

El papel de los profesionales de enfermería en la atención de la salud del niño/a inmigrante.

The role of nursing in health care of immigrant child.



Autora: Paula Fernández Roiz

Directora: Laura Ruiz Azcona

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
INTRODUCCIÓN	3
Planteamiento general del problema	3
Justificación de la elección del tema y relevancia	4
Objetivos planteados	4
Estrategia de búsqueda	5
Descripción de los capítulos	7
CAPÍTULO I. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL EN ESPAÑA Y CANTABRIA	7
1.1 Inmigración en España.....	7
1.2 Inmigración en Cantabria.....	8
CAPÍTULO II. CONCEPTO DE SALUD Y LEGISLACIÓN	10
2.1 Concepto de salud	10
2.2 La salud como derecho	10
CAPÍTULO III. DETERMINANTES DE SALUD	12
CAPÍTULO IV. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	14
CAPÍTULO V. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL	17
5.1 Barreras y sensibilización en la atención sanitaria al colectivo inmigrante	19
5.2 Protocolo de actuación al niño/a inmigrante	19
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	27
Anexo I: Saldos y flujos migratorios de la población de 0-19 años de Cantabria	28
Anexo II: Recomendaciones realizadas por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España	29

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen: La inmigración es un fenómeno que ha cobrado especial relevancia en la sociedad, siendo actualmente el 3,1% de la población mundial inmigrante. España, alberga un elevado número de inmigrantes, sin embargo, Cantabria es una de las comunidades autónomas que menor porcentaje presenta. Con este fenómeno, emergen las desigualdades sociales en salud, siendo estas injustas y evitables.

Uno de los colectivos más afectados debido a la escasez de recursos, su clase social y raza son los inmigrantes, especialmente los niños/as, ya que se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Los profesionales de enfermería, están muy ligados y en contacto con la población inmigrante, sin embargo, existen barreras en la atención sanitaria, por lo que es necesario buscar estrategias que faciliten dicha atención. La formación y sensibilización de los profesionales, son clave para subsanar estos problemas. Así como, la utilización de un protocolo que permita la valoración completa del niño/a inmigrante, para impulsar el desarrollo adecuado y la integración de la población inmigrante en la sociedad.

Palabras clave: Emigrantes e Inmigrantes, Salud del Niño, Desigualdades en la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Enfermería.

Summary: Immigration is a relevant phenomenon in our society, being nowadays 3,1% of the world immigrant population. Spain, provides accommodation to a great number of immigrants, however, Cantabria is one of the regions with a lower percentage. Because of this phenomenon, social and health inequalities emerge, being these unfair and avoidable.

One of the most vulnerable social groups, are the immigrant people, due to the lack of resources, their social class and ethnic group. Above all, immigrant children, who are the most affected because they are in the middle of their growth and development.

Nurses are linked to this population, but there are barriers in health care, so it is necessary to look for strategies to manage the above mentioned attention. Training and awareness of the professionals are the key to correct these problems. As well as, the use of a protocol, that allows a complete assessment of an immigrant child, to promote the suitable development and integration of immigrant population in our society.

Key words: Emigrants and Immigrants, Child Health, Health Inequalities, Social Determinants of Health, Nursing.

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento general del problema.

En la actualidad las migraciones son un asunto candente, ya que constituyen un fenómeno social complejo, ligado a los avances y características del siglo XXI, siendo de gran importancia tanto desde un punto de vista demográfico, como económico¹.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), define la migración como “el desplazamiento de una persona o grupo de personas, a través de una frontera administrativa o política, de una unidad geográfica a otra, para asentamiento temporal o permanente”².

España, se ha convertido desde 1995 en un gran receptor de inmigrantes, convirtiéndose en una de las puertas de entrada a Europa, lo que ha repercutido de forma notable en la sociedad, a nivel cultural, social, político y demográfico³. Sin embargo, en el año 2008, con el comienzo de la crisis económica, el proceso migratorio se desaceleró, más tarde se normalizó y en la actualidad experimenta un leve declive¹.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a fecha 1 de enero de 2016 (último dato disponible), se calcula una población extranjera total en España de 4.601.272 personas⁴. Asimismo, en Cantabria, a 1 de enero de 2016, residen 30.397 extranjeros, representando un 5,2% del total de la población⁵. Respecto a la población menor de 18 años en España y Cantabria, la estimación es de 899.051 y 5.827 personas, respectivamente^{6,7}.

