulación de esta estrategia está basada en los siguientes principios:

- “Consolidación de la concepción de salud como la resultante de la interrelación del hombre en su medio ambiente que le permita una vida plena en libertad. Recalca la estrecha y compleja relación entre salud y desarrollo económico y la importancia de garantizar que las necesidades básicas de la población estén cubiertas: alimentación, educación, vivienda, agua potable, saneamiento, trabajo y paz).
- El reconocimiento del derecho a la salud como un derecho básico de justicia social igual para todos, (...). Los gobiernos tienen la responsabilidad de propulsar, defender y garantizar este derecho, desarrollando políticas activas con el fin de reducir de forma radical las desigualdades flagrantes en el nivel de salud y el acceso a los servicios sanitarios de los pueblos.
- Cambio en el modelo de atención a la salud/enfermedad (...)
- Reorientación de los servicios sanitarios como sistemas organizativos integrales y regionalizados de los servicios sanitarios que garanticen la cobertura universal y accesibilidad igualitaria (...)”

En 1984 se decidió acordar una serie de objetivos (38 en total) para conseguir dicha estrategia. De manera resumida estos objetivos se agrupan en: 1. Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo las diferencias en materia de salud entre los países y las clases sociales dentro de cada nación. 2. Añadir vida a los años. 3. Añadir salud a la vida. 4. Añadir años a la vida.

RUIZ-JIMENEZ AGUILAR JL. Atención primaria de salud. En: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 496-497.

²⁰⁸ La atención integral de la salud es una característica propia de nuestro sistema sanitario, y se basa en el abordaje de todos y uno de los problemas o necesidades que puedan darse en el individuo, la familia o la comunidad donde se desenvuelve; teniendo en cuenta todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que rodean al sujeto.

Op. cit. RUIZ-JIMENEZ AGUILAR. “Atención primaria de salud”. p: 504

- La reorientación de las políticas de salud para que el eje y el centro del sistema sanitario sea la salud y su promoción.
- La obligación de los gobiernos de cuidar la salud de los pueblos.

Con estos elementos la OMS pretendía aportar unas directrices sobre los aspectos que deben servir a los gobiernos para elaborar los planes regionales y nacionales que permitan alcanzar el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”²⁰⁹.

Posteriormente, en 1986 se celebró en Ottawa la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En ella se define el concepto de promoción de la salud como “la forma de alcanzar la salud para todos, siendo un proceso de capacitación de la población, con el objetivo de incrementar su control sobre su salud y de esta forma mejorar”, “(...) y enfoca su atención sobre los factores o causas determinantes de la salud”. Con esta definición se abordan todas las esferas que puedan tener influencia en la salud como pueden ser ingresos económicos, alimentación, trabajo o vivienda.

Una de las conclusiones a las que se llegó en dicha conferencia fue que para mejorar el nivel de salud de la población es importante el papel de los profesionales sanitarios en la capacitación de las personas en el cuidado de su salud y en la identificación de las causas de enfermedad; de ahí, y en lo referente a nuestro trabajo, la importancia de delimitar y estudiar la patología propia de la población inmigrante, no sólo la que pueden padecer cuando ya se encuentran instalados sino también la que sufren por su proceso migratorio y su adaptación al nuevo entorno, como posteriormente se analizará. Y de esta manera se consigue reorientar el esfuerzo terapéutico y desarrollar nuevas estrategias sanitarias para aumentar el nivel de bienestar de la población²¹⁰. Por ello, al amparo de esta conferencia se redactó un documento llamado “Carta de Ottawa” que reflejaba la necesidad de:

²⁰⁹ Op. cit. NAJERA MORRONDO MP. “Promoción de la salud. Enfoques...”. p: 301.

²¹⁰ *Ibíd.*, p: 302.

- Desarrollar políticas sanitarias para crear ambientes favorables para el desarrollo del individuo, la comunidad y su entorno, que ofrezcan condiciones saludables a nivel físico, psico y social.
- Adquirir y desarrollar habilidades y/o aptitudes individuales que favorezcan la salud mediante información y educación sanitaria.
- Reorientar los servicios de salud para dar una adecuada respuesta a las nuevas demandas sanitarias de la sociedad.
- Desarrollar el principio de solidaridad individual y colectiva basada en la interpretación holística y ecológica de la salud.

Esta carta implicaba un importante cambio tanto en el objetivo como en la visión de los servicios sanitarios, ya que el esfuerzo debía ir dirigido al estudio de los problemas de salud de la persona, grupo o comunidad y a la adopción de las medidas necesaria para resolverlos. También este documento propone una reorientación en las actitudes y responsabilidades, la salud ya no es una responsabilidad exclusiva de la persona sino que se le otorgan responsabilidades políticas en salud a los gobiernos²¹¹.

A la vista de esta nueva concepción de la salud pública que relaciona las condiciones sanitarias con las sociales para crear entornos saludables, se comienza a intervenir sanitariamente sobre el medio ambiente; y también se reconoce la importancia que los factores sociales tienen sobre los problemas de salud y enfermedad de la población, proyectando su influencia sobre todo en los estilos de vida que se adoptan, como se analizará más adelante.

Hubo otras conferencias internacionales posteriores a la 1986, como la de Australia (1988), Suecia (1991) y Eslovenia (1996) que ahondaron en estos principios y establecieron como bien social la atención sanitaria. En concreto la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida (Australia) desarrollo puntos específicos recogidos en la Carta de Ottawa pero orientados a los aspectos políticos²¹². Se redactó un documento titulado “Recomendaciones de Adelaida” que define la

²¹¹ *Ibidem*, p: 303-304.

²¹² *Ibidem*, p: 304-305.

política de salud necesaria para conseguir la salud o el bienestar y la equidad, mediante la creación de ambientes físicos y sociales que lleven al disfrute de una vida saludable y faciliten la adaptación de decisiones sanas por parte de las personas. También en este texto se recoge el valor de la salud, no sólo como un derecho fundamental del ser humano y un elemento de justicia social, sino también como una buena inversión social. Esta inversión en salud, que no en términos de recursos y servicios sanitarios, producirá a largo y medio plazo beneficios económicos para el mayor desarrollo social de esa comunidad, proporcionando a la población una cobertura amplia de las necesidades básicas.

Otro aspecto importante que recogen estas recomendaciones es la necesidad de suprimir y evitar las desigualdades en salud de los diferentes grupos o clases sociales que se puedan dar en una sociedad, favoreciendo la discriminación positiva de los más desfavorecidos basada en el principio de equidad y respetando siempre las características o diferencias de cada grupo, minoría o étnia²¹³.

Pero es, en 1997, en Indonesia cuando a través de la “Declaración de Yakarta” se ofrece una visión global de la salud para el siglo XXI. En ella se reconoce que el logro de un nivel óptimo de salud vendrá determinado por otros elementos que deben estar a disposición de la población como son: la vivienda, la educación, la comida, la seguridad social, los ingresos, la libertad, la paz, el liderazgo de la mujer, el ecosistema estable, la justicia social, el respeto a los derechos humanos y la equidad. Y se realiza este planteamiento debido a que el mayor problema de salud de la población a nivel mundial es la pobreza.

En años sucesivos se celebran otras asambleas mundiales con el objetivo de seguir estudiando los problemas de salud de la población y sus consecuencias, y reivindicar políticas sanitarias a escala mundial para el siglo XXI intentando conseguir una equidad en salud²¹⁴.

²¹³ *Ibíd.*, p: 305.

²¹⁴ *Op. cit.* GIRBAU GARCÍA MR, PULPÓN SEGURA AM. “Evolución de la salud pública...”. p: 26-29.

Todas las políticas, estrategias y medidas que se abordarán en un futuro deberán integrar un enfoque global de la situación real de bienestar de la población. Es decir, se deberán tratar, de manera aislada y en conjunto, todos los factores que afecten al nivel de salud de la población, como se ha expuesto en párrafos anteriores, ya que existe una correlación directa entre los factores sociales (educación, ocupación laboral, riqueza, etc.) y la salud. Así por ejemplo, los bajos niveles de formación se podrán considerar factores de riesgo para la salud según la OMS cuando “considera prioritario fomentar la educación como instrumento básico de cambio tanto a nivel individual como colectivo, con el fin de comprometer a toda la sociedad en el proceso de mejora de la salud”²¹⁵.

También existirá una relación directa entre los hábitos de vida y la educación en el campo sanitario, de tal manera que el nivel de formación básica del sujeto delimitará la adquisición de conocimientos y aptitudes relativas a la higiene y prevención de enfermedades, y al desarrollo de las capacidades necesarias para conseguir el máximo grado de adaptación y de autonomía en salud.

Existen otras vinculaciones entre la salud y los factores sociales, en concreto, con los condicionantes socioeconómicos. El bienestar de una sociedad se verá afectada por el nivel de riqueza que posea. Unas buenas condiciones económicas y sociales mejoraran por un lado el nivel de salud de la población, y por otro, aumentarán la productividad y el nivel de renta de esa sociedad incrementando el nivel de bienestar. Por el contrario, una situación precaria de salud derivara en dificultades para encontrar trabajo provocando mayores estragos sin posibilidad de revertir esta circunstancia. Por tanto, el nivel de educación y los niveles de renta estarán muy vinculados al disfrute de una buena salud²¹⁶. Esta realidad descrita de manera somera se tratara en profundidad más adelante al estudiar los factores causantes de las desigualdades en salud, ya que es una cuestión que no debe pasar desapercibida al analizar el estado de bienestar de algunos colectivos como el que nos ocupa.

Por ello, y aunque en la teoría de la multicausalidad de Lalonde no se reconozca a los factores sociales como determinantes de salud ni se les dé un peso específico,

²¹⁵ Op. cit. NAJERA MORRONDO MP. “Promoción de la salud. Enfoques...”. p: 305.

²¹⁶ Op. cit. VERA CORTÉS ML. “Determinantes del nivel de salud”. p: 132-133.

estos están muy vinculados al nivel de salud de la población, y así lo reconoce la OMS cuando define los determinantes de salud como todos aquellos factores personales, sociales, económicos y ambientales que afectan al nivel de salud o bienestar de las personas²¹⁷ y en particular de nuestro grupo de estudio, la mujer foránea.

Si se realiza un análisis de los condicionantes sociales que afectan a la población encuadrándolos dentro de los determinantes de salud, se tendría que hacer referencia a factores como: educación, género, situación laboral y situación socioeconómica. Y en la población inmigrante en particular, además de los condicionantes anteriormente descritos, se podrían añadir factores psicológicos, culturales y legales²¹⁸, como posteriormente se detallará.

2.3) Índices e Indicadores en Salud

Todos los determinantes de salud antes descritos, nos ayudan a conocer cual es el nivel de bienestar o enfermedad de una población o cual es la etiología y/o factor de riesgo de las patologías que padecen; pero para poder cuantificarla necesitamos de los índices o indicadores sanitarios. Éstos son unas unidades de medida sanitaria que nos permitirán conocer la situación de salud real que presenta la población que se quiere estudiar, con el fin de poder investigar las causas que limitan u obstaculizan la protección y el mantenimiento del nivel de salud, tanto individual como colectiva²¹⁹.

El conocimiento de la situación de salud de una población es un proceso descriptivo y dinámico que consiste en una recogida de datos, para su posterior análisis, mediante medidas de frecuencia e indicadores. Esta información será procesada para elaborar un informe que recoja cuales son las necesidades de salud de la población de estudio que los servicios sanitarios deben atender. Mediante este diagnóstico se podrán

²¹⁷ FUERTE C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra. Pamplona. [online]. 1996; 29 (1): 11.

²¹⁸ *Ibidem*, p: 12.

²¹⁹ DEL LLANO SEÑARÍS J, HIDALGO VEGA A. Estado de salud. En: Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Barcelona. Edittec. 2004. p: 103.

priorizar los problemas de salud de una comunidad en función de su importancia²²⁰, de ahí la relevancia que estos indicadores tienen en nuestro estudio.

El concepto “índice” se define por la Real Academia de la Lengua Española como la expresión numérica de la relación entre dos cantidades. Cuando hablamos en términos sanitarios, los índices e indicadores son variables numéricas que miden el estado de salud de una población mediante un análisis de diversos factores específicos. Es decir, son cifras que miden y describen de forma cuantitativa o cualitativa un determinado proceso. Según el epidemiólogo Last un indicador es “la variable susceptible de ser medida directamente, que refleja el estado de salud de las personas que componen una comunidad”. Pero se debe puntualizar que existen tantas definiciones de indicadores como de salud, debido a que la conceptualización de este término estará condicionada al concepto de salud sobre él que se basa y al objetivo que persigue. Si se utiliza el término clásico de salud o concepto negativo, ausencia de enfermedad, se manejarán los indicadores que reflejen esa pérdida de salud como mortalidad y morbilidad. Y aunque este hecho ha sido muy criticado y se han propuesto otros indicadores positivos, el más usado y de mayor difusión es el índice de mortalidad²²¹.

El objetivo de los indicadores es proporcionar una información variada, fiable y objetiva acerca de los niveles de salud y sus tendencias para los grupos de población que se estudian²²², y poder además relacionar esta información con las medidas a adoptar en materia sanitaria que ayuden a mejorar el bienestar. Así, se consigue crear una base de datos que se será utilizada por la ciencia de la salud para conocer el nivel de bienestar de una población y elaborar los programas de salud que se precisen para incrementar o mejorar el nivel de bienestar, asignando y distribuyendo los recursos sanitarios disponibles²²³, como en nuestro estudio sobre la mujer foránea.

²²⁰ CAJA LOPEZ C, PEDRENY ORIOL R. Aplicaciones de la epidemiología a la gestión sanitaria. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. Enfermería Comunitaria II. Epidemiología. Barcelona. Masson. 2003. p: 256.

²²¹ GISPert MAGAROLAS R. Indicadores de salud. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. Enfermería Comunitaria II. Epidemiología. Barcelona. Masson. 2003. p: 163.

²²² *Ibidem*, p: 163

²²³ MARTINEZ HERNANDEZ J. Demografía y salud. En: Nociones de Salud Pública. Madrid. Díaz de Santos. 2003. p: 30

Existen autores que diferencian entre índice e indicador sanitario, aunque la mayoría de las veces se usan indistintamente. El primero representa medidas complejas y multidimensionales que combinan elementos diferentes (por ejemplo: expectativa de vida con renta per cápita) y en cambio, el indicador sanitario estudia una selección de población mayor para resumir el conjunto pero sólo de una variable (por ejemplo la mortalidad), pudiendo convertirse en una medida indirecta del estado de salud de una población. Por ello, podemos afirmar que muchas veces los índices se obtienen de la combinación de varios indicadores²²⁴.

Cuando se utiliza un indicador sanitario se debe tener en cuenta una serie de características esenciales que permitan analizar y describir un fenómeno social y su evolución, así como la eficacia de los medios utilizados para modificar ese fenómeno. Estas características son:

- Validez: característica que permite medir aquello para lo que el indicador está proyectado.
- Sensibilidad: la capacidad para medir los cambios sufridos en el fenómeno de estudio.
- Especificidad: es la propiedad de detectar cambios sólo cuando depende del fenómeno que se debe medir.
- Fiabilidad: es la cualidad de obtener los mismos resultados en mediciones repetidas y/o bajo las mismas condiciones.
- Aceptabilidad: mide la aceptación de los profesionales como expresión del nivel de salud, sin que pueda darse variabilidad en su interpretación ni en su cálculo.
- Disponibilidad: es la capacidad de obtener los datos necesarios para el cálculo de manera fácil, sin necesidad de investigaciones complementarias complejas.
- Cobertura: es la propiedad de abarcar a toda la población de estudio.

²²⁴ GLAVÉZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. En: Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p.1096-1097.

- Calidad: es la cualidad que garantiza que los datos no van a variar mucho en el tiempo ni entre los distintos lugares.
- Universalidad: es la característica que engloba la expresión total de los factores (o grupo de factores) que determinan el nivel de salud²²⁵⁻²²⁶.

Tradicionalmente se han dividido los indicadores sanitarios en dos grandes grupos:

1. Indicadores del estado de salud de las personas: morbi-mortalidad, estado nutricional, grado de salud mental, etc.
2. Indicadores relacionados con los determinantes de salud: los biológicos, los estilos de vida, las condiciones medioambientales y la utilización de los recursos sanitarios.

Los indicadores valoran varios aspectos que reflejan el proceso del continuo salud-enfermedad de la población, pero ningún indicador de manera aislada puede mostrar el fenómeno global de la salud en realidad. Además, por su función descriptiva y dinámica debemos contar con un conjunto coherente y representativo de indicadores que muestren los distintos aspectos del proceso social del continuo salud-enfermedad como pueden ser los indicadores sociales, de política sanitaria, etc.

Estos indicadores sociales van a tener mucha más repercusión en la esfera sanitaria, ya que permiten relacionar el nivel de salud de la población no sólo con los denominados “determinantes de salud” descritos por Lalonde sino también con aquellos aspectos sociales y económicos por los que atraviesa la comunidad o población de estudio, que como se ha explicado en párrafos anteriores.

Debido a ello, la OMS estableció una clasificación en 1981 con el propósito de evaluar el objetivo general que se marcó: “el logro de la salud para todos en el 2000”, estableciendo cuatro categorías de indicadores: dos hacen referencia al aspecto socio-político-económico que afecta al estado de bienestar y los otros dos hacen referencia

²²⁵ *Ibidem*, p: 1097-1098

²²⁶ *Op. cit.* GISPERT MAGAROLAS R. “Los indicadores de salud.” p: 164.

explícita al estado de salud de la población²²⁷. Dentro de estos últimos se incluyen los cuatro fenómenos más importantes a tener en cuenta para valorar el periodo nivel de bienestar de una población:

1. *La mortalidad*: se define como número de fallecimientos en una población durante un determinado de tiempo²²⁸. Nos permite establecer la esperanza de vida, las tasas netas o específicas de mortalidad por edad, sexo y/o por causa (letalidad)²²⁹. Es el indicador más universalmente utilizado, como ya se ha mencionado, pero sobre todo por la ciencia de la demografía, para explicar y determinar el volumen y la composición de una población.

En el campo de la salud se utiliza como indicador indirecto del nivel de bienestar de una comunidad ya que describe la representación de nuestro medio de vida y sus consecuencias, y el avance o retroceso de la ciencia en los diferentes procesos de enfermedad. Pero presenta como inconveniente principal la escasa validez de su medida como reflejo del estado de salud de la población, debido al aumento de enfermedades crónicas, degenerativas o incapacitantes, además de su limitación en la certificación de la causa de

²²⁷ Los indicadores a los que hace referencia la OMS se catalogan en:

1. Indicadores de política sanitaria: Compromiso político para alcanzar la salud para todos, asignación y distribución equitativa de los recursos, participación de la comunidad, y estructura orgánica y proceso de gestión.
2. Indicadores sociales y económicos: Tasa de crecimiento, producto nacional bruto y distribución del ingreso, condiciones de trabajo y tasa de alfabetización, paro, vivienda y alimentación.
3. Indicadores de prestación de salud: Cobertura de Atención Primaria y Atención Especializada.
4. Indicadores del estado de salud: Estado nutricional y desarrollo psicosocial de los niños, tasa de mortalidad infantil y expectativa de vida al nacer, y tasa de mortalidad materna.

Op. cit. GÁLVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p: 1098.

²²⁸ GARCIA SUSO A. Conceptos básicos. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 140

²²⁹ La información que el índice de mortalidad recoge en España se procesa mediante el Instituto Nacional de Estadística o el INE a través del censo y los institutos municipales de estadística mediante el padrón municipal. Esta información publicada por el INE recoge un parámetro demográfico esencial para posteriores investigaciones, el movimiento natural de la población que refleja las causas básicas de muerte por edad y sexo.

Existen otras publicaciones que nos ofrecen también información adicional sobre las causas de mortalidad en España, como son:

- Estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que elabora el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social donde se recoge información sobre las muertes por accidente de trabajo según causas, localización y naturaleza de las lesiones en función del sector y la rama de actividad.
- Boletín informativo elaborado por el Ministerio del Interior que recoge las muertes por accidentes de tráfico distinguiendo edad y sexo de las víctimas.

ICART ISERM MT. Fuentes de información epidemiológica. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. Enfermería Comunitaria II. Epidemiología. Barcelona. Masson. 2003. p: 151-153.

mortalidad, ya que sólo se puede registrar una causa principal de óbito, delimitando la información real de causas de mortandad²³⁰⁻²³¹.

Además, este indicador permite relacionarlo con otras medidas y con otras variables, por ejemplo con el carácter migratorio de una población, para obtener el nº y las causas de fallecimientos de la población inmigrante en una región o una comunidad, e incluso desagregar los datos por sexo; aunque por ahora estos datos no sean considerados importantes desde el punto de vista sanitario ni social, careciendo de investigaciones al respecto.

2. *La morbilidad*: se define como toda separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar²³² o como “el conjunto de enfermedades y traumatismos, así como sus secuelas, incapacidades y otros problemas de salud detectados en una población, para un periodo de tiempo determinado”²³³. Puede ser:

- Morbilidad sentida o percibida por la persona, pero que no demanda asistencia sanitaria. Se conoce solamente por las encuestas de salud realizadas a la población.
- Morbilidad no sentida u objetiva, que es aquella que sólo se diagnóstica por los programas de screening, cribado o programas de prevención.

²³⁰ ALONSO CABALLERO J. La medición del estado de salud. Metodología de la encuesta de salud. En: MARTÍNEZ NAVARRRO JF, ANTÓ BOQUÉ JM, CASTELLANOS PL, GILI MINER M, MARSET CAMPOS P, NAVARRO LOPEZ V. Salud Pública. Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1997. p: 346.

²³¹ Op. cit. GARCIA SUSO A. “Conceptos básicos”. p: 141.

²³² La información que aporta el índice de morbilidad en España es muy variada y proviene de diferentes fuentes:

- El registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, elaborado por el Ministerio de Sanidad y consumo.
- La encuesta de morbilidad hospitalaria que recoge los diagnósticos al alta, proporcionando una información desglosado por sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, diagnóstico y estancia media.
- La encuesta de salud, que consiste en una recogida de información sociosanitaria para correlacionar la morbilidad subjetiva (percibida) y la utilización de los servicios sanitarios.
- Registros de enfermedades crónicas.
- Registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales elaborado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, ofreciendo información desglosado por gravedad, sector y rama de actividad e indicando causas, localización, naturaleza de las lesiones y agente causal.
- Informe de los accidentes de tráfico que elabora el Ministerio del Interior.
- Encuestas de discapacidades, deficiencias y minusvalías elaboradas por el INE.

Op. cit. ICART ISERM MT. “Fuentes de información epidemiológica”. p: 153-160.

²³³ Op. cit. GARCIA SUSO A. “Conceptos básicos”. p: 143

- Morbilidad diagnosticada, que puede ser percibida o no, pero que precisa asistencia médica o demanda cuidados. Se conoce mediante los registros hospitalarios, los registros de enfermedad de declaración obligatoria o de los registros de incapacidades²³⁴.

La morbilidad es un indicador que aporta mucha más información en materia de salud que la mortalidad, pero es más complejo y costoso de obtener. Además resulta más susceptible de modificar porque puede corregir su tendencia mediante las intervenciones de los profesionales sanitarios.

Su valoración y análisis permite:

- ❖ Conocer el número de pacientes que sufren un determinado proceso, la duración en el tiempo y los factores de riesgo asociados.
- ❖ Determinar la prevalencia e incidencia de una enfermedad y su gravedad.
- ❖ Delimitar la población de riesgo.
- ❖ Investigar y prever la demanda de servicios sanitarios²³⁵.

El estudio y análisis de este indicador es muy frecuente en el ámbito sanitario debido a la gran cantidad de información que procesa. Al igual que la mortalidad, también permite interrelacionar diferentes variables, como en nuestro caso: causas de enfermedad, edad, sexo, nacionalidad, etc., proporcionando una base de datos tan amplia como queramos, con el fin de delimitar el nivel de bienestar o enfermedad de una población. Además, también permite evaluar las medidas asistenciales o preventivas adoptadas gracias a una reproducción del estudio posterior a la intervención sanitaria; aportando una visión valiosa en el campo de las ciencias socio-sanitarias.

Por ello, se considera de especial relevancia la investigación en el campo de nuestro estudio, la mujer foránea, para establecer las patologías más

²³⁴ El índice de morbilidad obtenido mediante encuestas es un indicador que cubre a toda la población porque se realiza por muestro, y no sólo da información sobre enfermedades sino que también relaciona el nivel de salud con los determinantes de salud, pero es una técnica muy costosa y compleja que dificulta la fiabilidad. Por el contrario, los datos obtenidos mediante programas de cribado o por registros de los servicios sanitarios son fáciles de obtener pero no representa a toda la población sino sólo a una parte de ella y presentan problemas de homogeneidad en la recogida de los datos.

Op. cit. GISPERT MAGAROLAS R. “Indicadores de salud”. p: 167.

²³⁵ Op. cit. GARCIA SUSO A. “Conceptos básicos”. p: 143

frecuentes y sus condicionantes y aportar una visión integral a sus problemas de salud o enfermedad, aspecto que justifica el tercer capítulo de este trabajo.

3. *Las consecuencias de los problemas de salud:* funcionales, temporales o económicas.
4. *La exposición a factores de riesgo*²³⁶ para establecer qué población está expuesta y establecer los programas preventivos adecuados²³⁷.

Estos dos últimos indicadores también toman importancia en nuestro estudio vinculándose fundamentalmente a factores socio-sanitarios, como ya se apuntaba, ya que mantienen una relación de reciprocidad con el nivel de bienestar o enfermedad (a peores factores sociales, laborales, económicos, etc., peores condiciones de vida, mayor exposición a factores de riesgo y mayores consecuencias de los problemas de salud).

Posteriormente, Europa creó un programa sobre la vigilancia de la salud cuyo objetivo era cuantificar la situación sanitaria y los determinantes de salud en los estados miembros²³⁸, estableciendo una lista con los indicadores sanitarios más importantes para los distintos ámbitos sanitarios y sociales. Dentro de esta clasificación se delimitaron los indicadores de:

- Situación sanitaria: esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, situación funcional, calidad de vida y características antropométricas.
- Estilos de vida y hábitos de salud: Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, actividad física, dieta, vida sexual y otros.

²³⁶ Se denomina factor de riesgo a cualquier característica del individuo o de su entorno que haga más probable la aparición de un problema de salud o a una enfermedad.

Op. cit. MARTINEZ HERNANDEZ J. “Epidemiología básica”. p: 53.

²³⁷ Op. cit. GÁLVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p: 1098

²³⁸ Decisión 1400/97/CE aprobada por el Parlamento y Consejo Europeo donde se establece un programa de acción comunitario sobre la vigilancia de la salud para: 1) medir la situación sanitaria y los determinantes de salud en Europa, 2) facilitar la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones comunitarios, 3) apoyar sus políticas nacionales.

Ibidem. p: 1093-1102.

- Condiciones de vida y trabajo: empleo/desempleo, medio de trabajo, condiciones de vivienda, actividades domésticas y de ocio, transportes y medio ambiente exterior.
- Protección de la salud: fuentes de financiación, costes/gastos, infraestructura/personal, consumo/utilización, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Factores demográficos y sociales: edad, sexo y estado civil, residencia, educación, ingresos y seguridad social²³⁹.

Estos dos esquemas que se han descrito se complementan porque ambos introducen los factores socio-económicos como indicadores del estado de salud de los individuos y, por tanto, como base de las posibles desigualdades que se dan en el ámbito sanitario. Pero en el esquema europeo sólo se tienen en cuenta los factores demográficos²⁴⁰, realizando así un estudio más exhaustivo de las diferencias entre las distintas naciones, territorios o regiones de los estados miembros que también pueden llegar a producir divergencias en la calidad de vida y en la salud; en cambio, es a nivel mundial donde toma relevancia la política sanitaria y se introduce como indicador, ya que determinados mandatos legislativos favorecen o desatienden a los colectivos más desfavorecidos en la esfera sanitaria, y dan lugar a unas diferencias muy importantes en el estado de salud a nivel mundial.

2.3.1) Indicadores Sanitarios de Género

Hasta hace poco tiempo relativamente las mujeres han sido “invisibles” a la atención sanitaria, a los procedimientos diagnósticos e incluso a los tratamientos como se publicó en la revista *The New England Journal of Medicine*, donde se denominó a

²³⁹ Ibídem, p: 1098.

²⁴⁰ Las características demográficas de una población van a tener una repercusión sobre la salud de la misma ya que se producen unos cambios tanto en la estructura como en la distribución de las poblaciones humanas. Igualmente los problemas de salud y los efectos o consecuencias de los mismos se van a ver reflejados sobre la demografía, que es la ciencia encargada de estudiar las características de una población (en cuanto al número, composición y evolución) en un momento dado (demografía estática) o a lo largo del tiempo (demografía dinámica). Los parámetros que más fácilmente se analizan dentro de los factores demográficos son: natalidad, mortalidad, crecimiento natural de la población (natalidad – mortalidad+ inmigración – emigración), esperanza de vida.

Ver capítulo entero de Demografía y salud en MARTINEZ HERNANDEZ J. Nociones de Salud Pública. Madrid. Díaz de Santos. 2003. p: 29-36.

este fenómeno como el “síndrome de Yentl”. De esta manera, los problemas de salud de las mujeres se reducen exclusivamente a problemas socioculturales, psicológicos y reproductivos, ocultando así las afecciones o necesidades de salud en base a su fisiología, su condición y su entorno²⁴¹.

La investigación de la ciencia biomédica se ha centrado tradicionalmente en la observación y análisis del ser humano, sin distinguir entre varón o mujer, basándose en una visión androcéntrica²⁴² ya que al estudiar al ser humano *varón* ya se daba por estudiado al ser humano *hembra*. Actualmente, esta visión ha sido modificada tras las aportaciones de las investigaciones realizadas por la ciencia de la sociología y el feminismo, pero también por estudios que han demostrado que las condiciones de vida y de trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, así como la violencia de género influyen de forma importante en el proceso de enfermar de las mujeres y hay que tenerlo en cuenta al analizar la situación de salud y bienestar de este colectivo.

Hasta este momento sólo encontramos algunos ejemplos que recogen un tratamiento de salud específico para las patologías propias de la mujer, como es la menopausia o el cáncer de cuello uterino. Este hecho sólo refleja la diferencia en salud de la mujer en base a su sexo biológico sin que se pretenda abordar de forma global e integral la atención de la salud de las mismas, llegándose a plantear solamente programas sanitarios dirigidos a atender las necesidades sanitarias específicas que presenta el sexo femenino en función de su condición genética, sus órganos genitales y/o su papel reproductor.

Los numerosos impulsos feministas que se suceden en el siglo XX, son los que propician investigaciones sobre la morbilidad femenina diferencial, que hasta ese momento era imperceptible desde un punto de vista clínico.

²⁴¹ VALLS LLOBET C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Rev. Quark. 2003; 27: 41, 47

²⁴² Según el diccionario de la Real Academia. Español, el androcentrismo es la visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino.

Por ello, esta filosofía de pensamiento considera al hombre como el centro del universo y como la medida de todas las cosas. Esta concepción de la realidad conlleva a la invisibilidad de las mujeres y de su mundo, a la negación de una mirada femenina y la ocultación de las aportaciones realizadas por las mujeres, siendo sólo válida la mirada masculina.

Como apunta la Dra Valls, esta invisibilidad de la mujer se produce porque se pensaba que los problemas de las mujeres eran iguales que los de los hombres y por ello se podrían extrapolar²⁴³, llegando incluso a la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos o estudios; pero también porque las mujeres eran consideradas como seres diferentes para la ciencia biomédica y contempladas como “no-hombre”, confundándose dos términos importantes: sexo y género²⁴⁴.

A menudo se han utilizado estos dos conceptos indistintamente, llegando a producir equivocaciones en las denominaciones y usos de los mismos. Esto es debido a que los dos términos se relacionan con la salud de forma simultánea, ya que los individuos no viven siendo de un “sexo” o de un “género”, sino de ambos de la vez.

Como señalan las investigadoras Borrell y Artazcoz, “ las diferencias de sexo y género determinan diferencias en los determinantes de salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres”²⁴⁵. Por ello, se hace necesaria una definición clara y concisa de ambos términos que eviten la variabilidad personal en la interpretación.

De manera somera, ya que se ampliará este punto en apartados posteriores, el término sexo hace referencia a la estructura cromosómica en el momento de la concepción, dando lugar a las características biológicas del ser humano. Con esta definición se alude al concepto de sexo biológico determinado por características genéticas, físicas, anatómicas y fisiológicas de los hombres y de las mujeres. Es decir, es el carácter orgánico que determina la categoría biológica de todo ser humano, hombre o mujer. En cambio, el concepto de “género” tiene un significado distinto porque se describe como aquello que la sociedad y la cultura piensan de las

²⁴³ Op. cit. VALLS LLOBET C. “Aspectos biológicos y clínicos...”. p: 45.

²⁴⁴ *Ibidem*, p: 44-48.

²⁴⁵ BORRELL C Y ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2008; 82 (3): 245

características biológicas diferentes²⁴⁶. Así, este término hace referencia a la gama de roles, relaciones, características de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia socialmente construida que la sociedad asigna a cada uno de los sexos de manera diferenciada²⁴⁷. Por tanto, podemos afirmar que el género es una identidad adquirida y aprendida que varía en función de la cultura y que está íntimamente ligada al sexo, es decir, es una categoría social con atribución cultural que expresa el conjunto de rasgos y características que definen lo masculino y lo femenino. Este concepto de género es tratado como un factor condicionante del nivel de salud debido a la adopción de unos estereotipos o roles que influyen en el estado de bienestar de hombres y mujeres, por ejemplo las mujeres en muchas culturas asumen un papel no productivo con el cuidado de los miembros de su familia, lo que supone un riesgo para su propia salud²⁴⁸.

Este marco conceptual incluye el análisis de género como una herramienta para identificar, analizar y explicar la existencia de las desigualdades de género en salud, que antes eran tratadas como diferencias, y que se reflejan en: distintos riesgos y vulnerabilidad a la enfermedad, diferente situación de salud, desigual acceso a medidas preventivas y curativas, distinta carga de enfermedad y salud, y diferente calidad de la atención como se recoge en las “Directrices para el análisis de Género y Salud”²⁴⁹.

Este argumento fue utilizado por la Dra. Valls en la IV Conferencia de Pekín en 1995, donde recalco la influencia que tienen los problemas de género y los estereotipos en la salud de las mujeres, señalando como problemas de género los siguientes: la violencia de género, el papel de cuidadora informal que asume la mujer, la mayor demanda de asistencia sanitaria y mayor atención a la sintomatología que presenta, el escaso “empoderamiento”²⁵⁰ de las mismas (bajos niveles de ocupación, de renta, de recursos y de trabajo), la paradoja entre la muerte y la vida (mayor esperanza de vida

²⁴⁶ Op. cit. VALLS LLOBET C. “Aspectos biológicos y clínicos...”. p: 46.

²⁴⁷ MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. *RevistaSalud.com*. [online]. 2008; 4 (13).

²⁴⁸ Op. cit. GARCIA SUSO A. “Conceptos básicos”. p: 151.

²⁴⁹ Op. cit. MERCADO CARMONA C. “Equidad e igualdad de género”. [online].

²⁵⁰ En la IV Conferencia de la Mujer celebrada en Pekín se consolida el término empowerment o empoderamiento, que consiste en potenciar la participación de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres en la vida económica y política, así como en la toma de decisiones a todos los niveles.

de las mujeres, pero con mayor tasa de enfermedad y discapacidad) y la falta de índices o indicadores propios de género en las encuestas de población.

A principios de los años 90 los gobiernos tomaron conciencia de la importancia de realizar análisis con enfoque de género en el desarrollo de sus políticas y normativas. Estos cambios estaban motivados por los discursos feministas que intentaban transformar la realidad social mediante una expansión de los derechos de la mujer, con el fin construir una identidad propia bajo una realidad emancipatoria que englobara todos los ámbitos de la sociedad. De esta manera, se lograría que la mujer tuviera una mayor visibilidad, se integrara y participara en la toma de decisiones pasando del ámbito privado al público y convirtiendo lo personal en político mediante la aplicación de normativas y políticas públicas.

En el campo sanitario también se hace necesario contar con un sistema de indicadores de género que estudien la situación de salud de ambos sexos, y realicen un seguimiento de los cambios en la situación de las mujeres respecto de los hombres, para trasladar esos resultados a la planificación y aplicación de las políticas y programas sanitarios.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se plasmó la idea de desarrollar estadísticas de género, fijándose unos objetivos estratégicos²⁵¹ en este sentido, con el fin de poder medir determinadas variables que afectaran a la mujer en

²⁵¹ Los objetivos que se fijaron en la Conferencia de Pekín que hacen referencia al desarrollo de las estadísticas de género son:

- A.4: “Reunir datos desglosados por sexo y edad sobre la pobreza y todos los aspectos de la actividad económica”, “Elaborar medios estadísticos apropiados para reconocer y hacer visible, en toda su extensión, el trabajo de la mujer y sus contribuciones a la economía nacional, incluso en el sector no remunerado y en el hogar”.
- F.1: “Medir y comprender mejor el tipo, el alcance y la distribución del trabajo no remunerado, particularmente el trabajo de cuidado de los familiares a cargo y el trabajo no remunerado para las empresas o explotaciones agrícolas familiares”.
- G.1: “Reunir y difundir de forma regular datos cuantitativos y cualitativos sobre las mujeres y los hombres en todos los niveles de toma de decisiones del sector público y privado”.
- H.1: “Proporcionar la capacitación para el diseño y el análisis de datos según una perspectiva de género”.
- H.3: “Preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo”.

RUIZ CANTERO MT. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. Informe final. Universidad de Alicante. Ministerio de igualdad. p: 6-7

los diversos campos de estudio: trabajo no remunerado, cuidado de personas a su cargo, trabajo agrícola, etc. El fin último que se pretende con esta información desagregada por género en el campo sanitario es difundir estos datos e implantar las políticas públicas necesarias para paliar las desigualdades sanitarias existentes. Por ello, como destaca el “Informe de Beijing” es necesario: “Fortalecer el sistema de recolección y procesamiento de datos estadísticos desagregados por sexo y adoptar indicadores de género que contribuyan al diagnóstico de la situación de las mujeres y a la implementación de políticas públicas”²⁵².

Todo este planteamiento viene apoyado e incentivado por una resolución de la OMS del 2007²⁵³ que insta a los Estados miembros a que incluyan el análisis de cuestiones de género en las actividades de planificación, en la formulación de estrategias nacionales para incorporar la perspectiva de género en las políticas, programas e investigaciones de salud (con sensibilidad en materia de mujer y salud) y para que velen por unas condiciones equitativas en cuanto al género en todos los niveles de atención sanitaria.

Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporo un objetivo estratégico en este sentido mediante su Unidad de Género y Salud: “el estudio de las inequidades de género en materia de salud y desarrollo”²⁵⁴.

En España no existe una normativa que se ajuste plenamente a la resolución de la OMS. Nuestra legislación solo obliga a las Administraciones Sanitarias y Servicios de Salud a formular, a obtener y tratar de forma desagregada por sexo, que no por género, los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas y otros sistemas de información médica y sanitaria²⁵⁵. Debido a ello, en nuestro país no contamos con una

²⁵² *Ibíd*em, p:7

²⁵³ Resolución WHA 60.254 de la OMS de fecha de 23 de mayo 2007.

www.who.int

²⁵⁴ Op. cit. MERCADO CARMONA C. “Equidad e igualdad de género”. [online].

²⁵⁵ Art. 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que hace referencia a la Integración del principio de igualdad en la política de salud: “1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. 2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros. 3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios

fuentes de información suficiente que nos permita conocer los datos desagregados por género. La obtención y procesamiento de los mismos se realiza mediante las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que reflejan sólo una pequeña parte de los determinantes de salud. La información que aportan estas encuestas resulta insuficiente para explicar la influencia de los principales problemas de salud de las mujeres, aunque sí nos permiten conocer la situación actual de la población en su conjunto, observar los cambios o la evolución que sufren los determinantes de salud en tiempo y naturaleza²⁵⁶.

A pesar de manejar bastantes datos con estas encuestas, no nos proporcionan la información necesaria para conocer las diferencias entre hombres y mujeres desagregadas por sexo que pudieran hacer visibles las desigualdades en salud por género, con la finalidad de atender de manera específica los problemas de salud de unos y otros. Por ello, las necesidades de salud de las mujeres se reducen problemas socioculturales, psicológicos o reproductivos como destaca la Dra. Valls²⁵⁷.

2. 4) Desigualdades en Salud

El concepto “desigualdad” refleja una diferencia o una desproporción social, económica y/o política en la que se encuentran unas personas frente a otras. Este concepto ha ido evolucionando en el tiempo y se ha utilizado tanto para nombrar una injusticia como para denotar una diferencia. Hay autores que conjugan ambos usos y

de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones: a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación. b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales. c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo. d) La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género. e) La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud. f) La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria”.

²⁵⁶ BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM Y VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac. Sanit. 2004; 18 (1): 2

²⁵⁷ Op. cit VALLS LLOBET C. “Aspectos biológicos y clínicos...”. p:48

utilizan el término desigualdad cuando designan las diferencias existentes que se dan en una situación determinada, pero bajo la perspectiva de la justicia/injusticia²⁵⁸.

Si se aplica este concepto al ámbito sanitario, se puede hablar de “desigualdad en salud” cuando se hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas debido a su clase social, al género, al territorio o etnia. Estos factores son los causantes de una peor salud de los colectivos más desfavorecidos de la población²⁵⁹. Por ello, la OMS entiende por “desigualdad”: “las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas”²⁶⁰.

Pero se ha de diferenciar, en el campo de la salud, entre dos términos: desigualdad e inequidad, porque aunque son conceptos similares en su significado, son distintos en su trascendencia.

Hay investigadores, que forman parte de la CSDH (Comisión de los Determinantes de Salud) de la OMS, que definen el concepto de desigualdad (inequality) como las diferencias o variaciones en salud que están determinadas biológicamente. En cambio, el concepto inequidad (inequity) lo utilizan para hacer visible las diferencias evitables e innecesarias que se dan en la salud y que son injustas e intolerables aportando una visión moral y ética al concepto²⁶¹⁻²⁶² e incluso jurídica.

En contraposición al concepto de “inequity” tenemos el término “equidad en salud” que está muy relacionado con los derechos humanos y con la justicia social²⁶³,

²⁵⁸ Op. cit. GLÁVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p.1094

²⁵⁹ Op. cit. BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. “La salud pública desde la perspectiva...”. p: 2.

²⁶⁰ Op. cit. GLÁVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p:1094

²⁶¹ WHITEHEAD M, DAHLGREN G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. OMS. Copenhague. 2006. Part 1. p: 2,4

²⁶² Op. cit. GLÁVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p:1094

²⁶³ GWATKIN R. Health inequities and health of the poor: What do we know? What can we do? Bulletin of the World Health Organization. 2000;78 (1): 8

con los derechos fundamentales de normativa interna y con los principios rectores de las políticas sociales²⁶⁴.

Siguiendo la Declaración de la OMS, que se recoge en su constitución oficial, esta organización se marca como objetivo que: "los más altos estándares de salud deben estar dentro del alcance de todos, sin distinción de raza, religión, creencias políticas, económicas o condición social" y, en base a ello, se propuso como fin alcanzar la Salud para Todos en el año 2000 (SpT2000). Siguiendo este planteamiento, la Oficina Regional para Europa se marco como objetivo fundamental la igualdad en materia de salud, recogiendo las líneas de actuación para conseguir dicho propósito, como por ejemplo: mejora de las condiciones de vida y trabajo, de los estilos de vida y del acceso a los servicios de alta calidad, garantía de la participación ciudadana en todos los ámbitos en los que tomen decisiones relacionadas con la salud y mayor desarrollo de estudios de investigación que evalúen el impacto en materia de salud²⁶⁵. Por tanto, a nivel internacional se reitera que la equidad en salud implica que todos los ciudadanos/as deben tener la misma posibilidad de alcanzar el mayor bienestar y salud posible sin menos cabo de su posición o circunstancia social. Para ello, se desarrollan unas medidas o estrategias que favorezcan esta equidad social en salud, ya que esta característica de los sistemas sanitarios se va a ver condicionada por la influencia de los factores sociales como ya se ha mencionado.

Estas pautas o medias a seguir van orientadas: a la creación de oportunidades y la eliminación de los obstáculos en la consecución de dicho objetivo, a la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, y al igual acceso a las oportunidades y apoyo ofrecido a las personas en caso de enfermedad²⁶⁶.

Las desigualdades en salud han sido y siguen siendo un tema importante sobre el que se está investigando ampliamente, como reflejan las numerosas publicaciones

²⁶⁴ Constitución Española de 1978.

²⁶⁵ MARSET CAMPOS P, SAEZ GOMEZ JM, SANCHEZ MORENO A. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: MARTÍNEZ NAVARRRO JF, ANTÓ BOQUÉ JM, CASTELLANOS PL, GILI MINER M, MARSET CAMPOS P, NAVARRO LOPEZ V. Salud Pública. Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1998. p: 822.

²⁶⁶ Op. cit. WHITEHEAD M, DAHLGREN G. "Concepts and principles...". p: 5.

científicas europeas sobre epidemiología y ciencias sanitarias que se vienen realizando. Las conclusiones de dichos estudios muestran la marcada relación de la salud con el nivel socioeconómico de las personas y con el género, determinándose que cuanto más baja es la clase social peor estado de salud presentan esas personas. Pero este hecho no sólo se constata en países subdesarrollados, sino que, también se produce en las naciones o estados del primer mundo cuyas sociedades se caracterizan por ser más ricas, avanzadas y desarrolladas²⁶⁷⁻²⁶⁸, ya que las desigualdades en salud se ven afectadas por las inequidades, es decir, por aquellas diferencias que son evitables e injustas. En estas sociedades modernas en las que prima la posición social sobre cualquier otra condición, se observa que en la medida que descendemos en dicha escala, tanto en el nivel de riqueza como en el de la educación, disminuye también la salud de las personas y los recursos disponibles para ello, ya que a menores ingresos, mayor exposición a factores que se manifiestan en un peor estado de salud y un aumento de la morbilidad. Pero además, se puede dar también la llamada “ley inversa de atención sanitaria” que a mayores necesidades de salud de las personas más desfavorecidas, menor y peor atención sanitaria, debido a que las personas con mejor posición social se benefician antes y en mayor proporción de todas las intervenciones y acciones sanitarias y sociales que se dirijan a mejorar o aumentar el nivel de salud de una población²⁶⁹.