En relación a la población menor de 18 años, anteriormente citada, el menor inmigrante es entendido como “cualquier persona menor de 18 años presente en territorio español que se encuentra en un lugar de destino distinto al que habitualmente tiene, con vocación de permanecer y/o con un carácter no meramente incidental”⁸.

En España, La Ley General de Sanidad de 1986 junto con el artículo 12.1 de la Ley de Extranjería (LO 2/2009) garantizaban un sistema sanitario universal y gratuito, teniendo los extranjeros empadronados y residentes en España las mismas condiciones que los españoles^{9,10}.

Sin embargo, con la llegada de la crisis económica en 2008, fue cuestionada la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud¹¹. Esto dio lugar a la reforma estructural del Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto-ley 16/2012 (RDL), de “Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”¹². El principio de universalidad dejó de ser aplicable en el acceso al sistema sanitario español, afectando dicho cambio directamente a la población inmigrante en situación irregular, ya que desde la promulgación del RDL no tienen acceso al Sistema Sanitario en condiciones de igualdad con la población española, sólo en casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, los menores de 18 años y mujeres en caso de necesitar asistencia al embarazo, parto y postparto¹².

La economía española entró en crisis a finales de 2008, cuando su producto interior bruto cayó hasta alcanzar un crecimiento negativo. Posteriormente, se produjo una pequeña mejora pero volvió a caer, situación que no ha mejorado hasta la fecha, con unos datos de desempleo históricos¹³. Según el INE, en la Encuesta de Población Activa, la tasa de paro en España en el primer trimestre de 2016 (último dato disponible), fue de 21%, es decir, 4.791.400 parados¹⁴.

En la actualidad, a pesar de la recesión económica, España continúa amparando un número importante de población extranjera¹.

Las necesidades en salud de los inmigrantes son similares a las de población autóctona, pero debido a una mayor exposición a peores determinantes sociales de salud, como condiciones de vida y trabajo precarias, la población inmigrante se ve especialmente afectada. Por ejemplo, si la tasa de paro de la población general es alta, un 26,3%, en la población de origen extranjero es de un 35,7%¹.

A su llegada, los inmigrantes presentan un mejor estado de salud que la población autóctona, conocido como el “efecto del inmigrante sano”. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, la salud empeora debido a las condiciones en que viven. Según varios estudios, el empeoramiento de la salud de la población es una de las consecuencias de la crisis, aumentando la proporción de ciudadanos que presentan vulnerabilidad social y económica¹.

Existen evidencias que relacionan la inestabilidad laboral y la pobreza con estrés que se asocia a más riesgo de infecciones, hipertensión arterial, diabetes, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares y problemas de salud mental. Además, la falta de ingresos económicos desencadena un deterioro en la dieta y un aumento del abuso de alcohol y drogas¹.

1.2. Justificación de la elección del tema y relevancia.

La inmigración es un tema candente en la actualidad, a pesar del descenso en el número de personas inmigrantes que en este momento residen en España. Desde hace años, los inmigrantes llegan a nuestro país buscando mejorar su calidad de vida, sin embargo, se encuentran ante una situación muy diferente a la que esperaban.

Esta población, vive en unas condiciones de pobreza y exclusión social donde los más afectados dentro de dicho colectivo son los niños/as, ya que se encuentran en un periodo de desarrollo y crecimiento en el que todas las situaciones que viven en la infancia repercuten en su futuro¹⁵.

La situación en España para la clase media-baja no es fácil, especialmente para el colectivo inmigrante que se encuentra en una situación más vulnerable. Un papel fundamental en el estado de salud y la adaptación de este colectivo al país de llegada lo tienen los profesionales de enfermería, quienes deben estar preparados para impartir una atención sanitaria de calidad, teniendo en cuenta la nacionalidad, etnia y cultura¹⁶.