Estas inequidades en salud, que se han citado anteriormente, tienen tres rasgos distintivos:

1. No se producen al azar, sino que siguen un patrón que se ajusta a la condición socioeconómica de las personas.
2. No están determinadas solamente por la biología humana, como en el caso de las desigualdades, sino también por procesos sociales. Incluso las conductas o los estilos de vida de los distintos grupos socioeconómicos van estar muy influenciados por factores estructurales y no por elecciones personales y

²⁶⁷ Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Rev. Salud 2.000. p. 13

²⁶⁸ BENACH J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta sanitaria.1997; 11 (6): 255-256.

²⁶⁹ BENACH J, VEGARA M y MUNTANER C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. 2008;103: 32-33

libres, ya que existen condiciones que las determina el entorno o ambiente social en el que se desenvuelve la persona.

3. Son injustas porque, como reconoce la OMS, todas las personas deben tener el mismo derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud en sociedad, y por tanto, violan el derecho de equidad en salud²⁷⁰.

Debido a ello, se deben valorar que factores determinantes de la salud provocan las desigualdades sanitarias innecesarias, evitables e injustas.

Hay autores, como Stronks y Gunning Shepers, que establecen tres grupos o apartados de inequidades en base a la libertad que la persona tiene para decidir o escoger las condiciones de vida que van a influir en su salud. Estos grupos son:

- *Desigualdades aceptables*: cuando las diferencias son fruto de una elección personal, ej: intervención de cambio de sexo.
- *Desigualdades inevitables*: aquellas que no se pueden evitar y tampoco son consecuencia de una elección individual, ej: la persona no elige los cromosomas que determinan su sexo biológico en el momento de la concepción.
- *Inequidades*: cuando los determinantes de las desigualdades en salud son evitables y no son fruto de una elección particular del individuo. Por tanto, pueden ser unas diferencias innecesarias, evitables, injustas e intolerables²⁷¹.

Se ha de tener en cuenta que existe una interrelación entre los factores socioeconómicos y las desigualdades en salud que no siempre van vinculadas a una elección libre y personal, como ya se ha mencionado. Hay variables que se presentan asociadas a los recursos económicos, al medio social donde las personas viven y trabajan, etc. que favorecen una situación de salud precaria. Y además de todo lo descrito anteriormente, a estas diferencias hay que sumarle las inequidades de género en relación con la salud.

²⁷⁰ Op. cit. WHITEHEAD M, DAHLGREN G. “Concepts and principles...”. p: 2 - 4.

²⁷¹ Op. cit. GÁLVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p.1094

Siguiendo el esquema del programa de “Mujer, Salud y Desarrollo” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las inequidades sanitarias de género se clasifican en tres grupos diferentes, recogiendo todos los desajustes que se producen en la salud de las mujeres:

1. Diferencias entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud.

Este primer grupo de inequidades hace referencia al estado de salud y sus determinantes. Se señalan los diferentes riesgos de salud que se producen en las mujeres, derivados en parte de su función reproductiva, y se apuntan los aspectos que condicionan las peores oportunidades que poseen las mujeres de gozar de buena salud como: son el menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos.

2. Diferenciación entre las necesidades de salud y el acceso a los recursos.

En este apartado se hace referencia a las diferentes necesidades de salud que presentan las mujeres ocasionadas en base a su papel productivo y/o reproductivo y a las menores oportunidades de acceder a los recursos materiales necesarios para satisfacer sus demandas sanitarias.

3. Diferenciación entre las responsabilidades y el poder en el trabajo de salud.

Tenemos que tener en cuenta que las mujeres son el colectivo de trabajadores más numeroso con y sin remuneración, pero que se encuentran en los puestos laborales de inferior categoría, limitando así su poder y capacidad de influencia en la toma de decisiones y en la política de salud, siendo ambos factores importantes para el cambio²⁷².

2.4.1) Indicadores Sociales de las Desigualdades en Salud (Inequidades)

Como se recoge en los párrafos anteriores, las desigualdades en salud entre los distintos colectivos de una población están determinadas, en su gran mayoría, por factores sociales como el nivel de ingresos, el nivel de vida, etc. y estos condicionantes,

²⁷² Equidad de género. El programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS

a su vez, van a estar influenciados por sistemas de género. El estudio de estos indicadores dentro de la estructura social es imprescindible para abordar el tema de las desigualdades en salud, y tiene mucha importancia en el ámbito socio-sanitario porque es imprescindible conocer cual es la actitud y comportamiento de las personas en relación a su salud, y cuales son los factores que influyen en la toman de decisiones que afectan a su bienestar, con el fin de identificar las causas de morbi-mortalidad y proponer las medidas necesarias para corregir las desviaciones en los comportamientos, actitudes y hábitos en el cuidado de su salud y dentro del marco social en el que se desenvuelve cada persona. Pero no debemos olvidar la idiosincrasia de cada ser humano y en especial al colectivo de mujeres por estar sometidas a sistemas de poder, de relación, de valores y de estereotipos distintos que los varones.

Existen varios modelos conceptuales que intentan explicar los determinantes sociales que provocan estas desigualdades. Uno de ellos fue elaborado por la OMS a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, en 2007. Siguiendo este modelo diferenciamos tres importantes factores del sistema social. Los dos primeros se fundamentan en una organización social que favorece estas inequidades, y el último grupo, denominado “determinantes intermedios”, relaciona algunas variables socioeconómicas con otros factores individuales, como muestra la figura 3. Estos factores sociales que describe la CSDH son:

1. El contexto socioeconómico y político.

Aunque este factor estructural no está directamente relacionado con la presencia de desigualdades en salud, si se puede afirmar que en las sociedades que potencian un estado de bienestar mediante políticas públicas se acorta la diferencia, presentándose mejores resultados y menores desigualdades de salud entre la población, ya que este factor modifica la estructura social que propugna el sistema. Se incluyen como condicionantes estructurales: a) el gobierno, en sentido amplio, poder, corrupción, etc. b) políticas macroeconómicas como pueden ser políticas fiscales, presupuestarias, etc. c) políticas sociales que tienen que ver con el bienestar de la población como la vivienda, el trabajo, etc. d) otras políticas publicas destinadas por ejemplo a la educación, a la atención sanitaria o la protección social. e) valores sociales y culturales.

2. Posición socioeconómica.

En este apartado también se hace referencia a factores estructurales, siguiendo los siguientes ejes: la clase social, el género y la etnia o raza. En función de estos tres parámetros y su relación podemos determinar las oportunidades que las personas tienen para el acceso a los recursos, a la salud o al poder dentro de esta organización social.

3. Los determinantes intermedios.

Estos condicionantes hacen referencia por un lado a los aspectos individuales y personales de cada sujeto, describiendo los distintos factores físicos, psíquicos y conductuales que van a tener un impacto sobre el estado de bienestar; pero sin olvidar que los factores estructurales, anteriormente descrito, van a tener una repercusión sobre estos factores intermedios dando lugar a las desigualdades en salud.

Por otra parte, se atiende a las características del propio sistema sanitario, en función de las cuales se podrá dar una situación de desigualdad sanitaria entre los distintos colectivos, comunidades o naciones²⁷³.

Existen otras tesis que reflejan la existencia de otros condicionantes predisponentes a las desigualdades sociales en salud, como son:

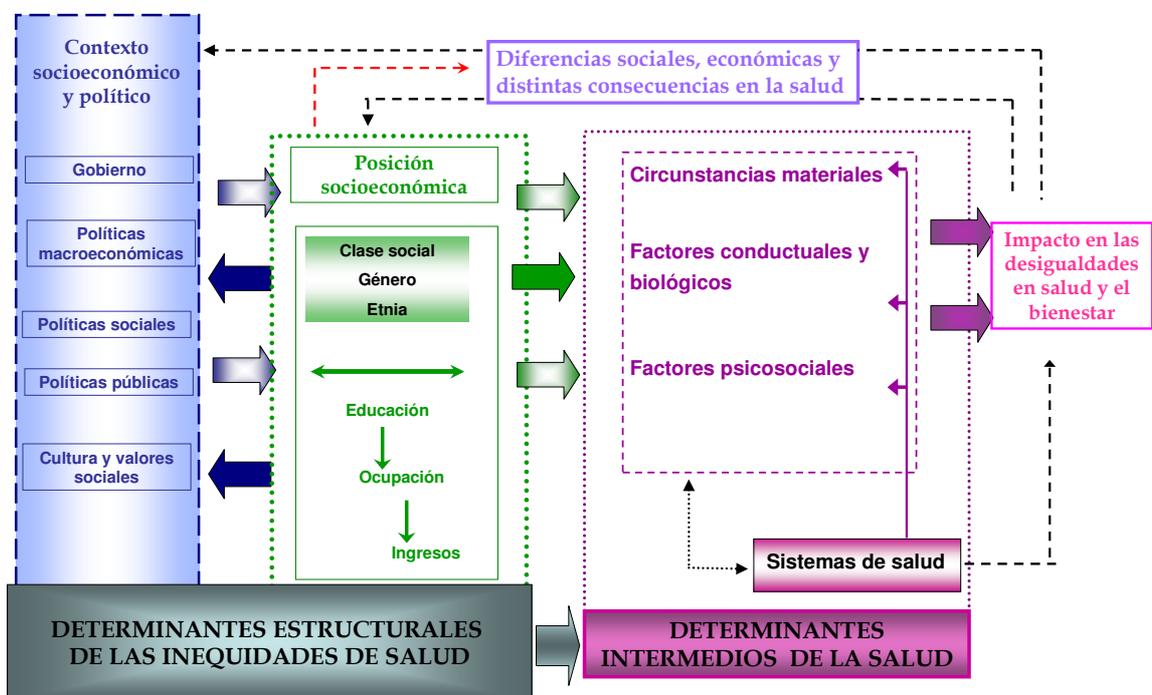
- I. La estructura de la población en cuanto a la distribución geográfica o por edades y los fenómenos migratorios.
- II. El índice de pobreza. Este factor está íntimamente relacionado con la morbilidad, dando lugar a cifras directamente proporcionales al nivel de pobreza, y al menor acceso a los recursos sanitarios, tanto preventivos como asistenciales, debido a la escasa disponibilidad de recursos para afrontar los problemas de salud y bienestar.
- III. El enfoque de género. Éste nos permite analizar las consecuencias de la discriminación de la mujer en su salud, pero también nos permite relacionar los estereotipos y roles de género socialmente aceptados, y el impacto que

²⁷³ BORRELL C Y ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008; 22 (5): 466

tienen en la salud de las mujeres frente a los hombres, como es por ejemplo los problemas de salud asociados a la doble jornada de trabajo.

- IV. Proceso de trabajo. Este factor estudia el tipo de trabajo, los riesgos laborales a los que están expuestas los trabajadores, el nivel de cualificación y los méritos que se exigen en función del puesto, y analiza la discriminación, marginación, inseguridad, etc., en el caso de las mujeres.²⁷⁴

FIGURA 3: PRINCIPALES DETERMINANTES Y MECANISMOS CAUSANTES DE DESIGUALDADES EN SALUD.



Fuente: Solar O, Irwin A²⁷⁵.

El análisis conjunto de estos dos modelos permite resaltar que las desigualdades e inequidades en salud no afectan a todas las personas por igual. Las mujeres sufren una mayor diferenciación en el nivel de bienestar ocasionado por los sistemas de género basados en la idiosincrasia de los comportamientos sociales o estereotipos de

²⁷⁴ Op. cit. GÁLVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. “Desarrollo económico y social. Desigualdad...”. p.1095

²⁷⁵ SOLAR O, IRWIN A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007. p: 33

género que afectan a los roles reproductivos y productivos, a la división sexual del trabajo doméstico y/o extradoméstico, al cuidado de familiares, al empoderamiento y a los sistemas de poder, circunstancias y condicionantes que es necesario observar y evaluar en su contexto.

Todos estos puntos que reflejan la desigualdad social en la salud de la población serán de especial relevancia tenerlos en cuenta cuando se propongan medidas para reducir las diferencias y conseguir un nivel óptimo de salud, bien mediante políticas públicas, actuaciones institucionales o intervenciones sanitarias.

2.4.2) Desigualdades de Género en Salud

Existen estudios, como el desarrollado por la Universidad de Alicante, que reflejan la variabilidad de los datos de morbilidad y mortalidad en función del sexo teniendo en cuenta factores como los referidos a la división sexual del trabajo o de las tareas, al desempeño de un rol y a la posición o identidad social de género. Estas investigaciones muestran la necesidad de contar con una información que posea sensibilidad de género, o al menos esté desagregada por sexo, para conocer la situación real, comprender y paliar las situaciones de desigualdad en salud y orientar la política nacional hacia la igualdad social, cultural y económica²⁷⁶.

A nivel nacional, los estudios que analizan la morbi-mortalidad en España se realizan a través de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), que muestra datos muy reveladores e importantes de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, aunque no aportan datos suficientes para el análisis y estudio de la variable género en salud²⁷⁷; aportando una visión parcial de la situación de salud que viven las mujeres. Las necesidades o problemas sanitarios en la población femenina están muy relacionados con otros factores, como se ha recogido anterior, y aunque en las estadísticas nacionales se realiza una descripción de los mismos, no se vincula esta realidad a la situación de desigualdad en el ámbito de la salud.

²⁷⁶ Op. cit. RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes...”. p : 6, 67-76, 77-78

²⁷⁷ Mujeres y hombres en España 2011. Publicación del Instituto Nacional de Estadísticas y el Instituto de la Mujer.
<http://www.ine.es>

A nivel de Castilla y León específicamente, la última estadística sanitaria realizada, en el 2009, también refleja datos de morbi-mortalidad desagregados por sexo para el estudio de las principales causas de muerte, de consumo de drogas y alcohol, accidentes de tráfico y suicidios. También, en algún campo de estudio, como la interrupción voluntaria del embarazo, se correlacionan otras variables como la edad, el nivel de estudios y el estado civil²⁷⁸; pero estas estadísticas resultan insuficientes para vincular la variable género con el proceso diferencial de enfermar entre mujeres y hombres y, además, carecen de un análisis del nivel de salud de la población extranjera y como la constante género afecta a la situación sanitaria que vive este colectivo.

2.4.2.1) Concepto de Género

Los términos “desigualdades de género” y “enfoque de género” en salud son conceptos relativamente recientes que provocan un debate social por las connotaciones displicentes que se les asignan.

El concepto “de género” se define como “un constructo social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y a los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer»”²⁷⁹. Es decir, es la construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

Además, el uso de este concepto requiere la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de las mujeres y hombres, descrito como “feminidad” y “masculinidad”²⁸⁰.

Según algunos autores especialistas en este tema, “género” se define como todas las características no biológicas asignadas a hombres y mujeres, es decir, son las cualidades, los roles, las creencias que no están en la persona por su sexo, sino que se

²⁷⁸ La mujer en Castilla y León. Datos Básicos 2009. Publicación de la Junta de Castilla y León.
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1131978004123/ / />

²⁷⁹ Op. cit .BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM Y VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. “La salud pública desde la perspectiva...”. p.3

²⁸⁰ Equidad de género. El programa “Mujer, salud y desarrollo”. OPS.

asocian a la persona por lo que piensa y cree en la sociedad donde nace. Por tanto, es una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social. Debido a ello, la diferencia de género no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente y, por ello, el género no se puede equipar a sexo.

De manera genérica, el término de género es un concepto relacional porque estudia las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres y el impacto que estas desigualdades tienen sobre la vida de las personas y, en particular, sobre la salud.

Estas relaciones de poder dispares también van a ser visibles en la población inmigrante ya que provienen, en la mayoría de los casos, de una cultura androcéntrica que provoca unos comportamientos y actitudes que favorecen la aparición de desigualdades en todos los ámbitos incluido el campo sanitario.

2.4.2.2) Igualdad y Equidad de Género en Salud

En el campo sanitario el término “igualdad” no es equivalente a “equidad”. Siguiendo la Declaración de Madrid del 2001: “la igualdad de género supone la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuanto a las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios y el acceso a los servicios” y “la equidad de género significa la imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres”²⁸¹. Por tanto, la igualdad significa una distribución igual de recursos mientras que la equidad se caracteriza por una distribución diferencial de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo²⁸² siguiendo el principio de justicia distributiva. Pero además, en el ámbito de la salud la equidad no sólo debe tener en cuenta las distintas necesidades de hombres

²⁸¹ Declaración de Madrid. La equidad de género en salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. OMS.2002.

²⁸² Op. cit. Equidad de género. Programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS.

y mujeres, sino que también debe contar con el impacto diferencial que van a tener las actuaciones sanitarias sobre el estado de bienestar y salud de mujeres y hombres²⁸³.

Esta diferenciación conceptual también se recoge de manera implícita en la normativa vigente. El derecho a una protección de la salud en igualdad implica no sólo una igualdad efectiva en el acceso a la asistencia y prestaciones sanitarias como recoge el art.3.2 de la LGS 14/86, sino que va más allá con el reconocimiento de la existencia de unas necesidades de salud diferentes entre hombres y mujeres, que es imprescindible identificarlas para poder resolverlas y evitar así las desigualdades en salud que ocasionan; mejorando la eficacia y efectividad del SNS como se recoge en el artículo 2a) de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁸⁴.

Por tanto, y como señalan algunos autores, el sistema de salud debe adoptar acciones diferentes, “acciones afirmativas”, para pasar de la igualdad a la equidad, atendiendo a las necesidades diversas de la población, y por tanto del colectivo de inmigrantes, y actuar en consecuencia para evitar que las desigualdades en salud se incrementen, llegando hablar en términos de “equidad de género en salud”.

Este nuevo concepto es definido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como: “la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres”, es decir, “que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables”²⁸⁵. Conceptos que no hacen diferencias entre la población aborigen y la foránea.

²⁸³ COLOMER REVUELTA C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. 2007; 18 (2): 92.

²⁸⁴ El artículo 2a) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS establece como principios: “La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”. Este artículo fue modificado y redactado según Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

²⁸⁵ Equidad de género. Programa “Mujer, Salud y Desarrollo”. OPS.

2.4.2.3) Perspectiva o Enfoque de Género en Salud

En la actualidad, el concepto de “perspectiva de género” o “enfoque de género” intenta explicar y comprender los diferentes planteamientos personales y sociales existentes entre las dos categorías anteriormente citadas.

En el ámbito sanitario, esta perspectiva es una herramienta para identificar y explicar la existencia de las diferencias de género en salud y sus consecuencias como una manifestación de las desigualdades de género en salud²⁸⁶.

La integración del enfoque de género en la acción sanitaria se está llevando a cabo de forma paulatina gracias a la investigación científica. Ésta ha demostrado la existencia de unas desigualdades en salud (diferencias injustas) entre mujeres y hombres basadas en el diferente reparto de los roles sociales y de poder entre ambos. También, estos estudios han puesto de relieve un peor estado de salud percibida de las mujeres con una peor calidad de vida y una mayor demanda de servicios sanitarios. Por ello, el enfoque de análisis de estas desigualdades debe evitar la perspectiva individual y androcéntrica basada en una idea genérica de salud, y debe prestar atención a los diferentes aspectos que atañen a las mujeres como son: las condiciones laborales del trabajo remunerado, del trabajo doméstico y la doble jornada, la violencia de género y sus efectos, y las consecuencias o efectos negativos que el papel de cuidadora informal tiene sobre la salud de estas mujeres.

Desde el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), también se señala que “las mujeres tienen, además de los problemas y necesidades de salud específicas, una perspectiva del proceso de salud y enfermedad diferente a la de los hombres. Mientras para ellas es una concepción global, cercana a la de la Organización Mundial de la Salud, que la diferencia de la ausencia de enfermedad, la relaciona con la energía, el equilibrio y el bienestar e integra los diferentes elementos vitales como un continuo, enlazando salud, familia, consumo, calidad de vida, medio ambiente (...), ellos poseen

²⁸⁶ Op. cit MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. [online].

una visión fragmentada de los diferentes factores y tendiendo a aislarlos, diferenciarlos y explicarlos de forma individual”²⁸⁷.

Todos estos aspectos diferenciales sobre los problemas de salud, la perspectiva del proceso de enfermedad, las consecuencias de las enfermedades, ect, entre hombres y mujeres también adquieren mayor relevancia en la población inmigrante, siendo necesario aplicar el enfoque de género para entender las necesidades propias de salud de las mujeres foráneas que están inmersas en un contexto socioeconómico específico.

Así, la diferente situación de salud de las mujeres respecto a los varones puede explicarse siguiendo el planteamiento de algunos expertos, en parte, por los distintos riesgos y vulnerabilidades que existen entre ambos, y que vienen determinados por:

- *Los roles* que asume cada uno y que originan diferentes comportamientos y actitudes.
- *Los estereotipos de género*. Las personas aprenden lo que se espera de ellas, y con el contexto social inmediato se define lo que es posible y deseable hacer como miembros de cada sexo. Y son estas imágenes estereotipadas de ambos sexos serán las que marquen luego los comportamientos.
- *Los estilos de vida y prácticas preventivas* distintos entre ambos.
- *Las condiciones estructurales* en el que estos roles se desarrollan.

Pero además, estas diferencias en salud están ocasionadas por diversos factores de género como recogen distintos estudios:

1. Las mujeres y los hombres contribuyen de forma diferente y desigual a la sociedad y existe un diferente y desigual acceso a los recursos y su control.
2. Los roles de género que han sido contruidos y aceptados socialmente sobre los conceptos de masculinidad y feminidad.
3. El diferente modo de interrelación de las mujeres y los hombres para compartir responsabilidades en la vida social y familiar.

²⁸⁷ Observatorio de la Salud de las Mujeres. Estrategia de Acción 2004-2007. La salud de las mujeres. Ministerio de sanidad y Consumo. p: 3-4.

4. Los hombres tienen más poder que las mujeres en la mayoría de las esferas de toma de decisiones de la sociedad²⁸⁸.

En base a esta supremacía de la ideología androcéntrica y la socialización de los roles podemos crear un marco estructural de los problemas de salud de las mujeres bajo la perspectiva de género siguiendo el modelo presentado por la Universidad de Alicante (Ver figura 4). Este modelo diferencia tres apartados importantes a tener en cuenta:

1. El estudio de los determinantes sociales, económicos y psicológicos que dan lugar a las desigualdades en salud.
2. Los problemas de salud diferenciales.
3. Las consecuencias o efectos negativos para las mujeres²⁸⁹.

En dicho modelo se distinguen primeramente las diferencias biológicas que se dan entre ambos sexos para delimitar las patologías que afectan básicamente a la esfera reproductiva, y por tanto a la mujer autóctona o foránea.

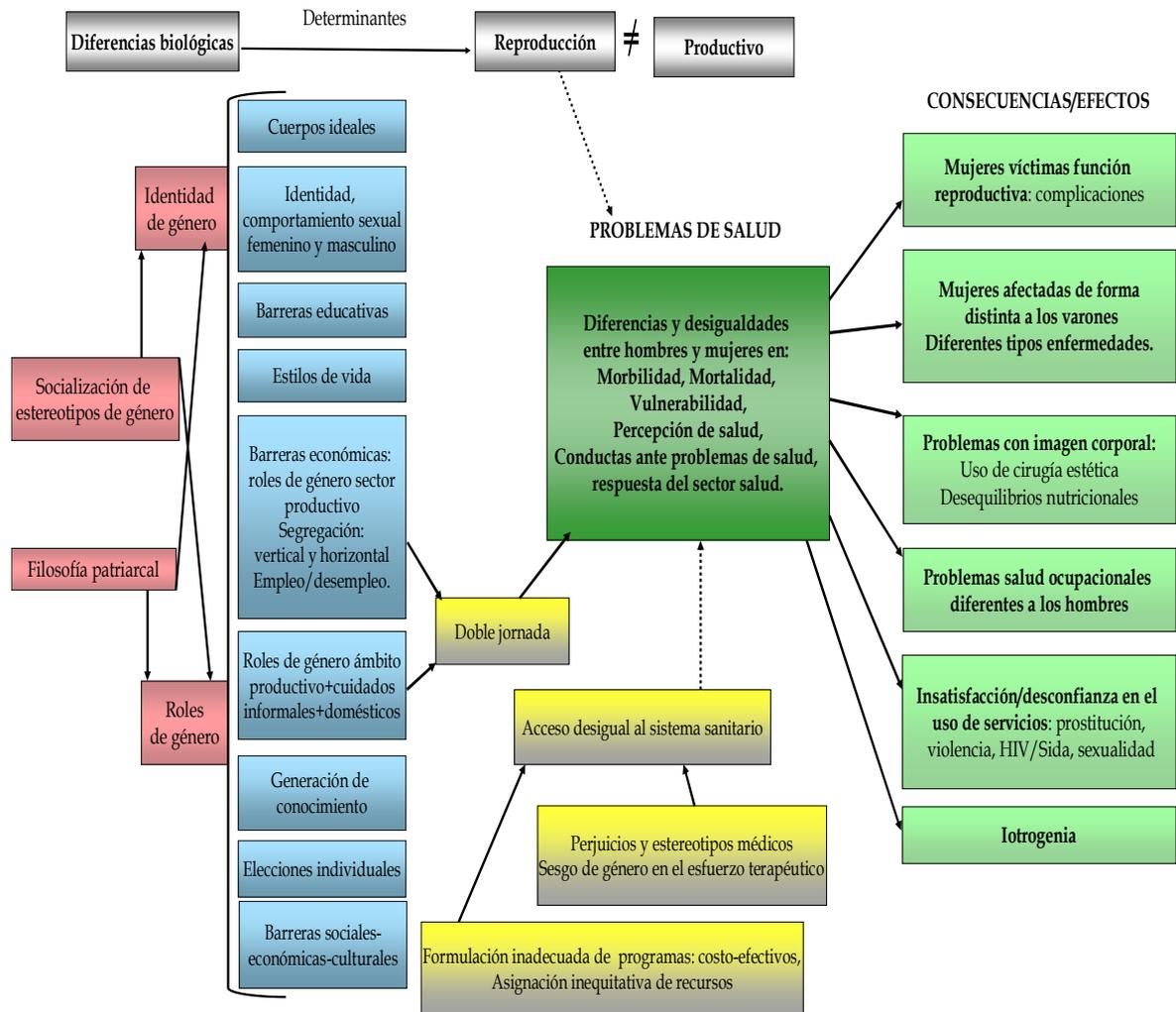
Es importante no confundir estos determinantes biológicos con los de género, debido a que no pueden considerarse en sí mismos discriminatorios porque no son situaciones evitables sino que los determina la naturaleza. En cambio, los de género sí producen exclusión porque afectan a la esfera productiva y social de las mujeres ocasionando las desigualdades en salud. Por ello, las diferencias en el bienestar, la calidad de vida y la salud de las personas estarán influenciadas por ideologías de carácter androcéntrico, patriarcal y capitalista, siendo todas ellas formas de dominación que constituyen la ideología de género²⁹⁰.

²⁸⁸ Op. cit. RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes...”. p.12

²⁸⁹ *Ibidem*, p.12

²⁹⁰ Se puede definir el concepto de “ideología de género” como el conjunto de características que definen al sujeto en su condición histórica, es decir, es el resultado de una construcción simbólica si tenemos en cuenta que el género es una representación que alude a atributos socioculturales. Definición recogida en el apartado de concepto de género.

FIGURA 4: ENFOQUE DE GÉNERO EN LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES



Fuente: RUIZ CANTERO MT.²⁹¹

Así, esta ideología dominante y la socialización de los roles de género van a influir en las identidades y estereotipos de tal manera, que provoquen la discriminación de la mujer en salud, y muy especialmente en la mujer inmigrante por todas las connotaciones sociales, culturales, laborales, económicas, etc., como refleja la figura 4, en base a:

- El valor social de la mujer como objeto de deseo masculino mediante la modelación de cuerpos ideales.
- La aceptación de un comportamiento sexual femenino y masculino.

²⁹¹ Op. cit. RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes...”. p. 13

- La existencia de barreras sociales, culturales y educativas.
- Limitaciones económicas: segregación horizontal/vertical, tasa de empleo/desempleo y doble jornada de trabajo.
- La adopción de roles en el ámbito reproductivo y en el ámbito doméstico.
- El acceso desigual al sistema sanitario: sesgo de género terapéutico²⁹².

También debemos tener en cuenta la situación de discriminación que sufre la mujer por el desigual reparto de poder en el mundo laboral. Estas diferenciaciones se producen porque a los hombres se les asigna socialmente el trabajo productivo (económico-mercantil que se realiza fuera de casa) y a las mujeres el trabajo reproductivo (dentro del ámbito del hogar) y el trabajo doméstico, que carece de valor social²⁹³. Este condicionante laboral, de trabajo productivo, reproducido o doméstico, va a ser más notable en la mujer inmigrante padeciendo así una doble discriminación por ser mujer y extranjera.

Esta visión primaria va cambiando tras la incorporación de las mujeres al mercado laboral, aunque siguen padeciendo una fuerte discriminación por:

- La segregación laboral tanto horizontal porque ocupan puestos mayoritariamente en el área servicios, como vertical porque desempeñan puestos que requieren menor cualificación y menor autoridad.
- La menor exposición a factores de riesgo, ya que son los varones los que trabajan en ocupaciones con alto riesgo de sufrir accidentes laborales.
- La mayor tasa de desempleo y de contratos precarios como los contratos de media jornada²⁹⁴.

²⁹² Se entiende por “sesgo de género”: “el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres (en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos), el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro”.

Siguiendo esta definición, se deduce que en la práctica clínica la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares cuando son distintos, o que son diferentes cuando realmente son iguales. Pero cualquiera de las dos situaciones menoscaba la salud de ambos sexos, pero especialmente la de las mujeres.

En: RUIZ CANTERO MT, VERDU DELGADO M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2004; 18 (1): 120

²⁹³ Op.cit. BORRELL C Y ARTAZCOZ L. “Las desigualdades de género en salud: retos...”. p.466-467

²⁹⁴ *Ibidem*, p.466-467

Estos son datos importantes a tener en cuenta para el análisis de los diferentes problemas de salud en función del género, ya que ocasionan efectos negativos y diferentes en la salud de las mujeres autóctonas como extranjeras, que se visualizan a través de los indicadores sanitarios de morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, percepción de salud, hábitos y conductas²⁹⁵.

2.4.3) Políticas Públicas para Reducir Desigualdades en Salud

Para reducir todas estas inequidades en salud que se han estudiado a lo largo del epígrafe anterior, se precisa de un conjunto de políticas públicas que contengan principios para disminuir esas diferencias: primeramente abordando el problema social que menoscaba el bienestar físico, psíquico y social de la población más desfavorecida (la mujer inmigrante), para posteriormente adoptar políticas sanitarias que persigan la equidad de género en salud.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud de la OMS recoge en sus conclusiones que “las inequidades sanitarias son resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los Organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles. La mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes”²⁹⁶. Y señala tres áreas fundamentales en las que se debe actuar y que inciden claramente en nuestra población de estudio:

²⁹⁵ Op. cit. RUIZ CANTERO MT. “Indicadores para medir los determinantes...” p.15-16

²⁹⁶ “Subsanar las desigualdades en una generación. ¿Cómo?”. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008. Informe Final. OMS. p.1

- I. *Mejorar las condiciones de vida* mediante:
 - Políticas de equidad desde los primeros años de vida para invertir en el desarrollo de los niños y así disminuir la incidencia de desigualdades.
 - Invertir en la creación de entornos salubres para la población sana que incluya la vivienda, la alimentación, la salud medioambiental, etc.
 - Políticas económicas y sociales que permitan prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.
 - Políticas integrales para garantizar una protección social a lo largo de toda la vida.
 - Atención de salud universal mediante sistemas sanitarios basados en los principios de equidad, prevención de enfermedad y promoción de la salud independientemente de la capacidad de pago.
- II. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos* mediante el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la evaluación de los mismos haciendo uso de la monitorización de los indicadores de los determinantes sociales.
- III. *Medición y análisis del problema y evaluación de los efectos* de las intervenciones a través de programas que detecten las desigualdades sanitarias y permitan su interpretación y análisis para la elaboración de políticas que solventen el problema²⁹⁷.

La OMS ha propuesto distintas estrategias para disminuir las desigualdades en salud. Una de ellas, “Salud para todos en el siglo XXI”, se marcó como objetivo para el año 2020 que: “las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”, obligando así a las naciones a incluir en su agenda política este hecho e instaurando políticas destinadas a tal fin²⁹⁸ para garantizar la protección de la salud de la población inmigrante, tema de nuestra investigación.

²⁹⁷ *Ibidem*, p. 1-3.

²⁹⁸ Op. cit. BORRELL C, ARTAZCOZ L. “Las políticas para disminuir las desigualdades en salud” p. 471.

También, este organismo internacional elabora a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud un esquema de acciones para abordar las desigualdades en salud provocadas por los determinantes sociales, condicionantes importantes a tener en cuenta sobre el colectivo de inmigrantes, como muestra la figura 5.

FIGURA 5: ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD



Fuente: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health²⁹⁹.

En este cuadro se representa el nivel o los niveles sobre los que se podrá promover el cambio de los determinantes estructurales (el contexto socioeconómico, el político, así como la posición socioeconómica) y los intermedios (circunstancias materiales, psicosociales, factores conductuales, biológicos y sistemas de salud), a los

²⁹⁹ Ibídem, p. 62

que hacíamos referencia en capítulos anteriores, que producen las inequidades sanitarias. Así, se establece que las estrategias para abordar estos contextos específicos previamente señalados pueden ser mediante: políticas generales que tratan de disminuir las desigualdades sociales fundamentales de manera redistributivas, y políticas intermedias que procuran proteger a los miembros de los colectivos socialmente más desfavorecidos, que presentan peores estados de bienestar porque están más expuestos a sufrir mayores riesgos para su salud.

Todo este esquema se llevará a cabo bajo la perspectiva de la equidad que debe ser un elemento integral e integrado en las políticas públicas, y que será efectivo si se realiza una mediación y seguimiento de esta equidad en salud y una evaluación de las intervenciones bajo esta premisa³⁰⁰.

Todas estas estrategias o políticas permitirán un mayor control sobre los determinantes sociales, principales causantes de las desigualdades en salud de la mujer inmigrante como ya se ha señalado, gracias a las intervenciones que en este sentido se emprendan desde las distintas administraciones públicas, con un enfoque intersectorial-que englobe salud, educación, medio ambiente, trabajo, salubridad ambiental y organizaciones comunitarias, entre otros- y participación social, encaminado todo ello a reducir la repercusión negativa de factores sociales y económicos que inciden y tiene consecuencias negativas sobre la salud de las mujeres foráneas

Además, para adoptar una política sanitaria de éxito y que aborde los determinantes sociales en salud, será necesario tener en cuenta las especificidades de los contextos nacionales y locales, de tal manera que se priorice sobre los factores más urgentes sobre los que halla que actuar para mejorar la salud de la población tanto autóctona como extranjera, y que herramientas políticas son más apropiadas para ello. Pero no se debe olvidar que las políticas sanitarias deben incluir aspectos que traten de forma específica las desigualdades de género, como son:

- La construcción social de los problemas de salud.

³⁰⁰ A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH- OMS).2007:51-52

- La toma de decisiones para proteger la salud.
- La formulación, implantación y evaluación de las políticas de salud.

Para ello, es necesario adoptar una visión o perspectiva de género que permita conocer y reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres y éstas afectan a todos los ámbitos; proporcionando así un enfoque distinto que ayude a prestar una atención sensible y adecuada a las diferentes necesidades y problemas de salud que se dan no sólo entre mujeres y hombres³⁰¹, sino también en el colectivo de inmigrantes, evitando que las desigualdades existentes se consoliden. Con ello no sólo se consigue asegurar una atención sanitaria diferenciada, sino que garantiza una prestación de calidad, una optimación de los recursos y unos resultados satisfactorios.

La incorporación de la problemática de género para reducir las desigualdades existentes en salud pasa por desarrollar políticas sanitarias que incluyan una planificación estratégica y una definición de objetivos en los planes y programas de salud orientados a la equidad de género. Además, desde la Unión Europea (UE) se insta los gobiernos de los Estados miembros a adoptar medidas políticas de igualdad entre mujeres y hombres para conseguir la equidad de género como la estrategia de “mainstreaming”, que en España se denomina ‘transversalidad’.

Este término se acuñó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en 1995, y se define como “la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas”³⁰².

En la Declaración de Madrid sobre la equidad de género en salud, se estableció como principios de esta estrategia:

³⁰¹ Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género. Informe realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona. 2004; p. 17

³⁰² Definición del Grupo de expertos del Consejo de Europa, recogida en: LOMBARDO E. El mainstreaming: la aplicación de la transversalidad en la Unión Europea. Aequalitas. 2003; 13: 6

- la promoción de la integración de los condicionantes de género, tanto en el diseño, seguimiento y análisis de las políticas, programas y proyectos, para garantizar que las mujeres y los hombres alcancen un estado de salud óptimo.
- el reconocimiento a la diversidad de necesidades entre mujeres y hombres en las políticas y planes, y las características culturales y las del país de los individuos, aportando una perspectiva más amplia porque vincula estas políticas no sólo a las personas con la nacionalidad del país sino también a la población de inmigrantes, aspecto importante a tener en cuenta en esta investigación.

Además en esta declaración se señala la importancia de la utilización del análisis de género para “examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en la exposición a los factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y cómo se crean desigualdades de acceso a las tecnologías, a la información, a los recursos y a la atención sanitaria”, fomentando así la investigación sobre temas de género y mostrando, a través de la evidencia científica, la necesidad de remodelar las políticas para introducir estrategias sensibles al género³⁰³.

De todo ello se deduce que, para adoptar todas las medidas y reformas necesarias y conseguir la equidad de género, primeramente será necesario conocer los problemas existentes en este sentido a través de la sociedad del conocimiento, ya que nos permitirá actuar sobre los elementos básicos y reconocer la existencia de esas inequidades en todos los ámbitos, pero en especial en el tema que nos ocupa: la salud de la mujer foránea. Y, a su vez, esta sociedad del conocimiento nos da la oportunidad de modificar y desarrollar las actividades propias de una sociedad moderna que tiende a la igualdad y equidad en salud.

³⁰³ Op. cit. Declaración de Madrid. “La equidad de género en la salud...”

2. 5) *Inmigración en España*

El fenómeno de la inmigración es una circunstancia que ha obligado a los países receptores de estos flujos migratorios a ajustar su estructura social para dar cabida a esta nueva realidad y respuesta a las necesidades de esta población en los diferentes ámbitos: educación, salud, trabajo, etc.

Estos movimientos migratorios no son un acontecimiento reciente, se han sucedido a lo largo de la historia y no hay un solo Estado ni Nación que no los haya sufrido³⁰⁴.

Históricamente el origen de los mismos ha venido determinado por los sucesos políticos y socioeconómicos como la industrialización, las guerras, la hambruna y los despotismos coloniales³⁰⁵. Actualmente, los motivos que generan estos flujos migratorios difieren ligeramente, pero siguen siendo las causas económicas como la miseria y el desempleo, las principales razones que generan los desplazamientos geográficos, aunque también se suceden por otras cuestiones como: las guerras, la violación de los derechos humanos, las enfermedades, la persecución, la violencia, etc.

Estos movimientos migratorios han adquirido una fuerza extraordinaria y constituyen uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia en el siglo XXI, tanto por los millones de personas que se movilizan anualmente, como por el número de países que se han visto involucrados en este cambio social³⁰⁶⁻³⁰⁷. Además, estos giros en los flujos migratorios están ocasionando efectos y repercusiones complejas y difíciles de abordar para las propias personas que emigran y para las sociedades que los acogen³⁰⁸.

³⁰⁴ URBEZ GARCÍA JM. Inmigración en la Unión Europea. Rev. Acciones e investigaciones sociales. 1996 (4): 159.

³⁰⁵ *Ibidem*, p.160.

³⁰⁶ HERNANDO ARIZALETA L, PALOMAR RODRIGUEZ J, MÁRQUEZ CID M, MONTEAGUDO PIQUERAS O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gac. Sanitaria [online], 2009; 23 (3). p: 208.

³⁰⁷ GARCIA-CAMPAYO J, SANZ CARRILLO C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med. Clin. (Barc), 2002; 118 (5). p: 187.

³⁰⁸ SALAS MIRAVITLLES K. El movimiento migratorio. En: GIRBAU GARCIA MR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson. 2003. p: 263-268.

En la actualidad, España ha pasado de ser un país de emigrantes, a mediados del siglo pasado, a ser un país receptor de los mismos, a finales del siglo pasado y principios de este; y esta incorporación masiva de inmigrantes se ha producido tras atravesar un periodo de cambio social³⁰⁹ en el que se fomenta una mano de obra barata y una precariedad laboral que no es admitida por los nacionales, pero que sí es aceptada por las personas que llegan a nuestro país, ya que pretenden mejorar las condiciones de vida que tenían en sus lugares de origen. Pero esta realidad a su llegada es bien distinta a la esperada, encontrándose con una situación de “explotación y marginación” que agrava las desigualdades ya existentes, incrementándose todavía más cuando hablamos de mujeres.

En los casos de inmigrantes de sexo femenino, que es el tema que nos ocupa, se observa un recrudecimiento de las condiciones en las que se desenvuelven, no solamente por el hecho de ser extranjeras sino también por el hecho de ser mujeres. En algunos supuestos, estas diferencias están provocadas en parte por la mala adaptación socio-cultural de la mujer a su nuevo entorno, ocasionando numerosos problemas de salud, como se analizará más adelante.

2.5.1) Influjo de la Inmigración en nuestro Sistema Social y Derecho

El desarrollo social que estamos viviendo está provocando numerosos cambios en la estructura social de las naciones afectando a la política, economía, cultura, etc. Una de las causas de estos sucesos es el aumento de circulación de personas, de bienes y de información. Todo ello, conduce a la denominada “globalización”, concepto que se define como el fenómeno de apertura de las economías y de las fronteras como resultado del aumento de las interconexiones que se dan lugar en la cultura, en la economía y en la vida social, es decir, es el incremento de los intercambios

³⁰⁹ Op. Cit. HERNANDO ARIZALETA L, PALOMAR RODRIGUEZ J, MÁRQUEZ CID M. y MONTEAGUDO PIQUERAS O. “Impacto de la inmigración...”. p: 208.

comerciales, los movimientos de capitales, la circulación de las personas y las ideas, la difusión de la información, los conocimientos y las técnicas³¹⁰.

Este desbloqueo comercial y económico internacional que se produce como consecuencia de este fenómeno, es fuente de múltiples oportunidades para las personas y, por ello, ha suscitado que diferentes autores estudien este hecho manifestando distintos puntos de análisis.

Desde un punto de vista positivo se subraya la existencia o reconocimiento de unos retos comunes como: la salud pública, la educación, los derechos humanos, el intercambio de información, la conservación del medio ambiente y el sistema legal, y dentro de los aspectos negativos se resalta la explotación económica y el imperialismo cultural. Por tanto, es uno de los mayores desafíos a los que nos enfrentamos, ya que a la hora de explotar los aspectos positivos que aporta este fenómeno se debe garantizar un reparto justo para aportar equilibrio y cohesión social; y en el ámbito sanitario, esto es un pilar básico para lograr un desarrollo efectivo³¹¹.

Dentro del marco conceptual de la teoría de la globalización que busca un equilibrio igualitario de todos, se encuentra el término de la “multiculturalidad”, cuya filosofía consiste en acoger a todas las personas que forman parte de una sociedad y sus culturas.

Este es un concepto sociológico o de antropología cultural que hace referencia a la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social, gracias a la apertura de las fronteras y de las economías. Las características de esta ideología se basan en una convivencia simultánea de estas culturas, pero con un escaso poder de influencia entre ellas, de tal manera que dan lugar a situaciones de marginación y aislamiento social; además, la sociedad que acoge a estas personas que poseen una cultura diferente, suele ser una comunidad hegemónica que establece jerarquías sociales colocando a estos grupos en una situación de inferioridad. Todo ello conlleva al conflicto, a la creación de estereotipos, al menosprecio y a los perjuicios dificultando

³¹⁰ LÓPEZ ALONSO SR. La globalización y la salud en los grupos minoritarios. *Cult Cuid.* 2001; 5 (10): 64

³¹¹ *Ibíd.*, p. 64

la inserción social y la convivencia³¹². En cambio, cuando hablamos de “multiculturalismo” nos estamos refiriendo a una ideología que representa la equidad y el respeto mutuo en sociedad entre las diferentes comunidades étnicas, y cuya filosofía será necesaria aplicar en el ámbito sanitario para lograr una estabilidad del sistema, conseguir abordar y dar una respuesta a todas las necesidades sanitarias que se puedan presentar, sin olvidar que este modelo de pensamiento social valora positivamente la diversidad sociocultural y establece como eje fundamental la conservación de la identidad propia de cada grupo. De esta manera, conjugamos el concepto utópico de globalización y el término multiculturalidad, donde la diversidad se mantiene y no desaparece ni por adquisición de la cultura dominante, ni por abandono de la original, ni por la eclosión de una nueva cultura integradora; y sobre esta premisa se asienta un modelo de cuidados sanitarios, como se recoge posteriormente.

El objetivo de esta filosofía del multiculturalismo consiste en buscar vías de entendimiento e interacción respetando las diferencias, por ello, los pilares esenciales de este pluralismo cultural son:

- 1) Aceptación de las diferencias.
- 2) Defensa y reivindicación explícita del derecho a la diferencia, poniendo énfasis en el reconocimiento de la diferencia como derecho.
- 3) Reconocimiento general de la igualdad de derechos y deberes.

Aspectos éstos a tener en cuenta en un Sistema Social y de Derecho donde se debe atender a la persona de forma integral e integradora.

Este reto social de defensa y respeto a las diferencias abarca todos los ámbitos, incluido el sanitario, en los que estos colectivos se desenvuelven y, por ello, este objetivo debe estar garantizado en el desarrollo de normas y políticas públicas que faciliten y apoyen estos principios.

³¹² ARGIBAY M, EIZAGUIRRE M, FUEYO A, FERNANDEZ JI. Experiencias en el campo de la Educación para el desarrollo. En: NAYA GARMENDIA LM. La educación para el desarrollo en el mundo globalizado. Donostia. Erein. 2003. p:127-162

2.5.2) *Situación Sanitaria de la Inmigración*

El concepto de migración hace referencia a los desplazamientos o movimientos de población de un lugar a otro, o de un país a otro con la intencionalidad de establecer en él³¹³. En este sentido se puede hablar de migraciones internas cuando se suceden dentro del territorio nacional, o de migraciones internacionales que son las que se recogen en este trabajo y las que comportan mayor complejidad³¹⁴. Debido a ello, se diferencia entre inmigrante comunitario y extracomunitario, dato importante a tener en cuenta en la asistencia sanitaria dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Como recoge la Ley de Extranjería y sus reglamentos³¹⁵, se entiende por extranjeros “a las personas que carezcan de nacionalidad española y que no sean nacionales comunitarios, ni le sea de aplicación la legislación de la Unión Europea”. Por ello, en el ámbito de la asistencia sanitaria, cuando se hace referencia al extranjero o inmigrante se está hablando del extranjero inmigrante no comunitario distinguiendo entre los que poseen un permiso de trabajo y, por tanto son titulares o beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en las mismas condiciones que los nacionales, y aquellos que no poseen un permiso de trabajo, y por ello no tienen reconocido el derecho a la Seguridad Social aunque sí el derecho a la asistencia sanitaria. Este último supuesto, que recoge la Ley de Extranjería, no implica tener una regulación administrativa del inmigrante, ya que para ello es preciso el permiso de residencia o de trabajo, con lo cuál seguimos teniendo extranjeros regulares o irregulares en función de su situación administrativa.

La atención sanitaria a los extranjeros, inmigrantes o no, está reconocido en nuestro ordenamiento jurídico por la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad y la Ley de Extranjería, pero hemos de señalar que este derecho sufre

³¹³ Definición recogida en el Diccionario de la Real Academia Española.

³¹⁴ Op. cit. SALAS MIRAVITLLES K. “El movimiento migratorio”. p: 264.

³¹⁵ La primera norma que regula este tema fue la Ley Orgánica 4 /2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que fue reformada por las L.O. 8/2000, 14/2003 y 2/2009. Los reglamentos de desarrollo conforme a este tema son: R.D 2393/2004, de 30 de diciembre y R.D 557/2011, de 20 de abril.

modificaciones legislativas para adaptarse a la situación real de crisis económica que sufre país.

En la LO 4/2000 en su art. 12³¹⁶ se recoge el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles: a los extranjeros empadronados, a las mujeres embarazadas, tanto en la atención al embarazo, al parto como en el puerperio, y a los menores. Sólo se reconoce una asistencia sanitaria de urgencias y una continuidad de dicha atención hasta el alta médica a aquellas extranjeros que están en tránsito, por tanto no están empadronados, y a los turistas cuando padezcan una enfermedad grave o un accidente cualquiera que sea su causa, como se comentó en capítulos anteriores³¹⁷. Este punto será reformado por normas posteriores, como se recoge más adelante.

Con esta ley se observa que existe una normalización de la atención en salud para los inmigrantes, pero que está supeditada a la inscripción en el padrón municipal, convirtiéndose éste en un instrumento para la adquisición del derecho. Además, para recibir la asistencia sanitaria en el territorio nacional es condición indispensable presentar la tarjeta sanitaria que otorga este derecho, como recoge el art. 57 la LO 16/2003³¹⁸, aunque este aspecto será modificado a posteriori.

³¹⁶ Art. 12 de la LO 4/2000: “Derecho a la asistencia sanitaria.

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”.

³¹⁷ Art. 12 de la LO 4/2000 modificada por la LO 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, pero posteriormente se modifica en base al Real Decreto-ley 16/2012, como se recoge más adelante.

³¹⁸ El art. 57.1 de la Ley 16/2003: “La tarjeta sanitaria individual.

1. El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, a los que se refiere el apartado siguiente. La tarjeta sanitaria individual atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea.

2. Sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma y de la gestión unitaria que corresponda a otras Administraciones públicas en razón de determinados colectivos, las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad

La emisión de esta tarjeta sanitaria individual (TSI) está regulada por Real Decreto 183/2004 donde se especifica, en su art. 2³¹⁹, que los organismos encargados de emitir dicha tarjeta son las propias Administraciones Sanitarias Autonómicas, y el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria le corresponde al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a propuesta de la Gerencia de AP, para todas las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública.

Esta TSI será válida en todo el Sistema Nacional de Salud permitiendo el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema, en los términos previstos por la legislación vigente. La renovación de la misma no será automática sino que se deberá comprobar que las circunstancias que dieron lugar al reconocimiento del derecho siguen vigentes³²⁰.

El reconocimiento del derecho a la salud pública de estos colectivos da lugar a una cobertura asistencial y unas prestaciones sanitarias según puntualiza el RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, incluyéndose: la atención primaria, la atención especializada, la prestación

responsable de la asistencia sanitaria. Los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y demás Administraciones públicas competentes, establecerá los requisitos y los estándares necesarios.

3. Con el objetivo de poder generar el código de identificación personal único, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que los servicios de salud dispongan de un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjetas.

4. Conforme se vaya disponiendo de sistemas electrónicos de tratamiento de la información clínica, la tarjeta sanitaria individual deberá posibilitar el acceso a aquella de los profesionales debidamente autorizados, con la finalidad de colaborar a la mejora de la calidad y continuidad asistenciales.

5. Las tarjetas sanitarias individuales deberán adaptarse, en su caso, a la normalización que pueda establecerse para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea”.

³¹⁹ Real Decreto 183/2004, art. 2: “Emisión y validez de la tarjeta sanitaria individual.

1. Las Administraciones sanitarias autonómicas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria emitirán una tarjeta sanitaria individual con soporte informático a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública.

2. La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente”.

³²⁰ Atención al Inmigrante en Atención Primaria en Castilla y León: situación actual. En: Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. 2004. [online].p: 18-19.

farmacéutica, las prestaciones complementarias y los servicios de información y documentación sanitaria³²¹.

Esta situación cambia con el Real Decreto-ley 16/2012, como se anunció anteriormente, ya que solo tendrán derecho a la asistencia sanitaria las personas que tengan la consideración de asegurado, es decir, aquellas personas que estén afiliadas a la Seguridad Social (SS) por ser trabajador/a por cuenta propia o ajena, pensionista o que perciban otra prestación periódica de la SS incluida la prestación y subsidio por desempleo o en caso de haber agotado esta última estar inscrito como demandante de empleo. Si no se cumplen estos requisitos, para ostentar la condición de asegurado o beneficiario, los extranjeros deben poseer una autorización expresa para residir en territorio nacional (art. 3)³²², aunque se sigue respetando la asistencia sanitaria de

³²¹ *Ibídem*, p: 19

³²² Art. 3 de Real Decreto-ley 16/2012: “*De la condición de asegurado.*”

1. *La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.*

2. *A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:*

a) *Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.*

b) *Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.*

c) *Ser receptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.*

d) *Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.*

3. *En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.*

4. *A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.*

5. *Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.*

6. *Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.*

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto

urgencia en las mismas condiciones que antes a los extranjeros irregulares, la mujer en el embarazo, parto y puerperio y a los menores extranjeros de dieciocho años (art. 3 ter.)³²³.

El documento administrativo o tarjeta sanitaria que da derecho a la asistencia sanitaria se emitirá a petición del interesado en la Zona Básica de Salud a la que pertenezca³²⁴, y además será el documento que acredite que se ostenta la condición de asegurado según el art. 3 bis del Real Decreto-ley 16/2012.³²⁵

correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente”

³²³ Art. 3 ter. de Real Decreto-ley 16/2012: “Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

³²⁴ Para la obtención de la TSI será necesario presentar la siguiente documentación en función de la situación administrativa del sujeto:

a) Extranjeros residentes en España.

Se garantiza el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles según el art. 14.1 de la LO 4/2000 redactado según la LO 2/2009: “ los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles”. La documentación que se requiere es: fotocopia del pasaporte o documentación que acredite su identidad, certificado de empadronamiento expedido por el ayuntamiento en que resida habitualmente, el impreso F1 de solicitud de emisión de la tarjeta sanitaria y la declaración de no estar incluido en ninguno de los regímenes de la SS. a efectos de asistencia sanitaria.

b) Extranjeros sin recursos inscritos en el padrón y extranjeros menores de 18 años (empadronados o no). Se reconoce el derecho de asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes en base al RD 1088/1989, art.1, y a los menores en función de la Ley de Extranjería.. La documentación necesaria para obtener la TSI será la misma que se recoge en el apartado anterior, y además el impreso F6 de solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes. En el caso de los menores se deberá acreditar dicha condición.

c) Extranjeras embarazadas:

Para acceder a los servicios sanitarios en este supuesto no se exige estar inscrito en el padrón municipal, ni se pide cumplir con el requisito de escasos recursos. La utilización de los servicios sanitarios en este supuesto da cobertura durante el embarazo, el parto y el postparto en base a la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor. Este reconocimiento a la asistenta pública se inicia en el momento del diagnóstico médico de embarazo hasta seis meses después del parto, sin perjuicio de una continuidad asistencial postnatal en el caso de precisarla después del periodo reconocido. El documento que acredita este supuesto será una “cartulina” que identificará que esta mujer tiene derecho a asistencia sanitaria por su condición de extranjera embarazada en el momento que demande dicha asistencia.

Ibidem, p: 18-19.

³²⁵ Art. 3 bis del Real Decreto-ley 16/2012: “Reconocimiento y control de la condición de asegurado.

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso.

En Castilla y León, la emisión de tarjeta sanitaria a población extranjera ha ido incrementándose a lo largo de los años hasta el 2011 donde comienza a descender, como se muestra en el estudio comparativo realizado por la Junta de Castilla y León³²⁶. En el 2009, la población que posee tarjeta sanitaria del Sacyl es de 142.066 y en el 2010 la cifra asciende a 143.316. Si consideramos la población que esta censada según el padrón municipal en nuestra CCAA en el año 2009 son 167.641 personas, y en el 2010, 169.498; observamos que no toda la población tiene la tarjeta sanitaria³²⁷, dato importante a tener en cuenta en el capítulo siguiente.

También este análisis estadístico nos proporciona datos sobre la población extranjera según sexo censada en esta comunidad autónoma, observándose un incremento del colectivo masculino en los dos años de estudio, 2009 y 2010³²⁸.

2.5.3) Nivel de Salud de la Población Inmigrante

El tema de la migración es un fenómeno complejo de abordar socialmente porque se ve influenciado por muchos aspectos. Por ejemplo, para afrontar el reto que

2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el apartado 4 del artículo 3 de esta ley.

Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia de la condición de asegurado o beneficiario. La cesión al Instituto Nacional de la Seguridad Social de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social tratará la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que pueda comunicar el Instituto Nacional de la Seguridad Social deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual”.

³²⁶ Población de Tarjeta Sanitaria de Castilla y León en diciembre 2011. Junta de Castilla y León. [online]. p:12

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-cifras/poblacion-tarjeta-sanitaria-castilla-leon>

³²⁷ Estadística Castilla y León. Indicadores demográficos 2009 y 2010. Junta de Castilla y León. [online].

<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1131978004901/ / />

³²⁸ Los datos presentados por la D. G. de Estadística de la Junta de Castilla y León se refieren al Padrón municipal de habitantes a 01/01/2009 y 01/01/2010, respectivamente.

supone a nivel sanitario se deben tener en cuenta algunas características como la duración, la distancia, las causas y el grado de libertad de cada persona que emigra³²⁹.

Actualmente ante la gran movilidad geográfica que se está dando en los distintos estados, nuestro país no se encuentra exento de estos flujos migratorios. Debido a ello, se hace necesario una reestructuración de nuestra sociedad para incorporar la nueva realidad sociodemográfica que se produce tras el fenómeno migratorio. Y además, se deberá atender a este colectivo de manera específica porque presenta unas necesidades y prioridades distintas al resto de la población, generadas en parte por su inestable situación legal, económica, cultural, laboral e incluso sanitaria.³³⁰

Siguiendo el pensamiento de algunos autores ante este gran fenómeno de la inmigración, creemos que es necesario reflexionar sobre ello para favorecer la integración de estos extranjeros mediante un proceso de adaptación sociocultural entre la sociedad de acogida y la población inmigrante, de tal manera que, la minoría de acogida se incorpore a la sociedad de adopción en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con la ciudadanía nacional sin renunciar a su cultura de origen. E igualmente, se hace necesario que la sociedad de acogida incorpore los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para conseguir dicha integración³³¹.

En el campo sanitario, que es el tema que nos ocupa, debemos tener en cuenta que la relación de la salud con el colectivo inmigrante es distinta a la población autóctona, no sólo en el ámbito teórico sino también en la praxis.

Hay investigaciones, como las que presentan Martínez M. y colaboradores o Blázquez Rodríguez, que reflejan que los extranjeros comparte el concepto clásico y universal de salud, otorgándole un valor esencial y básico³³² pero sin llegar a ser un

³²⁹ Op. cit. SALAS MIRAVITLLES K. “El movimiento migratorio”. p: 264.

³³⁰ Op. cit. JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. “Salud e inmigración: nuevas realidades...”. p: 208

³³¹ FUERTES C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra. Pamplona. 1996; 29 (1): 10

³³² MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. Elementos que configuran la dinámica de relación entre inmigrante y sistema sanitario. En: Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la

tema prioritario al que haya que atender; preocupándose y atendiendo a la salud en la medida en que puede afectar a su capacidad y autonomía para trabajar; determinándose así que existe una relación directamente proporcional entre salud y trabajo: el desempleo influye en la mala salud y la pérdida de la salud lleva a la falta de empleo³³³.

Conceptualmente para la población inmigrante la salud es un concepto organicista, esto significa capacidad normal de funcionamiento de todas las partes del cuerpo, es decir, la salud supone capacidad de funcionamiento, como recoge el trabajo de investigación de la Universidad de Oviedo; ya que sus prioridades son: encontrar un trabajo, adaptarse a su nueva situación y por último, tener salud como resultado de los dos objetivos primeros³³⁴.

La autopercepción que el colectivo de inmigrantes posee con respecto a la salud y la enfermedad se articula en función de las diferentes culturas, pero en general establecen la existencia de una relación del cuerpo con lo social, lo espiritual y lo psicológico, de tal manera que psicosomatizan el malestar social³³⁵.

Según señalan algunos investigadores, como Blázquez Rodríguez, “el cuerpo somatiza, manifiesta con disfunciones orgánicas las frustraciones y conflictos cuya génesis se debe a una situación de estrés prolongada, carencias afectivas, fracaso de expectativas, experiencias de rechazo, escasez económica, inactividad, etc. Por lo que ante los signos y síntomas que manifiesta el sujeto, se han de analizar los procesos no sólo biológicos, sino también sociales, políticos, económicos, es decir, correlacionar lo que siente con las circunstancias en las que se encuentran”. Por tanto, podríamos relacionar la morbilidad que presentan determinados grupos, como puede ser la inmigración, con los factores estructurales que sufren³³⁶.

población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad. Madrid. 2004; 91: 17.

³³³ Op.cit. BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. “Influencia de la política en los cuidados...”. p. 44

³³⁴ MAZARRASA LAVEAR L, CASTILLO S, SANZ B, BOLAÑOS E, TORRES AM. La salud de las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud.

³³⁵ Op. cit. BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. “Influencia de la política en los cuidados...”. p. 44-45

³³⁶ *Ibíd*em, p. 45.

Además, se debe tener en cuenta que el valor cultural de la salud es distinto en función de los diferentes colectivos de inmigrantes. Estudios realizados por Martínez, entre otros, reflejan la variabilidad que el concepto de salud tiene en función del bagaje cultural de las personas, donde se determina que aunque comparten un concepto de salud como “motor y fuente de vida”, existen diferencias individuales asociadas a la identificación de cada sujeto a una cultura. Estas diferenciaciones se producen en relación al mantenimiento del cuerpo, al imaginario de la enfermedad y la relación existente entre ese imaginario y el cuerpo, es decir, entre las normas de conductas o hábitos que adopta el cuerpo para evitar la enfermedad³³⁷.

En el mantenimiento del cuerpo se da mucha importancia a la alimentación, adquiriendo un valor cultural distinto para determinados alimentos, para su preparación o para su calidad. Estos factores dificultan la adaptación porque la persona extranjera se ve alejada de determinadas costumbres alimenticias y no tiene fácil acceso a determinados alimentos (como por ejemplo “las arepas”³³⁸). Este punto adquiere relevancia en el campo sanitario, y por ello es fundamental que el profesional sanitario tenga conocimiento de las conductas alimentarias de los distintos colectivos de inmigrantes, para poder establecer estrategias de intervención sanitaria, tanto preventivas como curativas³³⁹. Y además este conocimiento facilitará y reforzará la relación sanitario-paciente consiguiendo mayor eficacia de la intervención ya que el usuario/a valora la aceptación y el respeto a la diferencia cultural por parte de los profesionales, valga el ejemplo el respeto al Ramadán³⁴⁰.

Convenimos con Martínez y colaboradores en que otro aspecto significativo en la salud de la población de inmigrantes es el cuidado del cuerpo, ya que en base a la

³³⁷ Op. cit. MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. “Elementos que configuran la dinámica de la relación...”. p: 18.

³³⁸ La arepa es un plato hecho de masa de maíz molido o de harina de maíz precocida popular y tradicional en las gastronomías de Venezuela y Colombia. También se prepara en Panamá, donde se conoce como tortilla y changa.
<http://es.wikipedia.org>.

³³⁹ Op. cit. FUENTES C, MARTÍN LASO MA. “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. p: 11.

³⁴⁰ Op. cit. MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. “Elementos que configuran la dinámica de la relación...”. p: 19.

cultura de origen se da especial importancia a los hábitos higiénicos, la salud bucodental, o al descanso.

Otro elemento que interviene en el carácter cultural de la salud es la representación imaginaria de la enfermedad, en la cuál hay que tener en cuenta que se da un valor distinto a los síntomas y signos de una enfermedad, y que hay una concepción diferente de la gravedad o peligrosidad de algunos procesos. La mayoría de las culturas tienen un concepto de enfermedad similar al nuestro vinculando al aspecto físico, en el que el síntoma es producto de una disfunción orgánica, pero en otras culturas existe una asociación entre cuerpo y mente, y la enfermedad se representa como un desequilibrio cuerpo-alma motivado por el incumplimiento de ciertas normas o preceptos religiosos. Estos aspectos tendrán que ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud para poder reorientar las intervenciones y conseguir los objetivos propuestos.

Por último, para comprender el concepto que el colectivo de inmigrantes tienen de la salud debemos conocer la relación que establecen entre el cuerpo y el imaginario de la enfermedad, ya que debido a esta interacción se establecerán unas normas y conductas a seguir para evitar la aparición de la enfermedad, como por ejemplo la práctica de medicinas alternativas tradicionales en su país de origen³⁴¹.

2.5.3.1) Factores Condicionantes del Nivel de Salud del Inmigrante.

Como se ha presentado ampliamente en capítulos anteriores, el concepto de salud es relativo y multidisciplinar, y debe tener en cuenta elementos sociales y culturales. Por ello, debemos estudiar estos factores a lo largo del tiempo, ya que el proceso que sufre una persona inmigrante, y en particular una la mujer foránea, desde su llegada al destino elegido va a generar una situación inestable y cambiante en el tiempo que precisara de una adaptación al entorno, a la cultura, a las costumbres; y será este proceso de aclimatización el que influirá decisivamente en su estado de salud desde el principio de su aventura.

³⁴¹ Op. cit. FUENTES C, MARTÍN LASO MA. p: 11

Se han de distinguir varias etapas en el proceso migratorio y la adaptación al nuevo entorno. Y cada una de ellas va a influir en el extranjero/a inmigrante de diferente manera, siendo estos factores los que determinen las condiciones de salud de este contingente. Los parámetros fundamentales a tener en cuenta en la primera etapa que es la llegada al país de destino, son:

1. *Las características del país de origen* como hábitos alimenticios, rasgos culturales, etc.,
2. *Las desigualdades sociales y económicas entre el país receptor y el país emisor:* factores de riesgo ambiental, deficiente control sanitario de los alimentos, limitaciones de acceso a los recursos sanitarios, etc.
3. *Los trastornos vinculados al desplazamiento migratorio:* agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, hacinamiento y malas condiciones de vida, condiciones de trabajo, embarazo, cuidados de hijos, etc.

En la segunda etapa en la que la persona está intentando adaptarse a las nuevas condiciones de vida, encontramos alteraciones relacionadas sobre todo con las diferencias sociales y económicas como son la aparición de enfermedades infecciosas latentes (ej. tuberculosis), trastornos relacionados con los desequilibrios nutricionales, ausencia de seguimiento de embarazos, trastornos psicoafectivos, etc.

Y en la última etapa, la inmigrante se encuentra adaptada e instalada en su nuevo mundo, identificándose con la situación del país de acogida desde el punto de vista sanitario. Hace uso de los recursos de salud, participa en los programas preventivos, se asemejan sus patrones de morbilidad con la población autóctona, etc.³⁴²

Todos estos parámetros que influyen en el estado de bienestar de este contingente son los denominados “determinantes de salud”, que como ya señalábamos en capítulos anteriores, son todos aquellos factores que rodean la persona, la condicionan e influyen en su estado de salud. La OMS los define como “el conjunto de factores personales,

³⁴² Op. cit. JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. “Salud e inmigración: nuevas realidades...”. p: 208-209.

sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”³⁴³.

Los determinantes de salud que afectan específicamente al colectivo de inmigrante podemos encuadrarlos de forma genérica en la clasificación de M. Lalonde (cuadro 3), pero debemos tener en cuenta las peculiaridades que presentan en comparación con los autóctonos. De tal manera que, las variables que condicionan la salud de los mismos se derivan de una falta de recursos económicos y trabajos precarios, de unas malas condiciones higiénico-alimentarias, de la situación de irregularidad, del difícil acceso a los servicios sanitarios, a los problemas de comunicación por el idioma y por las diferencias etnoculturales ³⁴⁴⁻³⁴⁵.

DETERMINANTES DE LA SALUD DEL INMIGRANTE	
<p><u><i>Estilos de vida:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none">• Estrés.• Aislamiento.• Malas condiciones de vivienda y hacinamiento.• No residencia fija.• Hábitos dietéticos distintos.• Hábitos tóxicos, conductas de adicción.• Escasa o mala higiene alimentaria, bucodental, etc.• Déficit de autocuidados o cuidados básicos a menores o dependientes.• Jornadas laborales intensas.	<p><u><i>Factores Psicológicos:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none">• Estrés migratorio-“Síndrome de Ulises”• Falta de identidad cultural.• Inseguridad en el empleo.• Añoranza/Duelo familiar por separación• Responsabilidad.• Somatizaciones.• Falta de autoestima.• Automarginación y rechazo.• Trastornos de la conducta: agresividad, consumo de tóxicos, conductas antisociales.• Trastornos adaptativos.• Reacciones ansioso/depresiva.• Pérdida del proyecto migratorio

³⁴³ Op. cit. FUERTES C, MARTÍN LASO MA. “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. p:11.

³⁴⁴ *Ibidem*, p: 12.

³⁴⁵ Op. cit. Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. 2004. p: 23-24, 39-40, 43, 123.

<p><u>Situación sociocultural:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Choque cultural que precisa de cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor. • Muestras de discriminación y xenofobia. • Exclusión social. • Separación o desintegración familiar • Desarraigo cultural. • Débil red de apoyo social. • Duelo migratorio. • Fuertes creencias religiosas. 	<p><u>Servicios sanitarios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferencias culturales en la atención. • Desconocimiento y falta de información del sistema público español. • Distinta percepción de la salud y enfermedad. • Insuficiente conocimiento clínico de los facultativos de ciertas patologías tropicales con dificultades en el diagnóstico. • Dificultades de acceso y utilización: horarios, recursos económicos, tiempo, incompreensión, “papeles”. • Práctica de medicina tradicional. • Escasa adherencia a programas de salud preventivos por ausencia de los mismos en sus países de origen. • Dificultades en la recogida de información clínica tanto de antecedentes como de síntomas por problemas idiomáticos. • Dificultades en el tratamiento por: incumplimiento terapéutico y/o escasos recursos para adquirir los medicamentos. • Dificultad de seguimiento del paciente por escasa asistencia a la citas programadas y cambios frecuentes de domicilio “inmigrantes golondrinas”.
<p><u>Género:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones de poder asimétricas, sobre todo en el ámbito laboral (acceso a los recursos, autoestima, acción). • Mayor dificultad de integración en el país receptor por la ideología androcéntrica de su cultura. • Cambios de rol familiar 	<p><u>Situación laboral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo. • Sobrecarga laboral. • Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo. • Desplazamientos continuos en busca de trabajo (“inmigrantes golondrinas”).
<p><u>Factores medioambientales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadaptación a cambios climáticos. • Mayor exposición a factores medioambientales: ruidos, radiaciones, contaminación, polución, etc. 	<p><u>Situación legal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indocumentación. • Situación irregular. • Invisibilidad. • Laguna legal (bajas por enfermedad)
<p><u>Situación económica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades en su país de origen, como deudas o mantenimiento de familiares. • Escasos recursos económicos 	<p><u>Educación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Barreras idiomáticas. • Titulaciones no convalidadas en el país receptor. • Nivel de estudios bajo, o analfabetismo.
<p><u>Factores biológicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de base genética. • Pérdida de inmunidad y cobertura vacunal incompleta. • Psicopatización del estrés. 	

Cuadro 3: Determinantes de la salud del inmigrante. Fuente: Lalonde M, Fuente C y Martín Laso MA.

De lo anteriormente descrito, debemos puntualizar que incide con mayor presencia sobre la mujer foránea que:

- Las condiciones sociosanitarias en las que viven este colectivo, determinan en muchos casos el origen de las patologías infecciosas que sufren por: la deficiente salubridad de las viviendas debido al hacinamiento y las malas condiciones higiénicas.
- En cuanto al trabajo que realizan, debemos mencionar la temporalidad y la precariedad de los empleos, el incumplimiento de las normas de seguridad e higiene en el trabajo asumiendo puestos con una alta exposición a factores de riesgo, propiciando un mayor número de accidentes laborales. Hay estudios que reflejan un porcentaje tres veces más elevado de accidentes de trabajo en la población inmigrante que en la población trabajadora española, en especial de los inmigrantes varones, que son los que ocupan los trabajos con mayores riesgos para la salud y la seguridad³⁴⁶. En el caso de las mujeres foráneas no existen registros formales, ya que ocupan trabajos irregulares mayoritariamente en el servicio doméstico y cuidados de mayores, pero han mejorado sus condiciones laborales gracias a la reforma que obliga a dar de alta al personal de servicio doméstico independientemente del tiempo y jornada de trabajo³⁴⁷.
- Muchos de los problemas de salud que presentan este colectivo son ocasionados por el proceso de adaptación que sufren y el duelo migratorio. Este último se refiere a la separación de la persona con su país de origen, con sus familiares, a la pérdida de su propia identidad presentando problemas psicológicos, y al igual que el proceso de adaptación se manifiesta con síntomas difusos que indica la existencia de una problemática social o económica, de falta de integración y aislamiento o debido al desarraigo

³⁴⁶ OLIVER RECHE MI, BARAZA CANO P, MARTINEZ GARCIA E. La salud y la mujer inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. 2007. p: 78-80.

³⁴⁷ Mediante el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, se ha procedido a regular los términos y las condiciones laborales del personal doméstico, derogando así el antiguo Real Decreto 1424/1985, que venía regulando esta relación laboral de carácter especial, siendo una de las principales modificaciones la obligatoriedad por parte del titular del hogar familiar de cotizar a la Seguridad Social desde la primera hora de trabajo, con independencia de que la jornada sea a tiempo completo o por horas y del número de empleadores.

familiar, dando lugar a enfermedades psicósomáticas³⁴⁸⁻³⁴⁹. Este proceso de adaptación se puede convertir en un trastorno adaptativo cuando el inmigrante se encuentra sometido a una situación de estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia, la sensación de fracaso y la separación familiar. Este trastorno es conocido como el “Síndrome de Ulises”³⁵⁰.

2.5.3.2) Patologías dominantes en la población inmigrante

Existe una creencia generalizada de que la mayoría de los inmigrantes padecen o son portadores de enfermedades raras o exóticas y que es difícil su tratamiento y diagnóstico en nuestro entorno porque los profesionales sanitarios no dominan los conocimientos y habilidades necesarias para detectarlas. Pero existen estimaciones, como las realizadas por Dr. Juan Garay, profesor de Salud y Cooperación Internacional de la Universidad Autónoma de Madrid, que refleja que estas patologías de origen tropical tienen una importancia relativa ya que solo afecta entre un 3-5% de la población inmigrante que llega a nuestro país, y además no es fácil su transmisión en nuestro medio ya que no se dan las condiciones adecuadas para ello, por ejemplo: la malaria, el paludismo, la esquistosomiasis, la oncocercosis y tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas) y africana (enfermedad del sueño)³⁵¹⁻³⁵².

En cambio, el colectivo de inmigrantes es mucho más susceptible de padecer otras enfermedades infecciosas en mayor porcentaje que las enfermedades tropicales o raras. Estas patologías adquieren mayor importancia ya que pueden ser transmitidas a otros sujetos en el país de acogida, como es el caso de la tuberculosis, sarampión, rubéola, hepatitis virales, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

³⁴⁸ Op. cit. FUERTES C, MARTÍN LASO MA.” El inmigrante en la consulta de atención primaria”. p.15.

³⁴⁹ GONZÁLEZ RODRIGUEZ VM, GONZÁLEZ CORREALES R, MARTICANO GÓMEZ JL, et al. Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración. En: GONZÁLEZ RODRIGUEZ VM, GONZÁLEZ CORREALES R, MARTICANO GÓMEZ JL, et al. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Novartis. Madrid. 2004. p: 25-26.

³⁵⁰ ACHOTEGUI J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de Salud Mental [online]. 2004, 21; p:39.

³⁵¹ Enfermedades infecciosas y vacunación. En: Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. 2004. p: 61.

³⁵² CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. Patologías y procesos más frecuentes. En: CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. Guía de actuación en atención primaria para población inmigrante. Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. 2006. [online]. p: 20.

(ETS)³⁵³. Pero también pueden padecer otras enfermedades como se desarrolla a continuación.

Podemos clasificar la patología del inmigrante, de menor a mayor prevalencia, en: patologías importadas, enfermedades de base genética, patologías no diagnosticadas o no tratadas previamente, enfermedades mentales, reactivas o de adaptación a nuestro entorno y por último las patologías adquiridas en nuestro país³⁵⁴⁻³⁵⁵. En base a esta incidencia de enfermedades, es necesaria una intervención sanitaria que se centre en una atención integral de la persona, teniendo en cuenta su situación y como le afecta, debido a que muchas de los problemas de salud que presenta la población inmigrante, y en concreto la mujer foránea, están muy relacionados con su modo de vida, con su proceso de adaptación y con su realidad social, como ya se ha recogido ampliamente.

Por ello, entre los problemas de salud que presenta este colectivo, las enfermedades infecciosas representan el menor porcentaje. Pero además debemos distinguir entre las enfermedades tropicales o exóticas que son poco frecuentes en nuestro país y que es difícil que se transmitan en nuestro medio por las propias características del problema de salud y por las condiciones sanitarias y de salud pública existentes en España, como ya se ha comentado anterior, aunque sí cobran importancia a nivel individual debido a su morbimortalidad³⁵⁶; y las enfermedades infecciosas, que aunque su frecuencia es menor que en los países de origen de los inmigrantes, sí son peligrosas porque se transmiten fácilmente a la población autóctona bien por vía aérea, contacto estrecho o vía fecal-oral, cobrando especial interés para la salud pública en los casos de hepatitis, tuberculosis, ETS, SIDA y lepra³⁵⁷.

Las patologías de base genética siguen representando un pequeño porcentaje dentro del total de enfermedades presentes en este colectivo y son producidas como consecuencia de las tradiciones culturales de algunos países donde se dan matrimonios

³⁵³ Op. cit. Enfermedades infecciosas y vacunación. En: Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. 2004. p: 61

³⁵⁴ Op. cit. FUENTES C, MARTÍN LASO MA. “El inmigrante en la consulta de primaria”. p: 12-13.

³⁵⁵ Op. cit. CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. “Patologías y procesos más frecuentes”. p:18

³⁵⁶ *Ibidem*, p: 18.

³⁵⁷ *Ibidem*, p: 20-22.

entre familiares, favoreciendo la aparición de las enfermedades de base genética, las malformaciones congénitas y otras enfermedades hereditarias como: las anemias hemolíticas como déficit de G6PDH, la talasemia u otras hemoglobinopatías³⁵⁸⁻³⁵⁹.

Existen otros problemas de salud que no han sido diagnosticados ni tratados previamente y que hacen referencia a: estados carenciales que producen retraso en el crecimiento y desarrollo, malnutrición y estados anémicos, a enfermedades por ausencia de medicina preventiva como caries dentales, déficits sensoriales, defectos del aparato locomotor y enfermedades prevenibles por vacunación³⁶⁰.

Hay otras enfermedades que se deben tener en cuenta por su vinculación a determinadas costumbres culturales como es la mutilación genital femenina ya que ocasiona múltiples los problemas de salud para las mujeres como son complicaciones inmediatas (hemorragia, shock, infección) y a largo plazo (sangrado crónico, dificultad para la micción, infección e incontinencia, urinaria, infecciones pélvicas de repetición, infertilidad, abscesos de vulva, cicatrices queloides, quistes dermoides, neurinoma, formación de cálculos, fístulas, disfunción sexual, problemas en la menstruación, problemas en el embarazo y parto, riesgo de transmisión de VIH) y manifestaciones psicosociales como: ansiedad, depresión, irritabilidad crónica, psicosis, frigidez y conflictos matrimoniales³⁶¹.

Las segundas patologías más prevalentes dentro de los problemas de salud de las personas inmigrantes son las enfermedades mentales, reactivas o de adaptación que se manifiestan como somatizaciones del duelo y el estrés migratorio, de la marginación y el rechazo social, del desarraigo cultural, de escasez o falta de recursos, etc. Todas estas enfermedades van a estar muy influenciadas por todos los condicionantes o determinantes de salud que se desarrollaron en apartados anteriores, y que darán lugar a problemas de salud físicos y psíquicos, es decir a enfermedades psicosomáticas³⁶²⁻³⁶³.

³⁵⁸ *Ibidem*, p: 23.

³⁵⁹ *Op. cit.* FUENTES C, MARTÍN LASO MA. “El inmigrante en la consulta de primaria”. p: 15.

³⁶⁰ *Op. cit.* CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. “Patologías y procesos más frecuentes”. p: 23.

³⁶¹ *Ibidem*, p: 24-25.

³⁶² *Ibidem*, p: 24.

Por último, hemos de hablar de las enfermedades adquiridas en el país de acogida, que son patologías que no difieren de las que padece la población autóctona pero que tiene unas peculiaridades específicas en el colectivo de inmigrantes, ya que la aparición de estas enfermedades se va a ver favorecida por las condiciones sociosanitarias en las que se desenvuelvan estas personas, como puede ser las condiciones de la vivienda, hábitos higiénico-dietéticas, etc.³⁶⁴.

2.5.3.3) La Salud de la Mujer Inmigrante y sus condicionantes

Dentro del colectivo de inmigrantes se debe prestar especial atención a las mujeres ya que su número ha ido aumentando a lo largo de los últimos años, como muestra el Instituto Nacional de Estadística³⁶⁵, produciéndose la denominada “feminización de los flujos migratorios”.

Las características de estas mujeres foráneas, que llegan a nuestro país en busca de mejores oportunidades, son mayoritariamente una población joven y en edad fértil que emigran bien en solitario y de manera autónoma o bien de forma pasiva por una situación de reagrupamiento familiar cuando existe un asentamiento previo del varón cónyuge o pareja.

Estos motivos que originan el proyecto migratorio femenino tendrán que tenerse en cuenta a la hora de evaluar las prioridades de salud y las demandas sociosanitarias de estas mujeres. No será igual la adaptación de mujer reagrupada en una unidad familiar que conversa su identidad, cultura y costumbres, que una mujer que busca emanciparse en un país extranjero.

³⁶³ Op. cit. FUENTES C, MARTÍN LASO MA.” El inmigrante en la consulta de atención primaria”. p: 15.

³⁶⁴ *Ibidem*, p.15.

³⁶⁵ En el estudio que realiza el INE sobre la evolución de la migración exterior en España para los años 2009, 2010, 2011 y el primer trimestre del 2012 se observa un mayor nº de mujeres inmigrantes en el 2009, con un ligero descenso con respecto a los varones en el 2010, volviendo a incrementarse la afluencia de mujeres inmigrantes en el 2011 y parte del 2012 respecto al extranjeros varón.

Estimaciones de la Población Actual. Evolución de la migración exterior en España: flujos migratorios exteriores estimados. Flujo de inmigración exterior mensual. Instituto Nacional de Estadística. [online] <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp259&file=inebase&L=0>

Además, hay autores como Oliver Reche y colaboradores, que señalan que cada vez es mayor el número de mujeres que llegan solas. Esto no implica que sean sólo solteras, pueden ser viudas, divorciadas, separadas o abandonadas, aquí o/y en sus países de origen. Muchas de ellas son cabezas de familia que han dejado a sus hijos a cargo de otras personas en su país de origen hasta conseguir el traslado, o que llegan embarazadas aprovechando la oportunidad de que su hijo nazca en España, para así nacionalizarlo automáticamente. Estas situaciones descritas hacen que la mujer sea más susceptible de padecer desigualdades, porque siendo mujer necesita trabajar y mantener a su familia, colocándola en una situación de desventaja y favoreciendo el que sufra un abuso mayor que el inmigrante varón. Y esta presión a la que está sometida es, junto con la condiciones de trabajo y vida, lo que provoca un menoscabo en su salud³⁶⁶.

También desde el punto de vista de la salud, las mujeres inmigrantes se ven sometidas a una doble discriminación. La primera, igual que los inmigrantes varones, es el reflejo de las desigualdades existentes en el país de acogida, y la segunda motivada por razón de género, ya que la consideración social de la mujer se ve influenciada por la cultura de la sociedad de procedencia, dando lugar a la invisibilidad de la inmigración femenina, ya que se asocia el rol del varón con la esfera pública y el ejercicio de actividades productivas y económicas, reduciendo el papel de la mujer inmigrante a la esfera privada del hogar y la familia con un rol reproductivo³⁶⁷. Aspecto este último que va a tener unas repercusiones importantes en la demanda de asistencia sanitaria como se verá a continuación.

Los condicionantes de salud en la mujer inmigrante no difieren mucho de los sufridos por los extranjeros varones a nivel general, exceptuando algunos casos. Pero se deben tener en cuenta algunos aspectos específicos de las mujeres que influyen en su salud y que están íntimamente relacionados con temas de salud sexual y reproductiva y atención infantil, como describe la guía de atención sanitaria a la mujer inmigrante de Castilla y León entre otras:

³⁶⁶ Op. cit. OLIVER RECHE MI, BARAZA CANO P, MARTINEZ GARCIA E. “La salud de la mujer inmigrante”. p: 77-105.

³⁶⁷ *Ibíd*em, p: 80.

- Aumento de embarazos no deseados por no utilizar métodos anticonceptivos, por usar métodos no seguros, o por la dificultad de acceso a los anticonceptivos ya que al no tener receta, los tienen que pagar. Tampoco utilizan anticonceptivos de emergencia³⁶⁸.
- Mayor nº de embarazos de alto riesgo por una elevada frecuencia de distocias de parto, abortos previos, multiparidad y de las infecciones de transmisión sexual, dando lugar estos embarazos a mayores problemas durante y después del alumbramiento.
- Un inadecuado control y seguimiento de los embarazos por un déficit o ausencia de demanda de atención prenatal de estas mujeres foráneas, provocando mayores tasas de bajo peso al nacer, de partos prematuros, de anomalías congénitas, un aumento de la morbimortalidad neonatal, de las complicaciones postparto y de mortalidad materna³⁶⁹.
- Excesivo tiempo de lactancia materna sin apoyo de la lactancia artificial porque se utiliza como método anticonceptivo, dando lugar a problemas de anemias y desgaste de la madre.
- Mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, de sufrir violencia sexual y embarazos no deseados por ejercer la prostitución como medio de vida ante la falta de capacitación, por indocumentación o por la escasez de recursos.
- Prácticas de ceremonias rituales de purificación de las mujeres vinculadas a creencias religiosas que menoscaban la integridad física y psíquica originando problemas de salud y enfermedades relacionadas con esos ritos como la ablación³⁷⁰.

Estos problemas descritos hacen que la demanda socio-sanitaria se centre mayoritariamente en una atención obstétrico-ginecológica (asistencia al embarazo,

³⁶⁸ LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index de Enferm.* 2006; 15 (55):14.

³⁶⁹ Op. cit. Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. 2004. p: 56.

³⁷⁰ Op. cit. LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. “El aborto de las mujeres inmigrantes”. p: 20.

parto, puerperio, atención a enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, etc.) como también se verá en el trabajo de campo de esta investigación, frente a una demanda de asistencia médica-quirúrgica de la población autóctona como señalan otros estudios como el realizado por Oliver Reche y colaboradores.³⁷¹

Pero además, la situación sanitaria de este colectivo en nuestro país se va a ver influenciado por las condiciones sociosanitarias que padecen y que provienen de factores culturales, de comportamiento, sociales, estructurales y económicos que también repercutirán negativamente en el nivel de salud y bienestar de esta población, originando problemas más allá de los puramente relacionados con aspectos reproductivos o sexuales, como son los descritos anteriormente por Llacer Gil y colaboradores:

- aislamiento social provocado por la ocupación de nichos laborales específicos como: servicio doméstico, hostelería, empresas de limpieza, manipulación agrícola o pescadora, etc., que dificultan las relaciones con las redes sociales nativas del país de acogida. Además, estos puestos de trabajo son precarios (dificultad para mantener y/o renovar el empleo) y automatizados (trabajador individual, puestos aislados), con malas retribuciones, insuficiente o inexistente protección social y condiciones arbitrarias de trabajo (horarios, carga, etc.)
- patologías inespecíficas causadas por el proceso de adaptación a la nueva realidad, sin olvidar las tradiciones, costumbres y comportamientos exigidos en el ámbito familiar, provocando interferencias entre ambas culturas
- atentados a la integridad de la personalidad y a la persona física de las mujeres dentro del seno de los hogares, impidiendo el desarrollo personal, sufriendo maltratos y brutalidades provocadas por culturas androcéntricas donde las mujeres deben estar sometidas al varón³⁷².

³⁷¹ Op.cit. OLIVER RECHE MI, BARAZA CANO P, MARTINEZ GARCIA E. “La salud de la mujer inmigrante”. p: 82.

³⁷² Op. cit. LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. “El aborto de las mujeres inmigrantes”. p: 20.

2.5.4) Intervención Sanitaria de los Problemas de Salud de la Mujer Inmigrante

Para una correcta protección a la salud de la mujer inmigrante, la intervención sanitaria se debe asentar sobre varias premisas para que pueda ser apropiada, eficaz y efectiva, no sólo en el área asistencial sino también en el ámbito preventivo, como se recoge a continuación, ya que no sólo se debe centrar la atención de forma exclusiva en la enfermedad sino también debe abarcar una visión integral de la salud, como ya se ha comentado en apartados anteriores; prestando especial atención al entorno de la persona inmigrante, a sus redes sociales de apoyo y a la propia calidad de vida de la mujer foránea.

Para favorecer la atención e integración de esta población en nuestra sociedad, en el 2007 por primera vez se plantearon unos objetivos y medidas recogidas en el Plan Estratégico Nacional de Integración, donde se abordaron todas las áreas de intervención necesarias para hacer efectivo el derecho de igualdad de este colectivo y mejorar así su integración³⁷³. En el área de la salud, que es el campo de este trabajo, se recogen unas prioridades sobre las que se deben asentar las intervenciones sanitarias:

- Apoyo a programas de prevención y educación para la salud, con especial atención a los dirigidos a la mujer inmigrante.
- Formación de profesionales sanitarios en la atención y en la mediación intercultural de la población con distintos orígenes y culturas.
- Transferencias de conocimientos y buenas prácticas³⁷⁴.

Estas líneas prioritarias de actuación, recogidas en el I Plan Estratégico, fueron desarrolladas mediante distintos programas de acuerdo a unos objetivos marcados:

1. Garantizar el derecho a la protección de la salud a las personas foráneas teniendo en cuenta una perspectiva integral, es decir, valorando los factores

³⁷³ Existen dos planes estratégicos de ciudadanía e integración. El primero abarcaba el periodo 2007-2010, y el segundo para los años comprendidos entre 2011-2014. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

³⁷⁴ I Plan estratégico de ciudadanía e integración. 2007-2010. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid. 2007. p: 268.

sociales y culturales que pudieran incidir en su salud y, por tanto, en la atención que se les debe prestar.

2. Mejorar la identificación de las necesidades socio-sanitarias de la población inmigrante mediante la identificación de los factores y de las necesidades de esta población, con el fin de garantizar una atención sanitaria de calidad y en condiciones de igualdad.
3. Mejorar la formación del personal sanitario en técnicas de gestión de la salud de la población extranjera, tanto en el conocimiento de la cultura y modos de vida de los países de origen como en el manejo de las situaciones derivadas de las circunstancias especiales que afecten a estas personas³⁷⁵.

Estos objetivos a su vez, fueron desarrollados en distintos programas donde se recogen unas medidas concretas y específicas a llevar a cabo para conseguir dichos objetivos. Los aspectos más destacables de los programas propuestos y que afectan a nuestro trabajo son:

- *Garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario* a través de medidas como: políticas informativas activas sobre el acceso, los derechos y los deberes en salud, fomento de la comunicación verbal y no verbal en el idioma que comprenda el paciente y que se adapte a su situación, incorporación de la perspectiva intercultural a la planificación y diseño del trabajo en salud, incorporación de la igualdad en las actuaciones y planes de salud, y fomento de acciones que mejoren la oferta y la calidad de la atención sanitaria que se presta a la población inmigrante.
- *Adaptación de los sistemas de información sanitaria* mediante: fomento de actuaciones que permitan la incorporación de información en los registros sanitarios sobre etnicidad, zona geográfica de origen, lenguaje oral y escrito, e impulso de otras medidas que permitan mantener una actualización permanente de este colectivo.
- *Normalización de los determinantes sociales de la salud* mediante la realización de planes de intervención sobre este grupo para mejorar los

³⁷⁵ *Ibíd.*, p: 271-274.

determinantes sociales de su salud, siendo necesario que recojan y se identifiquen las necesidades específicas de los mismos, con su posterior análisis e identificación de actuaciones concretas para definir oportunidades de mejora del funcionamiento del sistema sanitario en la gestión de la salud de la mujer foránea.