Mediante esta monografía, se ha pretendido profundizar en cómo las desigualdades sociales afectan a la salud de la población inmigrante, especialmente a los menores, y el papel fundamental que tienen los profesionales de enfermería en la atención sanitaria a dicha población. Ya que en la lucha contra la desigualdad, aunque todas las profesiones están implicadas, Enfermería tiene un papel importante en la resolución de las desigualdades a través del aumento de la equidad en salud, desde una perspectiva interdisciplinar.

1.3 Objetivos planteados.

Objetivo general:

- Analizar el papel de la Enfermería en la atención sanitaria al niño/a inmigrante.

Objetivos específicos:

- Describir el concepto de salud y su contexto legal.
- Exponer los determinantes de salud.
- Desarrollar los determinantes sociales en salud, y su impacto en la salud de la población inmigrante infantil.

1.4 Estrategia de búsqueda.

Este documento, es una monografía basada en una revisión bibliográfica de la literatura publicada en diversas fuentes: bases de datos, revistas científicas y libros.

Para la consecución de este proyecto la estrategia de búsqueda bibliográfica fue la siguiente:

ETAPA 1.

Inicialmente se procedió a buscar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y su homónimo en la literatura americana, Medical Subject Headings (MeSH). Los empleados para este trabajo fueron:

- DeCS: Emigrantes e Inmigrantes, Salud del Niño, Desigualdades en la Salud, Determinantes Sociales de la Salud y Enfermería.
- MeSH: Emigrants and Immigrants, Child Health, Health Inequalities, Social Determinants of Health y Nursing.

Los descriptores se utilizaron de forma combinada a partir del operador booleano AND.

ETAPA 2.

Posteriormente, se realizaron búsquedas bibliográficas en distintas bases de datos. Para ello se empleó, un número relativamente elevado de bases de datos pero limitando la búsqueda, para que ésta fuese más precisa en el tema.

Las bases de datos utilizadas fueron: Cuiden Plus, Dialnet, PubMed, Web of Science y Google Académico.

ETAPA 3:

También, se llevó a cabo la búsqueda en la revista Nuberos Científica.

ETAPA 4:

Además, se consultaron páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, UNICEF, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC), etc.

ETAPA 5.

A continuación, se procedió al análisis y selección de los artículos encontrados en las distintas bases de datos, con el objetivo de demostrar su relevancia y actualidad sobre la temática del proyecto. A continuación se reflejarán los resultados obtenidos.

El número total de textos encontrados en las distintas bases de datos consultadas fueron los siguientes:

-Cuiden Plus: 149 artículos.

-Dialnet: 58 artículos.

-PubMed: 743 artículos.

- Web of science: 37 artículos.

-Google académico: esta base de datos se utilizó para encontrar artículos no obtenidos en las bases de datos anteriores y para la búsqueda de libros. Se encontraron 1700 artículos y 3 libros.

Tras esta primera búsqueda se aplicaron los siguientes filtros:

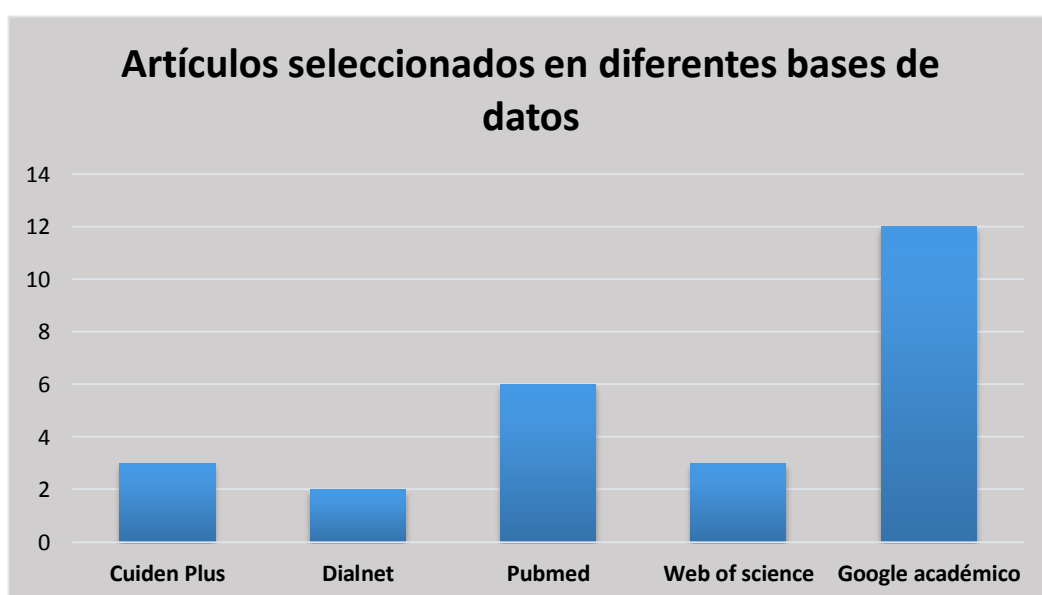
-Idioma: español o inglés.

-Textos completos con acceso gratuito.

-Fecha de publicación entre 2010 y 2016.

- Sólo artículos con estructura de artículo científico.

Una vez aplicados los filtros, se prescindieron de los artículos que aparecían duplicados, y de aquellos en los que la temática no se adecuaba a la búsqueda. Siendo el resultado final el siguiente:



ETAPA 6.

En esta última etapa se procedió a la lectura, estudio de los distintos textos encontrados e interiorización de los conceptos con el fin de realizar la redacción de la monografía.

Para el manejo de las distintas referencias bibliográficas se utilizó el gestor bibliográfico “Refworks”

1.5. Descripción de los capítulos.

Esta monografía se ha estructurado en cinco capítulos:

Capítulo I. Situación demográfica actual en España y Cantabria. En este primer capítulo se describe la situación demográfica en España y Cantabria de la población inmigrante en general y más concretamente de los niños/as inmigrantes.

Capítulo II. Concepto de salud y legislación. Se define el concepto de salud y su evolución a lo largo de los años y se explican la normativa internacional, nacional y regional que ampara la salud del inmigrante.

Capítulo III. Determinantes en salud. En este capítulo se define el concepto que la OMS hizo en 2009 sobre los determinantes de salud y su descripción desde el punto de vista de dos de los modelos más importantes.

Capítulo IV. Desigualdades sociales en salud. Se muestra la relación de los determinantes sociales y las desigualdades en salud, cómo afectan éstas a la población inmigrante, especialmente a los niños, y las medidas para reducirlas.

Capítulo V. El papel de la enfermería en una sociedad multicultural. En este último capítulo, se describe el nacimiento de la enfermería transcultural, los prejuicios y las barreras que encuentran los profesionales, así como la sensibilización y cómo debe ser la atención al niño/a inmigrante.

CAPÍTULO I. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL EN ESPAÑA Y CANTABRIA.

1.1 Inmigración en España.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los inmigrantes como “aquellas personas que residen fuera del país de nacimiento”¹.

En la actualidad, aproximadamente, el 3,1 % de la población mundial es inmigrante¹. Según el Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) en España residen, a fecha 31 de diciembre de 2015, 4.982.183 extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor, 48.952 más que en el semestre anterior. Teniendo en cuenta el régimen en que se encuentren los extranjeros puede ser¹⁷:

- Régimen de Libre Circulación UE: se aplica a los países de la Unión Europea, a Islandia, Liechtenstein, Noruega, Suiza, sus familiares y a los familiares de españoles que sean de terceros países. Representa el 57,7% (2.873.554) del total de extranjeros.

- Régimen General: se aplica a los nacionales de los terceros países salvo que por parentesco se incluyan en el régimen anterior. Representa el 42,3% (2.108.629) del total de extranjeros.

Los países de procedencia más frecuentes son Rumanía, Marruecos, Reino Unido, Italia y China. El número de italianos ha aumentado en 16.750 personas, pero desciende el número de ecuatorianos en 17.054 personas respecto a diciembre de 2014. Del total de la población, el 47,3% es mujer y las nacionalidades con mayor porcentaje de mujeres son la nicaragüense (79,5%), la keniana (79,2%) y tailandesa (77,7%)¹⁷.

Las Comunidades Autónomas que cuentan con más extranjeros son Madrid y Barcelona con un 16,2% y un 14,4%, respectivamente, frente a Palencia, Soria y Zamora con un 0,2% cada una de ellas¹⁷.