- *Promoción de la salud, prevención y asistencia a las necesidades específicas de la población inmigrante* mediante el fomento de planes y actuaciones dirigidas a programas preventivos para la población infantil y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, fomento de la participación de las redes sociales y de apoyo en los programa de salud del inmigrante e incorporación de programas de salud dirigidos a la multiculturalidad y la salud psicosocial.
- *Realización de estudios sobre los determinantes sociales y sobre los factores específicos de la salud de la población foránea.*
- *Estudios sobre la incidencia y prevalencia de determinadas enfermedades en dicha población.*
- *Identificación y transferencias de buenas prácticas* mediante el fomento del análisis de las actuaciones e incorporación de actuaciones de buenas prácticas en la población inmigrante en situación de especial vulnerabilidad.
- *Programas de formación en materia de gestión de la salud de la población extranjera* que amplíen conocimientos sobre los determinantes de salud y los factores sociales que afectan a este colectivo, y que incorporen la realidad intercultural en el ámbito sanitario para reconocer los efectos sobre la salud y bienestar de estos individuos³⁷⁶.

Estos programas se analizaron y se revisaron en el II Plan Estratégico concluyéndose que “persiste una importante falta de adecuación de los protocolos de funcionamiento respecto a las modificaciones en los perfiles sociales, demográficos y culturales de las poblaciones a las que han de atender. Esta falta de adecuación puede traducirse en una atención insuficiente a las necesidades sanitarias de los colectivos

³⁷⁶ *Ibíd.*, p: 271-274.

inmigrantes, en un seguimiento ineficaz de los tratamientos proporcionados y por lo tanto en desigualdades en salud”. También se destaca que “los profesionales de la salud han realizado un esfuerzo considerable para la adaptación a una nueva realidad derivada de los flujos migratorios (...)” mediante “la formación y capacitación en competencias interculturales y el cambio de actitudes ante el fenómeno de la inmigración”, pero sigue siendo necesario “continuar trabajando para la prevención de la aparición de actitudes paternalistas y para conseguir que la salud se entienda como un derecho”³⁷⁷. En esta línea, el II Plan Estratégico refuerza los objetivos, programas e intervenciones sanitarias propuestos en el plan anterior, pero enfatizando la gestión de la diversidad cultural, como elemento transversal en el ámbito sanitario, para identificar las diferentes prácticas socio-sanitarias y los determinantes sociales de la salud de los diferentes colectivos de inmigrantes; con el fin de desarrollar programas que integren esta diversidad cultural y los factores socioculturales como parte de la garantía del derecho a la protección de la salud del colectivo de inmigrante y en concreto del caso de la mujer foránea³⁷⁸.

Por ello, el profesional sanitario, médico/a, farmacéutico/a, enfermera/o, etc.³⁷⁹, que realice una intervención de salud con una inmigrante, debe ser consciente del valor que la salud tiene para este colectivo, como se percibe y cuales son los factores determinantes en ellos³⁸⁰, para establecer la mejor manera de abordar su problema de salud o de enfermedad, bien desde una perspectiva asistencial o preventiva.

Además, los agentes sanitarios estarán capacitados para ser intermediarios de otros vínculos sociales que faciliten una intervención, interacción e integración de los inmigrantes con otros sujetos que presentan una similar problemática, favoreciendo un acoplamiento entre la cultura de la sociedad de procedencia y la de la sociedad de

³⁷⁷ II Plan estratégico de ciudadanía e integración. 2011-2014. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid. 2011. p: 141.

³⁷⁸ *Ibidem*, p: 144-145.

³⁷⁹ Se entiende por profesional de la salud a los recogidos en los artículos 6 y 7 de la Ley 44/2003.

³⁸⁰ En la mayoría de los casos, la población inmigrante vinculara el valor de la salud a la permanencia en nuestro país. Por tanto, estar sano o tener salud en un inmigrante equivale a poder trabajar y tener trabajo, motivo que justifica su estancia. En cambio, consideran la enfermedad como el límite al que no se de llegar, porque el inmigrante no se lo puede permitir debido a sus necesidades de trabajar, mantenerse y sobrevivir en una sociedad distinta.
Op. cit. MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. “Elementos que configuran la dinámica de relación...” p: 28-29.

acogida³⁸¹. Y a su vez, los profesionales de la salud podrán hacer uso de los mediadores culturales para acercar su conocimiento científico a la cultura sanitaria de estos individuos, sirviendo, por tanto, de enlace entre el sistema sanitario y los diferentes colectivos de inmigrantes.

2.5.4.1) Actuación de los Profesionales de Enfermería

Los profesionales de Enfermería son agentes sanitarios facultados para cuidar de la salud y prestar una atención holística e integral a la persona, proporcionando unas conductas y hábitos saludables, y unos cuidados en salud³⁸²; encuadrando todo ello dentro de un contexto cultural que variara en función del paciente, como se recoge en el Modelo de Enfermería Trascultural³⁸³.

Como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo y recoge Vázquez Truissi: “la inmigración es una dimensión de la diversidad cultural que se caracteriza por tres importantes rasgos: la ruptura con su medio, la diferencias de cultura y de idioma, y las dificultades para el acceso a los servicios de salud”; siendo estas características las que propician las desigualdades en salud. Por tanto, las actuaciones de enfermería deberán contemplar estos dos hechos: la inmigración como factor de desigualdad y la inmigración como diversidad cultural³⁸⁴.

Por ello, los profesionales sanitarios, y en particular las enfermeras/os, se enfrentan con una serie de dificultades en la prestación de asistencia y cuidados a este

³⁸¹ *Ibidem*, p: 28-29.

³⁸² Art. 7 de Ley 44/2003, sobre las competencias de enfermería: “*corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.*”

³⁸³ GARCÍA-CARPINTERO BLAS E, RICO GARCÍA-AMADO S. La Enfermería transcultural: papel de las enfermeras ante la inmigración. *Rev. e-ducare*21 [online] 2006 (4): 3.

³⁸⁴ BARAZA CANO P, LAFUENTE ROBLES N. y GRANADOS ALBA A. Cuidados en salud. Cuidados de enfermería a población inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. 2007. p: 303.

colectivo como son los problemas lingüísticos y las interferencias culturales y emocionales³⁸⁵.

Para abordar toda esta problemática desde una perspectiva enfermera surge el Modelo de Enfermería Transcultural, que recoge que “el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo al contexto cultural en que se encuentra”, es decir, que permite un enfoque del cuidado de la salud basado en el respeto a las diferencias, o en este caso disparidades culturas en el arte de cuidar. Estas diferencias deberán ser identificadas y valoradas por la enfermería para que sus intervenciones sean eficaces y congruentes con el contexto cultural de las personas a las que van dirigidas, los inmigrantes o extranjeros, permitiendo así garantizar el derechos social de la protección de la salud.

Esta nueva filosofía del cuidar supone un reto para la práctica enfermera, ya que este modelo de pensamiento supone un alejamiento del modelo puramente biomédico, adoptando un marco teórico más amplio para no renunciar a los cuidados integrales y holísticos que deben sostener toda actuación enfermera.

Esta nueva corriente de pensamiento se asienta, por tanto, en el modelo de enfermería trascultural que se basa en:

1. Conocer y prestar atención a las diferentes formas de entender la salud/enfermedad y a las distintas maneras de manifestar la enfermedad o “el sentirse enfermo”.
2. Considerar al paciente inmigrante dentro de un contexto familiar, social, cultural, laboral, económico, etc. pero sin perder su propia individualidad e identidad.
3. Identificar y reconocer las distintas necesidades de salud que pueden presentarse a lo largo de todo el proceso migratorio y los factores que repercuten en el nivel de bienestar de un inmigrante.

³⁸⁵ MORENO MATEOS H. Orientación de los servicios sanitarios a la diversidad cultural. Comunicación con el paciente inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. 2007. p: 67.

4. Incorporar cuidados de salud que atiendan todos los problemas sanitarios detectados, de forma realista y con la implicación de los propios pacientes, y prestar especial atención a los cuidados enfermeros que relacionen el valor de la salud con factores culturales, de valores o de creencias religiosas de estos sujetos³⁸⁶.

Para afrontar este desafío, la enfermería debe tener unos conocimientos y habilidades que le permitan dentro de su marco de actuación (prestar cuidados de salud) identificar a los sujetos que atiende y el entorno en el que se envuelven, para determinar que factores y hábitos del sujeto promueven el bienestar y pueden mantenerse, y cuáles son susceptibles de ser modificados mediante una intervención enfermera. Esta praxis define un modelo de enfermería basado en la competencia cultural, la cuál se define como: “(...) el proceso en el cual el profesional se esfuerza continuamente por alcanzar la capacidad y la disponibilidad de trabajar con eficacia dentro del contexto cultural de un cliente (familia, individuo y comunidad)”³⁸⁷.

El modelo de Enfermería Transcultural se aplicara en todo el proceso de atención enfermero, pero fundamentalmente en las etapas de valoración, diagnóstico y planificación.³⁸⁸

³⁸⁶ Op. cit. BARAZA CANO P, LAFUENTE ROBLES N. y GRANADOS ALBA A. “Cuidados en salud. Cuidados de enfermería...”. p: 303.

³⁸⁷ Ibídem, p: 304.

³⁸⁸ El proceso de atención de enfermería consta de cinco fases diferenciadas que son:

- **Valoración:** consiste en una recogida sistemática de datos objetivos y subjetivos mediante la observación, la entrevista clínica y la exploración física del paciente. Estos datos son organizados y clasificados para determinar la existencia de uno o varios problemas de salud reales o potenciales sobre los que haya que incidir en el resto de fases del proceso

- **Diagnóstico:** es la etapa que recoge el juicio clínico emitido por la enfermera que explica el estado de salud del usuario y donde se recogen de manera resumida las necesidades alteradas en base a las respuestas humanas, detectadas en la fase de valoración. Según Gordon se define como “problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar”.

<http://es.wikipedia.org>

- **Planificación:** se desarrollarán estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud identificados en el diagnóstico estableciendo prioridades, identificando los objetivos que se han de conseguir y las actuaciones más adecuada para lograrlos.

- **Ejecución:** es la puesta en marcha del plan de cuidados como tal. No sólo se incluye las actividades propias de enfermería, sino también las delegadas por el médico. Consta de preparación, realización, registro de la actuación y resultados.

En la etapa de valoración se hará una “evaluación cultural”³⁸⁹ para identificar primeramente las necesidades de salud que son diferentes a la población autóctona, en función de los condicionantes o factores de salud que pueden darse en un inmigrante y que se han recogido ampliamente en apartados anteriores; y posteriormente determinar aquellos aspectos positivos o hábitos saludables en función de la cultura, con el fin de potenciarlos y fomentar la aceptación de los cuidados de salud enfermeros por parte de los inmigrantes.

Esta primera etapa se puede realizar siguiendo diferentes modelos de cuidados de enfermería como puede ser: el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson³⁹⁰, el de autocuidados de Dorotea Orem³⁹¹ o el de los patrones funcionales³⁹² de Marjorie Gordon³⁹³.

En la etapa de diagnóstico se enunciarán las necesidades detectadas (reales) y los problemas potenciales que se han observado en la etapa de valoración y sobre las

• **Evaluación:** es la última fase del proceso y consiste en la medición de los resultados obtenidos en relación con los objetivos marcados en la etapa de planificación. Consiste en una nueva valoración ya que se evalúa la situación actual del usuario, se realiza una comparación de los objetivos y se emite un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

ALONSO VALLEJO M, ÁLVAREZ GONZÁLEZ MJ. El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E. En: ÁLVAREZ GONZÁLEZ M.J, ARKÁUTE ESTRADA I, BELAUSTEGI ARRATIBEL A, CHAPARRO TOLEDO S, ERICE CRIADO A, GONZÁLEZ GARCIA M.P, et al. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Hospital Txagorritxu. 2004. p: 28-31.

³⁸⁹ La evaluación cultural es definida por Leininger como: “la valoración o examen sistemático de individuos, grupos y comunidades, así como sus valores, creencias y prácticas para determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto”.

Op. cit. BARAZA CANO P, LAFUENTE ROBLES N. y GRANADOS ALBA A. “Cuidados en salud. Cuidados de enfermería...”. p: 305.

³⁹⁰ El modelo de Virginia Henderson es el más utilizado en la atención hospitalaria ya que es donde se pone en práctica su concepto de la enfermería de suplencia-ayuda ya que tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) y que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para conseguir su independencia lo más rápido posible. Todo este cuidado de enfermería se aplica mediante un plan de cuidados.

www.wikipedia.org

³⁹¹ En el modelo de Orem el papel de la enfermera consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado, por ello se utiliza en atención primaria.

www.wikipedia.org

³⁹² El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon permite realizar una valoración enfermera eficaz, porque define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades, siendo utilizado en atención primaria.

www.wikipedia.org

³⁹³ Op. cit. BARAZA CANO P, LAFUENTE ROBLES N. y GRANADOS ALBA A. “Cuidados en salud. Cuidados de enfermería...”. p: 305.

que se hará necesaria una intervención enfermera para prevenir o resolver dichos procesos³⁹⁴.

Los diagnósticos enfermeros se podrán enunciar siguiendo la taxonomía de la NANDA proporcionando así un soporte científico al desarrollo teórico enfermero³⁹⁵ como se expondrá más adelante.

En la etapa de planificación se propondrán las medidas y actuaciones enfermeras necesarias para conseguir los objetivos prefijados anteriormente. Tanto los objetivos como las actuaciones se pueden enunciar siguiendo la taxonomía enfermera de la NIC (clasificaciones de intervenciones enfermeras) y la NOC (clasificación de resultados de enfermería), permitiendo así “una comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas”³⁹⁶.

Para utilizar y aplicar el modelo de enfermería transcultural en nuestro colectivo de estudio, las mujeres foráneas, primero se deben identificar todos los problemas de salud reales o potenciales que se puedan presentar con motivo u ocasión del proceso migratorio y los debidos a la adaptación sociocultural o integración en la cultura de acogida. Estos problemas tendrán una relación directa con el proceso clínico o patológico, si existiese, ya que pueden agravar la situación de mal estar o enfermedad que sufran estas mujeres. Pero se ha de tener en cuenta que estos problemas por si solos no demanden asistencia.

Estas necesidades socio-sanitarias detectadas en la primera fase del proceso de atención de enfermería (PAE), la valoración, se podrán estudiar mediante una

³⁹⁴ *Ibíd*em, p: 308.

³⁹⁵ LUIS RODRIGO MT. Inicio, evolución y estado actual de la taxonomía diagnóstica de la NANDA I. En: LUIS RODRIGO MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 21.

³⁹⁶ MCCLOSKEY DOCHTERMAN J. BULECHECK GM. Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. En: MCCLOSKEY DOCHTERMAN J. BULECHECK GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier Mosby. 2008. p: 3.

terminología normalizada y universalmente aceptada, los Diagnósticos de la NANDA según la taxonomía II³⁹⁷.

En la siguiente tabla se recogen, mediante los Diagnósticos Enfermeros aceptados por la NANDA, todos los problemas de salud que la mujer inmigrante puede presentar, como consecuencia de su realidad migratoria y en base a los determinantes socio-culturales antes estudiados, proporcionando un punto de partida en el estudio y análisis de la intervención enfermera necesaria para garantizar un adecuada y eficaz protección de la salud de la mujer inmigrante; teniendo en cuenta que a estas necesidades sanitarias había que añadir los problemas de salud derivados del cuadro clínico o enfermedad que padezca cada mujer inmigrante.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS de necesidades socio-sanitarias de la mujer inmigrante.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Retraso en el crecimiento y desarrollo.</i> ▪ <i>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</i> ▪ <i>Riesgo déficit de volumen de líquidos.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Conflicto de decisiones.</i> ▪ <i>Duelo.</i> ▪ <i>Deterioro de la religiosidad.</i> ▪ <i>Sufrimiento espiritual.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diarrea.</i> ▪ <i>Estreñimiento.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Estrés por sobrecarga.</i> ▪ <i>Fatiga.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Conocimientos deficientes sobre su salud.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Baja autoestima situacional/ Riesgo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Afrontamiento infeectivo.</i> ▪ <i>Tendencia a adoptar conductas de</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Aislamiento social.</i> ▪ <i>Ansiedad.</i>

³⁹⁷ La taxonomía NANDA II es una clasificación de diagnósticos de enfermería en una estructura multiaxial con tres niveles: dominios, clases y diagnósticos. Los dominios sobre los que se asienta esta taxonomía son: Promoción de la salud, nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort y crecimiento/desarrollo. Como se puede observar algunos dominios coinciden con algunas necesidades básicas descritas en el modelo de Virginia Henderson.
HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B. Segunda parte Taxonomía II. EN: HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B NANDA- I. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid. Elsevier. 2008. p: 261, 275-276.

<p><i>riesgo para la salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Riesgo de lesión.</i> ▪ <i>Gestión ineficaz de la propia salud.</i> ▪ <i>Deterioro en el mantenimiento del hogar.</i> ▪ <i>Mantenimiento ineficaz de la salud.</i> ▪ <i>Deterioro parental.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Deterioro de la comunicación verbal.</i> ▪ <i>Síndrome de estrés del traslado/ Riesgo.</i> ▪ <i>Deterioro de la interacción social.</i> ▪ <i>Patrón sexual ineficaz.</i>
--	--

Cuadro 4: Diagnósticos de Enfermería para la mujer inmigrante según la NANDA.

Estos Diagnósticos Enfermeros también podemos clasificarlos en función del modelo de enfermería utilizado en la etapa de valoración. En nuestro caso se ha seguido el Modelo de Virginia Henderson³⁹⁸ que recoge las necesidades básicas de salud alteradas, no sólo por el proceso clínico o patológico, sino también en función de los factores socio-culturales que sufre la población inmigrante, como son las necesidades de: alimentación, eliminación, reposo/sueño, comunicación/relación, seguridad, religión/creencias, aprendizaje y autorrealización.

A continuación se especifica el nombre o etiqueta de cada diagnóstico recogido en la tabla anterior, el nº asignado en la clasificación de la NANDA, la definición del mismo para poder proyectar su significado, las características definitorias que recogen las manifestaciones objetivas y subjetivas de cada etiqueta, los factores de relación, los criterios de resultados u objetivos a conseguir (NOC) y las intervenciones de enfermería necesarias (NIC) para lograr los resultados propuestos de los diagnósticos que pueden darse en la población femenina inmigrante debidos al proceso migratorio y/o de la adaptación sociocultural o integración³⁹⁹.

³⁹⁸ Se utiliza este modelo de cuidados ya que posteriormente se analizará bajo el prisma de la asistencia hospitalaria, donde se desarrolla principalmente este modelo enfermero, de ahí que se realice la conexión del mismo con los diagnósticos enfermeros presentes en una mujer inmigrante como consecuencia de su realidad migratoria.

³⁹⁹ El esquema ampliado de cada diagnóstico se realiza según:
HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B. Primera parte Diagnósticos Enfermeros de la Nanda-I. En: NANDA- I. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid. Elsevier. 2008. p: 1-258.
HEATHER HERDMAN T, HEATH C, LUNNEY M, SCROGGINS L, VASALLO B. Segunda Parte. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda-I 2009-2011. En: DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Barcelona. Elsevier. 2009. p: 53-358.

2.5.4.2) DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS en una Mujer Inmigrante en Situación de Especial Vulnerabilidad en su contexto migratorio.

I. AFRONTAMIENTO INEFECTIVO:

00069

Definición:

Incapacidad de la mujer inmigrante para valorar acertadamente los agentes estresantes a los que se enfrenta y su incompetencia para elegir las respuestas más adecuadas o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias:

- Empleo de formas de afrontamiento que impiden o dificultan una conducta adaptativa.
- Verbalización de la incapacidad de afrontar la situación y de pedir ayuda.
- Adopción de solución inadecuada de los problemas.
- Incapacidad para satisfacer necesidades básicas y/o las expectativas del rol.
- Dificultades para entender la información recibida.
- Drogodependencias.

Relacionado con:

- Déficit de conocimientos.
- Incertidumbre, desconfianza o falta de control para manejar la situación.

LUIS RODRIGO MT. Diagnósticos enfermeros hasta la decimosétima conferencia. En: LUIS RODRIGO MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 41-401.

MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M. Resultados. En: MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid. Mosby. 2005. p: 127-544.

MCCLOSKEY DOCHTERMANJ, BULECHEK GM. Clasificación. En: MCCLOSKEY DOCHTERMANJ, BULECHEK GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 129-798.

- Percepción de situaciones de amenaza o de crisis situacionales en relación con: cambios del entorno (traslado migratorio, trabajo estacional, falta de recursos), ruptura de lazos afectivos y conflictos de origen cultural.
- Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento.
- Falta de preparación para el manejo de los agentes estresantes.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Verbalización de aceptación de la situación.
- ▲ Adaptación de conductas y patrones para reducir el estrés.
- ▲ Adaptación a los cambios.
- ▲ Utilización del apoyo social disponible.
- ▲ Disminución de sentimientos negativos y aumento de bienestar psicológico referido por la propia mujer.

Intervenciones enfermeras (CIE):

- Valorar todos los estresantes en su conjunto, y no aisladamente, para una mayor comprensión de la situación.
- Crear un ambiente terapéutico mediante una relación personalizada de confianza para que la mujer inmigrante se sienta segura, basada en el respeto a las diferencias culturales.
- Estimular la verbalización de sentimientos y hacer patentes las emociones negativas para lograr un cambio.
- Dar apoyo emocional, facilitar asesoramiento y proporcionar apoyo en la toma de decisiones.
- Aumentar los sistemas de apoyo y determinar que recursos utilizar para reducir o solucionar las repercusiones que la situación provoca en su vida diaria.
- Ayudar a identificar los factores estresantes y las estrategias de afrontamiento eficaz.
- Prevenir el consumo de sustancias nocivas.
- Enseñar técnicas de relajación y facilitar el aprendizaje de conductas adaptativas.

II. AISLAMIENTO SOCIAL

00053

Definición:

Sentimiento de soledad que experimenta una mujer extranjera impuesto por otros y que es percibido como negativo o amenazador.

Características definitorias:

- Falta de personas significativas de soporte: familiares, amigos, grupo, etc.
- Incapacidad de establecer o mantener relaciones personales satisfactorias.
- Manifestación de sentimientos de soledad impuesto por otros, de rechazo y de ser distinto a los demás.
- Incapacidad de satisfacer las expectativas de los demás.
- Presencia de valores y conductas inadecuados y rechazados en la cultura dominante.
- Búsqueda de la pertenencia a una subcultura.

Relacionado con:

- Valores y/o conductas no aceptados socialmente.
- Recursos personales inadecuados.
- Factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (ej. continuos traslados)
- Separación de lazos afectivos.

Criterios de resultados (NOC):

- ∧ Verbalización de su satisfacción y bienestar social porque su situación de soledad ha disminuido
- ∧ Adquisición o aumento las habilidades para mejorar su interacción social.
- ∧ Utilización métodos de resolución de conflictos
- ∧ Búsqueda de ayuda en mecanismo de soporte social y redes sociales estables.

Intervenciones enfermeras (CIE):

- Mantener una actitud profesional y personal de respeto y aceptación de la propia mujer y su situación, estableciendo una buena relación profesional de enfermería- paciente que incorpore elementos culturales adecuados.

- Evaluar el impacto del proceso migratorio, del cambio de estilo de vida, del duelo migratorio y la adaptación al nuevo entorno.
- Ayudar a la mujer foránea en la identificación de sentimientos negativos (tristeza, enfado, hostilidad, etc.) que impiden la interacción con los demás.
- Proporcionar apoyo emocional y facilitar asesoramiento.
- Evaluar los sistemas de apoyo social disponibles.
- Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento.
- Fomentar y potenciar la autoestima, la confianza y la seguridad.
- Ayudar a la mujer a identificar los efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en su autoestima y valía personal.
- Fomentar las relaciones con personas de su mismo origen y utilizar los intermediarios culturales como sistemas de apoyo a las redes sociales.
- En caso de barreras lingüísticas, utilizar otras vías de comunicación u otros sistemas de apoyo alternativos.

III. ANSIEDAD

00146

Definición:

La mujer foránea experimenta una señal de alerta, una sensación de malestar, un sentimiento de aprensión o vaga amenaza relacionado con un peligro inminente cuyo origen generalmente desconoce, y que origina una respuesta del sistema nervioso autónomo que le permite tomar las medidas necesarias para afrontarlo.

Características definitorias:

- Alteraciones Conductuales: Inquietud- agitación. Insomnio.
- Alteraciones Afectivas: Aprensión - angustia - distrés - temor. Sobreexcitación. Desesperanza dolorosa y creciente. Nerviosismo. Desconcierto. Arrepentimiento
- Alteraciones Fisiológicas: estimulación del sistema nervioso simpático y parasimpático (temblores, inestabilidad, etc.).
- Alteraciones cognitivas: disminución de la habilidad para aprender y resolver problemas, miedo de consecuencias inespecíficas, deterioro de la concentración y del pensamiento.

Relacionados con:

- Estrés situacional.
- Consumo de sustancias.
- Amenaza o cambio en la situación económica, en el entorno y en el rol.
- Conflictos sobre las metas en la vida y las expectativas en su nuevo destino.

Criterios de resultados (NOC):

- ♣ Verbalización de aceptación y control de la situación mediante la reducción de los síntomas físicos y psicológicos.
- ♣ Adaptación de conductas y patrones para reducir el estrés.
- ♣ Adaptación a los cambios mediante cambios en el estilo de vida.
- ♣ Utilización del apoyo social disponible.
- ♣ Disminución de sentimientos negativos y aumento de bienestar psicológico referido por la propia mujer.
- ♣ Planificación de estrategias efectivas para expresar o afrontar la ansiedad.
- ♣ Utilización de técnicas de relajación.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Crear un ambiente que facilite la confianza y escuchar con atención.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Mantener una actitud imparcial evitando emitir opiniones personales o juicios de valor sobre costumbres, hábitos o conductas.
- Ayudar a la mujer foránea a desarrollar una valoración objetiva de la situación.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Fomentar un dominio gradual de la situación mediante la búsqueda de otras formas de canalizar esa ansiedad.
- Establecer pautas para reducir o eliminar las interferencias que la situación crea en la vida diaria.
- Si hay consumo de sustancias nocivas aconsejar la consulta con un profesional de salud mental.
- Instruir a la mujer sobre el uso de técnicas de relajación.

IV. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL **00120**

V. RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL **00153**

Definición:

Autoevaluación negativa (o riesgo de autoevaluación negativa) de la mujer inmigrante como respuesta a una situación específica.

Características definitorias:

- Verbalización de la evaluación negativa sobre si misma.

Relacionados con:

- Cambios en el rol social.
- Expectativas irreales sobre una misma.
- Conducta inconsistente con los valores.
- Fallo y rechazo.
- Violencia de género.

Criterios de resultados (NOC):

- ∧ Verbalización de la autoaceptación y sentimientos sobre su propia persona, para una evaluación positiva de si misma y de sus capacidades.
- ∧ Identificación de los factores que provocan la disminución de la autoestima.
- ∧ Determinación de objetivos realistas.
- ∧ Mantenimiento de la autoestima.
- ∧ Ejecución de las conductas del rol.
- ∧ Reconocimiento de situaciones de abuso/violencia.
- ∧ Petición de asistencia sanitaria preventiva/asistencial.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Crear un ambiente que facilite la confianza y la confidencialidad.
- Estimular la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos para hacer patentes las emociones negativas y lograr un cambio.
- Explorar las razones de autocrítica o culpa y animar a la mujer a evaluar su propia conducta.

- Ayudar a la mujer foránea a identificar los efectos importantes de su cultura, religión, raza y género en su autoestima y valía personal.
- Mantener una actitud imparcial evitando emitir opiniones personales o juicios sobre las decisiones, pero con una actitud positiva y empática.
- Dar apoyo emocional y facilitar asesoramiento.
- Fomentar y potenciar la autoestima, la confianza y la seguridad en si misma.
- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones para que resulten más fáciles y menos amenazadoras.
- Detectar signos y síntomas de violencia de género y ponerlo en conocimiento de la autoridad competente.
- Aumentar los sistemas de apoyo y determinar los recursos a utilizar para reducir o eliminar la situación de violencia /abuso.

VI. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES SOBRE SU SALUD

00126

Definición:

La mujer inmigrante carece de información cognitiva suficiente sobre aspectos que atañen a su salud.

Características definitorias:

- Seguimiento inexacto de las instrucciones recibidas.
- Comportamientos inapropiados.

Relacionados con:

- Diferencias culturales.
- Falta de familiaridad con los recursos para obtener información.
- Desconocimiento del idioma/ barreras lingüísticas.

Criterios de resultados (NOC):

- ^ Búsqueda de información actual relacionada con su salud.
- ^ Demanda de asistencia o consejo de profesionales sanitarios cuando es necesario.

- ^ Descripción de prácticas nutricionales saludables y de los beneficios de otros hábitos saludables que hacen referencia al sueño, al ejercicio, etc.
- ^ Descripción de los efectos negativos sobre la salud de conductas insanas como consumo de sustancias, de alcohol, tabaco...
- ^ Adaptación de estrategias para eliminar conductas insanas y para maximizar la salud.
- ^ Descripción de los servicios de fomento y protección de la salud.
- ^ Explicación de las medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- ^ Descripción de cómo evitar la exposición a los factores ambientales.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- o Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la mujer para una intervención sanitaria adecuada, teniendo en cuenta las distintos costumbres y valores culturales/ religiosos de acuerdo a la diversidad.
- o Identificar las necesidades tanto para el fomento de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- o Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen la mujer inmigrante y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.
- o Identificar conjuntamente las prácticas culturales que puedan ocasionar un efecto negativo en la salud.
- o Utilizar un lenguaje sencillo sin tecnicismos.
- o Mostrar respeto y acomodación cultural en el plan de cuidados, por ej. El Ramadán.
- o Proporcionar información a la mujer foránea sobre el sistema de cuidados sanitarios.
- o Facilitar información sobre la cultura de la mujer inmigrante a otros profesionales sanitarios que estén en contacto con ella.
- o Modificar el ambiente terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.

- Dar educación sanitaria sobre todos aquellos aspectos que preocupen a la mujer inmigrante en relación con su salud o con los hábitos y conductas saludables a seguir.

VII. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

00051

Definición:

La mujer foránea experimenta una disminución en su capacidad para recibir, procesar y transmitir un mensaje.

Características definitorias:

- Dificultad para comprender los mensajes y mantener el patrón de comunicación habitual.

Relacionados con:

- Diferencias culturales.
- Desconocimiento del idioma/ barreras lingüísticas.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Utilización de lenguaje no verbal.
- ▲ Utilización de traductores u otros sistemas de apoyo a la comunicación.
- ▲ Compresión e interpretación exacta de la información recibida.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal)
- Traducir la terminología del paciente sobre signos y síntomas a otro lenguaje de cuidados sanitarios que otros profesionales puedan comprender con facilidad.

VIII. TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

00188

Definición:

Incapacidad de la mujer inmigrante para modificar su estilo de vida o sus conductas de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

Características definitorias:

- Conductas indicativas de no aceptación del cambio en el estado de salud.

Relacionados con:

- Compresión inadecuada.
- Situación socioeconómica baja.
- Diferencias culturales.
- Conflictos con sus costumbres y valores.

Criterios de resultados (NOC):

- ∧ Introducción de cambios positivos en su estilo de vida y su comportamiento.
- ∧ Mantenimiento de los cambios en el tiempo hasta conseguir una buena adaptación.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Ayudar a que la mujer inmigrante identifique las conductas de riesgo y sus repercusiones.
- Motivar e incentivar la adquisición de nuevos hábitos y conductas saludables.
- Informar y facilitar los medios o recursos sociales disponibles en caso de situación socioeconómica precaria.
- Proporcionar apoyo multidisciplinar, por ej, con la trabajadora social.
- En caso de consumo de alcohol o/y drogas derivar a la consulta de un profesional de salud mental para dar apoyo, ayuda y consejo especializado.

IX. CONFLICTO DE DECISIONES

00083

Definición:

Incertidumbre del curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones distintas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales de la mujer extranjera.

Características definitorias:

- Retraso en la toma de decisión.

- Cuestionamiento de principios, reglas y valores morales mientras se intenta tomar una decisión.
- Cuestionamiento de creencias y valores personales.
- Vacilación entre elecciones alternativas.
- Verbalización de sentimientos.

Relacionados con:

- Percepción de amenaza a los valores y creencias personales.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación y comparación de alternativas.
- ▲ Identificación de las consecuencias posibles de cada alternativa.
- ▲ Reconocimiento de la importancia percibida de la actuación y de los beneficios percibidos de la acción.
- ▲ Reducción de la amenazada percibida por la acción.
- ▲ Descripción de la mejora en el estilo de vida por la acción.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Animar a la mujer a hacer una lista de los valores que guían su conducta.
- Tener en cuenta los aspectos éticos/morales/religiosos de la libre elección antes de comenzar cada intervención.
- Determinar si existen diferencias entre el punto de vista de la mujer inmigrante y el punto de vista de los cuidadores sanitarios en el aspecto concreto a decidir.
- Informar a la mujer sobre la existencia de puntos de vista alternativos y sus soluciones.
- Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Obtener el consentimiento válido, cuando se precise.
- Proporcionar la información solicitada por la mujer.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Evitar tanto las actitudes paternalistas o protectoras como las directivas o autoritarias en las actuaciones enfermeras.

- Desaconsejar la toma de decisiones cuando la mujer se encuentra bajo una situación de estrés severo.
- Servir de enlace entre la mujer y su familia o/y otros profesionales sanitarios.

X. RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

00111

Definición:

La mujer foránea muestra desviaciones de los estándares de crecimiento y desarrollo para su grupo de edad.

Características definitorias:

- Alteración del crecimiento físico.
- Retraso psico-motor para su grupo de edad.

Relacionados con:

- Cuidados inapropiados (trastornos nutricionales o alimentarios)
- Violencia o malos tratos.
- Pobreza

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Mantenimiento del crecimiento dentro de los percentiles de normalidad para su grupo de edad.
- ▲ Identificación de factores de riesgo que pueden eliminarse o modificarse.
- ▲ Planificación de estrategias que reduzcan o eliminen los factores de riesgo.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- Ayudar a padres o cuidadores a identificar las causas del retraso en el crecimiento y las medidas a desarrollar para evitarlo.
- Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.
- Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
- Realizar una valoración nutricional vigilando las mediciones de los pliegues de la piel y los niveles sanguíneos, según prescripción.

- Establecer conjuntamente con los padres o cuidadores una pauta alimentaria que cubra las necesidades de crecimiento de la niña teniendo en cuenta sus gustos y preferencias e incorporando su cultura gastronómica en la medida de lo posible.
- Determinar conjuntamente los recursos familiares y sociales disponibles para afrontar la situación.
- En caso de abandono, abuso o maltrato infantil: identificar si existen causas que puedan motivar estas circunstancias (pobreza, desempleo, violencia doméstica, etc.), observar si existen signos y síntomas físicos o psicológicos que evidencien un maltrato u abandono, informar sobre la sospecha y remitir toda la información a las autoridades competentes para que se adopten las medidas oportunas de guardia y tutela de la menor.

XI. DUELO

00136

Definición:

Respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales que experimenta la mujer inmigrante ante la pérdida o separación de sus familiares, amigos, entorno, etc.

Características definitorias:

- Sufrimiento- dolor.
- Distrés psicológico.

Relacionados con:

- Separación familiar por el proceso migratorio.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Verbalización de sentimientos sobre su situación.
- ▲ Aceptación de su realidad expresando expectativas positivas sobre su futuro.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Ayudar a identificar las reacciones y conductas propias de la pérdida o separación.
- Fomentar la expresión de sentimientos ante el duelo migratorio y favorecer la verbalización de los miedos y temores que suscita su nueva realidad.

- Ayudar en la adaptación a su nueva situación modificando patrones de comportamiento.
- Facilitar apoyos sociales y fomentar las relaciones con personas de su mismo origen y cultura.
- Utilizar los intermediarios culturales como sistemas de apoyo a las redes sociales.

XII. DIARREA

00013

Definición:

Aumento de la frecuencia, el volumen o la fluidez de las deposiciones.

Características definitorias:

- Dolor abdominal.
- Eliminación de al menos tres deposiciones líquidas/día.
- Sonidos intestinales por hiperactividad.
- Fiebre/inestabilidad de temperatura.

Relacionados con:

- Infecciones por malos hábitos higiénicos de los alimentos.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Mantenimiento del patrón de defecación habitual, con emisión de consistencia, olor y aspectos normales.
- ▲ Manipulación adecuada de alimentos.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Recogida de muestra de heces para su cultivo y determinar la sensibilidad si la diarrea persiste.
- Identificar los factores (bacterias) que puedan ocasionar la diarrea.
- Observar y registrar el nº de veces, la cantidad, el aspecto y el color de las heces.
- Fomentar técnicas seguras de manipulación, preparación y preservación de los alimentos.

- Observar la piel perianal para ver si hay irritación u ulceración.
- Pautar dieta pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, si procede.
- Derivar o consultar con el médico si persisten los síntomas.

XIII. ESTREÑIMIENTO

00011

Definición:

Reducción de la frecuencia de evacuación intestinal acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias:

- Cambios en el patrón intestinal.
- Disminución de la frecuencia y volumen de las heces.
- Dolor y distensión abdominal.
- Defecación dificultosa y dolorosa.
- Náuseas y vómitos.
- Sensación de plenitud.
- Masa rectal palpable.

Relacionados con:

- Malos hábitos higiénico-dietéticos.
- Cambios en el estilo de vida.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Recuperación de su patrón de defecación normal.
- ▲ Identificación de los hábitos higiénico-dietéticos causantes y modificación de su estilo de vida para eliminar los factores contribuyentes.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Observar los síntomas y signos de estreñimiento y vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores causales para promover un cambio y eliminación de los mismos.

- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, sino hay contraindicación.
- Ajustar la dieta al estilo de vida de la mujer inmigrante, pero con alto contenido en residuos y fibra.
- Administrar tratamiento u otras medidas, en caso necesario.

XIV. SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO 00114

XV. RIESGO DEL ESTRÉS DEL TRASLADO 00149

Definición:

Alteraciones físicas o psicológicas que sufre la mujer foránea como consecuencia del traslado migratorio

Características definitorias:

- Sentimientos negativos de: ansiedad, depresión, tristeza, etc.
- Pérdida de identidad y autoestima.
- Aislamiento.

Relacionados con:

- Cambio ambiental.
- Traslado temporal o permanente.
- Barreras lingüísticas.
- Falta de apoyo del grupo o sistema.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Desaparición o disminución de las manifestaciones fisiológicas y/o psicológicas como consecuencia del traslado migratorio.
- ▲ Adaptación de su estilo de vida a las costumbres y condiciones del nuevo entorno.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Animar a que la paciente exprese sus sentimientos.
- Escuchar las expresiones de sentimientos, miedos y creencias.
- Valorar la situación de la mujer inmigrante en su conjunto.

- Ayudar a la paciente de desarrollar una valoración objetiva de la situación.
- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones y evitar que tome decisiones en situación de fuerte estrés.
- Favorecer las relaciones con otras personas que se encuentren en su misma situación y tengan intereses comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Introducir los menos cambios posibles en su modo de vida, respetando los hábitos que no sean imprescindibles cambiar.
- Fomentar un dominio gradual de la situación mediante la búsqueda de otras formas de canalizar la ansiedad y el estrés.
- Establecer pautas para reducir o eliminar las interferencias que la situación crea en la vida diaria.
- Si hay consumo de sustancias nocivas aconsejar la consulta con un profesional de salud mental.
- Instruir a la mujer sobre el uso de técnicas de relajación.

XVI. ESTRÉS POR SOBRECARGA

00177

Definición:

La mujer inmigrante sufre una excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Características definitorias:

- Verbaliza el exceso de estrés situacional.

Relacionados con:

- Agentes estresantes intensos, repetidos y múltiples (violencia familiar, amenazas/demandas físicas, sociales, ambientales...)
- Recursos económicos o sociales inadecuados.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación de los agentes estresantes sobre los que poder actuar.

- ▲ Incorporación de cambios en el estilo de vida para eliminar o reducir los agentes estresantes.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Facilitar la verbalización de sus sentimientos y emociones, prestando atención a las demandas y opiniones.
- Evitar realizar juicios de valor o comentarios que induzcan a pensar que su conducta es exagerada o infundada.
- Ayudar a identificar los problemas que se pueden modificar y establecer objetivos realistas para conseguirlo.
- Potenciar las habilidades y capacidades de la mujer para afrontar la situación y optimizar los recursos de los que dispone.
- Determinar conjuntamente estrategias de afrontamiento del estrés referentes a horarios, al tiempo de descanso y ocio.
- En caso de recursos económicos insuficientes o un uso inadecuado de los recursos sociales disponibles, derivar a la trabajadora social.
- Prevenir el consumo de sustancias nocivas.
- Enseñar técnicas de relajación y facilitar el aprendizaje de conductas adaptativas.

XVII. FATIGA

00093

Definición:

Sensación de agotamiento profundo que sufre la mujer inmigrante y que no se alivia con el descanso, manifestándose en una reducción de su capacidad habitual para el esfuerzo físico y mental.

Características definitorias:

- Cansancio-sonmolencia- letargo.
- Incapacidad para mantener el nivel de actividad y verbalización de la situación.
- Sentimientos de culpa por no asumir las responsabilidades de la manera deseada.

Relacionados con:

- Duelo migratorio disfuncional.

- Tipo de trabajo, horario y/o sobrecarga laboral y/o doméstica.
- Desadaptación o inadaptación al nuevo entorno.
- Desaliento para afrontar los conflictos y buscar nuevas expectativas.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Disminución o desaparición de la sensación de agotamiento.
- ▲ Identificación de las causa de la fatiga.
- ▲ Aplicación de métodos y técnicas de control de ahorro de energía.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Determinar la percepción de la causa de la fatiga por parte de la mujer inmigrante.
- Favorecer la verbalización de los sentimientos de la mujer acerca de sus limitaciones.
- Determinar las causas objetivas de la fatiga.
- Consultar sobre ingesta nutricional, sobre patrón del sueño, sobre actividad/ejercicio.
- Observar síntomas y signos de fatiga física y/o emocional.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar fatiga.
- Ayudar a la paciente a priorizar actividades y establecer metas realistas de actividades.

XVIII. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

00052

Definición:

Intercambio inefectivo o cuantitativamente insuficiente de la mujer foránea con su entorno social.

Características definitorias:

- Interacción disfuncional con el entorno, familia, amigos, etc.
- Verbalización de conductas de interacción ineficaces.

Relacionados con:

- Disonancia sociocultural.
- Ausencia de personas significativas.
- Barreras de comunicación

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Adquisición de las habilidades para mejorar su interacción social.
- ▲ Utilización métodos de resolución de conflictos.
- ▲ Búsqueda de ayuda en mecanismo de soporte social y redes sociales estables.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Ayudar a la mujer inmigrante a identificar las causas y los de sentimientos negativos (tristeza, enfado, hostilidad, etc.) que impiden su interacción con otros sujetos.
- Proporcionar apoyo emocional y facilitar asesoramiento.
- Evaluar los sistemas de apoyo social disponibles.
- Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento, y solución de conflictos.
- Fomentar y potenciar la autoestima, la confianza y la seguridad.

XIX. RIESGO DE LESIÓN

00035

Definición:

La mujer inmigrante puede sufrir una lesión inespecífica como consecuencia de la interacción entre las condiciones ambientales y sus propios recursos adaptativos y defensivos.

Relacionados con:

- Factores de riesgo biológicos (nivel de inmunización, enfermedades transmisibles, etc.), químicos (sustancias nocivas, etc.) y físicos (vivienda, trabajo, medios de transporte y violencia)

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación de los posibles riesgos para su salud.

- ^ Utilización de los recursos disponibles para mantenerse informada sobre los posibles riesgos para su salud y de los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- o Revisar el historial médico y de enfermería para determinar evidencias clínicas que ayuden a la identificación de los riesgos para la salud de la mujer inmigrante.
- o Conocer las circunstancias sociales de la mujer, sus recursos económicos y su nivel educativo para planificar las estrategias adecuadamente.
- o Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas, para planificar las intervenciones enfermeras.
- o Planificar conjuntamente las estrategias de disminución de los riesgos.
- o Realizar educación sanitaria sobre los distintos factores de riesgo detectados, como prevención de malos hábitos alimentarios, enfermedades transmisibles, violencia y malos tratos, etc.

XX. GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

00078

Definición:

Resultado insatisfactorio del patrón de seguimiento diario de un programa del tratamiento de una enfermedad y sus secuelas, por parte de la mujer foránea, que dificulta alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias:

- Elecciones en la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.
- El tratamiento entra en conflicto con las pautas familiares de cuidado de la salud.
- Desconfianza sobre el tratamiento.
- Verbalización de las dificultades para mantener el tratamiento y los hábitos saludables.
- Aceleración de los síntomas de la enfermedad.

Relacionados con:

- Dificultades económicas.
- Complejidad del sistema de cuidados de salud.
- Régimen terapéutico complejo o dificultad en la comprensión del régimen terapéutico por la existencia de barreras lingüísticas.
- Falta de soporte social.
- Déficit de conocimientos.
- Falta de voluntad para mantener el cambio en los hábitos de vida.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Aceptación del diagnóstico del profesional sanitario y comprensión del plan propuesto.
- ▲ Identificación de los factores causantes que interfieren en su seguimiento.
- ▲ Cumplimiento del plan terapéutico o régimen de vida propuesto por el profesional mediante la incorporación de las modificaciones que eliminen los factores que interfieren en él.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Valorar el nivel educativo de la mujer inmigrante y sus capacidades cognitivas.
- Evaluar el nivel de conocimientos de la mujer sobre el problema de salud o enfermedad específico, y sobre el tratamiento a seguir.
- Instruir a la mujer sobre el plan terapéutico, medicamentoso o no, sobre la importancia de su seguimiento y las consecuencias de su abandono.
- Reforzar la información aportada por otros profesionales y corregir las malas interpretaciones.
- Identificar las condiciones socio-sanitarias que pueden dificultar el seguimiento del plan propuesto.
- Valorar la existencia de otros factores como la religión, la cultura, los valores y costumbres que entren en conflicto con el plan terapéutico.
- Modificar el ambiente terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.

- Mantener una actitud de respeto evitando los juicios de valor sobre las elecciones en salud y proporcionar criterios objetivos para conseguir los cambios de comportamiento.
- Proporcionar los recursos y apoyo sociales disponibles.
- En caso de existencias de barreras lingüísticas hacer uso de los medios y recursos disponibles para ello.

XXI. DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

00098

Definición:

Incapacidad de la mujer inmigrante para mantener un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.

Características definitorias:

- Falta de higiene.

Relacionados con:

- *Hacinamiento.*

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Eliminación de los peligros medioambientales controlables.
- ▲ Disfrute de un espacio suficiente en la vivienda (como mínimo 9x12m²/persona)

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Determinar las necesidades de mantenimiento en el hogar.
- Implicar a la mujer en la toma de decisiones para cubrir las necesidades de mantenimiento.
- Aconsejar la importancia de la co-responsabilidad y/o colaboración de los demás miembros de la familia, si los hubiera, evitando los estereotipos de género que refuerzan su cultura androcéntrica.
- Proporcionar información para crear un ambiente de hogar seguro y limpio, como normas de higiene personal y ambiental, medidas para el control sanitario y normas de seguridad en el hogar.
- Indicar los recursos y apoyo sociales disponibles.

XXII. MANTENIMIENTO INFECTIVO DE LA SALUD

00099

Definición:

La mujer foránea es incapaz de identificar, manejar o buscar la ayuda necesaria para mantener su salud.

Características definitorias:

- Falta de conocimiento sobre prácticas sanitarias básicas o de conductas adaptativas a los cambios.
- Incapacidad para responsabilizarse de realizar prácticas sanitarias básicas.

Relacionados con:

- Déficit de habilidades para la comunicación.
- Falta de recursos materiales.
- Afrontamiento individual o familiar inefectivo.
- Duelo ineficaz.
- Sufrimiento espiritual incapacitante.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación de las conductas que fomentan la salud y previenen la enfermedad.
- ▲ Planificación y puesta en práctica de estrategias personales para la modificación de hábitos y costumbres.
- ▲ Petición de asistencia sanitaria, cuando sea precisa.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Realizar una valoración de los riesgos sanitarios mediante instrumentos fiables y válidos, teniendo en cuenta los valores culturales de la mujer inmigrante.
- Determinar el nivel educativo, los recursos económicos, y el apoyo socio-familiar.
- Valorar la presencia/ausencia de necesidades básicas.
- Planificar las estrategias para cubrir las necesidades o prevenir los riesgos.
- Favorecer la expresión de sentimientos negativos que limiten sus capacidades.

- Realizar educación sanitaria sobre los riesgos detectados para asegurar una implicación de la mujer en el mantenimiento efectivo de su salud.
- Facilitar los medios y recursos necesarios y proporcionar apoyo social.

XXIII. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES **00002**

Definición:

Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas de la mujer extranjera provocando una pérdida de peso corporal por debajo del adecuado para su edad, sexo y constitución corporal.

Características definitorias:

- Peso corporal inferior a un 20% o más al peso ideal.
- Palidez de conjuntivas y mucosas.

Relacionados con:

- Déficit de conocimientos.
- Recursos económicos escasos.
- Factores culturales o religiosos.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Recuperación del peso ideal en función de la edad, sexo, talla y constitución corporal.
- ▲ Mantenimiento del equilibrio nutricional mediante un aporte adecuado de nutrientes.
- ▲ Demostración de habilidades en la manipulación, conservación y preparado de los alimentos.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Determinar las preferencias alimenticias de la mujer y sus hábitos culinarios en función de su cultura.
- Evaluar la capacidad de la mujer para satisfacer sus necesidades nutricionales.

- Identificar los factores que impiden o dificultan seguir una dieta equilibrada para cubrir los requerimientos corporales.
- Proporcionar información adecuada sobre las necesidades nutricionales y el modo de satisfacerlas.
- Ajustar la dieta al estilo de vida de la mujer y a sus necesidades nutricionales.
- Promover técnicas seguras de preparación y preservación de los alimentos.
- En caso de recursos económicos escasos recomendar alimentos de bajo coste y alto poder nutritivo, por ejemplo alimentos de temporada, congelados, etc.
- Informar de los recursos y sistemas sociales de apoyo.

XXIV. DETERIORO PARENTAL

00056

Definición:

Incapacidad de la mujer inmigrante como cuidadora principal para crear, mantener o recuperar un entorno favorecedor del óptimo crecimiento y desarrollo del niño/a.

Características definitorias:

- Cuidado negligente o mantenimiento inapropiado de la salud del niño.
- Habilidades o disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño.
- Cuidados incoherentes.

Relacionados con:

- Falta de conocimientos.
- Factores sociales: aislamiento o falta de redes de apoyo.
- Falta de recursos económicos.
- Factores psicológicos: antecedentes de malos tratos y abuso, embarazos no deseados, múltiples embarazos o embarazos muy seguidos.

Criterios de resultados (NOC):

- ∧ Identificación de las causas que interfieren en la creación de un entorno adecuado para el desarrollo del niño.
- ∧ Demostración de capacidades y habilidades para el cuidado del niño.

- ♣ Utilización de medios y recursos disponibles para crear un entorno que favorezca el desarrollo y crecimiento del niño.
- ♣ Planificación de los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades del niño en función de las capacidades, habilidades y recursos.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Favorecer la expresión de sentimientos sobre el rol parental y sus repercusiones en otros roles.
- No hacer juicios de valor y mantener una actitud imparcial.
- Identificar el origen del problema para proponer un plan de actuación-
- Objetivar las conductas y actitudes para analizar los resultados.
- Realizar educación sanitaria para modificar los hábitos, las costumbres y los cuidados que dificulten el buen desarrollo del menor.
- Evitar los malos tratos físicos y psicológicos, y en caso de detectar signos de ello, ponerlo en conocimientos de las autoridades competentes.

XXV. PATRON SEXUAL INEFICAZ

00065

Definición:

La mujer inmigrante expresa sentimientos de preocupación respecto a su propia sexualidad.

Características definitorias:

- Alteraciones en el logro del rol sexual percibido.
- Conflicto de valores.
- Informe de cambios en la actividad sexual o en las conductas sexuales.

Relacionados con:

- Déficit de conocimientos relacionados con la salud.
- Miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual.
- Prostitución.
- Agresiones sexuales o violaciones.

Criterios de resultados (NOC):

- ♣ Identificación de los cambios ocurridos en su patrón sexual y sus causas.

▲ Introducción de modificaciones conductuales satisfactorias en el rol sexual.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Mantener una relación terapéutica basada en el respeto, la confianza, y la intimidad.
- Asegurar la confidencialidad.
- Estimular la verbalización de sentimientos y hacer patentes las emociones negativas
- Enseñar a la mujer inmigrante a manejar su sexualidad respetando sus creencias y valores.
- Proporcionar información sanitaria sobre: los riesgos y las enfermedades sexuales, las medidas de prevención y los métodos anticonceptivos.
- Promover relaciones sexuales seguras modificando pautas de conductas en la mujer inmigrante.
- Fomentar la autoestima de la mujer evitando los estereotipos de género.
- Detectar signos o síntomas de abusos o agresiones sexuales en mujeres inmigrantes.
- Denunciar los casos de agresiones, abusos o maltrato a las autoridades competentes o su sospecha.

XXVI. DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD

00169

Definición:

La mujer foránea sufre un deterioro en su capacidad para apoyarse en sus creencias religiosas o participar en los ritos de su religión.

Características definitorias:

- Cuestiona las creencias religiosas y sus costumbres.
- Explica dificultad para adherirse a las ideas y rituales prescritos.
- Expresa sufrimiento emocional por la separación de su comunidad religiosa.

Relacionados con:

- Barreras culturales que dificultan las prácticas religiosas.
- Barreras ambientales que provocan conflictos de valores.

- Falta de integración e interacción social.
- Crisis situacionales.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación de la crisis de valores personal/situacional que justifique el conflicto.
- ▲ Exteriorización (expresión de sentimientos) del conflicto interno.
- ▲ Abordaje personal de la situación mediante la utilización de medios y recursos disponibles.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Crear un ambiente terapéutico que favorezca una relación personalizada de confianza y respeto a las diferencias culturales.
- Mantener una actitud imparcial.
- Facilitar el contacto con otras mujeres que posean los mismos valores y creencias.
- Fomentar y favorecer la integración social.
- Apoyar la identidad cultural y religiosa.

XXVII. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

00066

Definición:

El deterioro de la capacidad que puede sufrir la mujer inmigrante para experimentar o integrar el significado y el propósito de la propia vida mediante la conexión con el yo y con un poder superior al propio yo.

Características definitorias:

- Verbalización de sentimientos negativos sobre la propia vida.
- Expresión de falta de aceptación, falta de esperanza, falta de paz o serenidad, sentimientos de culpa o de mal afrontamiento de la situación.

Relacionados con:

- Aislamiento social o soledad.
- Mala adaptación sociocultural al nuevo entorno.

- Expectativas frustradas.
- Cambios en el estilo de vida insatisfactorios.
- Pérdida de identidad.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Identificación de los valores en conflicto.
- ▲ Planificación de medidas o habilidades a desarrollar para mejorar su situación.
- ▲ Manifestación de bienestar espiritual.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Mantener una actitud profesional abierta sin juicios de valor, mostrando respeto a los valores, creencias e ideas de la mujer inmigrante.
- En caso de conflicto o rechazo con los valores e ideas de la mujer inmigrante derivarla a otro profesional que sea capaz de respetarlas.
- Realizar una escucha activa sobre las preocupaciones y sentimientos.
- Ayudar a la mujer a expresar y liberar la ira y la frustración de manera adecuada.
- Impulsar la autoexploración de la mujer inmigrante sobre su sistema de valores y creencias.
- Fomentar el uso de recursos religiosos.
- Modelar habilidades saludables de relación y razonamiento.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Animar a la mujer inmigrante a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudarla a identificar los objetivos adecuados a corto y largo plazo.

XXVIII. RIESGO DEFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

00028

Definición:

El riesgo de sufrir una disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular sin que se modifique el nivel sérico de sodio.

Características definatorias:

- Cambio en el estado mental.

- Debilidad.
- Sed.
- Sequedad de piel y mucosas.
- Disminución de diuresis o aumento de la concentración de la orina.
- Disminución de presión arterial.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y la temperatura.

Relacionados con:

- Exposición de riesgo a factores ambientales (sol, temperaturas elevadas, etc) o cambio en la exposición a determinados factores ambientales.

Criterios de resultados (NOC):

- ▲ Mantendrá una correcta hidratación.

Intervenciones enfermeras (NIC):

- Ayudar a identificar las situaciones de riesgo de depleción de líquidos.
- Valorar los signos y síntomas de déficit de líquidos.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas, pulso y presión ortoestática).
- Informar sobre las medidas necesarias para evitar una pérdida importante de líquidos y la mejor manera de reponer el volumen perdido.

CAPITULO TERCERO:

ESTUDIO DE CAMPO

3.1) Descripción del escenario y la muestra de estudio

El diseño de este trabajo de campo se realiza dentro del marco hospitalario del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que engloba los siguientes centros de atención especializada en régimen de internamiento: Hospital Universitario de Salamanca, Unidad hospitalaria Virgen del Castañar y Unidad hospitalaria los Montalvos⁴⁰⁰.

Este complejo está enmarcado en el Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, SACYL (España), y es considerado de nivel cuatro por ofertar servicios y especialidades médico-quirúrgicas no sólo a la población de nuestra provincia, sino también a los usuarios de otras provincias dentro de nuestra comunidad y a pacientes derivados de otras autonomías, es decir, es un hospital de referencia nacional. También se cataloga según su finalidad asistencial como hospital general, ya que está destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada, atendiendo las áreas de: medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría⁴⁰¹, y con una fuerte presencia investigadora y docente que se potencia gracias a un concierto con la Universidad de Salamanca⁴⁰².

El diseño de este estudio se realizó teniendo en cuenta las características de nuestro complejo asistencial anteriormente descritas, ya que, a pesar de que uno de sus centros- el Hospital los Montalvos- no integra en su cartera de servicios la prestación de asistencia hospitalaria de urgencia⁴⁰³ por carecer de los recursos necesarios para

⁴⁰⁰ El Complejo asistencial de Salamanca también integra el Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo que sólo presta asistencia especializada de forma ambulatoria.

⁴⁰¹ Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. p: 7-8; 132.

⁴⁰² BocyL nº 248 del 27 de diciembre del 2010: “Concierto Específico de Colaboración entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la Universidad de Salamanca, en materia Docente y de Investigación en Ciencias de la Salud”.

⁴⁰³ La cartera de servicios está definida para la atención especializada del SACYL como las prestaciones asistenciales que el sistema sanitario público pone a disposición del usuario dentro del marco del Real Decreto 1030/2006 de la cartera de servicios comunes del SNS, e incluye: asistencia ambulatoria especializada (consultas en hospital, centro de especialidades médicas y desplazamientos de especialistas a

ello, sí está dotado para acoger el internamiento hospitalario que se pueda derivar de esa atención urgente prestada en otro centro hospitalario para determinados servicios médicos, como son: medicina interna, neumología y cuidados paliativos, incluyéndose así en el proyecto de estudio.

El objetivo de este trabajo de campo es conocer, primeramente, la demanda de asistencia urgente de la población extranjera en nuestra provincia para determinar las características de la misma, con el fin de establecer si el proceso de atención es accesible, adecuado, eficaz, eficiente y de calidad, haciendo especial hincapié en el objetivo de estudio: la protección de la salud de las mujeres foráneas que demandan atención especializada de urgencias; y por otro lado, realizar una valoración de los ingresos hospitalarios que se deriven de esa asistencia, para determinar las causas de ingresos y los problemas de salud a los que se ven aquejadas, y valorar la atención recibida desde un punto de vista de enfermería para determinar si existen puntos importantes sobre los que incidir desde la organización sanitaria, con el fin de mejorar el procedimiento asistencial en cada una de sus fases en aras del incremento del bienestar de estas mujeres.

La población diana han sido todos los extranjeros/as⁴⁰⁴ que demandan asistencia de urgencias - que no urgente⁴⁰⁵ - en alguno de nuestros centros hospitalarios descritos durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1-1-2009 y el 31-12-2010.

centros de salud), hospitalización en régimen de ingreso, atención hospitalaria de urgencia, hospital de día y hospitalización a domicilio.

Cartera de servicios en atención especializada del Sacyl. [online]

⁴⁰⁴ Definimos extranjero, dentro de nuestro marco de estudio, como toda persona nacida o natural de otro país, ya que el lugar de nacimiento es un dato que se registra en nuestro fichero de pacientes, permitiéndonos extrapolar los datos de pacientes extranjeros según su lugar de nacimiento.

No tenemos en cuenta, por ejemplo, los extranjeros casados con españoles o que tengan doble nacionalidad. Sólo reflejamos el país de nacimiento para determinar su extranjería.

⁴⁰⁵ Se ha de diferenciar entre asistencia de urgencias y atención urgente. La primera, según recoge el diccionario de la RAE, se realiza en el departamento o sección del hospital que atiende a enfermos o heridos graves que necesitan de cuidados médicos inmediatos, es decir, cuando el contacto con el sistema sanitario se realiza a través del servicio de urgencias de un hospital. Por atención urgente se entiende una asistencia que urge, que corre prisa, pero que no implica sólo a un servicio médico del hospital, como el servicio de urgencias, sino que puede ser requerida por cualquier servicio médico derivada de la asistencia ambulatoria hospitalaria (desde las consultas, hospital de día...)

Se han de tener en cuenta que el colectivo de extranjeros/as en esta localidad es representativo, aunque no existan datos absolutos sobre ello, y que además cuenta con una fluctuación estable durante todo el año, ya que este fenómeno es debido no sólo a la población inmigrante, sino también a toda la población extranjera que residen temporalmente en nuestra ciudad (durante años o meses) fundamentalmente por motivos académicos. También debemos señalar el turismo de personas provenientes de otros países, con especial referencia a Portugal por ser limítrofe con nuestra provincia, debido a que huyen del copago sanitario. Todos ellos forman parte, potencialmente, de la muestra de estudio siempre que se demande una atención de urgencia en alguno de nuestros centros asistenciales, sin diferenciar el motivo de su estancia en nuestra ciudad, acotando como el título indica a la mujer.

3.2) Material y métodos del estudio

El método de estudio utilizado ha sido descriptivo, cuali-cuantitativo y retrospectivo a partir de los datos facilitados por el servicio de Admisión del Complejo Asistencial de Salamanca, en base a la demanda de asistencia de urgencias de la población extranjera, y al estudio posterior de las historias clínicas de las mujeres foráneas que precisan un ingreso hospitalario.

Para la recogida, el estudio, análisis y tratamiento estadístico de los datos obtenidos ha sido necesario utilizar el programa de Excel.

La realización de esta investigación consta de dos fases diferenciadas. La primera se basa en un estudio descriptivo y cuantitativo de los datos de la asistencia de urgencias en cualquiera de nuestros centros hospitalarios, extrapolados de la base de datos del programa de aplicación clínica HP-HIS para el periodo de estudio, obteniéndose la demanda real de urgencias de este colectivo, así como las características propias. Y la segunda etapa del trabajo consta de un estudio descriptivo y cuali-cuantitativo de los ingresos hospitalarios urgentes de las mujeres extranjeras en el año 2009 generados por la asistencia anterior, mediante el estudio, valoración y análisis de las historias clínicas de dichas pacientes tanto en soporte papel como soporte informático, a través del programa informático Gacela.

Las variables de estudio en el primer tramo de la investigación han sido: *número de historia clínica (NHC), número de identificación del episodio (NICU)⁴⁰⁶, sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento, fecha de la urgencia, servicio médico, diagnóstico médico, tipo de alta de la urgencia (hospitalización o domicilio), nº de urgencias por NHC, y otras variables referentes a la demanda de la urgencia como: tipo de financiación, garante y petición de la atención.* En el campo de la financiación el dato que se recoge hace referencia a quién sufraga el gasto de esa asistencia sanitaria de urgencias, y el dato del garante será necesario en nuestro estudio para determinar quién garantiza la prestación. Los datos referentes a estos dos apartados se han agrupado en:

1. Seguridad Social para aquellos pacientes que presenten la tarjeta sanitaria actualizada. Como no siempre figura el nº de la SS en todas las tarjetas sanitarias, es necesario registrar el garante de la asistencia. En nuestro estudio sólo analizamos los garantes que hagan referencia a la SS en los siguientes casos: inmigrantes indocumentados que presenten su tarjeta sanitaria, pacientes protegidos por la Ley del menor y pacientes protegidas por la Ley de extranjeras embarazadas, siempre y cuando en ambos casos presenten su tarjeta sanitaria, y pacientes de países acogidos a Convenios Bilaterales Internacionales⁴⁰⁷ cuando aporten la documentación acreditativa que lo demuestre.
2. En el caso de no presentar la documentación que acredite que se tiene derecho a la prestación asistencial, aunque se tenga la tarjeta sanitaria actualizada⁴⁰⁸, o cuando ésta esté caducada o no se tenga, el gasto generado por la asistencia sanitaria será reembolsado por el propio paciente, o en su caso, por la compañía de seguros, estableciéndose el campo de la financiación como particular. En este apartado existen peculiaridades específicas si la asistencia está generada por accidentes deportivos, espectáculos taurinos, encierros, accidentes de caza, etc.

⁴⁰⁶ El nº de identificación del episodio es un índice secuencial, constante y único. Esta codificación numérica se usa para registrar cualquier tipo de episodio que se genere, como por ejemplo la asistencia de urgencias, de consulta, de hospitalización, prestación radiológica...

En nuestro caso sólo se recoge la identificación que corresponde a la demanda de atención de urgencias.

⁴⁰⁷ Los países que tienen convenio con España son: Andorra, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, R. Dominicana, Ecuador, Estados Unidos, Filipinas, Japón, Marruecos, México, Paraguay, Perú, Rusia, Túnez, Ucrania, Uruguay y Venezuela.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Internacional/Conveniosbilaterales/index.htm

⁴⁰⁸ Si se está en posesión de la tarjeta sanitaria pero no se presenta en el momento de la demanda de asistencia, primeramente se factura como una asistencia privada pero con la posibilidad de presentar la documentación en un plazo de 10 días para cambiar el campo de la financiación a Seguridad Social.

donde será necesario recoger el campo del garante. Estos casos particulares no afectan a nuestra investigación y, por ello, no estudiamos el garante, ya que este apartado contiene la información necesaria para que el servicio de cargos del hospital pueda derivar la facturación a quién corresponda: el propio paciente, la compañía de seguros, MUFACE, ISFAS, MUGEJU, ayuntamientos, etc.

3. Accidente de trabajo cuando la prestación sanitaria sea derivada como ocasión o consecuencia de la actividad laboral del usuario en su puesto de trabajo, reclamando el gasto a la compañía aseguradora de la empresa a la que pertenece el trabajador⁴⁰⁹. Pero también se recogerán los accidentes de trabajo in itinere⁴¹⁰, prevaleciendo el accidente de trabajo sobre el accidente de tráfico cuando sea el caso.
4. Accidente de tráfico cuando se precise una asistencia por la lesión corporal que sobreviene como causa del mismo.
5. Agresiones, independientemente del tipo que sean, bien por violencia de género (física o psicológica) u otro tipo de agresión física.
6. Instituciones penitenciarias, sólo aplicable a los presos internos en un centro penitenciario, y no a los detenidos policiales.

La última variable de estudio de este tramo de la investigación corresponde a la petición de la atención, clasificándola en: derivación desde atención primaria (AP), petición propia del paciente, por orden judicial o gubernativa y por orden facultativa, incluyendo en este último campo los traslados en ambulancia del 112 que vienen acompañados de personal sanitario, quienes deciden la necesidad de una prestación sanitaria urgente en un servicio de urgencias hospitalarias.

En la segunda fase se añadieron otras variables que, junto con las anteriores, completaron el escenario de estudio:

⁴⁰⁹ Se entiende por accidente de trabajo (AT), la definición recogida en el Art. 115 del RD 1/1994: “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que se ejecute por cuenta ajena”, y para los autónomos también se recoge en Art. del RD 1273/2003 que un accidente de trabajo es: “el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta”.

⁴¹⁰ Se define el accidente de trabajo in itinere como al accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio hasta su lugar de trabajo, y viceversa, a condición de que el trabajador no haya interrumpido el trayecto por causas ajenas al trabajo. Art. 115-2a) del RD. 1/1994 del 20 de junio.

- *Nº de urgencias y nº de ingresos urgentes* provenientes del servicio de urgencia por cada NHC durante el periodo de estudio (2009-2010)
- *Servicio médico responsable de cada ingreso*, diferenciando cinco principalmente: obstetricia, ginecología, psiquiatría, pediatría y otros. En este último se engloban los demás ingresos que corresponden a otras especialidades médico-quirúrgicas distintas a las expuestas, como por ejemplo traumatología, medicina interna, etc.

En el caso de ingresos obstétricos se valoran las causas de estos ingresos en: parto, cesárea, aborto, legrado y embarazo.

- *Uso de servicios especiales* como pueden ser: quirófanos y reanimación, unidad de cuidados intensivos, unidad de coronarias, unidad de cuidados paliativos, etc.
- *Dominio del idioma por parte del paciente.*
- *Comentario y valoración de Enfermería al ingreso según el modelo de Virginia Henderson*, institucionalizado en el hospital de estudio.
- *Antecedentes médicos recogidos en la historia de enfermería*, y otros aspectos que hacen referencia a: conductas adictivas, enfermedades de transmisión sexual, problemas familiares y/o socio-sanitarios.
- *Uso del programa informático de Enfermería Gacela*, implantado de manera genérica en los centros hospitalarios del estudio.
- *Nº de planes de atención de Enfermería* asignados a cada paciente durante todo el proceso de internamiento.
- *Nº de diagnósticos Enfermeros reales y potenciales* definidos en cada paciente.
- *Valoración, durante el proceso de atención, de cada necesidad descrita según el modelo de Virginia Henderson.*
- *Tipo de alta hospitalaria.*
- *Informe de alta de Enfermería.*
- *Casos de violencia de género.*

3.3) Resultados y discusión al estudio

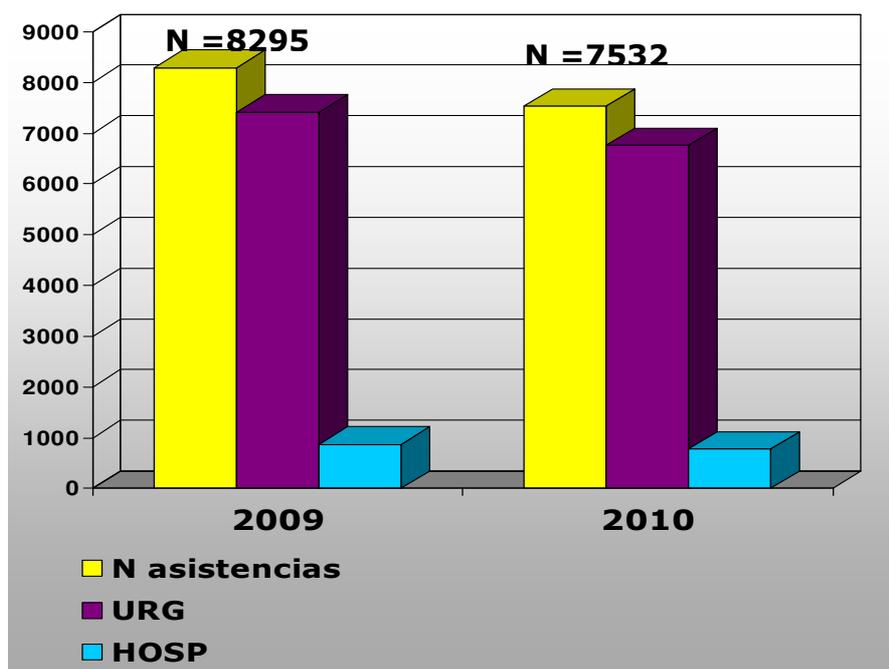
Los resultados obtenidos de la demanda de asistencia de urgencias de la población extranjera atendida en nuestros hospitales representan el 5,47% y el 5% del total de la atención hospitalaria de urgencia de nuestro complejo asistencial para los años 2009 y el 2010 respectivamente. Así, el total de episodios generados por dicho servicio médico en el 2009 fueron 151.505 y 149.813 en el 2010. Si se circunscribe esta atención al colectivo de foráneos/as, se obtiene una muestra para el 2009 de 8.295 episodios de asistencia hospitalaria de urgencias y 7.532 para el 2010.

Todos los datos referentes a la atención de urgencias de la población extranjera han sido proporcionados por el programa de clínica HP-HIS y exportados a una hoja de cálculo para su posterior análisis. La fiabilidad de los mismos es del 99,45% para el periodo de estudio, debido a que ha sido necesario añadir o modificar entre un 2 y un 2,8% de los datos recogidos, para los años 2009 y el 2010 respectivamente. Las modificaciones se han realizado tras contrastar y cruzar los datos de filiación con la base de tarjeta sanitaria en aquellos casos en los que no estaban bien cumplimentados todos los campos de estudio, como el país de origen y/o la fecha de nacimiento. A pesar de ello, existen unos 46 casos en el 2009 y 40 casos en el 2010 que no ha sido posible identificar ni cumplimentar estos dos campos de datos. Por ello, consideramos que tiene mucha importancia la aportación de toda la documentación que acredite que la persona que acude a urgencias es realmente la persona que precisa atención, comprobando la tarjeta sanitaria con el DNI o pasaporte, tanto en el momento de dar los datos en el servicio de admisión del hospital como cuando el paciente es atendido en el triaje de la urgencia, para verificar que no se está introduciendo un episodio de urgencias a una persona que no lo demanda.

En caso de no poseer la tarjeta sanitaria se debe comprobar la identidad del paciente con su DNI o pasaporte en el caso de extranjeros/as. También esta comprobación ayuda a que el fichero de pacientes del hospital esté actualizado para exportar los datos estadísticos con mayor validez. Y para los casos en los que es imposible una buena identificación del paciente por la situación de riesgo vital, es necesario comprobar los datos con la base de tarjeta sanitaria y su derecho de asistencia sanitaria mediante la SS o en su caso a una asistencia privada; y que debería estar

disponible el acceso a tarjeta sanitaria, e igual que el acceso al programa de clínica del hospital, desde los puntos de recogida de datos de la urgencia en los servicios de admisión.

Al analizar de manera pormenorizada la muestra de pacientes extranjeros/as que acuden a nuestro servicio de urgencias, se observa que esta atención ha generado en un 10% de los casos un episodio de hospitalización, con el fin de realizar un procedimiento urgente, completar un diagnóstico clínico y/o administrar un tratamiento médico y unos cuidados de Enfermería necesarios para el restablecimiento del estado de salud y bienestar de la persona; siendo el total de episodios de hospitalización para nuestro colectivo de estudio de 1.655 durante todo el periodo de estudio, obteniéndose una mayor proporción en 2009 con 877 ingresos (Gráfico 1). El 90% restante de las asistencias demandadas por este colectivo han causado alta a su domicilio generando solamente el episodio de urgencias⁴¹¹.

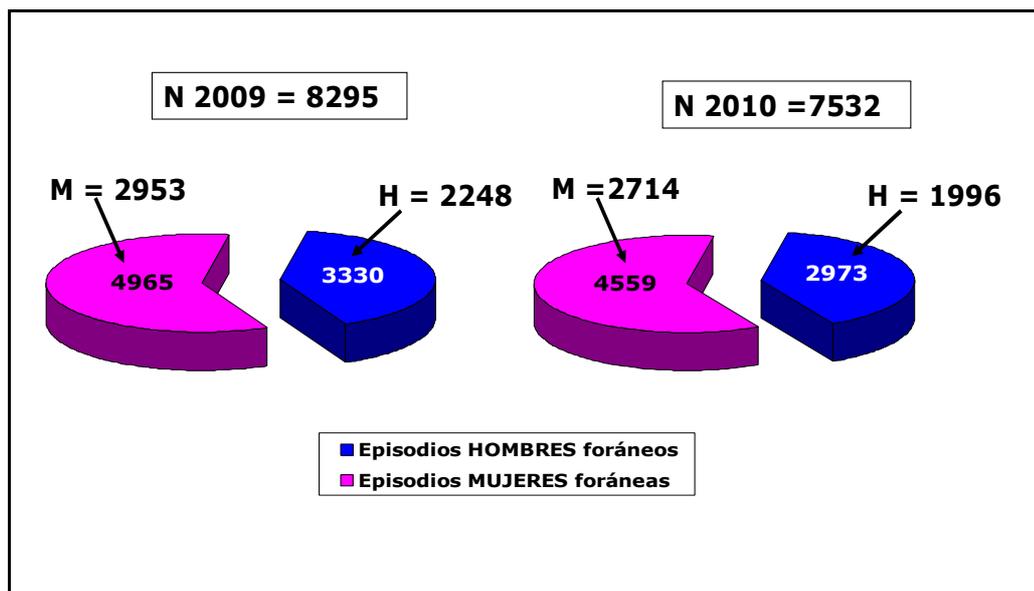


Graf. 1: Demanda de asistencia sanitaria de urgencias de la población extranjera, años 2009-2010. HUSAL

⁴¹¹ En este estudio se entiende por asistencia de urgencias a aquellas que sólo ocasionan ese evento y el paciente es dado de alta, y hospitalización al episodio de internamiento que se ocasiona como consecuencia de la asistencia de urgencias

Al relacionar el total de la muestra (N asistencias) con la variable sexo se observa un incremento de las solicitudes de asistencia de urgencias entorno a un 60% en el caso de las mujeres en todo el periodo de estudio, como muestra el gráfico 2. Para el año 2009 la demanda de asistencia de urgencias de las mujeres es de un 59,85%, con 4965 peticiones, y en 2010 se produce un ligero aumento con un 60,52% de las asistencias totales, siendo 4459 peticiones realizadas por las mujeres foráneas.

Se debe precisar que el estudio de la constante sexo tiene una importancia extrema en el análisis de este trabajo, como se destaca a lo largo de la exposición del mismo. Así se puede relacionarla con otras variables aportando una visión y un análisis más completo de la utilización y demanda del servicio de urgencia, tanto por parte de las mujeres como de los varones.



Graf. 2: Demanda de asistencia de urgencia de la población extranjera por sexo, años 2009-2010. HUSAL

Si se revisa el número de veces que una misma persona acude a este servicio en los años 2009 y 2010, de modo independiente para cada año de estudio, se obtiene a nivel global que el nº de asistencias de urgencias es mayor que el nº de personas atendidas. Es decir, el total de episodios solicitados en el 2009 fue de 8.295 y los

extranjeros/as atendidos en ese mismo año 5.201; mientras que en el 2010 el nº de asistencias demandadas fue de 7.532, generadas por 4.710 personas extranjeras. Teniendo en cuenta esta variable sexo, existe un mayor nº de mujeres atendidas que de varones, llegando a 56,77% de mujeres extranjeras asistidas por las urgencias hospitalarias en el 2009 y un 57,62% en el 2010, y oscilando entre un 43 y 42% en el caso de los varones respectivamente (Gráfico 2).

Pero además, al cruzar el sexo con nº de urgencias/NHC se detectan casos en los que la demanda de estas urgencias hospitalarias por un único varón llega a ser hasta de 16 veces en un año, como muestra la tabla 1.

Tabla 1-2: N° de urgencias/persona extranjera que demanda asistencia. HUSAL

Nº ASIST. 2009	TOTAL asistencias	VARONES	MUJERES
1	3459	1581	1878
2	2066	433	600
3	1194	141	257
4	612	55	98
5	420	16	68
6	180	11	19
7	147	5	16
8	80	3	7
9	54	1	5
10	30	1	2
11	11	0	1
12	12	0	1
14	14	0	1
16	16	1	0

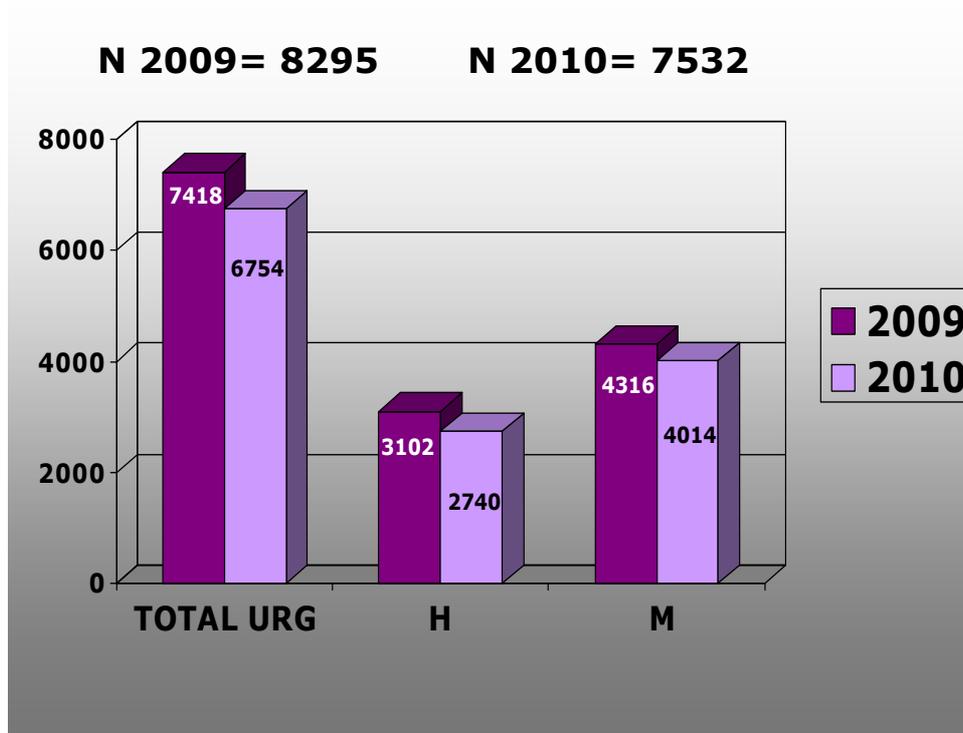
Nº ASIST. 2010	TOTAL asistencias	VARONES	MUJERES
1	3102	1392	1710
2	1932	385	581
3	1083	140	221
4	584	39	107
5	325	19	46
6	186	11	20
7	140	7	13
8	56	2	5
9	45	0	5
10	30	0	3
11	22	1	1
12	12	0	1
15	15	0	1

Al examinar las peticiones de atención de este colectivo en el periodo de estudio, se advierte que existen pacientes que demandan una asistencia de urgencias más de diez veces en un año (Tabla 1 y 2). Al analizar estos casos de manera individualizada y relacionarlos con otras variables del estudio se debe puntualizar que: las mujeres que reclaman tanta atención de urgencias acaban precisando algún ingreso hospitalario por motivos obstétricos (problemas con el embarazo, parto, cesárea, etc.) en cinco de los seis casos; sin embargo ninguno de los varones que de manera reiterada acuden más de diez veces a urgencias, precisa de internamiento hospitalario.

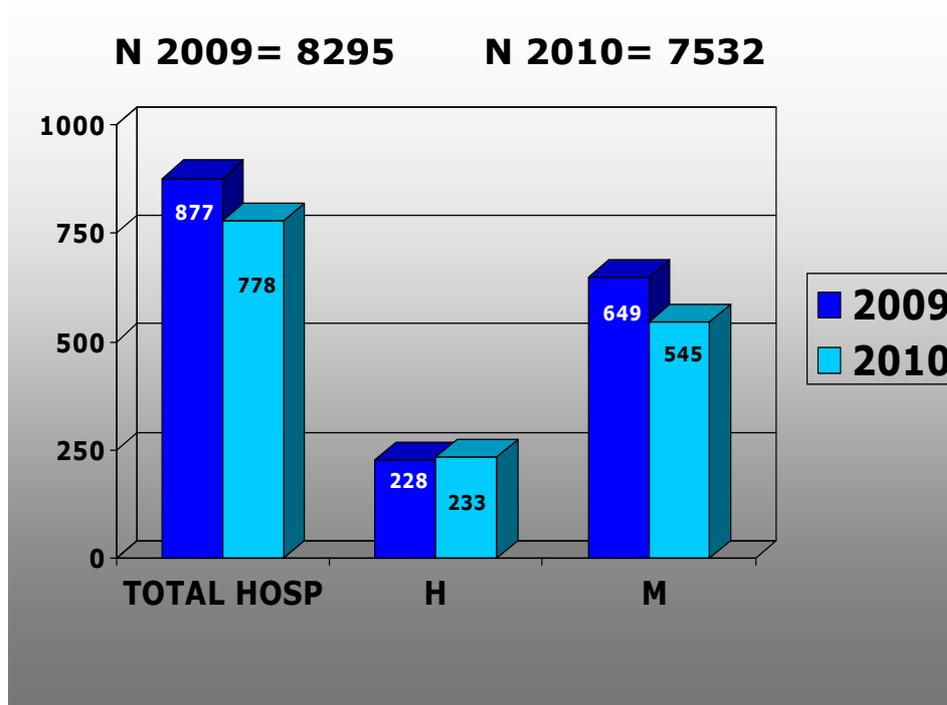
Estos datos reflejan la necesidad de estudiar el uso de los servicios de urgencias, para determinar cuantas de estas asistencias son realmente de urgencias, debido al alto nº atenciones que una sola persona puede generar.

Igualmente, se debe destacar que la mayor parte de la demanda de atención de urgencias se realiza mediante una única atención en ambos casos, es decir, mediante una sola asistencia en el año en ambos sexos, con un 41,84% y 41,18%, para el 2009 y 2010 respectivamente.

Al desglosar los datos de la demanda de asistencia de urgencias en base a las necesidades del paciente, se puede hablar de una asistencia de urgencias que, tras resolver el problema de salud o administrar el tratamiento médico necesario, el/la paciente es dado de alta o, por el contrario, el enfermo/a precisa de una hospitalización para el control y seguimiento de su patología. En este escenario se observa que del total de los episodios de urgencias sólo un 10% precisa de un internamiento hospitalario, como ya se ha mencionado; pero al tener en cuenta la variable sexo se contempla un aumento de las mujeres frente a los hombres en ambos casos (atención de urgencia con alta y hospitalización) que es directamente proporcional a los datos de la muestra. Además, en el caso concreto de la hospitalización de las mujeres extranjeras se determina la existencia de un incremento del 74% en el 2009, frente a un 70% de ingresos de urgencias de éstas en el 2010. Debido a ello, se produce un aumento de los internamientos en varones en el último año, dato que tiene relevancia si recordamos que la población de hombres atendida en el 2010 es de 1.996, menor que en el 2009 que fueron de 2.248 individuos. (Gráfico 3 y 4).



Graf. 3: Asistencia de urgencias a la población de extranjera con alta, años 2009-2010. HUSAL



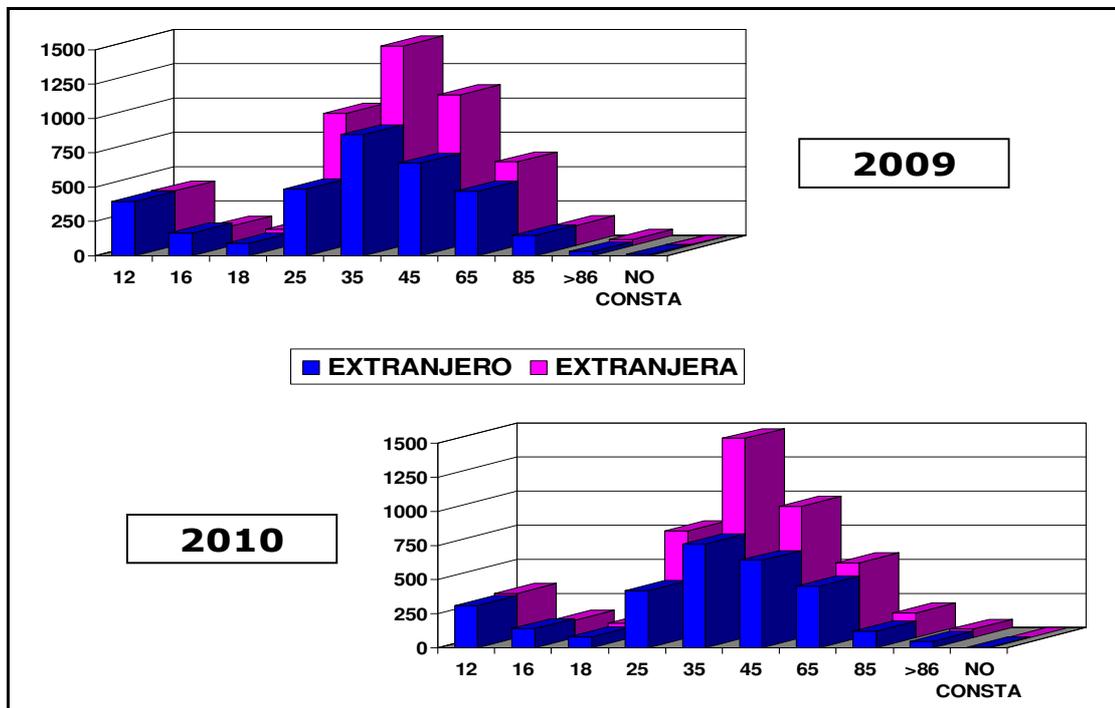
Graf. 4: Episodios de hospitalización urgente de la población de extranjera derivados de la asistencia de urgencias, años 2009-2010. HUSAL

Posteriormente, se analiza la muestra de esta investigación en relación a la edad. Para el estudio de este parámetro, primero fue necesario trabajar con la fecha de nacimiento para convertirla en años cumplidos a 31 de diciembre del 2009 y del 2010 respectivamente. Una vez determinada la edad en años, se establecieron rangos etarios para que fuera más fácil su manejo en función de la Ley de 41/2002⁴¹² y la edad de fertilidad⁴¹³, y se distribuyeron en: ≤ 12 años, de 13 a ≤ 16 , de 17 a ≤ 18 , de 19 a ≤ 25 , de 26 a ≤ 35 , de 36 a ≤ 45 , de 46 a ≤ 65 , de 66 a ≤ 85 y > 85 años. Sólo quedaron fuera de este estudio 16 personas (10 en el 2009 y 6 en el 2010) por no ser posible cumplimentar este campo. Como se observa en el gráfico 5, el mayor nº de pacientes atendidos en la urgencia corresponde a las edades comprendidas entre los mayores de

⁴¹² Ley de 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que establece la mayoría de edad sanitaria en los 16 años.

⁴¹³ La edad de fertilidad es la comprendida entre la pubertad y la menopausia (16 a 49 años), y se tiene en cuenta porque muchas de las mujeres que acuden al servicio de urgencias lo hacen por un problema obstétrico, ya sea un parto, cesaría, o por problemas relacionados con el embarazo, como posteriormente veremos.

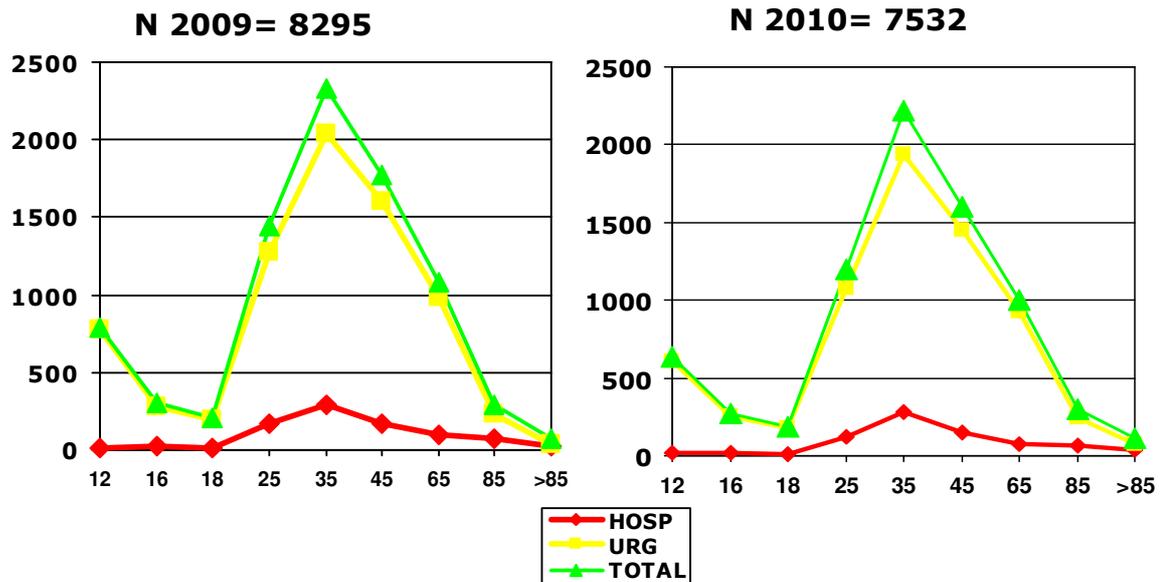
18 y los 45 años, correspondiéndose prácticamente con la edad fértil de la mujer, de los 16 a los 49 años.