El 39% de la población total se encuentra ente los 30 y 44 años de edad. En el Régimen General, el 19% (397.200 personas) representa a la población menor de 16 años, siendo la nacionalidad principal marroquíes, seguido de chinos y ecuatorianos y la población menor de 10 años es de 13,6% frente al 4,7% del Régimen de Libre Circulación Unión Europea¹⁷.

El uso de los servicios de Atención Primaria por parte de la población extranjera infantil es menor que el de la población autóctona. La frecuencia anual de los niños/as extranjeros en 2007 fue de 5,66 frente al 8,05 de los niños/as españoles. La mayor frecuentación se encontraba en los niños/as procedentes de África subsahariana (6,15) y la menor en los niños/as procedentes de Asia (4,02). El uso de la Atención Primaria, era menor independientemente del tipo de asistencia (consulta a demanda, consulta programada, atención continuada, atención domiciliaria) y del tipo de horario del centro de salud¹⁸.

1.2 Inmigración en Cantabria.

El fenómeno de la inmigración, comienza a crecer de forma importante en Cantabria a comienzos del siglo XXI, aunque a un nivel inferior respecto a otras Comunidades Autónomas¹⁹.

En 2016 (último dato disponible), según el INE, residían en total 30.397 extranjeros en Cantabria⁵, de los que 5.827 eran jóvenes menores de 19 años²⁰. (Ver tabla 1)

Población por nacionalidad, edad (grupos quinquenales) y sexo

Unidades: personas

Ambos sexos				
Edad (años)	0-4	5-9	10-14	15-19
EXTRANJEROS				
CANTABRIA	1.332	1.373	1.428	1.694

Tabla 1: Población extranjera en Cantabria menor de 19 años. Datos a 1 de enero de 2016.

Fuente: INE. Elaboración propia.

La población se distribuye principalmente en Santander, la zona de costa de Cantabria y Torrelavega. La mayoría (78%), se concentra en los once municipios con mayor población de la Comunidad Autónoma donde más desarrollo económico y servicios hay disponibles¹⁹.

Los rumanos son los extranjeros más presentes en la región, por delante de moldavos, marroquíes, colombianos y peruanos, habiendo incluso quince apátridas²¹ (Ver tabla 2).

Población extranjera por nacionalidad y sexo.

Unidades: personas

	Rumanía	Moldavia	Marruecos	Brasil
Ambos sexos				
CANTABRIA	5.591	2.418	1.806	1.223
	República Dominicana	Colombia	Perú	China
Ambos sexos				
CANTABRIA	1.069	1.802	1.543	1.107

Tabla 2. Nacionalidades con mayor número de extranjeros en Cantabria. Datos a 1 de enero de 2016. Fuente: INE. Elaboración propia.

El saldo migratorio de Cantabria, se ha modificado en los últimos años como consecuencia de la grave crisis económica que se está viviendo. Por cuarto año consecutivo, es mayor el número de personas que se van de la comunidad de las que arriban. Según los últimos datos recogidos por el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), durante el 2015 llegaron a Cantabria 968 inmigrantes, y dejaron la región 1.301 emigrantes, por lo que el resultado fue un saldo negativo de 333 personas, una cifra muy diferente a la de 2008 cuando el saldo fue de 4.288 personas²² (Ver gráfica 1).

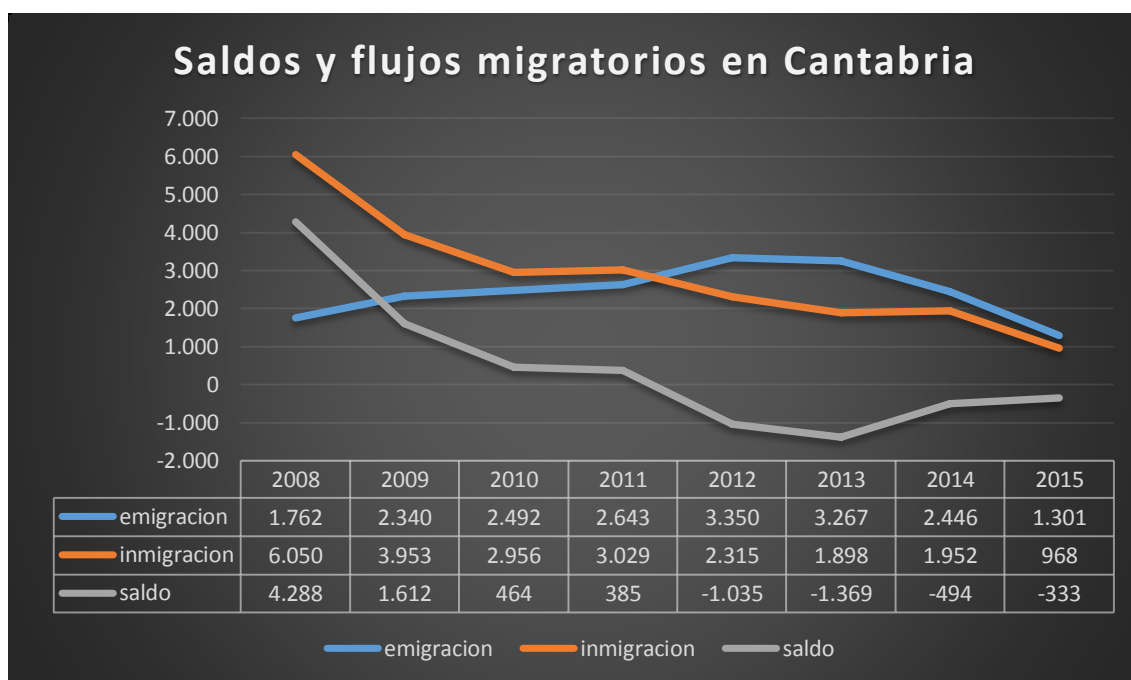


Gráfico 1: Saldos y flujos migratorios de la C.A. de Cantabria 2008-2015. Fuente: ICANE. Elaboración propia.

Respecto a la población comprendida entre los 0 y 19 años, el número de inmigraciones ha ido decreciendo a partir de 2008, incluso se pueden observar que algunos años hubo saldos migratorios negativos. En el año 2015, por el contrario, aunque la diferencia entre emigraciones e inmigraciones es pequeña, los saldos son positivos ²³ (Véase Anexo I).

CAPÍTULO II. CONCEPTO DE SALUD Y LEGISLACIÓN SANITARIA

2.1. Concepto de salud:

La salud es un concepto abstracto y subjetivo, que ha ido evolucionando a lo largo de los años, de manera que según la época el significado se modificará. La OMS, en el año 1948, la definió como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁴.

La OMS, defiende que el goce del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todos los humanos indistintamente de la raza, religión, ideología política o condición económica o social. Considera que la salud es un aspecto fundamental para la consecución de la paz y la seguridad, y depende únicamente de las personas y de los Estados²⁵.

2.2. La salud como derecho:

Desde el punto de vista del Marco Normativo Internacional, el derecho a la protección de la salud se refleja en La declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25²⁶:

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 y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

El derecho a la salud también se ve reflejado a nivel estatal en La Constitución Española de 1978, en su artículo 43 en el que se reconocen los siguientes puntos ²⁷:

- 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.*

Posteriormente, en 1986 La Ley General de Sanidad declara en su artículo 1 que⁹:

“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 territorio nacional.”

La Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, es conocida como Ley de Extranjería y establece en su artículo 12 que¹⁰:

- 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.*

Debido a la crisis económica que comenzó a sufrir España en el año 2008, fue cuestionada la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud¹¹. Esto dio lugar al Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL), de “Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”¹², en el que el principio de universalidad se suprime y los ciudadanos pasan a ser asegurados, afectando de manera directa a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España que solamente recibirán asistencia sanitaria gratuita en los siguientes casos¹²:

- 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.