Graf. 5: Distribución por edad y sexo de la población extranjera que demanda una asistencia de urgencias en 2009 y 2010. HUSAL

En el gráfico 6 se muestran los grupos de edad que demandan una atención de urgencias en función de las necesidades de los pacientes. El grupo más numeroso corresponde a la edad comprendida entre 26 y 35 años cumplidos, seguidos de la categoría comprendida entre los 36 y los 45 años, y el tercer grupo el que abarca de los 19 hasta los 25 años, tanto para los episodios de urgencias como para los internamientos hospitalarios en todo el periodo de estudio.

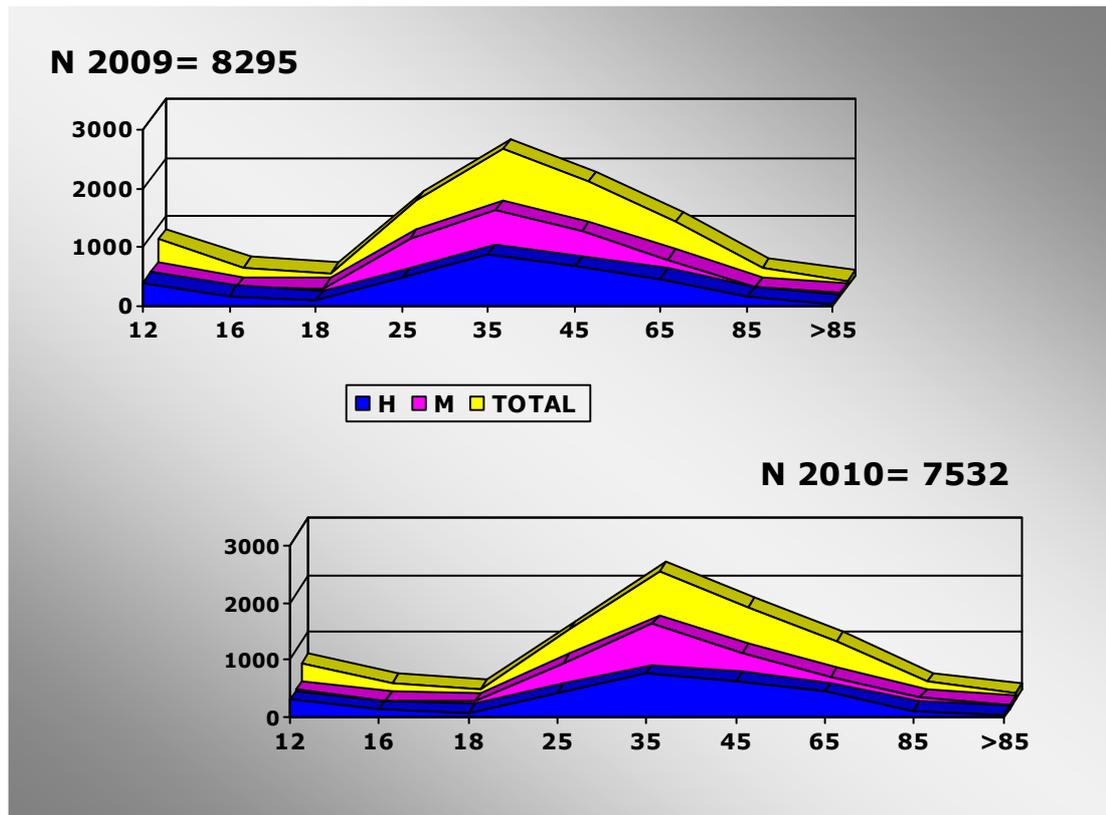
También se observa que según va avanzado la edad, va aumentando el nº de hospitalizaciones y, así el cuarto, quinto y sexto grupo etario que tiene más ingresos, que no urgencias, son consecutivamente todas las categorías que van desde los 46 años hasta los mayores de 85, siendo los últimos puestos en esta clasificación para los más jóvenes.



Graf. 6: Demanda de asistencia de urgencias según edad, años 2009-2010. HUSAL

Al analizar la muestra de la demanda de asistencia en función de la edad y el sexo se encuentra la misma proporción en la distribución de los grupos, excepto para la categoría de 46 a 65 años cumplidos que en el año 2010 es mayor en número de varones que el grupo de 19 a 25 años, permaneciendo la distribución igual para las mujeres en ambos años. (Gráfico 7).

De manera resumida, en la tabla 3 se recoge la misma información que el grafico 7, sobre el orden de cada grupo de edad en función de su dimensión y sexo en relación a la demanda de asistencia de urgencias. Y se observa que no existen diferencias entre 2009 y 2010 para los dos primeros grupos de mayor número; en cambio, si se observa una variación para los grupos que ocupan el tercer lugar, existiendo un mayor cantidad de varones atendidos de edades comprendidas entre 46 y 65 años frente a las mujeres de esa misma edad en 2010, que no se corresponde con el año anterior donde el grupo que se posiciona en el tercer puesto corresponde a las edades comprendidas entre 19 y 25 años para ambos sexos.

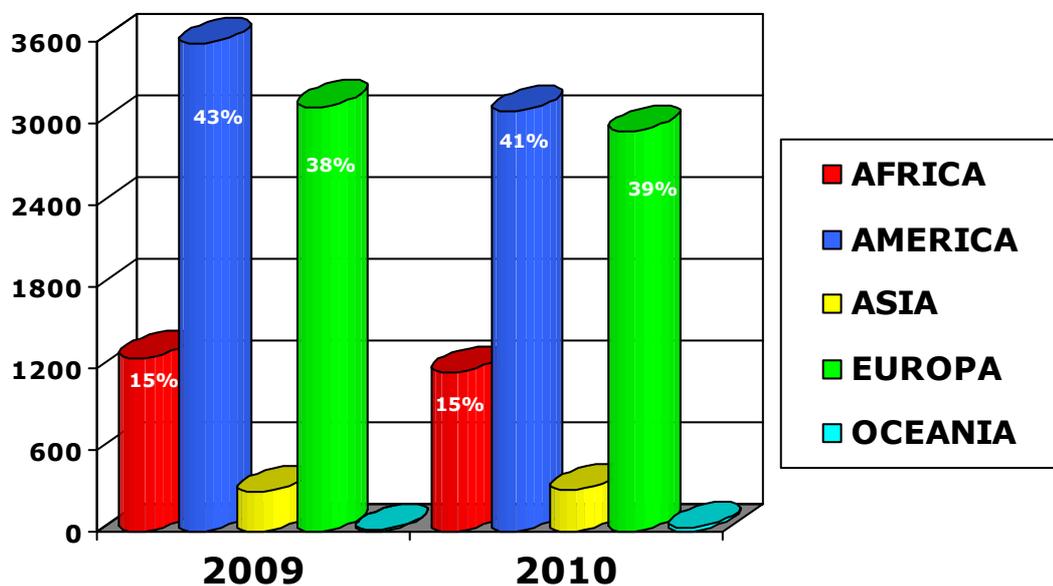


Graf. 7: Distribución por edad y sexo de la demanda de asistencia de urgencias, años 2009-2010. HUSAL

	TOTAL 2009	VARONES	MUJERES	TOTAL 2010	VARONES	MUJERES
≤12	788	392 5°	396 5°	633	309 5°	324 5°
13 a ≤16	303	162	141	270	140	130
17 a <18	202	87	116	186	79	107
19 a ≤25	1447	484 3°	963 3°	1202	420 4°	782 3°
26 a ≤35	2334	880 1°	1454 1°	2220	759 1°	1461 1°
36 a ≤45	1769	672 2°	1097 2°	1602	640 2°	962 2°
46 a ≤65	1078	469 4°	609 4°	1001	452 3°	549 4°
66 a ≤85	294	149	145	302	122	180
≥85	69	28	41	110	48	62
VACIAS	10	7	3	6	4	2

Tabla 3: Distribución etaria de la demanda de asistencia de urgencias según sexo, años 2009-2010. HUSAL

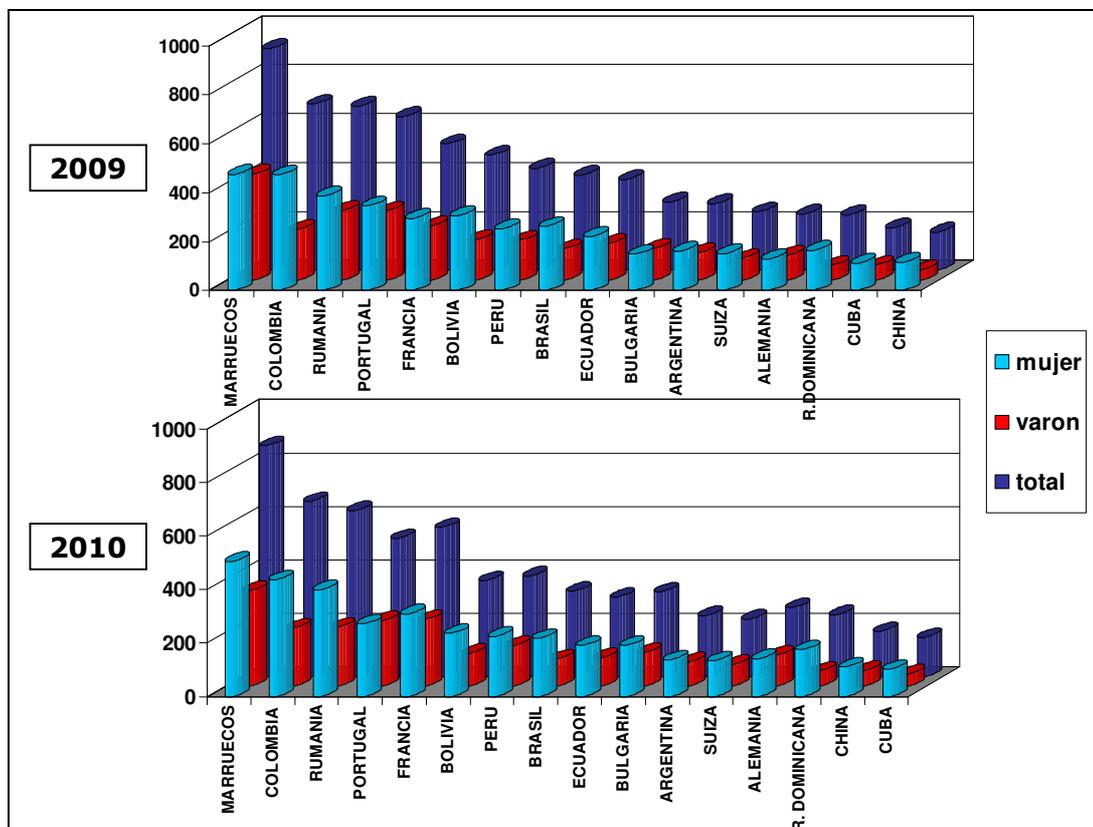
Al estudiar la muestra según la distribución geográfica de nuestra población de estudio, agrupando los países de origen según el continente al que pertenezcan, se observa que el primero y más representativo es América (Norte, Sur y Centro), con un 43 % en 2009 y 41% en 2010, destacando que el mayor porcentaje de la demanda de urgencias de este continente proviene de los pacientes latinoamericanos. En el gráfico 8 se observa con más detalle la muestra de cada continente donde se advierte la escasa representación de Asia, que no llega al 4%, y Oceanía, con menos de un 1%, dividiéndose el resto de pacientes entre América, Europa y África, respectivamente.



Graf. 8: Distribución geográfica de los pacientes extranjeros atendidos en la urgencia según su procedencia, años 2009-2010. HUSAL

En la tabla 4 (anexo I) se recogen todos los países que participan en la muestra para el periodo de estudio, agrupados por continente y en función del sexo. A su vez, también se señalan los tres países más numerosos de cada continente. El orden de estos países según su dimensión coincide tanto en el 2009 como en el 2010, menos Japón que se posiciona por el tercer puesto con Pakistán para el caso de las mujeres en el año 2010. En el gráfico 9 se muestra la mayor representación de los países que más demandan una asistencia de urgencias en función del sexo.

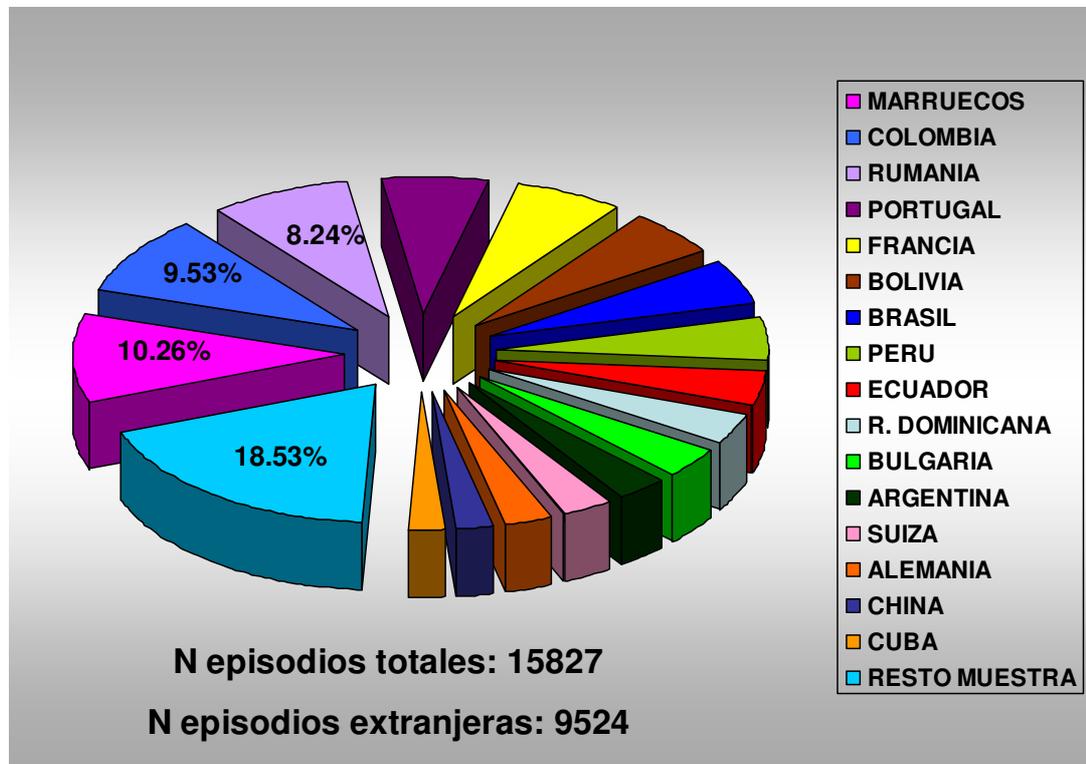
Al analizar la muestra globalmente, observamos que los países por orden de mayor a menor incidencia son: Marruecos, Colombia, Rumania, Portugal, Francia, Bolivia y Perú para el 2009. En el 2010 siguen siendo los mismos países los que tienen mayor demanda de asistencia de urgencias pero cambia el orden en función del nº ciudadanos/as que solicita la atención de urgencias; se mantiene el orden para los tres primeros países, pero se intercambian los puestos cuarto y quinto, y sexto y séptimo respectivamente, quedando de la siguiente manera: Marruecos, Colombia, Rumania, Francia, Portugal, Perú y Bolivia.



Graf. 9: Distribución de los países más representativos de los extranjeros/as que demandan asistencia de urgencias por sexo, 2009-2010. HUSAL

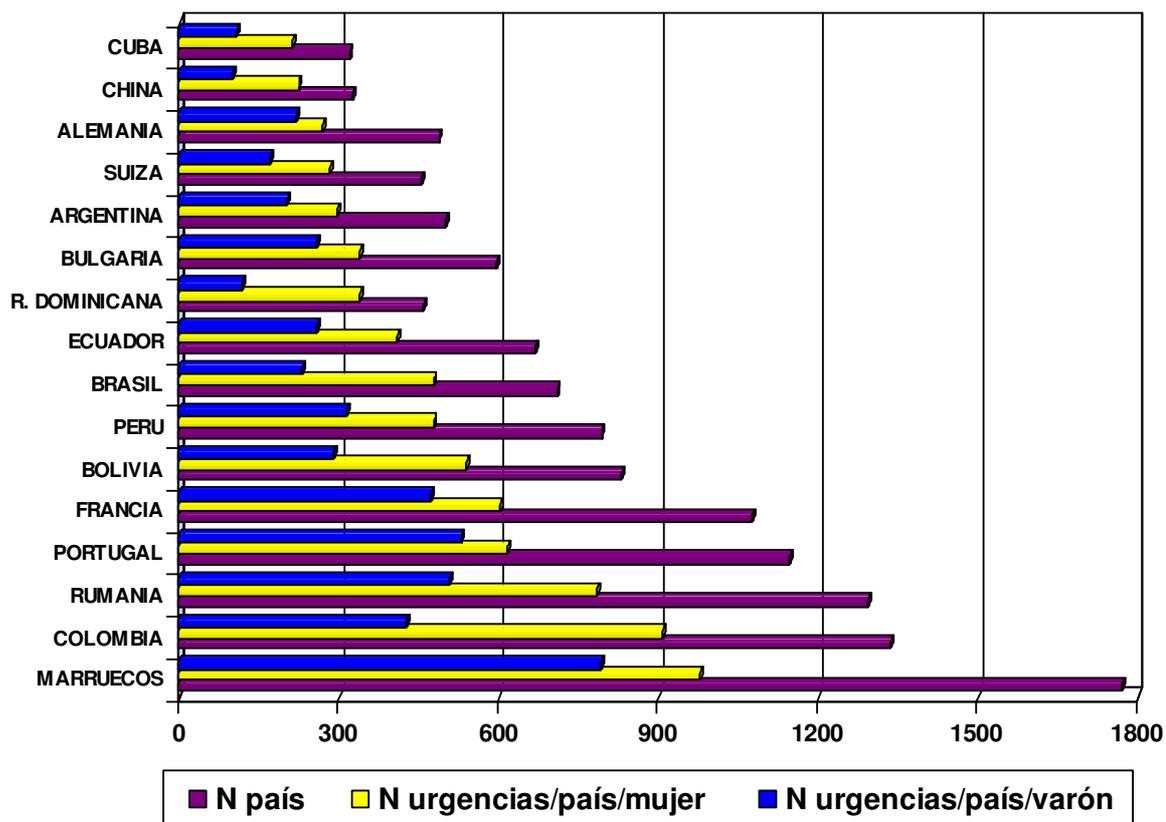
Al detallar los países de origen que más demandan una asistencia de urgencias en función del sexo, hay que destacar que las mujeres que con mayor frecuencia solicitan una atención en el servicio de urgencias hospitalarias son primeramente las marroquíes en un 10.26%, seguidas de las colombianas, las rumanas, portuguesas, francesas, bolivianas, brasileñas, peruanas, ecuatorianas, dominicanas, búlgaras,

argentinas, suizas, alemanas, chinas y cubanas, que representan en total estos 16 países alrededor del 80% de las mujeres atendidas en las urgencias, siendo el resto de mujeres de otras nacionalidades el 18.53% de la muestra. (Gráfico 10)



Graf. 10: Distribución de los países de las extranjeras que demandan asistencia de urgencias, 2009-2010. HUSAL

Si conjugamos estos datos con la variable sexo, observamos que la distribución geográfica en función de la demanda de urgencias para el caso de las mujeres foráneas es ligeramente distinta a la de los varones (Gráfico 11). En ambos casos el mayor nº de solicitudes de asistencia la originan la población marroquí, pero en el caso de los varones los siguientes países que más demandan asistencia son países europeos como Portugal, Rumania, Francia. Además de estas tres nacionalidades, existen otros países como Alemania o Bulgaria, donde la demanda de atención de urgencias por parte de los varones es más de 40% de la demanda total de ciudadanos/as de nuestra muestra.



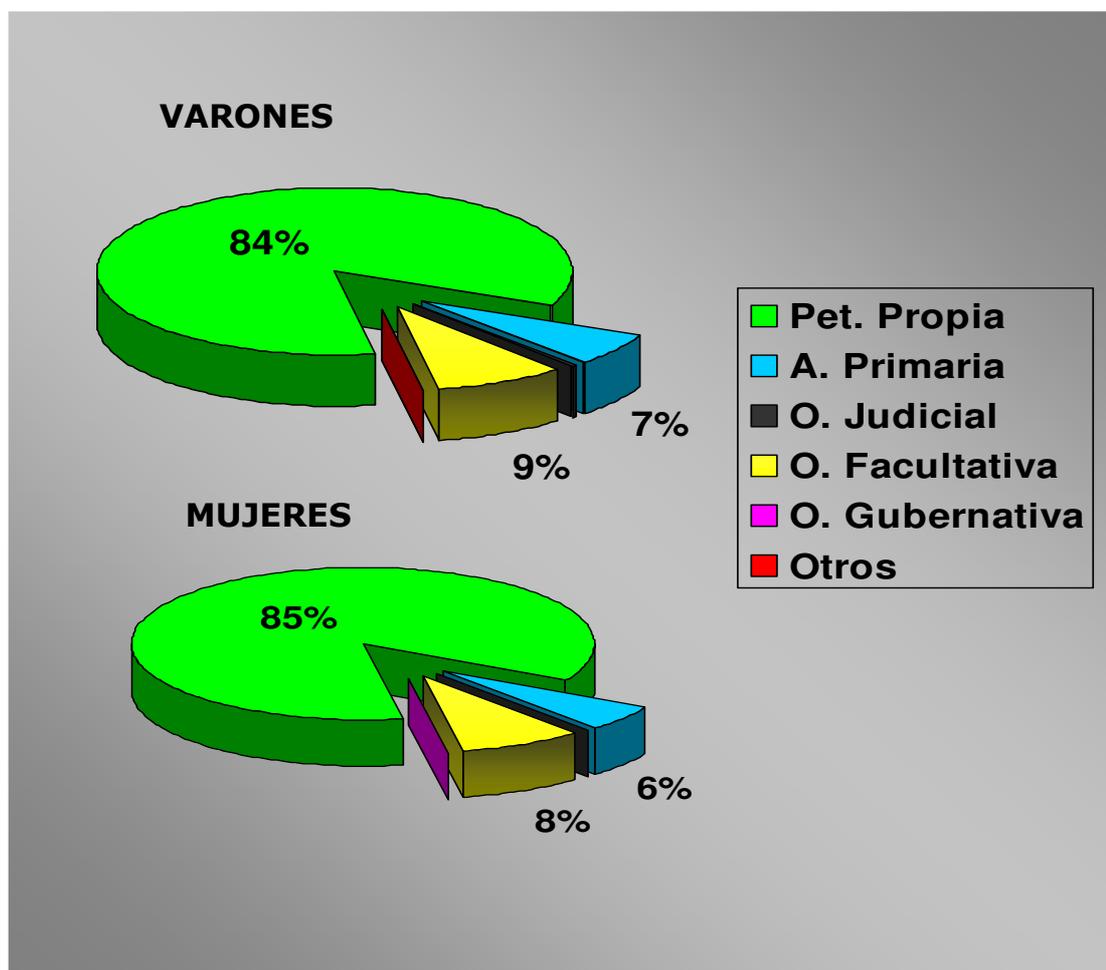
Graf. 11: Distribución de los países más representativos de la demanda de urgencias en función del sexo, 2009-2010. HUSAL

De todos estos pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias durante el periodo de estudio, se estudian cuantos de ellos:

- *acuden por iniciativa propia.*
- *son derivados desde la atención primaria de salud.*
- *requieren una asistencia de urgencias prescrita por un facultativo.*
- *son atendidos previa orden judicial o gubernativa.*

El estudio detallado de estas variables muestra que el grupo más numeroso es el que demanda una atención a petición propia, con un 85-84% del total de las asistencias de urgencias a extranjeros/as, frente a un 5-6% que acuden a las urgencias hospitalarias tras ser derivados desde los centros de salud, para cada año de estudio respectivamente; y a un 9% de los pacientes que son atendidos por orden facultativa en ambos años.

Si se desglosa el total de los datos generados en todo el periodo de estudio en función del sexo, (gráfico 12), observamos un incremento en las mujeres extranjeras que solicitan una asistencia de urgencias a petición propia frente a los varones que generan una mayor derivación bien desde atención primaria, o desde el servicio de emergencias sanitarias, o desde cualquier otro servicio médico ambulatorio del hospital. El nº de pacientes atendidos en los que su asistencia es promovida por una orden judicial o gubernativa tiene una incidencia mínima en la muestra de estudio, no llegando a 1%.

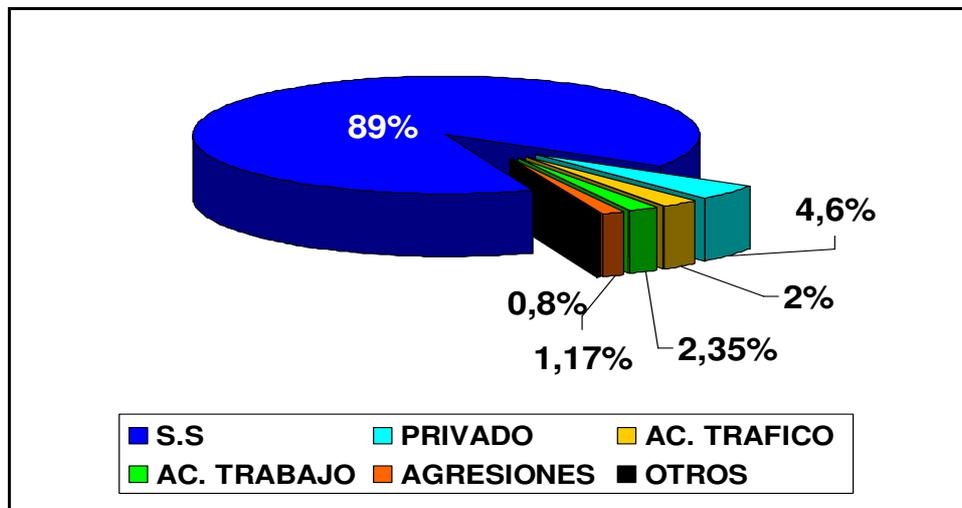


Graf. 12: Tipo de la demanda de la asistencia de urgencias según sexo, 2009-2010.

HUSAL

Existen otras variables de estudios más administrativas que hacen referencia al gasto sanitario, determinándose quién es el encargado de sufragar la asistencia de

urgencias que ha generado cada usuario/a. Al analizar estos parámetros de forma global en todo el periodo de estudio, hay que destacar que un 89% de los casos que acuden al servicio de urgencias están cubiertos por la Seguridad Social, frente a un 4,6% de los pacientes que acuden como privados y con el compromiso de pago de la urgencia que solicitan. También se recogen aquellos usuarios/as que precisan de una atención por un accidente de trabajo, de tráfico o por una agresión, cuya representación total es de 2%, 2.35% y 1.17%, respectivamente (Gráfico 13).

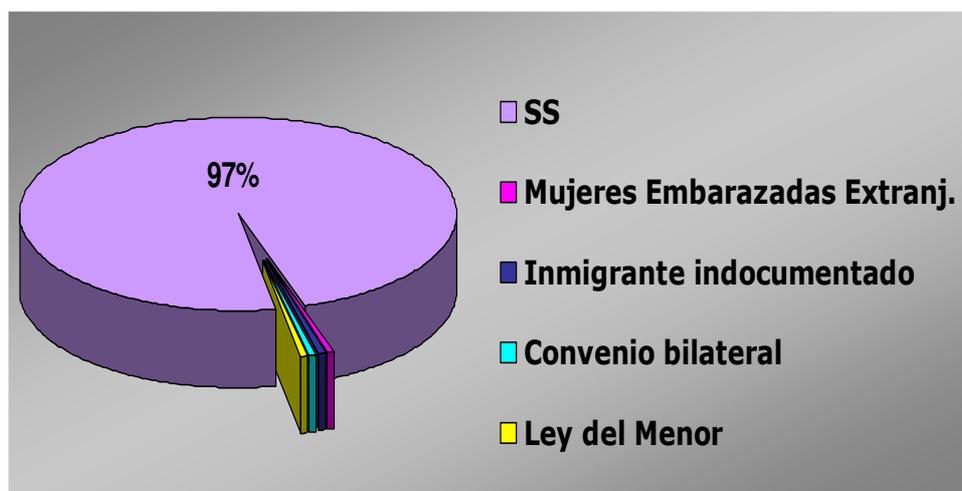


Graf. 13: Tipo de financiación de la asistencia de urgencias a la población extranjera, 2009-2010. HUSAL

Dentro de los pacientes que tienen cubierto su derecho sanitario por la Seguridad Social, en nuestra muestra eran un 89%, con un total de 14.138 personas foráneas atendidas, hay que distinguir:

- A los usuarios/as que pueden disfrutar de este derecho por su previa cotización al Estado para ello, que en nuestro caso son el 97% de la muestra total con 7.271 personas en 2009 y 6.537 en 2010.
- La población que acredita que no tiene recursos. En este caso la Seguridad Social cubre sus necesidades sanitarias adjudicando una tarjeta sanitaria sin número para las mujeres extranjeras embarazadas y menores que se acojan a la Ley del menor.

- Los/as pacientes que tienen derecho a una sanidad igual que los nacionales por tener su país de origen un convenio sanitario con el Estado Español.
- También la Seguridad Social se hace cargo del gasto sanitario generado por la asistencia de urgencias de los/as inmigrantes sin documentación dado su carácter universal (Gráfico 14).



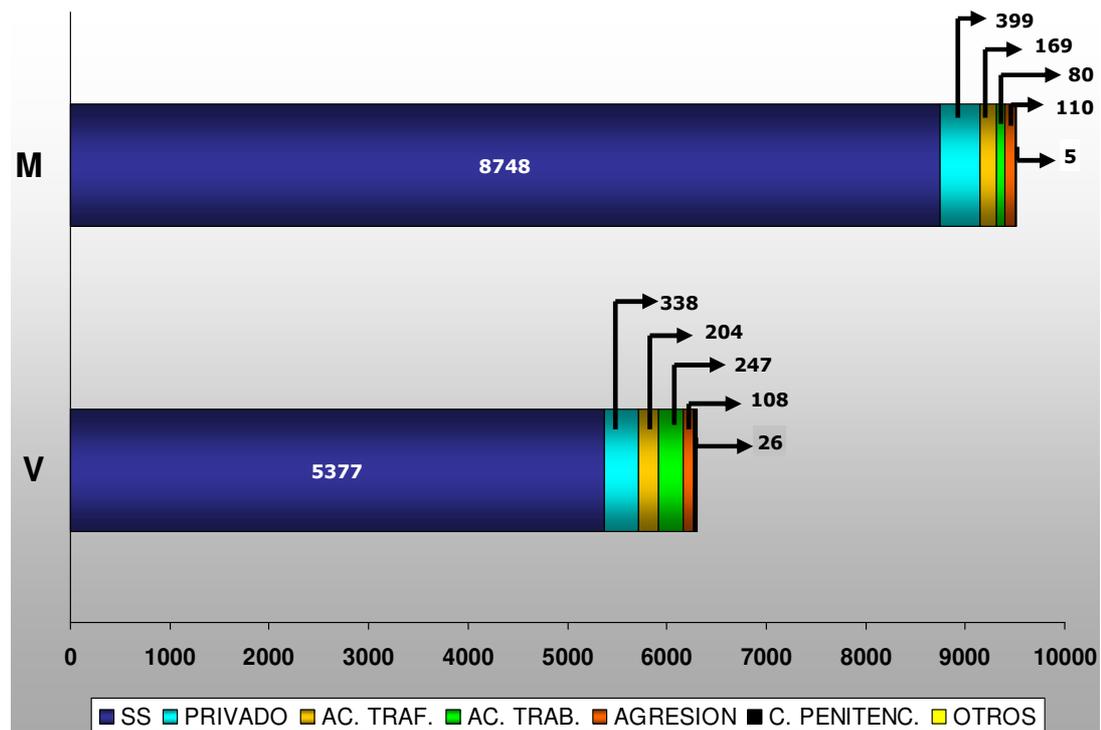
Graf. 14: Vía de financiación de la asistencia de urgencias a la población extranjera, 2009-2010. HUSAL

Al hilo de estos resultados se deben subrayar algunos aspectos que son necesarios y que salen a la luz tras un estudio más profundo, analizando todos estos parámetros bajo la influencia del sexo (Gráfico 15).

Estos datos corroboran que los trabajos que desempeñan los varones extranjeros comportan mayores riesgos que los que llevan a cabo las mujeres, debido a los distintos nichos laborales que ocupa cada uno de ellos, observándose 247 varones que precisan una asistencia de urgencia tras sufrir una accidente de trabajo, frente a las 80 asistencias que por el mismo motivo protagonizan las mujeres.

También estos datos ponen de manifiesto conductas de género. Los hombres adoptan actitudes y conductas más peligrosas y arriesgadas que las mujeres, y esto también se ve reflejado en nuestra población de estudio cuando se analizan los

accidentes de tráfico, siendo mayoritarios para el colectivo de los hombres con 204 casos frente a los 169 de las mujeres, para todo el periodo de estudio.



Graf. 15: Financiación de la asistencia de urgencias a la población extranjera según sexo, 2009-2010. HUSAL

Igualmente se evidencia la tendencia nacional de casos de violencia de género que han ido disminuyendo de 12 casos en el 2009 a 9 en el 2010; pero no así el nº total de agresiones, destacándose claramente un aumento en los varones que pasan de 46 agresiones a 62 del 2009 al 2010.

Por último, dentro de los episodios de urgencias se debe destacar aquellos casos de los pacientes que tras demandar una atención de urgencias no concluyen el proceso asistencial y abandonan el hospital antes de ser dados de alta por el facultativo, recogiendo un total 82 casos en el 2009 y 57 en el 2010, evidenciando que no existe

un riesgo urgente de salud para el propio usuario/a. Además estas altas voluntarias se producen en similar número tanto en el caso de hombres como en las mujeres (Tabla 5).

También al examinar los diagnósticos clínicos de la muestra, se detecta que los profesionales médicos registran, en algunos casos, como diagnóstico médico de la urgencia al alta, la ausencia de una patología urgente o no aguda, llegando a 348 episodios para el 2009 y 220 en el 2010. Si se segrega esta información en función de la variable sexo se obtiene para los dos años de estudio, un mayor nº de mujeres que demandan un asistencia de urgencias que según el facultativo no es tal (Tabla 5).

Estos diagnósticos de patología no urgente incluyen procesos como: faringitis, conjuntivitis, gastroenteritis, síndrome febril, otitis, eccema, etc., que dado su carácter leve no deberían ser tratados en unas urgencias hospitalarias. Pero además debemos de añadir que la asistencia de urgencias de estos procesos es demanda por el propio paciente, sin previa derivación de un profesional, dando lugar a una sobrecarga y infrautilización de los recursos hospitalarios.

Estos datos ponen de manifiesto que si el facultativo considera que el motivo de la consulta de urgencias no es de una gravedad suficiente para ser atendida en un servicio de urgencias hospitalarias bajo los criterios previamente establecidos en dicho servicio, debería poder derivar, con el respaldo de un protocolo, a los enfermos/as a su centro de salud en el momento de triaje de la urgencia, evitando así una sobrecarga asistencial y mala utilización de los recursos sanitarios por parte de este colectivo.

Tabla 5: Algunos diagnósticos de la urgencia de la población extranjera, 2009-2010. HUSAL

	TOTAL 2009	MUJERES	VARONES	TOTAL 2010	MUJERES	VARONES
ALTA VOLUNTARIA	82	43	39	57	27	30
NO PATOLOGIA URGENTE	348	201	147	220	142	78

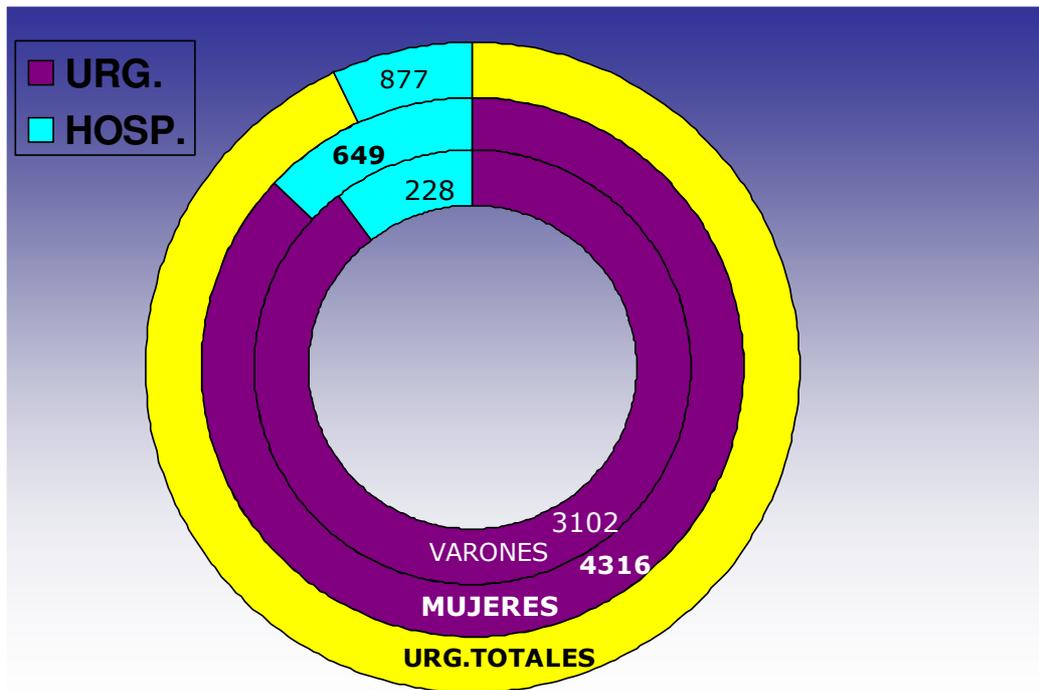
También se observan otros episodios generados por las mujeres foráneas cuyo motivo de consulta es la realización de la prueba de embarazo o la petición de la píldora post-coital en 40 casos para el 2009 y 33 en el 2010.

En resumen, podemos estar hablando de un mal uso del servicio de urgencias por parte de este colectivo entre un 5,66% y un 4,11% para los dos años de estudio respectivamente, 2009-2010, teniendo en cuenta que estos porcentajes sólo se obtienen del estudio de las altas voluntarias, de los diagnósticos de patología no urgente y la confirmación de embarazo, obviando los diagnósticos de patologías menores que no se especifican en estos porcentajes ya que son un tema con suficiente entidad y, por ello, objeto de otro tema de estudio distinto al propuesto en esta investigación, debido a que requeriría un análisis pormenorizado e individualizado de cada episodio de urgencias.

Por otra parte, si tenemos en cuenta los datos generados por las asistencias a petición del propio paciente o familiar sin la correspondiente derivación de un profesional, estaríamos hablando de un mal uso de los servicios de urgencias hospitalarias de la población extranjera entre un 87,2% y 86,59% respectivamente para el periodo de estudio.

En la segunda etapa de este trabajo se ha realizado un análisis detallado de todos aquellos episodios de hospitalización que han generado las mujeres foráneas en el 2009 derivados de la asistencia anteriormente descrita.

En el gráfico 16 se especifica el total de episodios de internamiento que se han originado para ambos sexos, fijándose en esta parte del estudio sobre los 649 casos de hospitalización urgente de las mujeres extranjeras. El total de estos episodios han ocasionado un nº de urgencias que dobla el nº de ingresos (1.353 asistencias de urgencias), determinándose como media dos urgencias por cada mujer foránea que ingresa en el año 2009.



Graf. 16: Estudio de ingresos urgentes de mujeres foráneas en 2009. HUSAL

El total de historias clínicas revisadas han sido 579, cifra que coincide con las mujeres que han precisado una hospitalización y no con el total de episodios de internamientos; de tal manera, que algunas de las mujeres atendidas han ocasionado más de un ingreso procedente de la urgencia en el año 2009 como muestra la tabla 6.

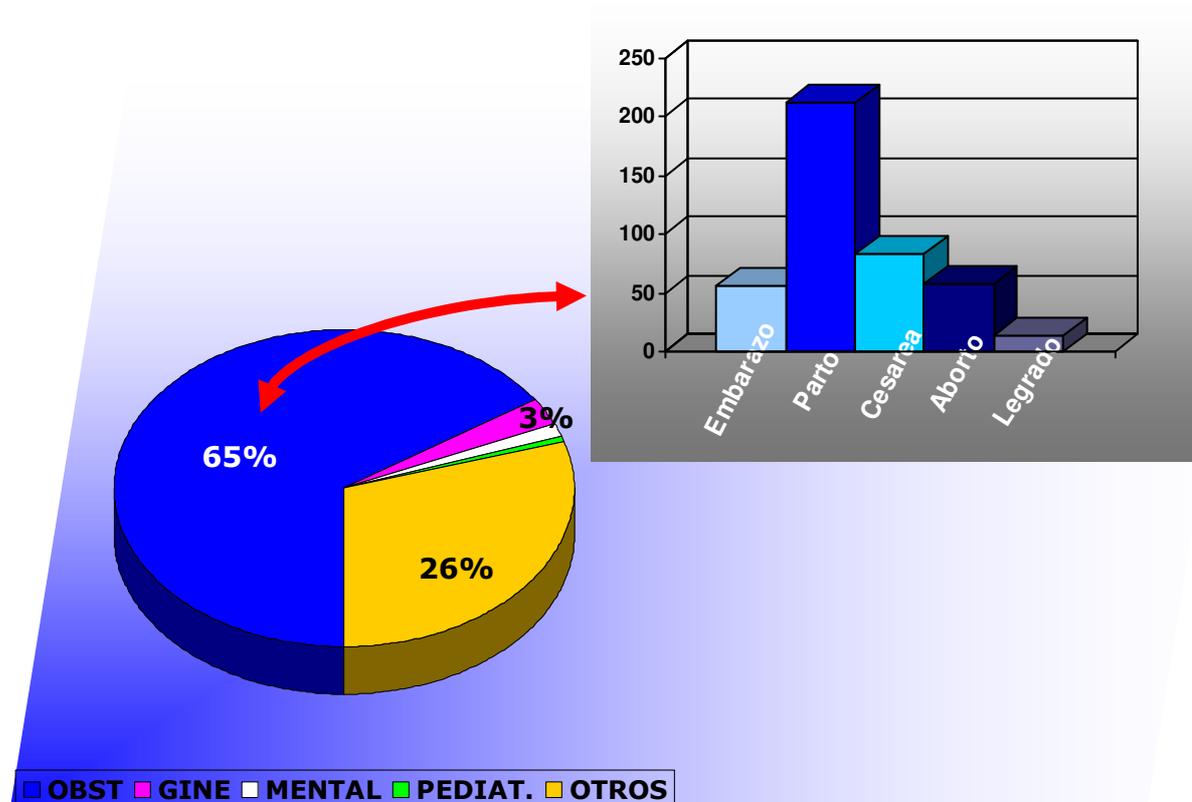
Al estudiar el nº de episodios de hospitalización por NHC en ese mismo año y posteriormente en el 2010, se observa que existen un total de 63 mujeres (11%) que precisando un ingreso en el 2009 reingresan en el 2010, generando previamente 194 asistencias de urgencias en el 2010, con un total de 72 incidentes de hospitalización, como refleja la tabla 6.

Tabla 6: N° de ingresos urgente/mujer extranjera 2009. HUSAL

N° HOSPIT. 2009	MUJERES	REINGRESOS EN 2010
1	521	55
2	48	7
3	9	1
5	1	-

En la recogida de los datos no sólo se ha estudiado el motivo de ingreso sino también la causa que desencadena ese evento, pero sólo para los de origen obstétrico debido a su dimensión. Así, como refleja el gráfico 17, mayoritariamente las mujeres que acuden a urgencias e ingresan es debido a problemas obstétricos fundamentalmente causados por un nacimiento, bien de forma natural o tras una cesárea, con 297 casos frente a los 425 episodios que precisan de una atención obstétrica. Estos nacimientos de madres extranjeras equivalen al 13,30% de los nacimientos totales del 2009, tanto para nacionales como para foráneas, ascendiendo a un total de 2.232 niñas/os nacidos en el 2009 según el registro del servicio de paritorios del complejo hospitalario de Salamanca.

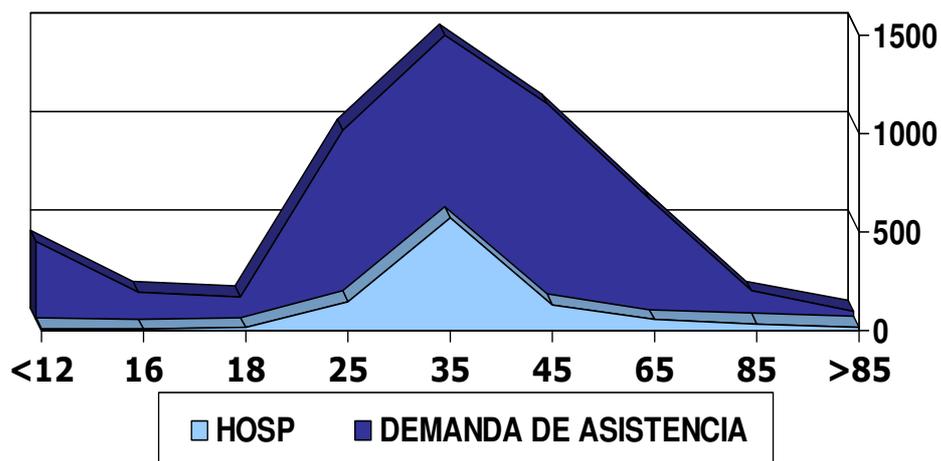
Los abortos son la segunda causa de internamiento en estas extranjeras seguidos de los problemas de salud que presentan las mujeres gestantes, pudiendo o no estar relacionados con el embarazo o ser consecuencia del mismo, pero que en ambos casos requieren de una asistencia especializada por su estado.