Desde el punto de vista autonómico, se encuentra actualmente en vigor la Orden SAN/38/2015 de 7 de agosto, por la que se regula la inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria de las personas residentes en la Comunidad Autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública. En su artículo 5 establece los criterios de inclusión²⁸:

1. Podrán resultar incluidos en el Sistema Sanitario Público de Cantabria en los términos de la presente Orden las personas nacionales o extranjeras, incluidas las no registradas y autorizadas a residir en España, que reúnan los siguientes requisitos:

a) Estar empadronado y tener residencia efectiva en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Dichos requisitos deberán concurrir de manera ininterrumpida durante los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

b) No tener reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud, ni tener posibilidad de acceso a cobertura sanitaria pública por cualquier otro título y no poder exportar el derecho a cobertura sanitaria desde el país de origen o procedencia.

c) No poder acceder a cobertura sanitaria en el Sistema Nacional de Salud al amparo de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales existentes en materia de asistencia sanitaria.

CAPÍTULO III. DETERMINANTES DE SALUD

La OMS definió los determinantes de salud como el «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones»²⁹.

Existen diferentes modelos que pretenden mostrar la relación entre los diferentes factores y la salud:

El Informe Lalonde estableció en 1974 un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud (ver figura 1). Según él, el nivel de salud de una comunidad estaba influenciado por cuatro determinantes³⁰:

- La biología humana: genética y envejecimiento
- El medio ambiente: relacionado con la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- El estilo de vida: las decisiones que los individuos toman en cuanto a su salud.
- El sistema sanitario: incluye la calidad, cobertura y disponibilidad de los servicios.

MODELO CANADIENSE DE LALONDE . 1974

La salud es un campo multidimensional y difuso resultante de...



Figura 1: Modelo canadiense de Lalonde. 1974

Otro modelo muy utilizado es el de Dahlgren y Whitehead (ver figura 2). Según este modelo los determinantes son entendidos como estratos de influencia³¹.



Figura 2: Modelo de Dahlgren y Whitehead. 1991.

En el centro de la figura, los individuos tienen una edad, un sexo y unos factores constitucionales que influyen en la salud y que no son modificables, a diferencia del resto de los factores que sí lo son. En primer lugar, se sitúan los factores relacionados con el estilo de vida individual (hábito de fumar, actividad física). Posteriormente, se encuentran las redes sociales o comunitarias (entorno y comunidad cercana) que están en continua interacción con el individuo. En tercer lugar, están las condiciones de vida y trabajo, la alimentación, la

educación, etc. Por último, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad³¹.

Este modelo, hace hincapié en la interacción entre los factores de los diferentes niveles de manera que los factores relacionados con el estilo de vida del individuo se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y trabajo que a su vez están relacionados con el entorno socioeconómico, cultural y ambiental³¹.

CAPÍTULO IV. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

Las desigualdades sociales en salud son “aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente”³².

Estas desigualdades se originan por los diferentes recursos ligados con la salud que disponen las personas según su posición social, sexo, territorio o raza, teniendo una peor salud aquellos colectivos más desfavorecidos³².

Los estudios sobre desigualdades realizados en los últimos años muestran que las mujeres, la población de clase social baja o áreas que tienen menores recursos materiales presentan peores indicadores de salud que el resto de la población. Los determinantes sociales y económicos, como por ejemplo, la pobreza, el desempleo, las malas condiciones laborales y del hogar o el entorno urbano, tienen una fuerte repercusión en las desigualdades en salud que pueden llegar a causar un aumento de la morbilidad y mortalidad de la población³³.

En los últimos años, ha aumentado el número de investigaciones y publicaciones sobre las desigualdades en salud, por lo que el Estado Español también ha incrementado el conocimiento de las mismas. Además, se ha demostrado científicamente que si se llevasen a cabo intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales correctas se podrían reducir las desigualdades en salud. Sin embargo, hay que decir que aun teniendo conocimiento sobre las desigualdades no se han llevado a cabo cambios en la política sanitaria española. Asimismo, es importante incidir en que la mayoría de los planes de salud de las Comunidades Autónomas no reflejan objetivos e intervenciones para disminuir las desigualdades³³.

Existen diferentes modelos que explican los Determinantes Sociales de la Salud, pero cabe destacar una adaptación a partir de los modelos propuestos por Orielle Solar y Alec Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (ver figura 3). Este marco conceptual muestra la posición de estos determinantes y su relación con las desigualdades en salud, estableciendo dos tipos de determinantes sociales, los estructurales y los intermedios³¹,

³⁴.



Figura 3. Marco Conceptual de las Desigualdades Sociales en Salud. 2012. Fuente: OMS.