Graf. 17: Motivos clínicos de ingresos urgentes en mujeres extranjeras, 2009. HUSAL.

Se ha de señalar que los problemas ginecológicos que originan una hospitalización no tienen demasiada incidencia en nuestro estudio, ocupando el tercer lugar; en cambio, sí se recogen 192 episodios de hospitalización que nada tienen que ver con los problemas de salud propios de las mujeres y, por tanto, no están vinculados al género, catalogándolos dentro de nuestro estudio como “otros”, como por ejemplo los procesos traumatológicos, neurológicos, digestivos, etc.

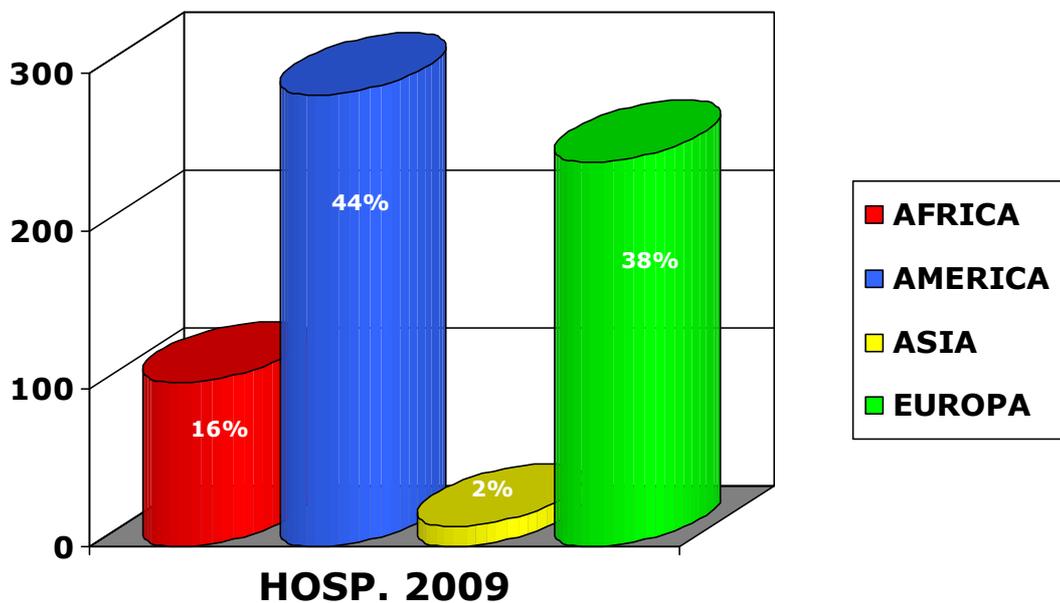
Si además se analizan las franjas de edad que tienen el mayor nº de ingresos, se observa que difieren un poco en comparación con la distribución por edad de la demanda de urgencias. En primer lugar, la categoría que abarca de los 26 a los 35 años es la que contiene el mayor volumen de hospitalizaciones con 259 casos, seguida del grupo que comprende de los 19 a los 25 años con un total de 143 eventos y cuya posición no coincide con la distribución de las urgencias, y por último, el tercer lugar es para las mujeres entre 36 y 45 años cumplidos con 129 ingresos. A partir de aquí, la incidencia de ingresos va disminuyendo desde los 46 años a los 86 años, posteriormente desde los 18 a menores de 12 y, por último, a partir de los 86 años en adelante, como se observa en el gráfico 18.



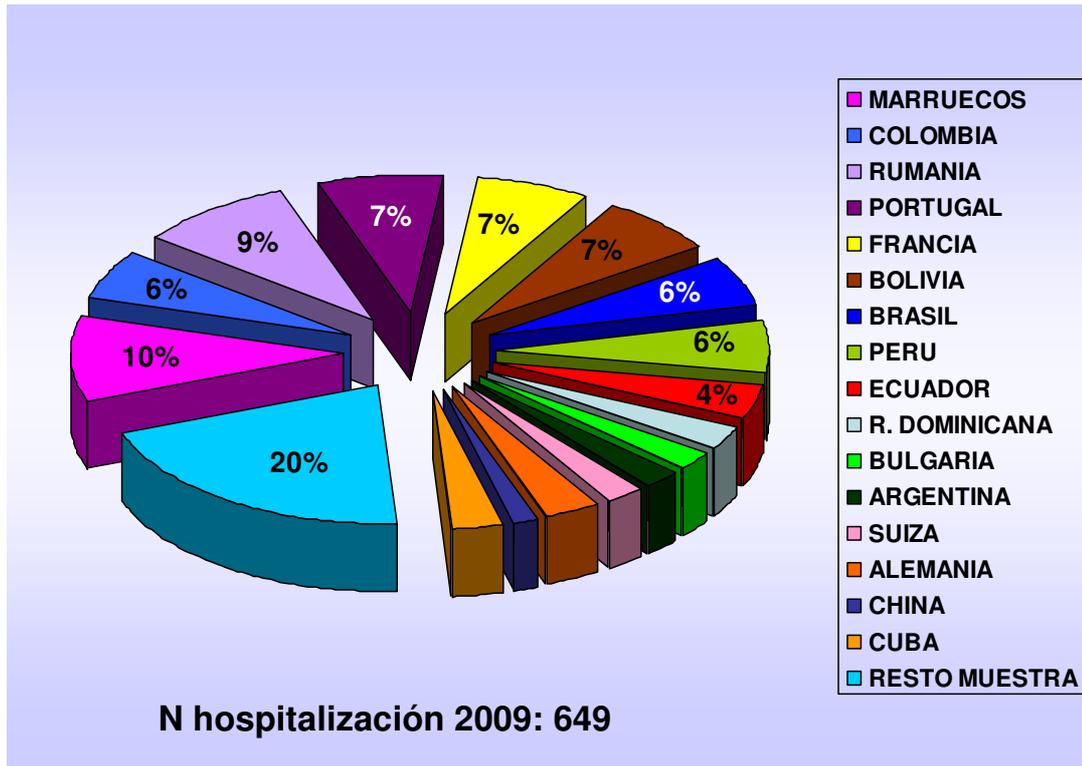
Graf. 18: Distribución etaria de los ingresos urgentes en mujeres extranjeras, 2009.

HUSAL

Al comparar los países de origen agrupados por continentes de estas mujeres ingresadas con las urgencias totales anteriormente descritas, se advierte que los datos son directamente proporcionales a la muestra total sin disgregar por sexos (Gráfico 19), aunque se percibe un cambio en la secuencia de los países que poseen mayor frecuencia de hospitalizaciones: Marruecos con 64 pacientes de las cuales 48 son de causa obstétrica, Rumania con 60 casos, 48 episodios para Portugal, Bolivia con 45 extranjeras ingresadas seguidas de Francia, Brasil, Colombia y Perú, como muestra el gráfico 20 y de forma más detallada la tabla 7 (Tabla 7, anexo II).



Graf. 19: Distribución geográfica de los ingresos urgentes de mujeres extranjeras en 2009. HUSAL



Graf. 20: Distribución geográfica de las mujeres extranjeras que ingresan en 2009.

HUSAL

La variable del país de origen tiene importancia no sólo para conocer la afluencia de las ciudadanas de otras culturas, sino también para analizar el dominio del idioma castellano por parte de la usuaria, necesario para que los profesionales sanitarios puedan llegar a comunicarse, comprender, entender y ofrecer todos los cuidados y la educación sanitaria imprescindible en el proceso de recuperación de la salud y bienestar de las pacientes, como ya se ha apuntado.

Del total de mujeres ingresadas en el 2009 sólo provienen de países de habla hispana el 36%, el resto proceden de países cuyo idioma es distinto al castellano. Este hecho no se refleja suficientemente en los comentarios ni en las aportaciones que la enfermería realiza en la historia clínica. Así, este estudio refleja una ausencia de este dato en la historia de enfermería, registrando sólo 44 anotaciones al respecto, de las 412 mujeres extranjeras que ingresan y cuyo idioma no es el castellano. En dichos comentarios se indican si la paciente no habla o entiende mal el idioma, necesitando la ayuda de un traductor o intermediario para comunicarse con el profesional sanitario.

Al revisar en las historias clínicas los episodios de hospitalización, no sólo se examinan los ingresos en planta sino también los que han precisado de una asistencia más cualificada y especializada en servicios como las unidades de cuidados intensivos, de reanimación, unidad de coronarias, etc. Del total de pacientes de la muestra fue necesario una intervención quirúrgica y posterior recuperación en la unidad de reanimación o cuidados intensivos en unos 222 casos, representando el 34% del total de ingresos de urgencias en extranjeras, como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8: Utilización de servicios especiales en los ingresos de las mujeres foráneas en 2009. HUSAL

Servicios especiales	Qx.+REANIMACION	Qx.+UVI	UVI/CORONARIAS/ DIALISIS/....
Ingresos Mujeres 2009	217	5	10

Dentro de este apartado se incluye, además de las cesáreas, los legrados y los abortos con un total de 156 episodios, otros procesos quirúrgicos de urgencia de traumatología, neurocirugía, ginecología o cirugía general, precisándose en cinco de los casos estudiados una asistencia especializada, continua e intensiva debido a la gravedad de las lesiones. Otras 10 pacientes necesitaron de una asistencia en unidad de cuidados intensivos para el control y seguimiento de su patología. Del total de pacientes que fueron ingresadas en UVI, 15 mujeres (tabla 8), tres de ellas no llegaron a ser trasladadas a planta por ser dadas de alta o exitus, dato importante a tener en cuenta a la hora de analizar los planes de cuidados de enfermería.

Al considerar estos episodios de hospitalización del colectivo de mujeres extranjeras desde un punto de vista cualitativo, primeramente se deben asentar los criterios bajo los cuales se han valorado los distintos parámetros de la investigación, y por ello las variables que se han utilizado en la revisión y análisis de las historia clínicas han sido:

- *La existencia de un comentario de ingreso.*

Para determinar si el comentario era completo debía recoger: la procedencia del ingreso (urgencias), el diagnóstico de ingreso, si la paciente llega

acompañada o sola, una descripción del estado en el que se encuentra en el momento del ingreso y si es portadora de vías, drenajes, etc⁴¹⁴.

- *La presencia y recogida de antecedentes médicos*, basados en enfermedades previas y alergias o intolerancias. Este parámetro se comprueba con el informe médico de ingreso para determinar si se han recogido todos los antecedentes en el comentario de enfermería.
- *La valoración de enfermería al ingreso según el modelo de Virginia Henderson*, basado en catorce necesidades básicas⁴¹⁵.

El programa informático que recoge la historia y cuidados enfermeros, programa Gacela, permite una valoración inicial en base a estas catorce necesidades, pero algunas profesionales de enfermería incluyen en su

⁴¹⁴ Se fijan estos parámetros en el comentario de ingreso de la historia de enfermería en base a la descripción que algunos autores realizan de los datos generales que se deben comunicar, con el fin de tener un registro de enfermería unificado que sirva de herramienta inicial en la valoración del paciente.

MESA FERNÁNDEZ E, CONDE ANGUITA M.A, MORAL JIMENEZ J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. 2010. 7 (44): 3-4.

⁴¹⁵ El modelo de enfermería de Virginia Henderson se basa en el modelo conceptual de suplencia o ayuda donde el rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona. Por ello establece que "La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

Las necesidades básicas que la enfermera debe tratar de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico, aunque haya a tenerlo en cuenta porque condiciona mucho las capacidades físicas de paciente. Además, debemos considerar que la mayor proporción de estas necesidades influyen en los cuidados del paciente a través de síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo, la falta aguda de oxígeno, entre otras.

Así mismo, existen otros condicionantes que afecta a la salud y, por tanto, a los cuidados que la enfermería debe prestar como son: la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades, como veremos más adelante.

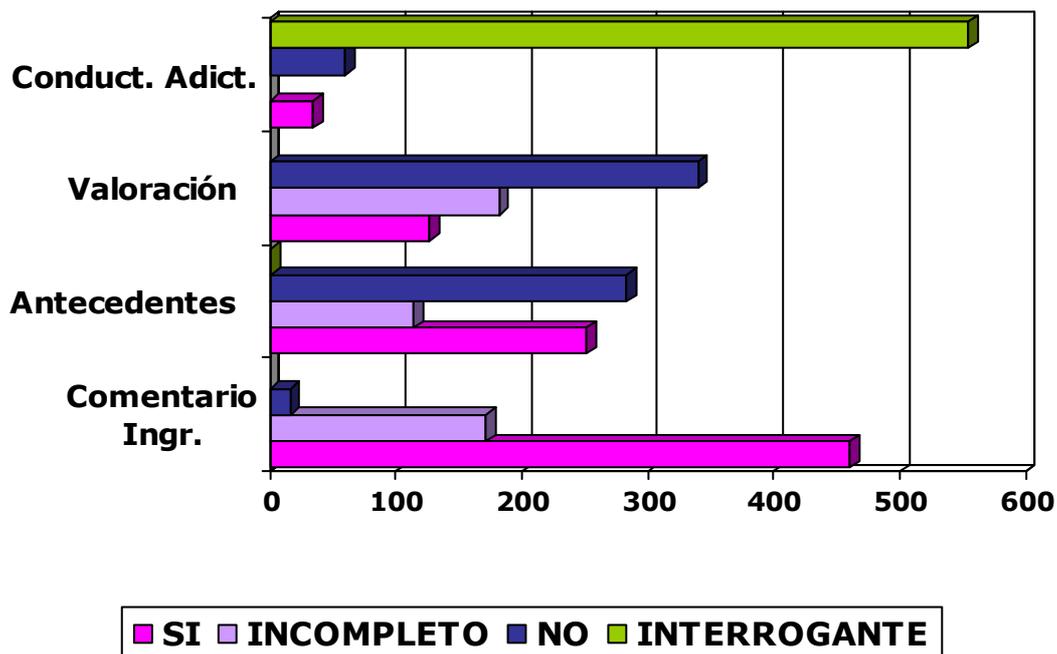
En el modelo de Virginia Henderson se clasifican estas necesidades en: 1. Respirar normalmente. 2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente. 3. Eliminar los desechos del cuerpo o residuos por todas las vías corporales. 4. Moverse y mantener posturas adecuadas. 5. Dormir y descansar. 6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse. 7. Mantener la temperatura corporal. 8. Mantener la higiene y la integridad de la piel. 9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas. 10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...11. Vivir de acuerdo con los propios valores o creencias. 12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal. 13. Participar en actividades recreativas. 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

ALONSO VALLEJO M, ÁLVAREZ GONZÁLEZ MJ. El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E. En: ÁLVAREZ GONZÁLEZ M.J, ARKÁUTE ESTRADA I, BELAUSTEGI ARRATIBEL A, CHAPARRO TOLEDO S, ERICE CRIADO A, GONZÁLEZ GARCIA M.P, et al. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Hospital Txagorritxu. 2004. p: 23- 26

comentario de ingreso la valoración de algunas necesidades, como veremos más adelante, no realizando una valoración completa según el diseño del programa.

- *La presencia o ausencia de conductas adictivas.*

En el gráfico 21 observamos que el análisis de estos parámetros nos lleva a concluir que la historia de enfermería presenta lagunas importantes en el conocimiento del paciente desde un punto de vista holístico y, por ello, la Enfermería necesita de un plan de cuidados informatizado que permita una recogida sistemática y uniforme en todos datos previos al ingreso, mediante un diagrama de flujo, en el cuál la enfermería de este hospital determine, previo consenso, cuales son los apartados que se van a tener en cuenta en la historia de enfermería, evitando así la variabilidad de la información a criterio personal del profesional.



Graf. 21: Estudio de la Hª de enfermería en los ingresos urgentes de mujeres extranjeras, 2009. HUSAL

En este mismo gráfico se observa que en la mayoría de los casos se realiza un buen comentario de ingreso por parte de la enfermería, pero se obvia una valoración completa según el modelo propuesto por Virginia Henderson que sirve para identificar

las necesidades - que se presentan con ocasión o motivo del ingreso, por la propia patología y/o por las características o antecedentes de la propia paciente-, planificar los cuidados y plantear las acciones enfermeras pertinentes para conseguir unos resultados satisfactorios en la recuperación de la salud y bienestar de la paciente.

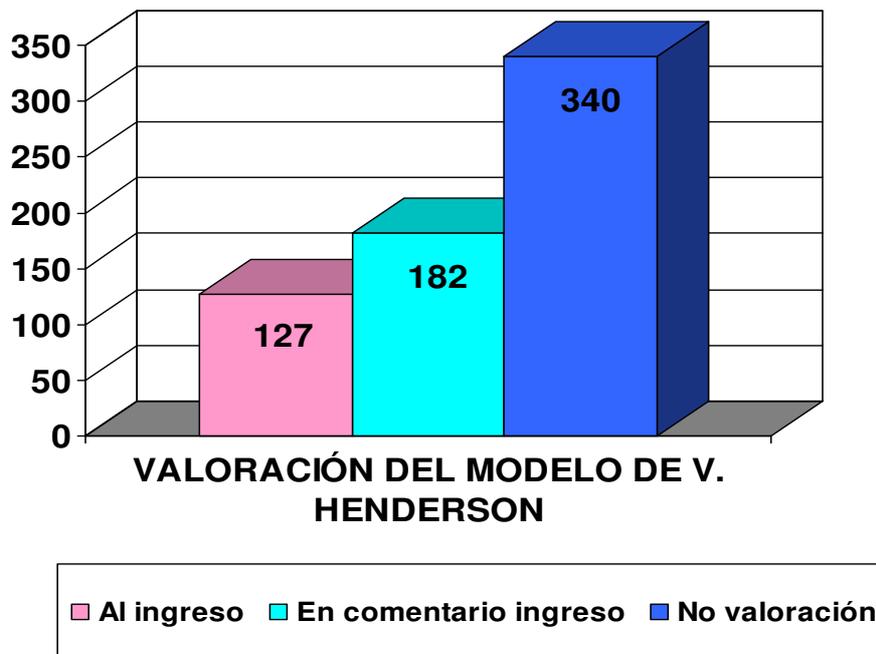
Si profundizamos un poco más en los datos del gráfico 21, podemos afirmar que la recogida de los antecedentes de enfermedad y/o alergias también dista mucho de ser notable, ya que en 114 casos esta recogida es incompleta si la comparamos con la historia médica, y esto, junto con los 283 episodios que no recogen ningún antecedente médico, hace plantearse si la entrevista y valoración de enfermería se está haciendo en tiempo y forma como marca la doctrina mayoritaria. Este hecho tiene una relevancia importante ya que una buena recogida de datos facilita todo el proceso enfermero⁴¹⁶ a nivel genérico, pero más en estas pacientes extranjeras donde la relación y el vínculo entre salud-enfermedad está muy ligado a los hábitos, conductas, costumbres y creencias culturales y religiosas.

En el gráfico 22 se refleja que sólo el 47,6% del total de la muestra (629 episodios de hospitalización) recoge una valoración de las necesidades de estas mujeres según el modelo de V. Henderson al ingreso, como ya se apuntaba en el gráfico anterior. Así, se evaluaron inicialmente en el momento del ingreso, un total de 1.407 necesidades en 127 mujeres; obteniéndose como media una valoración de 11 necesidades por paciente, dato que pone de manifiesto que no todas las necesidades que recoge el modelo son valoradas o identificadas como alteradas en nuestras pacientes. Lo mismo ocurre con las necesidades valoradas en el propio comentario de ingreso de enfermería donde se valoran como media unas tres necesidades por paciente (es decir,

⁴¹⁶ Se define el proceso enfermero o de atención de enfermería (PAE) como un método sistemático, lógico, ordenado, dinámico y flexible, basado en un modelo científico cuyo objetivo es planificar y prestar cuidados enfermeros individualizados en base a una alteración real o potencial de salud. Se puede definirlos como: “el conjunto de actividades estandarizadas a aplicar a los pacientes, de forma individualizada, en base a su patología y a los problemas de salud asociados”. Por tanto, el conjunto de estas pautas organizadas de actuación van dirigidas a cumplir el objetivo de enfermería: mantener el bienestar del paciente a nivel óptimo, si éste se altera, proveer entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer el bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso debe seguir en apoyo a la calidad de vida del paciente.

TEIXIDO SÁNCHEZ V. Protocolización de actividades asistenciales: Plan de cuidados de enfermería.
http://www.seis.es/i_s/i_s16h.htm

541 necesidades valoradas en 182 comentarios) que generalmente hacen referencia a: el sueño, la eliminación del tránsito intestinal y la nutrición. Este hecho se debe tener en cuenta ya que en más del 50% de los episodios de hospitalización no se realiza una valoración inicial de los problemas de salud o necesidades que presenta este colectivo.



Graf. 22: Valoración al ingreso de las necesidades según el modelo de V. Henderson en los episodios de hospitalización de mujeres extranjeras, 2009. HUSAL.

Otra variable de estudio que se ha recogido han sido los planes de enfermería⁴¹⁷ asignados durante todo el proceso asistencial, es decir, no sólo en el momento del ingreso cuando se realiza y se planifica el PAE (Proceso de Atención de Enfermería),

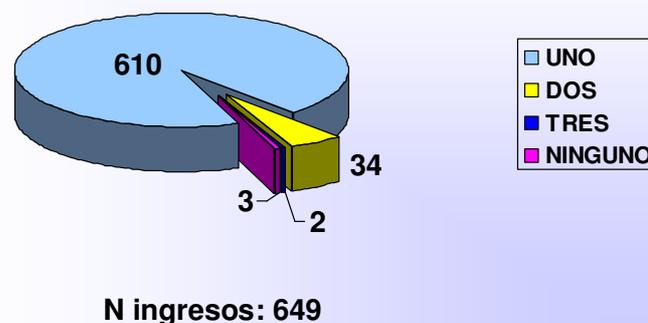
⁴¹⁷ Los planes de cuidados de enfermería son el elemento estructural que contiene la formalización de la gestión de cuidados. Cuando estos planes recogen el diagnóstico enfermero, las características, los factores, los objetivos y las intervenciones para un perfil de pacientes, es decir, para aquellos que padecen los problemas de salud relacionados con un diagnóstico concreto o una enfermedad, se denominan planes de cuidados estandarizados (PCE) y se puede definir como: el instrumento que permite, facilita y optimiza la labor asistencial de enfermería, aportando calidad y unidad a la práctica clínica, pero que deberán ser personalizados para su aplicación concreta”.

CHARRIER J. RITTER B. Definiciones: plan de cuidados y plan de cuidados estandarizado. En: CHARRIER J. RITTER B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Madrid. Ed. Masson. Elsevier España. 2005. p: 3-6

sino también los planes que se van añadiendo en función de los problemas de salud nuevos que se puedan presentar y la valoración continua del proceso del enfermo.

Como muestra el gráfico 23, en el estudio se asignó un único plan de cuidados al inicio del episodio de hospitalización en 610 casos, cuyo contenido se basaba en los procesos y protocolos de enfermería que se deben aplicar al paciente de manera individualizada, los problemas de salud detectados en función de la valoración, los diagnósticos enfermeros reales y potenciales que explican la situación de salud de la mujer, y todas las acciones planificadas que son necesarias para conseguir el objetivo, la mejoría o el restablecimiento de la salud de la mujer, sin necesidad de añadir nuevos procesos en la fase de evaluación del mismo; en cambio 36 pacientes precisaron una revisión del plan de cuidados para introducir modificaciones en base a las nuevas necesidades de salud identificadas y poder dar una solución individualizada a las mismas.

Sólo 3 pacientes de la muestra de estudio no tuvieron asignado un plan de cuidados de enfermería estructurado como tal, y fue debido a una asistencia en la unidad de cuidados intensivos donde no estaba implantado en ese momento el programa informático de enfermería. En estos servicios la historia de enfermería se realizaba en soporte papel y, aunque se lleva a cabo un plan de cuidados individualizado no se recoge la fase de diagnóstico; de tal manera que los problemas detectados no son traducidos a una terminología enfermera reglada, ni se detallan de manera pormenorizada los procesos y protocolos de enfermería aplicados al paciente, sino que se recogen globalmente.



**Graf. 23: Planes de enfermería asignados a las mujeres extranjeras, 2009.
HUSAL**

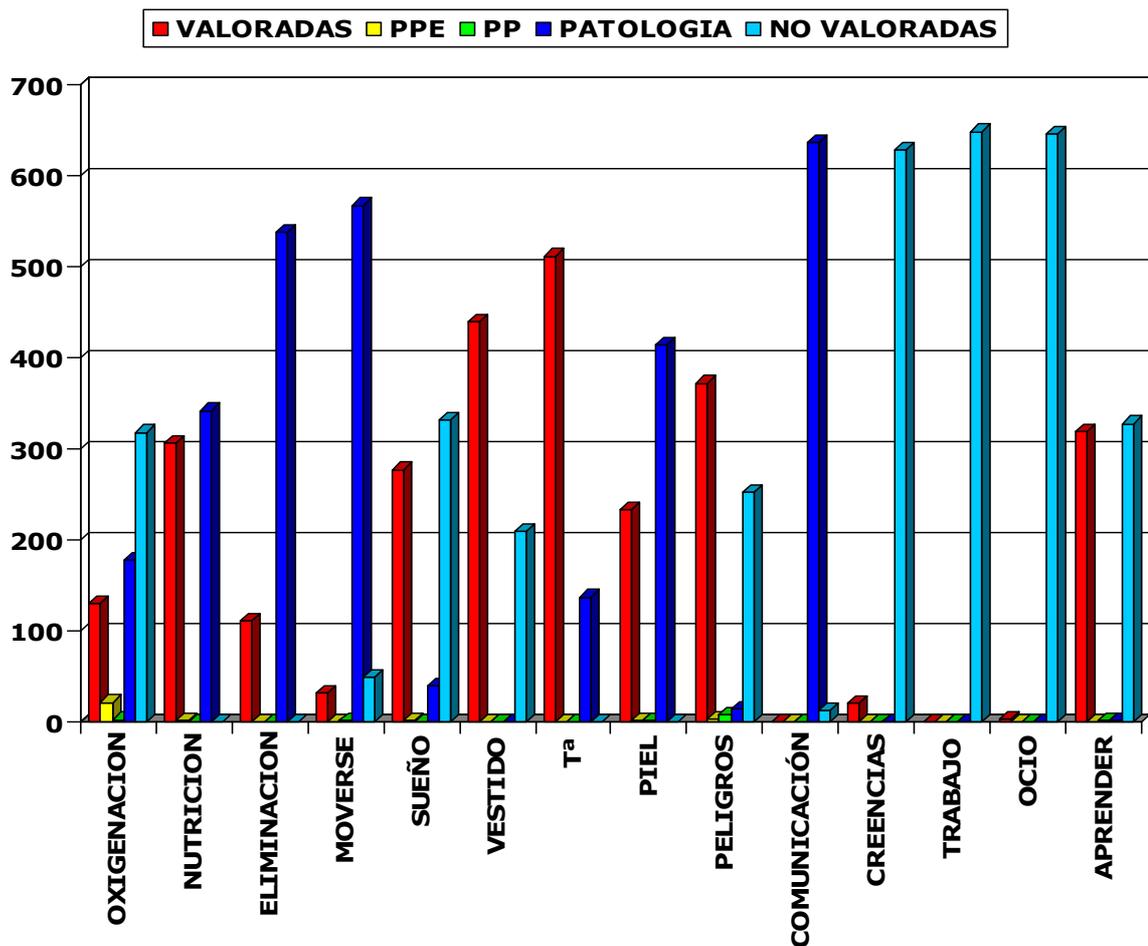
Atendiendo al análisis de las necesidades de salud, según el modelo de Virginia Henderson antes descrito, durante el proceso asistencial de hospitalización debemos puntualizar cuáles han sido los puntos sobre los que se ha basado la valoración cualitativa y el esquema utilizado como guía de trabajo.

Como se ha señalado anteriormente, la única valoración de enfermería que se ha realizado de manera estructurada ha sido en el momento del ingreso, pero no se han ido valorando las distintas necesidades ni por turno, ni diariamente de forma organizada, ni siguiendo un patrón. Este hecho ha motivado que analizáramos la presencia o ausencia de la valoración de cada una de las 14 necesidades en base a: los diagnósticos enfermero asignados en los planes de enfermería, las acciones confirmadas llevadas a cabo por la enfermería y los comentarios enfermeros realizados según la evolución del paciente (Graf. 24).

El esquema que ha servido de orientación y guía para valorar cualitativamente los aspectos a tener en cuenta a la hora de determinar si las necesidades habían sido valoradas, detectadas o identificadas, ha sido un registro de enfermería propuesto como instrumento de valoración del modelo de Virginia Henderson que se adjunta como anexo III⁴¹⁸.

En el gráfico 24 se recoge cuáles han sido las necesidades detectadas en función de la patología o debidas al proceso de hospitalización, cuáles se han valorado pero no presentan ninguna alteración, las necesidades alteradas previas al ingreso detectadas por la enfermera (PPE), aquellas que el médico recoge como presentes antes del ingreso pero la enfermera no hace referencia en su historia (PP) y por último cuáles no se han valorado.

⁴¹⁸ GALLEGOS TORRES R. M, DÍAZ GUERRERO R, HERNÁNDEZ CASTAÑÓN M. A, ZAMORA MENDOZA A. Instrumento de valoración basado en el enfoque de Virginia Henderson. *Desarrollo Científ Enferm.* 2008. 16 (9): 399- 401.

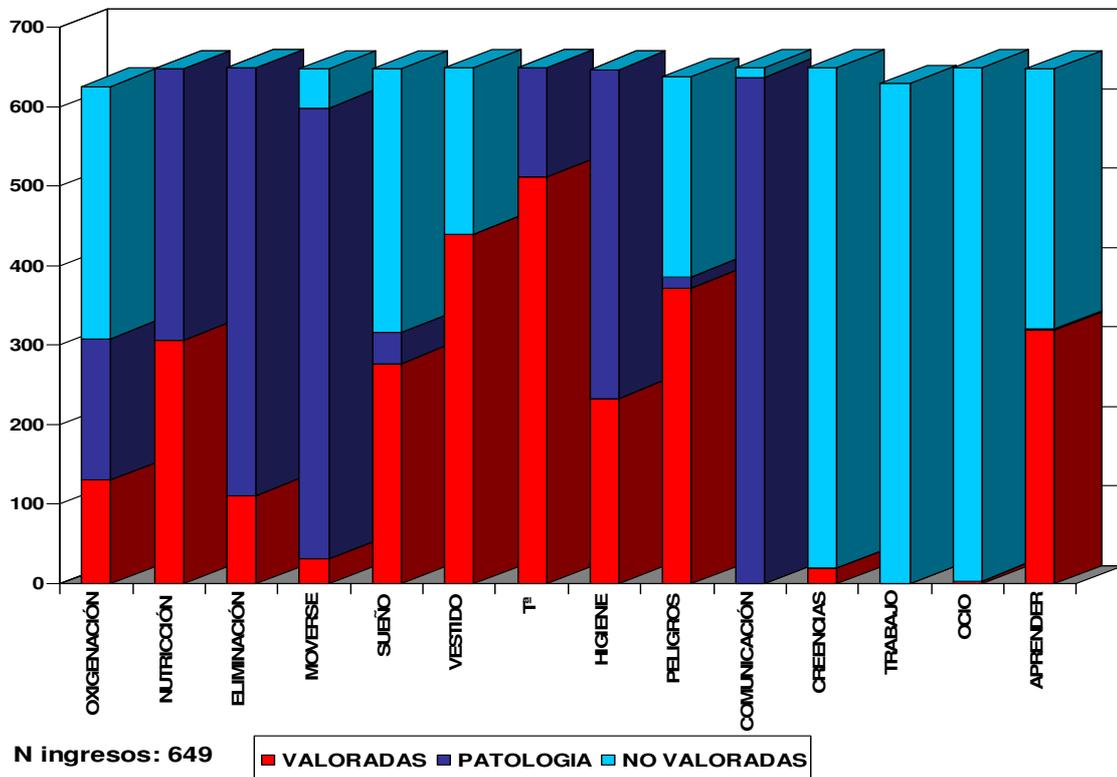


Graf. 24: Valoración de las necesidades básicas de V. H en las mujeres extranjeras, 2009.
HUSAL

Si tenemos en cuenta los problemas que han sido valorados durante todo el proceso asistencial obtenemos una media de 8,6 necesidades valoradas por mujer extranjera ingresada, en comparación con el dato medio obtenido en la valoración inicial, 11 necesidades.

De manera más esquemática en el gráfico 25 se recogen los datos de la valoración o no valoración de cada una de las necesidades durante la estancia hospitalaria de las mujeres foráneas. Y se destaca que existen algunas necesidades como son el trabajo y el ocio, es decir la necesidad 12: Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal, y la 13: Participar en actividades recreativas, que o bien no se han valorado en ninguna paciente, o su valoración ha sido escasa y se ha realizado solamente en pacientes con problemas psiquiátricos. En cambio, hay otros problemas

de salud que hacen referencia a: la nutrición, la eliminación, la piel y la termorregulación que han sido valorados en todos los episodios de hospitalización, bien por su ausencia o por su presencia.



Graf. 25: Valoración de las necesidades básicas durante la hospitalización de las mujeres extranjeras, 2009. HUSAL.

Otros puntos llamativos de esta estadística son, por ejemplo, que en 568 pacientes se recogen problemas relacionados con la movilidad debido al proceso asistencial o como consecuencia del mismo, que en 332 episodios no se valore la necesidad del sueño y descanso durante su estancia hospitalaria sin que se haga una referencia explícita al mismo. Al contrario, existen 637 mujeres que presentan una alteración de la necesidad de comunicación porque la mayoría exterioriza ansiedad ante su estado de salud y recuperación, recogiendo un diagnóstico enfermero específico para ello (Gráfico 25).

La primera necesidad de este modelo de enfermería, la oxigenación, ha destacado por no ser valorada en la mitad de la muestra, encontrándose presente, debido al proceso patológico o como consecuencia del mismo, por ejemplo por un tratamiento quirúrgico con anestesia general o soporte respiratorio en 178 casos frente a 130 pacientes que no tienen alterada esta necesidad (Gráfico 25).

La necesidad del vestido recogida en el modelo de V.H como “escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse”, ha sido valorada en un porcentaje elevado ya que también se han descrito diagnósticos enfermeros específicos sobre la necesidad del vestido en 440 mujeres extranjeras internadas (Gráfico 25).

Al analizar la necesidad de evitar los peligros ambientales y no lesionar a otras personas, se han detectado casos en los que no se ha valorado esta necesidad, es decir, no se hace referencia expresa por ejemplo a las alergias; pero también se han recogido episodios en los que ha sido necesario planificar y realizar aislamientos con el fin de evitar riesgos y lesiones para otros o para el propio paciente como consecuencia de su enfermedad (Gráfico 25).

La necesidad de creencias ha tomado un escaso protagonismo a pesar del alto nº de enfermas procedentes de países islámicos, como el Magreb, cuya religión oficial es musulmana y cuya representación magrebí en la muestra del estudio es del 15% con 71 pacientes ingresadas. Sólo se valora esta necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores o creencias en 20 mujeres de las cuáles 16 marroquíes, una senegalesa, otra francesa, otra peruana y una nigeriana; provocando una laguna en el conocimiento holístico de las pacientes que afectará a todo el proceso de atención que la enfermería puede prestar a estas enfermas, debido a que la religión condiciona muchos factores que tiene que ver con la salud y la enfermedad, como se ha analizado en capítulos anteriores (Gráfico 25).

Por último, la necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal ha estado valorada en 319 casos frente a 328 episodios donde no se recoge la valoración de esta necesidad. Este dato es importante ya que la mitad de la muestra ha recibido educación sanitaria, y la mayoría ha versado sobre educación maternal. Estas cifras dejan a la vista la falta de información y

educación sanitaria en otros procesos asistenciales donde también se hace necesario las indicaciones y orientaciones que la enfermería pueda hacer como en el caso de pacientes sometidas algún tipo de cirugía (Gráfico 24).

Podemos hacer otra lectura de los datos anteriormente descritos de la población femenina extranjera si agrupamos las necesidades valoradas en base a los factores relacionados con la salud, determinando qué necesidades o problemas tienen relación con factores culturales, socio-económicos, de bienestar y psicológicos.

La concentración de estas necesidades básicas en estos cuatro indicadores se ha basado en el esquema utilizado por la OMS⁴¹⁹ que acopia los determinantes que pueden provocar y explicar la presencia de inequidades en salud, y que expusimos ampliamente en el capítulo II de este trabajo. Dicho modelo recoge las distintas variables que pueden afectar al nivel de salud de la población en base a unos factores sociales, culturales, políticos, económicos, psicológicos, físicos y conductuales.

En este estudio se ha intentando sintetizar y agrupar las diferentes necesidades básicas de salud del modelo de Virginia Henderson en cuatro factores que abarcan todos los aspectos colectivos e individuales que atañen a la salud de la muestra de estudio, como se detalla en la tabla 9, y que son: culturales, socio-económicos, de bienestar y psicológicos

⁴¹⁹ El modelo de la OMS, al que nos estamos refiriendo, fue elaborado en 2007 a través de la Comisión de los Determinantes de Salud.
Op. cit. BORRELL C y ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008; 22 (5):466.

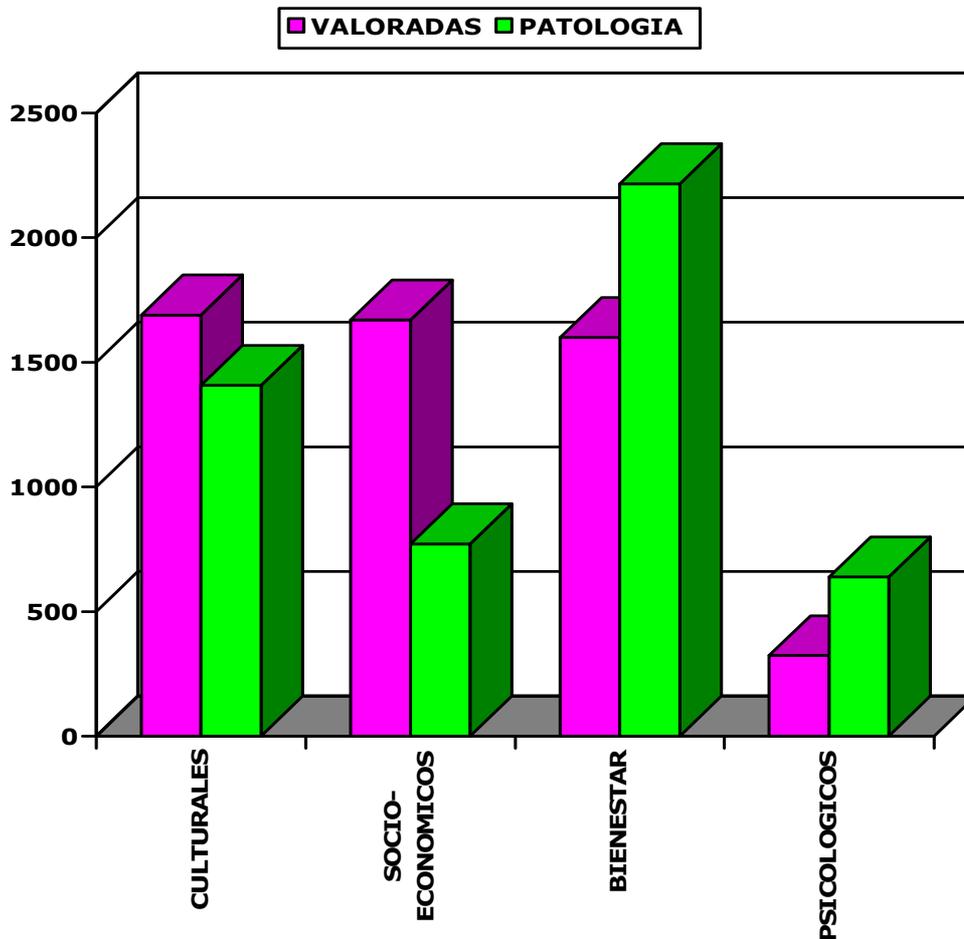
NECESIDADES BASICAS SEGÚN FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD								
<i>Valorada -V</i> <i>Patología - P</i>	CULTURALES		SOCIO- ECONÓMICOS		DE BIENESTAR		PSICOLÓGICOS	
	V	P	V	P	V	P	V	P
OXIGENACIÓN					130	178		
NUTRICIÓN	306	342	306	342	306	342		
ELIMINACIÓN					111	538		
MOVERSE					31	568		
SUEÑO					277	39		
VESTIDO	440		440					
TERMORREGULACIÓN					512	137		
HIGIENE	233	414	233	414	233	414		
PELIGROS	372	14	372	14				
COMUNICACIÓN		637						637
CREENCIAS	20							
TRABAJO								
OCIO							3	
APRENDER	319	1	319	1			319	1
TOTAL	1690	1408	1670	771	1600	2216	322	638

Tabla 9: Necesidades básicas del modelo del VH según los factores relaciones con la salud en la población extranjera femenina, 2009. HUSAL

Como se puede observar en la tabla anterior hay distintas necesidades que afectan a diferentes ámbitos, participando de la influencia que estos indicadores tienen para el estado de salud de la población y, en concreto, del colectivo de este estudio.

Los factores psicológicos tienen que ver con aspectos relacionados con la influencia del entorno como, por ejemplo, el estrés provocado por el trabajo o por la ausencia del mismo, la capacidad de integrarse y adaptarse en una comunidad y relacionarse con el entorno o aislarse del mismo por la existencia de barreras idiomática, la baja autoestima debida la situación de precariedad, o el bajo nivel de preparación y cualificación profesional y académica. Por ello, dentro de este determinante se ha incluido las necesidades de: comunicación, trabajo, ocio y aprendizaje.

En el gráfico 26 se puede apreciar que este factor psicológico es mayoritariamente detectado cuando se ve afectado por el proceso patológico y la hospitalización. Si tenemos en cuenta el total de historias revisadas, sólo se ha valorado este determinante en el 37% de la muestra.



Graf. 26: Estudio de las necesidades básicas de las mujeres extranjeras hospitalizadas, según indicadores y factores de la OMS, 2009. HUSAL.

Los factores culturales y socioeconómicos están muy relacionados y, por ello, comparten bastantes necesidades como son: la higiene, usar prendas adecuadas, la nutrición, el aprendizaje y el control sobre los peligros del entorno. Pero, se ha considerado que los determinantes culturales van un poco más allá y también recogen las necesidades que hacen referencia a las creencias y la comunicación. Debido a ello, este último determinante es valorado en 68% de las mujeres foráneas ingresadas, siendo mayor su valoración que su presencia por la patología (Graf. 26).

Como ya se ha expuesto anteriormente, estos factores culturales hacen referencia a los hábitos de vida que cada persona tiene y que pueden prevenir o facilitar la aparición de ciertas enfermedades como pueden ser: los hábitos alimenticios, de higiene o salubridad, hábitos tóxicos, conductas de adicción, etc. También los roles o estereotipos tienen un impacto sobre el estado de salud de la población y, por ello, se incluyen dentro de este apartado porque tiene que ver con aspectos conductuales de las personas como la dificultad de integración, debido en muchos casos a la cultura androcéntrica o a las tradiciones, costumbres y/o religión de su cultura de origen. Otros problemas que se pueden incluir dentro de este determinante cultural es el nivel estudios y cualificación profesional y también el idioma que dificulta enormemente la comunicación e integración.

También dentro de estos factores culturales se han incluido las prácticas sexuales, dato que se ha recogido en el estudio valorando la presencia de enfermedades de transmisión sexual, y que se presentan en 17 casos del total de la muestra bien por padecer Hepatitis B, Sida, Virus del Papiloma Humano, Candidiasis y/o Pseudomonas, dando lugar a un porcentaje de un 2,6% que no es significativo y no representa al colectivo de estudio.

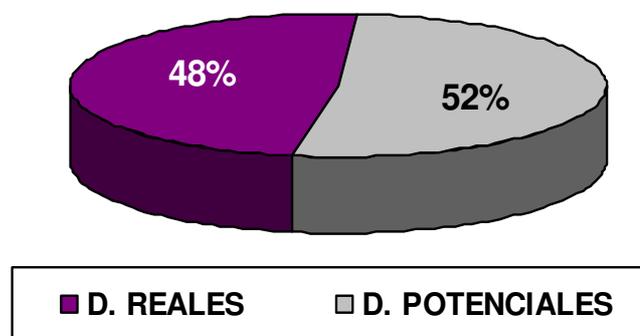
Dentro de este apartado también se han estudiado los ingresos que eran provocados por las lesiones de una agresión por violencia de género. En el 2009 se generaron dos hospitalizaciones de mujeres extranjeras víctimas de violencia de género del total de las 9 asistencias de urgencias que se demandaron por este motivo.

Los factores socioeconómicos aluden a aquellos aspectos que tienen que ver con las condiciones de vida y de trabajo. Si estas circunstancias son buenas y favorables, las personas tendrán un nivel aceptable de salubridad, una nutrición equilibrada, una adecuada adaptación al entorno, conductas saludables, etc., ya que dispondrán de más recursos económicos y apoyos sociales. Como se observa en el gráfico 26, estos factores sociales y económicos se tienen en cuenta en un 75% de los episodios de hospitalización gracias a una valoración de enfermería donde los casos que se recogen alterados por la patología son menos de la mitad que el total de las necesidades valoradas.

Por último, el determinante de bienestar recoge los parámetros que se orientan sobre las necesidades de salud que pueden presentar cada persona por su idiosincrasia y características propias. Dentro de este factor se han agrupado las siguientes necesidades: el cuidado de la piel e higiene, la capacidad de moverse, la eliminación, la termorregulación, el sueño/descanso, la oxigenación y la nutrición

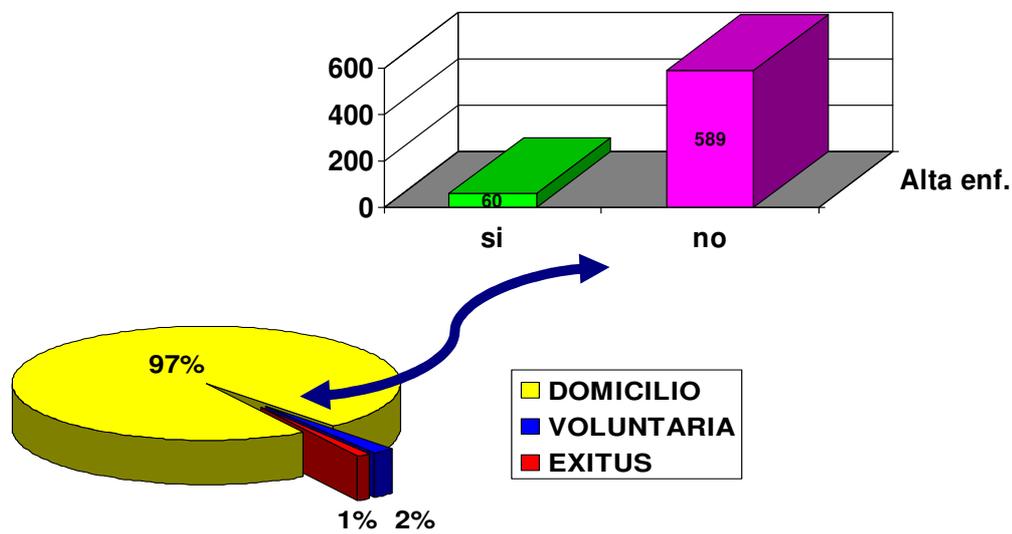
Este grupo representa el más valorado con un 84% de los episodios y es mayor el porcentaje para los casos en los que estas necesidades están alteradas por el propio proceso asistencial o como consecuencia del mismo. Pero se ha de recalcar que siendo un factor que recoge los aspectos individuales del estado de bienestar del sujeto no se valora en un casi 18% de la población de estudio, gráfico 26, adoleciendo las historias de enfermería de una visión integral de la paciente que permita realizar una atención individualizada en todas las fases del proceso asistencial.

Como se ha expuesto anteriormente, una manera de realizar la valoración cualitativa de las necesidades ha consistido en el análisis de los diagnósticos de enfermería asignados a cada proceso asistencial y a la evolución del estado de salud de la mujer extranjera. Estos pueden ser reales o potenciales, en función de su presencia real o posible aparición a lo largo del tiempo, dando lugar a que un mismo problema primero pueda ser considerado como potencial y después como real o viceversa. El total de diagnósticos reales recogidos han sido 1989 frente a los 2137 potenciales, siendo la media de diagnósticos recogidos 6,35 por episodio de hospitalización. (Graf. 27)



Graf. 27: Problemas de salud de la población extranjera ingresada en 2009. HUSAL

La última variable de estudio fueron los informes de las altas de enfermería, previo estudio del nº de altas que fueron voluntarias o existus. También se revisaron las altas a domicilio y cuantas de ellas iban acompañadas de un informe de alta de enfermería. En el gráfico 28 se detallan los datos encontrados dentro de la muestra de estudio, del total de altas a domicilio que representan el 97% de la muestra sólo en un 9,53% de las historias existe un informe con las recomendaciones que la enfermera prescribe como cuidados al alta para la propia paciente o para la continuidad de cuidados por parte del profesional de enfermería de AP.



Graf. 28: Tipos de altas e informes de alta de enfermería de la población extranjera ingresada 2009. HUSAL.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto en el desarrollo de la investigación destacamos:

1. El SNS se halla perfectamente estructurado y dotado de recursos humanos y materiales para garantizar todos los derechos prestacionales de una protección a la salud de la mujer inmigrante, si bien la asistencia sanitaria está supeditada al marco normativo específico, tratados, acuerdos, declaraciones o convenios internacionales ad hoc, debiendo destacar no obstante el contenido sanitario generoso del legislador en la Ley de Extranjería del 2000 y sus posteriores reformas.
2. Del análisis sobre desigualdades-inequidades en salud de los modelos presentados por la doctrina, se puede afirmar que la mujer sufre menor nivel de bienestar marcado por los actuales estereotipos de género, que afectan a los roles reproductivos y productivos, a la división sexual del trabajo doméstico, al cuidado de familiares y al empoderamiento.
3. Para una correcta y adecuada asistencia de urgencias es imprescindible una buena identificación del paciente en el servicio de admisión. Para ello, es importante que la persona acredite mediante la documentación necesaria (DNI- pasaporte y tarjeta de identificación sanitaria) quién es y quien sufraga el gasto sanitario generado por la asistencia, con el fin de garantizar que se atiende a la persona que se identifica, sin que haya suplantación de identidad, evitando sucesos adversos por antecedentes sanitarios equivocados.
4. Detectamos que la mujer foránea demanda una asistencia sanitaria urgente en número descendente del año 2009 al 2010, siendo más frecuente y persistente la demanda en inmigrantes de \pm 35 años, marroquíes seguidas de colombianas, rumanas y portuguesas, a petición propia y con cobertura de Seguridad Social.
5. Se evidencia igualmente una clara disminución de asistencia de urgencias por casos de violencia de género; si bien sigue siendo característico, sin distinción de género, el uso indebido de estos servicios sanitarios por demanda de asistencia para patologías no urgentes.

6. De las historias clínicas revisadas de los ingresos urgentes para el año de estudio, se observa una mayor incidencia de los procesos obstétrico-ginecológicos de mujeres inmigrantes entre 26 y 35 años, marroquíes, rumanas, portuguesas y bolivianas.
7. No se observan registros en las historias clínicas estudiadas sobre el problema que representa el idioma (no hablar castellano), presentando además los registros enfermeros importantes lagunas desde un punto de vista holístico y transcultural, con una deficiente valoración de las necesidades.

INDICE BIBLIOGRÁFICO

- ACHOTEGUI J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de Salud Mental [online]. 2004, 21: 39-52.
<http://es.scribd.com/doc/59921940/NORTE-21-060-39-52> (13 enero 2012)
- ALONSO CABALLERO J. La medición del estado de salud. Metodología de la encuesta de salud. En: MARTÍNEZ NAVARRRO JF, ANTÓ BOQUÉ JM, CASTELLANOS PL, GILI MINER M, MARSET CAMPOS P, NAVARRO LOPEZ V. Salud Pública. Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1997. p: 341-362.
- ALONSO LIGERO M. El derecho a la protección de la salud. Revista de Seguridad Social. 1980; 8: 57-66.
- ALONSO VALLEJO M, ÁLVAREZ GONZÁLEZ MJ. El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E. En: ÁLVAREZ GONZÁLEZ M.J, ARKÁUTE ESTRADA I, BELAUSTEGI ARRATIBEL A, CHAPARRO TOLEDO S, ERICE CRIADO A, GONZÁLEZ GARCIA M.P, et al. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Hospital Txagorritxu. [online]. 2004. p: 22-27.
<http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf> (25 de noviembre de 2010)
- ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Atención primaria y especializada. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 155-161.
- ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. El Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 167-171.
- ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Evolución histórica de la legislación sanitaria en España. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 45-48.
- ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. La Ley General de Sanidad (I): fundamentos de derecho. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 49-52.

- ALVAREZ MARTÍN I, RETANA IZA N. Sistemas de Salud. En: Legislación y Administración en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Síntesis. 1994. p: 59-63.
- ARGIBAY M, EIZAGUIRRE M, FUEYO A, FERNANDEZ JI. Experiencias en el campo de la Educación para el desarrollo. En: NAYA GARMENDIA LM. La educación para el desarrollo en el mundo globalizado. Donostia: Erein. 2003. p: 127-162.
- ASUA BATARRITA J. El desarrollo de las políticas de calidad en las instituciones sanitarias. En VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 195-207.
- Atención al Inmigrante en Atención Primaria en Castilla y León: situación actual. En: Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. [online]. 2004.
<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas> (13 enero 2012)
- BARAZA CANO P, LAFUENTE ROBLES N. y GRANADOS ALBA A. Cuidados en salud. Cuidados de enfermería a población inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. 2007. p: 301-318.
- BENACH J, VEGARA M y MUNTANER C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. [online]. 2008; 103: 29-4.
http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesi%C3%B3n%20Social/Desigualdad,%20pobreza%20y%20exclusi%C3%B3n/desigualdad%20en%20salud_BENACH%20VERGARA%20Y%20MUNTA%20NER.pdf (16 de octubre de 2009)
- BENACH J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gac sanitaria. [online]. 1997; 11 (6): 255-258.
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v11n06a13141153pdf001.pdf> (16 de octubre de 2009)
- BLAZQUEZ RODRÍGUEZ MI. Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cult Cuid. [online]. 2004; 8 (16): 41-46.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1059285> (24 Mayo 2009)
- BORRELL C y ARTAZCOZ L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. [online] 2008; 22 (5):465-473.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)

- BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2008; 82 (3): 245- 249.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300001&script=sci_arttext (24 mayo 2009)
- BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, VICENTE MARTÍ-BOSCÀ J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. [online]. 2004; 18 (1): 2-6.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400002&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)
- CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. Patologías y procesos más frecuentes. En: CABALLERO CARMONA A, MODESTO GONZÁLEZ R, ROJAS RODRÍGUEZ E, DELICADO GÁLVEZ I. y SÁNCHEZ MELLADO B. Guía de actuación en atención primaria para población inmigrante. Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. [online]. 2006.
<http://www.jccm.es/contenidos/portal/ccurl/146/253/guiainmigrantes2ed.pdf> (8 Febrero 2012)
- CABRERA PEREZ L.A. Mujer, trabajo y sociedad (1839-1983). Madrid. Fundación F. Largo Caballero. 2005.
- CAJA LOPEZ C, PEDRENY ORIOL R. Aplicaciones de la epidemiología a la gestión sanitaria. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. Enfermería Comunitaria II. Epidemiología. Barcelona. Masson. 2003. p: 255-259.
- CALVO SANCHEZ MD, RIVERO ORTEGA R. Sanidad. En: SAEZ HIDALGO I. Derecho público de Castilla y León. Valladolid: Lex Nova. 2007. p: 897-913.
- CALVO SANCHEZ MD. Enfermería del trabajo. Madrid. Ediciones DAE. 2008.
- CALVO SANCHEZ MD. La sostenibilidad del Sistema nuevo reto de la Administración Sanitaria para el siglo XXI. EN: El nuevo derecho sanitario. Salamanca. Edit. Ratio Legis. 2010. p: 513 y ss.
- CALVO SANCHEZ MD, MOMPART GARCÍA MP. El marco legal de la atención sanitaria. En: MOMPART GARCÍA MP, DURÁN ESCRIBANO M. Administración y gestión. Valencia. Ediciones DAE. 2009. p: 53-69.
- CANALS SALA J. Participación comunitaria. En: ROCA ROGER M, CAJA LÓPEZ C, ÚBEDA BONET I. Elementos conceptuales para la práctica de la enfermera comunitaria. Barcelona. Instituto Monsa. 2005. p: 71-86.

- CARNICERO JIMÉNEZ DE AZCÁRATE J, COLOMER REVUELTA C, LOPEZ RODÍGUEZ RM. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [online].
<http://www.msps.es> (6 junio 2010)
- Cartera de servicios en Atención Especializada. [online].
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/asistencia-sanitaria/asistencia-sanitaria-atencion-especializada/cartera-servicios-atencion-especializada> (4 de julio 2011)
- CASTILLO S, MAZARRASA L, SANZ B. Mujeres hablando de salud. Index de Enfermería. 2001; X (34):9-14.
- Catalogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [online].
<http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2011.pdf>. p: 7-8 y 132 (4 de julio 2011)
- CHARRIER J. RITTER B. Definiciones: plan de cuidados y plan de cuidados estandarizado. En: CHARRIER J. RITTER B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Madrid. Ed. Masson. Elsevier España. 2005. p: 3-6.
- COLOMER REVUELTA C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2007; 18 (2): 91-93.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000200001&script=sci_arttext (30 Mayo 2009)
- Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género. Informe realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: Barcelona. [online]. 2004: 1-54.
<http://www.fundsis.org/.../Conformacion-de-la-politica-sanitaria-desde-la-equidad-de-genero-0.pdf> (8 Agosto 2009)
- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
<http://www.msps.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm> (20 Abril 2012)
- DE LEON GARCIA JM. La gestión de la Atención Primaria. En: VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 37-70.
- DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS 1978. [online].
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm (3 Diciembre 2008)

- Declaración de Madrid. La equidad de género en salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. OMS. [online]. 2002.
<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/.../declaracionMadrid.pdf> (8 Agosto 2009)
- DEL LLANO SEÑARÍS J, HIDALGO VEGA A. Determinantes de salud. En: Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Barcelona. Edittec. 2004. p: 131-160.
- DEL LLANO SEÑARÍS J, HIDALGO VEGA A. Estado de salud. En: Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Barcelona. Edittec. 2004. p: 103-130.
- Diccionario de la Real Academia Española. [online].
<http://www.rae.es/rae.html>
- Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland. Madrid. Ed. McGraw Hill-Interamericana. 2003.
- ELOLA SOMOZA J. Ideologías políticas. En: Política sanitaria española. Madrid. Díaz de Santos. 2001. p: 63-70.
- Enfermedades infecciosas y vacunación. En: Guía de atención al inmigrante en atención primaria. Junta de Castilla y León. [online]. 2004.
<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas> (8 febrero 2012)
- Equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. [online].
www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf (24 Mayo 2009)
- Estadística Castilla y León. Indicadores demográficos 2009 y 2010. Junta de Castilla y León. [online]
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1131978004901> (27 Abril 2012)
- Estimaciones de la Población Actual. Evolución de la migración exterior en España: flujos migratorios exteriores estimados. Flujo de inmigración exterior mensual. Instituto Nacional de Estadística. [online]
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp259&file=inebase&L=0> (2 mayo 2012)
- FUENTE C, MARTÍN LASO MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra [online]. 2006; 29(1): 9-25.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es (13 enero 2012)

- GALLEGOS TORRES R.M, DÍAZ GUERRERO R, HERNÁNDEZ CASTAÑÓN M.A, ZAMORA MENDOZA A. Instrumento de valoración basado en el enfoque de Virginia Henderson. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2008. 16 (9): 396- 401.
- GÁLVEZ VARGAS R, GUILLÉN SOLVAS J, BUENO CAVANILLAS A. Desarrollo económico y social. Desigualdades en salud. Indicadores sanitarios. En: PIÉDROLA G. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Masson. 2002. p: 1093-1102.
- GARCÍA CALVENTE MM, DELGADO SANCHEZ AM, MATEO RODRÍGUEZ I, MAROTO NAVARRO G, BOLÍVAR MUÑOZ J. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios. En: Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). *Rev. Salud* 2000. [online]. p: 13-19
<http://www.fadsp.org/pdf/revista/114/S20001141319.pdf> (27 Julio 2009)
- GARCIA SUSO A. Conceptos básicos. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. *Enfermería comunitaria: bases teóricas.* Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 132-155.
- GARCIA-CAMPAYO J, SANZ CARRILLO C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med. Clin. (Barc)*, 2002; 118 (5). pg: 187-191.
- GARCÍA-CARPINTERO BLAS E, RICO GARCÍA-AMADO S. La Enfermería transcultural: papel de las enfermeras ante la inmigración. *Rev.e-ducare21*[online] 2006 (4).
http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/26/ensenando2604.pdf
(2 mayo 2012)
- GIRBAU GARCÍA MR, PULPÓN SEGURA AM. Evolución de la salud pública y comunitaria. En: GIRBAU GARCÍA M. *Enfermería Comunitaria I. Salud Pública.* Barcelona: Masson. 2003. p: 23-30.
- GISPERT MAGAROLAS R. Indicadores de salud. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. *Enfermería Comunitaria II. Epidemiología.* Barcelona. Masson. 2003. p: 163-168.
- GÓMEZ GÓMEZ E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev. Panam Salud Pública.* [online]. 2002; 11 (5-6).
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_arttext (27 Julio 2009)

- GONZÁLEZ RODRIGUEZ VM, GONZÁLEZ CORREALES R, MARTICANO GÓMEZ JL, et al. Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración. En: GONZÁLEZ RODRIGUEZ VM, GONZÁLEZ CORREALES R, MARTICANO GÓMEZ JL, et al. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Novartis. Madrid. 2004. p: 9-43.
- GWATKIN R. Health inequities and health of the poor: What do we know? What can we do? Bulletin of the World Health Organization. [online]. 2000; 78 (1): 3-18.
[http://www.who.int/bulletin/archives/78\(1\)3.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(1)3.pdf) (21 de agosto de 2011)
- HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B. Segunda parte Taxonomía II. En: HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B NANDA- I. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid. Elsevier. 2008. p: 258-305.
- HEATHER HERDMAN T, HEATH C, MEYER G, SCROGGINS L, VASSALLO B. Primera parte Diagnósticos Enfermeros de la Nanda-I. En: NANDA- I. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid. Elsevier. 2008. p: 1-258.
- HEATHER HERDMAN T, HEATH C, LUNNEY M, SCROGGINS L, VASALLO B. Segunda Parte. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda-I 2009-2011. En: Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Barcelona. Elsevier. 2009. p: 53-358.
- HERNANDO ARIZALETA L, PALOMAR RODRIGUEZ J, MÁRQUEZ CID M, MONTEAGUDO PIQUERAS O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gac. Sanitaria [online]. 2009; 23 (3). p: 208-215.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000300008&script=sci_arttext (13 enero 2012)
- ICART ISERM MT. Fuentes de información epidemiológica. En: ICART ISERM MT, GUÁRDIA OLMOS J, ISLA PERA P. Enfermería Comunitaria II. Epidemiología. Barcelona. Masson. 2003. p: 151-161.
- Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas.
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf (6 junio 2010)
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. (Beijing1995). [online].
<http://www.un-instraw.org/es/proyecto-participacion-politica/mapa-conceptual/beijing-1995-cuarta-conferencia-mundial-sobre-la-m.html#recursos> (3 de Agosto 2009)

- JANSÁ JM, GARCIA DE OLALLA P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* [online]. 2004; 18 (Supl): 207- 213.
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/gv/v18s1/05inmigracion.pdf> (24 Mayo 2009)
- La mujer en Castilla y León. Datos Básicos 2009. Publicación de la Junta de Castilla y León.
http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1131978004123/_/_/ (23 Abril 2012)
- LLACER GIL DE RAMALES A, MORALES MARTÍN C, CASTILLO RODRÍGUEZ S, MAZARRASA ALVEAR L, MARTINEZ BLANCO ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enferm.* [online]. 2006; 15 (55):13- 17
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300003&script=sci_arttext (14 de agosto 2009)
- LOMBARDO E. El mainstreaming: la aplicación de la transversalidad en la Unión Europea. *Aequalitas.* 2003; 13: 6-11
- LÓPEZ ALONSO SR. La globalización y la salud en los grupos minoritarios. *Cult Cuid.* [online]. 2001; 5 (10): 63-71.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4937> (13 Febrero 2009)
- Los servicios sanitarios en la URSS. Informe de la OMS. [online].
http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_3_spa.pdf (01 de diciembre 2010)
- LUIS RODRIGO MT. Inicio, evolución y estado actual de la taxonomía diagnóstica de la NANDA I. En: *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.* Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 10-29.
- LUIS RODRIGO MT. Diagnósticos enfermeros hasta la decimoséptima conferencia. En: *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.* Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 41-401.
- MACIA SOLER ML, MONCHO VASALLO J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. *Enfermería global* [online] 2007; 10: 1-14.
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260> (6 junio 2010)
- MARSET CAMPOS P, SAEZ GOMEZ JM, SANCHEZ MORENO A. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: MARTÍNEZ NAVARRRO JF, ANTÓ BOQUÉ JM, CASTELLANOS PL, GILI MINER M, MARSET CAMPOS P, NAVARRO LOPEZ V. *Salud Pública.* Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1998. p: 820-845.

- MARTINEZ HERNANDEZ J. Demografía y salud. En: Nociones de Salud Pública. Madrid. Díaz de Santos. 2003. p: 29-36.
- MARTINEZ HERNANDEZ J. Epidemiología básica. Conceptos. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Factores de riesgos. Criterios de Hill. En: Nociones de Salud Pública. Madrid. Díaz de Santos. 2003. p: 49-58.
- MARTÍNEZ M, GARABATO S, MARTÍNEZ L. Elementos que configuran la dinámica de relación entre inmigrante y sistema sanitario. En: Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad. Madrid. [online]. 2004; 91: 17-38.
<http://www.publicaciones-isp.org/productos/d091.pdf> (13 enero 2012)
- MAZARRASA ALVEAR L, CASTILLO S, SANZ B, BOLAÑOS E, TORRES AM. La salud de las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud. Proyecto SEPY 1045/98. Universidad de Oviedo. Instituto de la Mujer. Ministerio de igualdad. [online].
www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/1999/444p.pdf (24 Mayo 2009)
- MCCLOSKEY DOCHTERMAN J. BULECHECK GM. Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. En: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier Mosby. 2008. p: 3-20.
- MCCLOSKEY DOCHTERMANJ, BULECHEK GM. Clasificación. En: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier Masson. 2008. p: 129-798.
- MERCADO CARMONA C. Equidad e igualdad de género. RevistaeSalud.com. [online]. 2008; 4 (13).
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/210/517> (24 Mayo2009)
- MESA FERNÁNDEZ E, CONDE ANGUITA M.A, MORAL JIMENEZ J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [online]. 2010. 7 (44): 1-13.
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/unidcuidenf44141201014172.pdf (25 de noviembre de 2010)
- MOMPART GARCIA MP, DURÁN ESCRIBANO. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. En: Administración y gestión. Valencia: Ediciones DAE. 2009. p: 411-441.

- MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M. Resultados. En: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid. Mosby. 2005. p: 127-544.
- MORENO MATEOS H. Orientación de los servicios sanitarios a la diversidad cultural. Comunicación con el paciente inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. 2007. p: 69-79.
- Mujeres y Hombres en España 2011. Publicación del Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de la Mujer. [online].
<http://ine.es> (23 Abril 2012)
- MURILLO DE LA VEGA S. El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio. Madrid. Siglo XX. 1996.
- NAJERA MORRONDO MP. Promoción de la salud. Enfoques internacionales. En: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 299-314.
- OLIVER RECHE MI, BARAZA CANO P, MARTINEZ GARCIA E. La salud y la mujer inmigrante. En: GARCIA GALAN R, LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, GONZÁLEZ ROJO E. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para los profesionales de la salud. Sevilla. [online]. 2007. p: 77-105.
<http://www.redisir.net/.../20-manual-de-atencion-sanitaria-a-poblacion-inmigrante.pdf> (13 enero 2012)
- Observatorio de la salud de las mujeres. Estrategia de acción: 2004-2007: la salud de las mujeres. Ministerio de Sanidad y consumo.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/OSM_Estrategia_Accion.pdf (23 abril de 2009)
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra: OMS. 1948.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (23 Abril 2009)
- PACHECO BORRELLA G. Aspectos que configuran la salud mental. Medware. [online]. 2003. 3 (8): 1-8
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2774> (23 Abril 2009)
- PEMÁN GAVÍN JM .Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones a propósito del cierre de las transferencias sanitarias y aplicación del nuevo sistema de

financiación de la sanidad. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Granada: Comares. 2005. p: 125-186.

- PEMÁN GAVÍN JM. Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio de la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto de siglo XX. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Granada: Comares. 2005. p: 3-42.
- PEMÁN GAVÍN JM. La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes. En: Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Granada: Comares. 2005. p: 43-118.
- PÉREZ ANDRÉS C. Mujer, derechos humanos y salud. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 1998; 72 (2): 87-89.
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n2/editorial.pdf> (30 Mayo 2009)
- Plan estratégico de ciudadanía e integración. 2007-2010. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid. 2007.
http://extranjeros.meyss.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico/pdf/PECIDEF180407.pdf (24 Febrero 2012)
- II Plan estratégico de ciudadanía e integración. 2011-2014. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Madrid. 2011.
http://extranjeros.meyss.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico/pdf/PECIDEF180407.pdf (24 Febrero 2012)
- Plan Estratégico de igualdad de oportunidades (2008-2011). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Área de Igualdad)
<http://www.seigualdad.gob.es/igualdad/planEstrategico/home.htm> (17 Abril 2012)
- Población de Tarjeta Sanitaria de Castilla y León en diciembre 2011. Junta de Castilla y León. [online].
<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-cifras/poblacion-tarjeta-sanitaria-castilla-leon> (17 abril 2012)
- Políticas de salud. Observatorio del SNS. [online].
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm> (01 de diciembre 2010)
- Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía (Indesan-1). Rev. Salud 2.000. [online] 2007; 114: 13-19.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2470467>(26 Julio 2009)

- RIESGO I. Sistema de salud. Sistema sanitario español. En: VILLALOBOS HIDALGO J. Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 1-25.
- ROCA ROMUALDE R. Concepto de salud. En: GIRBAU GARCÍA MR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson. 2003. p: 9-16.
- RUIZ CANTERO MT, VERDU DELGADO M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit. [online] 2004; 18 (Supl1): 118-125.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_arttext (31 Mayo 2009)
- RUIZ CANTERO MT. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva de género. Informe final del proyecto. Universidad de Alicante. Ministerio de Igualdad. NIPO.:207-05-057-1. [online].
http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/667.pdf (24 de julio 2009)
- RUIZ-JIMENEZ AGUILAR. Atención primaria de salud. En: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 493-513.
- SALAS MIRAVITLLES K. El movimiento migratorio. En: GIRBAU GARCIA MR. Enfermería Comunitaria I. Salud Pública. Barcelona: Masson. 2003. p: 263-268.
- SALLERAS SANMARTÍ L, PRAT MARÍN A, GARRIDO MORALES P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: PIÉDROLA G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson. 2002. p: 221-231.
- SALLERAS SANMARTÍ L. La salud y sus determinantes. En: Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos. 1986. p: 11-28.
- SANCHEZ GARCIA AM, MAZARRASA ALVEAR L, MERELLES TORMO A. Salud pública y enfermería comunitaria. En.: MAZARRASA ALVEAR L, GERMÁN BES C, SÁNCHEZ MORENO A, SÁNCHEZ GARCIA AM, MERELLES TORNO T, APARICIO RAMÓN V. Salud Pública y enfermería comunitaria (I). Madrid. McGRAW-HILL- Interamericana de España. 1996. p: 59-86.
- SANTO TOMÁS PAJARÓN A. Sistema Sanitario: concepto y tipos. En: MOMPART GARCÍA MP, DURÁN ESCRIBANO M. Administración y gestión. Valencia: Ediciones DAE. 2009. p: 38-51.

- SERRAT MORÉ D, BERNAD PÉREZ L, CARDONA LLORÉNS A, CRIADO DEL RÍO MT, GENÉ BADÍA M, GINER ALBEROLA S, et al. El derecho a la protección de la salud en España. En: Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid. Colex. 1998. p: 17-80.
- SOLAR O, IRWIN A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH-OMS). [online]. 2007:1-77.
www.who.int/social.../csdh_framework_action_05_07.pdf (14 Agosto 2009)
- SOUVIRON MORENILLA JM. El estado de las autonomías entre la historia y su propia dialéctica. Granada. Comares. 2002.
- Subsanan las desigualdades en una generación. ¿Cómo? Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. 2005 -2008. Informe Final. OMS. [online].
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index.html6. (14 Agosto 2009)
- TAPIADOR SANJUAN MJ. La asistencia sanitaria en España y Europa. Legislación básica sanitaria. Neurología. [online]. 2003, 18 (4): 8-13.
http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Neurologia/2003/12/109120300080013.pdf (6 junio 2010)
- TEIXIDO SÁNCHEZ V. Protocolización de actividades asistenciales: Plan de cuidados de enfermería. [online].
http://www.seis.es/i_s/i_s16h.htm (13 de agosto de 2011)
- TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. El Sistema Nacional de Salud: la Ley General de Sanidad. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill-Intramerica. 1997. p: 11-32.
- TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. Historia del sistema sanitario en España. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 1997. p: 1-9.
- TEMES MONTES JL, GIL REDRADO J. Salud Pública. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 1997. p: 33-62.
- URBEZ GARCÍA JM. Inmigración en la Unión Europea. Rev. Acciones e investigaciones sociales. [online] 1996 (4): 157-168.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=170202> (24 Mayo 2009)
- VALLS LLOBET C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Rev. Quark. [online]. 2003; 27: 41-53.
<http://www.prbb.org/quark/27/027041.htm> (24 Mayo 2009)

- VERA CORTÉS ML. Concepto de salud actual. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 61-81.
- VERA CORTÉS ML. Determinantes del nivel de salud. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 83-127.
- VERA CORTÉS ML. Evolución de la concepción de salud. En: GARCÍA SUSO A, VERA CORTÉS ML, CAMPO OSABA MA. Enfermería comunitaria: bases teóricas. Valencia: Ediciones DAE. 2001. p: 46-60.
- VILLALOBOS HIDALGO J. La gestión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias. En: Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica. 2007. p: 117-151.
- WHITEHEAD M, DAHLGREN G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. OMS. Copenhagen. [online]. 2006. Part 1: 1-14.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf (21 de agosto de 2011)
- World Health Organization. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. [online]. 2008.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf (27 de junio 2010)

LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CONSULTADA

1. Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se implanta el Seguro Obligatorio de Enfermedad.
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948
3. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de bases de la Seguridad Social
4. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.
5. Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social
6. Ley 24/ 1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora de la Seguridad Social.

7. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
8. Constitución Española de 1978.
9. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
10. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril.
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
12. Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
13. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
14. Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social RD 1/1994 de 20 de junio.
15. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
16. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
17. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.
18. Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000.
19. Ley de 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
20. Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000.
21. Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
22. Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre, que establece la Seguridad Social de trabajadores por cuenta propia o autónoma.
23. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Organización de las Profesiones Sanitarias.
24. Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
25. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.
26. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto del Empleado Público.
27. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000.

28. Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000.
29. Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.
30. 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.

PORTALES WEBS

<http://www.boe.es>
<http://www.scielo.isciii.es>
<http://www.dialnet.unirioja.es>
<http://www.ine.es>
<http://www.migualdad.es/mujer>
<http://www.prbb.org/quark>
<http://www.paho.org>
<http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing>
<http://www.un-instraw.org>
<http://www.un.org>
<http://www.rua.ua.es>
<http://www.msc.es>
<http://www.seg-social.es>
<http://www.wikipedia.org>
<http://www.who.int>
<http://www.msps.es>
<http://www.saludcastillayleon.es>

***ANEXO I:
TABLA 4
DISTRIBUCIÓN POR PAISES DE LA
POBLACIÓN EXTRANJERA QUE
DEMANDA ASISTENCIA DE URGENCIAS,
AÑOS 2009-2010.HUSAL***

	TOTAL 2009	VARON	MUJER	TOTAL 2010	VARON	MUJER
AFRICA	1271	603	668	1167	509	658
Angola	11	3	8	4	2	2
Argelia	30	10	20	33	8	25
Cabo Verde	3	0	3	-	-	-
Camerún	7	4	3	2	0	2
Congo Braz	26	5	21	19	7	12
Costa Marfil	7	2	5	8	3	5
Egipto	21	9	12	15	6	9
Eritrea	2	0	2	-	-	-
Etiopía	2	1	1	9	5	4
Gabón	5	1	4	1	0	1
Gambia	1	0	1	4	2	2
Ghana	2	1	1	7	1	6
Guinea	28	13	15	25	6	19
Guinea Ecuat.	37	21	16	20	9	11
Kenya	5	0	5	2	0	2
Liberia	-	-	-	1	1	0
Libia	2	0	2	1	0	1
Marruecos	907	433	474	863	359	504
Mauritania	1	1	0	8	8	0
Nigeria	79	38	41	46	22	24
R.Centroafrica	2	1	1	-	-	-
R. Malgalache	-	-	-	1	0	1
Ruanda	-	-	-	3	0	3
Sahara occident.	9	4	5	22	16	6
Senegal	73	47	26	65	47	18
Somalia	2	2	0	1	1	0
Sudán	4	4	0	1	1	0

Túnez	5	3	2	3	2	1
Zimbabüe	-	-	-	2	2	0
No específico	-	-	-	1	1	0
AMERICA	3577	1266	2311	3079	1064	2015
AMÉRICA DEL NORTE	45	18	27	35	14	21
Bermudas	1	0	1	-	-	-
Canadá	2	0	2	4	0	4
Estados Unidos	42	18	24	29	12	17
No especifico	-	-	-	2	2	0
AMERICA LATINA	3532	1248	2284	3044	1050	1994
Argentina	272	112	160	228	91	137
Belice	2	1	1	-	-	-
Bolivia	471	166	305	359	124	235
Brasil	389	128	261	320	103	217
Chile	68	30	38	54	28	26
Colombia	679	207	472	655	219	436
Costa Rica	16	7	9	10	5	5
Cuba	173	61	112	147	46	101
Dominica	1	1	0	2	2	0
Ecuador	372	152	220	297	107	190
El Salvador	7	3	4	2	0	2
Guatemala	19	7	12	17	4	13
Honduras	120	36	84	75	20	55
México	68	27	41	48	13	35
Nicaragua	9	5	4	13	4	9
Panamá	25	9	16	9	3	6
Paraguay	32	1	31	36	12	24
Perú	416	163	253	377	152	225
Puerto Rico	1	0	1	10	3	7

“PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO”

R. Dominicana	226	61	165	232	58	174
San Vicente	8	8	0	-	-	-
Uruguay	40	16	24	34	12	22
Venezuela	115	47	68	119	44	75
No específico	3	0	3	-	-	-
ASIA	286	110	176	297	135	162
Afganistán	1	1	0	3	3	0
Arabia Saudí	1	1	0	3	2	1
Bangladesh	1	1	0	4	1	3
China	157	42	115	169	59	110
Corea del Sur	3	2	1	3	0	3
Filipinas	4	0	4	1	0	1
Georgia	-	-	-	1	0	1
India	16	6	10	7	2	5
Indonesia	2	0	2	-	-	-
Irak	-	-	-	2	2	0
Irán	33	22	11	34	26	8
Israel	4	2	2	2	2	0
Japón	21	9	12	16	9	7
Jordania	2	2	0	1	1	0
Kazajstán	3	0	3	-	-	-
Líbano	4	3	1	10	3	7
Malasia	1	0	1	1	0	1
Mauricio	-	-	-	1	1	0
Nepal	-	-	-	1	0	1
Pakistán	14	14	0	16	16	0
Palestina	1	1	0	2	2	0
Siria	3	3	0	6	4	2
Tailandia	10	0	10	7	0	7
Taiwán	2	0	2	2	0	2

“PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO”

Vietnam	3	1	2	5	2	3
EUROPA	3116	1330	1786	2938	1238	1700
Albania	-	-	-	2	1	1
Alemania	230	102	128	258	117	141
Andorra	42	19	23	56	27	29
Austria	10	7	3	8	5	3
Bélgica	26	9	17	19	8	11
Bielorrusia	-	-	-	2	2	0
Bulgaria	279	131	148	317	127	190
Checoslovaquia	10	2	8	7	1	6
Croacia	2	2	0	2	2	0
Dinamarca	14	0	14	2	2	0
Eslovaquia	4	0	4	-	-	-
Eslovenia	1	0	1	-	-	-
Estonia	1	0	1	-	-	-
Finlandia	1	0	1	2	2	0
Francia	517	222	295	558	250	308
Gran Bretaña	37	22	15	34	15	19
Grecia	17	0	17	9	3	6
Holanda	23	6	17	19	6	13
Hungría	2	1	1	4	1	3
Irlanda	5	3	2	10	1	9
Islandia	-	-	-	1	0	1
Italia	116	53	63	87	43	44
Letonia	2	0	2	2	1	1
Lituania	5	2	3	2	0	2
Luxemburgo	1	0	1	3	1	2
Macedonia	-	-	-	1	0	1
Moldavia	19	9	10	29	21	8
Noruega	4	1	3	1	0	1

“PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO”

Polonia	22	8	14	14	2	12
Portugal	629	284	345	517	246	271
Rumania	671	285	386	621	222	399
Serbia	1	0	1	-	-	-
Suecia	9	4	5	4	3	1
Suiza	239	90	149	215	82	133
Turquía	3	2	1	4	3	1
Ucrania	78	24	54	67	16	51
Rusia	96	42	54	61	28	33
OCEANIA	8	4	4	19	7	12
Australia	7	4	3	18	6	12
Kiribati	1	0	1	-	-	-
N. Zelanda	-	-	-	1	1	0
NO CODIFICADO	37	17	20	32	20	12

***ANEXO II:
TABLA 7
DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA DE LOS
INGRESOS DE LAS MUJERES FORANEAS
EN EL 2009. HUSAL***

“PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO”

	URGENCIAS MUJER 2009	INGRESOS MUJER 2009		URGENCIAS MUJER 2009	INGRESOS MUJER 2009
AFRICA	668	114	ASIA	176	13
Argelia	20	5	China	115	9
Cabo Verde	3	1	Indonesia	2	1
Camerún	3	2	Japón	12	1
Congo Braz	21	13	Tailandia	10	1
Egipto	12	3	Vietnam	2	1
Gabón	4	1	EUROPA	1786	244
Guinea	15	1	Alemania	128	20
Guinea Ec.	16	1	Andorra	23	6
Kenya	5	1	Austria	3	1
Libia	2	1	Bélgica	17	1
Marruecos	474	64	Bulgaria	148	16
Nigeria	41	14	Checoslovaquia	8	1
Sahara occ.	5	1	Dinamarca	14	1
Senegal	26	6	Eslovaquia	4	1
AMERICA	2311	287	Eslovenia	1	1
A. NORTE	27	3	Francia	295	44
USA	24	3	Gran Bretaña	15	5
A. LATINA	2284	284	Grecia	17	1
Argentina	160	14	Holanda	17	2
Bolivia	305	45	Italia	63	3
Brasil	261	39	Lituania	3	1
Chile	38	6	Moldavia	10	1
Colombia	472	39	Polonia	14	2
Cuba	112	21	Portugal	345	48
Ecuador	220	26	Rumania	386	60
El Salvador	4	1	Suiza	149	15
Honduras	84	16	Ucrania	54	6
México	41	4	Rusia	54	7
Nicaragua	4	2	OCEANIA	4	0

“PROTECCIÓN A LA MUJER FORÁNEA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL:
EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS CRÍTICO”

Panamá	16	1	NO CODIGO	20	1
Paraguay	31	3			
Perú	253	38			
R. Dominc.	165	18			
Uruguay	24	2			
Venezuela	68	9			

ANEXO III

***MODELO DE UN INSTRUMENTO DE
VALORACIÓN SEGÚN EL ENFOQUE DE
VIRGINIA HENDERSON***

DATOS GENERALES			
FECHA:	HORA:	F.R [x minuto]:	Peso [kg]:
NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	F.C [x minuto]:	Talla [mts.]:
DOMICILIO:		T/A (mm/Hg):	
GENERO: (Masc) (Fem)		T° [°C.]:	
DIAGNÓSTICO:			

Necesidades.

OXIGENACIÓN											
Ruidos respiratorios:	Si	Características de ruidos pulmonares.	Normal	Der.	Izq.	TOS	Si	Tipo de tos:	Seca	Disnea	No presenta
	No		Sibilantes				No		Paroxística		En trabajos ligeros
			Esteriores					Con esputo			En paso habitual
			Prolongados					Hemoptisis			Cada 10. min.de caminata
								Con emesis			En cada actividad diaria
											Al dormir

CIANOSIS	No presenta	Características de la respiración	Rítmica	Deformaciones del tórax	No presenta
	Central		Bradipnea		Tórax en paloma
	Periférica		Taquipnea		Tórax en embudo
	Enterogena		Otras:		Otra:

TABAQUISMO	Si	No. Cigarras por semana.	Necesidad de O ₂ ?	Si	Ardidamentos	Puntas nasales	Observaciones:
	No			No		Mascarilla	
						Nebulizador	

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

ALIMENTACIÓN							
No. de comidas al día (en casa):	Alergias alimenticias:		Apetito en el hospital	Normal	Dificultades	Ninguna	Dieta prescrita:
			I	Aumentado			Para tragar sólidos
			Disminuido			Para tragar líquidos	
Horas en que come (en casa):	Alimentos que no puede consumir:		Ingesta (aproximada) diaria de líquidos (ml) (en casa):			Náusea	
						Alimentación parenteral	
						Sonda Nasogástrica	Suplementos alimenticios:
						No tolera la dieta	
						Reflujo	
						Otras:	

SIGNOS DE MALNUTRICIÓN	Ninguno	Cabello seco	Dentadura completa?	Si	Consumo alcohol?	Si	Frecuencia:	
	Palidez	Caida de cabello		No	No	No	Cantidad:	
	Piel seca y escamosa	Hipotonía muscular	Prótesis dental?	No	Alteraciones digestivas		Dolor	Pirosis
	Contracciones musculares	Edema		Si			Flatulencia	Otros:
	Deformaciones óseas	Otros:	Permanente?				Acidez	
			Removible?			Emesis		
Observaciones:								

ELIMINACIÓN

INTESTINAL							
No. de Evacuaciones por día (en casa):	Características:			Alteraciones	Ninguna	Observaciones:	
	Cafe	Diarreica	Sin olor			Estreñimiento	
	Verde	Pastosa	Olor fétido		Hemorroides		
Ha evacuado en el hospital?	Negra	Líquida	Melena		Incontinencia		
Si No	Sin color	Semilíquida	Otros:		Otras:		

URINARIA										
Micciones por día:	Características:			Alteraciones	Ninguna	Hematuria	Enuresis	Medidas auxiliares	Ninguna	
	Amarilla	Clara	Tenesmo		Neumatúria	Edema	Sondaje intermitente			
Mililitros por día (si tiene sonda):	Parda	Sin olor	Disuria		Escozor	Poliuria	Sondaje permanente			
	Turbia	Olor dulce	Nicturia		Ardor	Dolor	Pañal			
	Otras:			Otras:			Otras:			

GENITALES		PIEL			Observaciones:
Alteraciones	Ninguna	Alteraciones	Ninguna	Hipertermia	
	Secreciones		Draforesis	Sin olor	
	Sangre		Deshidratación	Mal olor	
	Pus		Quemaduras		

TERMORREGULACIÓN									
Sitio de toma	Axilar	Vaginal	Alteraciones	Ninguna	Piel fría	Aditamentos	Ninguno	Ventana abierta	
	Nectaral	Inguinal		Piloerección	Tiritar		Manta suplementaria	Ventilador	
	Bucal	Otro:		Calosfríos	Otras:		Uso de medias o calcetas	Otros:	
			Sudación		Calentador				
Observaciones:									

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL										
BAÑO	Autónomo	Lavado del cabello	Si	Autónomo	Rasurar	Si	Alteraciones	Lesiones	Si	Sitio:
	Parcial		No	Asistido		No		Prurito	No	Sitio:
	De esponja	Higiene de la boca	Si	Autónomo	Corte	Si		Incisiones	Si	Sitio:
	Asistido		No	Asistido	de uñas	No			No	Sitio:
Observaciones:										

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA						
Movimiento	Autónomo	Aditamentos	Ninguno	Alteraciones	Ninguna	Dolor
	Asistido al caminar		Muletas		Fatiga a la actividad	Parestesia
	Asistido al sentarse		Bastón		Debilidad	Úlceras por decúbito
	Deambulación anormal		Andadera		Rigidez articular	Discrepancia en la longitud de los miembros: Sup. Inf.
	Reposo relativo en cama		Silla de ruedas		Deformaciones	
	Reposo absoluto		Tracción		Otros:	
Necesidades (en el hospital)	Ejercicio físico	Si	Observaciones:			
	Activo	No				
	Masaje	Pasivo				

DESCANSO Y SUEÑO						
Horas de sueño al día (normalmente):	Alteraciones	Ninguna	Pesadillas	Se despierta en la noche	Fármacos para dormir	Si
		Insomnio	Síndrome de narcolepsia	Sueño ligero		No
		Sonambulismo	Dificultad para despertar	Incomodidad	Herbolarios para dormir	Si
		Tormentos nocturnos	Nerviosismo	Luz para dormir		No
Observaciones:						

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS				
Accepta ropa del hospital	Si	Ropa estéril	Si	Observaciones:
	No		No	

COMUNICARSE						
IDIOMA:	Alteraciones	Ninguna	Sordera en oído izq.	Limitaciones visuales	Aditamentos	Ninguno
		Afasia	Sordera en oído der.	Limitaciones táctiles		Lentes
		Disartria	Sordera en ambos oídos	Mutismo	Aparato para oído	
		Comunicación por signos	Mudez	Enfermedad mental:		

Le preocupa su sexualidad debido a su padecimiento?		No	Si	En qué sentido?
Pide ayuda	Si No	Relación con familiares	Buena Regular Mala	Observaciones:

APRENDIZAJE				
Nivel académico	Analfabeta	Motivación para aprender sobre su enfermedad?	Si	Observaciones:
	Primaria	Interés en el padecimiento?	No	
	Secundaria		Si	
	Bachiller		No	
Profesional				

EVITAR LOS PELIGROS							
Estado de alerta.	Alerta	ALERGIAS A MEDICAMENTOS:	Aislamiento	No	Técnica y protección necesarias:	Necesario el uso de:	Ninguno
	Orientado		Riesgo de caídas	Si			Barandales
	Relación tiempo			Vigilancia	No		Sujetadores
	Somnoliento				Si		Marco ortopédico
Agresivo				No		Medicamentos	
Autoimagen y autoconcepto: ¿cómo se siente ante su situación actual?							
Observaciones:							

TRABAJAR Y REALIZARSE			
Empleo:	Angustia hacia el empleo debido a la enfermedad?	Si	Observaciones:
Actividades extras:	Angustia por cuestiones económicas?	No	
		Si	
		No	

CREENCIAS Y VALORES							
RELIGION	Ninguna	Es importante la religión para usted?	Si	Le ayuda a enfrentar los problemas?	Si	Conflictos entre creencias y aspectos de salud?	Si
	Católica		No		No		No
	Testigo de Jehová	Petición especial (religiosa) del paciente:					
	Otra:						
Observaciones:							

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS						
Le gusta reír y divertirse	Si No	Le gustaría recrearse en algo (en lo posible) durante su estancia en el hospital?	Si No	Distracciones preferidas	Le gusta leer	No hay
Observaciones:					Escuchar música	Factores que dificultan la distracción al estar hospitalizado:
					Jugar cartas	Debilidad
					Ajedrez	Angustia
					Deportes	Depresión
					Caminar	Soledad
					Otros	Falta de interés

Fuente: GALLEGOS TORRES R. M, DÍAZ GUERRERO R, HERNÁNDEZ CASTAÑÓN M. A, ZAMORA MENDOZA A. Instrumento de valoración basado en el enfoque de Virginia Henderson. Desarrollo Científ Enferm. 2008. 16 (9): 399- 401.