Los primeros son los que producen las inequidades en salud y están compuestos por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. De ellos, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y en los ingresos. Dentro de los determinantes estructurales se encuentran también el género y la etnia. Todos ellos están influidos por el contexto socioeconómico y político, conformado por el Gobierno, las políticas macroeconómicas (políticas fiscales), políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales. Estos determinantes estructurales, tienen un gran impacto en la igualdad en salud y en el bienestar a través de su acción en los determinantes intermedios. Estos últimos, incluyen los recursos materiales (condiciones de trabajo, vivienda, entorno), factores conductuales, biológicos y psicosociales. Como se puede observar en el diagrama, los servicios sanitarios forman parte de los determinantes intermedios³⁵.

Las desigualdades en la infancia son un factor determinante de las desigualdades en la vida adulta¹⁵. Existe en la salud infantil un gradiente social según la clase social, el nivel educativo, la raza y los ingresos económicos, de manera que, aquellos más desfavorecidos presentan peor salud. Las desigualdades en salud no sólo ocurren entre los países del tercer mundo, también en los países industrializados, donde se observan claras desigualdades entre las clases menos y más favorecidas. Las familias de clase social baja tienen más riesgo de sufrir problemas de salud en un futuro³⁶.

Existen estudios que demuestran la relación entre la posición socioeconómica de la madre antes y después del nacimiento del bebé y la salud de éste en la vida adulta. Además, una nutrición y salud inadecuada de la madre se relacionan con bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino retardado, lo que puede provocar en un futuro enfermedades cardiovasculares. El nivel de estudios familiar y el rendimiento escolar tienen un papel fundamental, transmitiéndose de manera intergeneracional. La relación de los niños/as con el entorno, el desarrollo físico, mental y afectivo en los primeros años de vida están estrechamente relacionados con su salud en el futuro, la educación y su implicación social³⁶.

En 2005, fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de promover un movimiento internacional para alcanzar la equidad mediante medidas e intervenciones proponiendo tres principios de acción en su informe final³⁷:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

A nivel nacional, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, constituyó en noviembre de 2008 la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Con el fin de alcanzar la equidad presentó un total de 27 recomendaciones principales y 166 específicas, ordenadas por prioridad (máxima, alta o media) y divididas en 5 apartados, cada uno de los cuales tiene varias áreas³² (véase anexo II):

- ☐ Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos.
- ☐ Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital.
- ☐ Parte III. Entornos favorecedores de la salud.
- ☐ Parte IV. Servicios sanitarios.
- ☐ Parte V. Vigilancia, investigación y docencia.

En las recomendaciones realizadas por la Comisión, se hace hincapié en promover una educación de calidad desde la infancia, fortaleciendo el sistema de educación público, mostrando especial interés en la integración de los más desfavorecidos y ayudando a su desarrollo. Además, de la necesidad de ofrecer condiciones de empleo a los padres que les permita el cuidado de sus hijos, así como, garantizar el acceso a una vivienda adecuada a precios accesibles³².

Finalmente, afirma que el Sistema Sanitario puede paliar parte del impacto de otros Determinantes de las Desigualdades en Salud, pero además, puede contribuir a crear desigualdades, introduciéndolas en la asistencia sanitaria. Por ello, propone un sistema sanitario que no cause desigualdad, mediante políticas que incluyan objetivos para la disminución de las desigualdades que existen en los servicios sanitarios, es decir, actuar sobre el contexto político³².

Por todo lo descrito a lo largo de éste capítulo, es importante destacar que las desigualdades sociales en salud así como los determinantes, son iguales entre la población infantil y adulta inmigrante. El problema subyace en que la población pediátrica se encuentra en un periodo de crecimiento y desarrollo, por lo tanto, las condiciones en las que se produzca dicho desarrollo van a marcar su salud. Influyendo, además de en su morbilidad y/o mortalidad en su rendimiento escolar y en su inclusión al mundo laboral y social en su etapa adulta. Ya que la etapa infantil es especialmente vulnerable, a causa de la compleja combinación de efectos y resultados en salud que se producen, debido a factores genéticos, ambientales y familiares¹⁵.

CAPÍTULO V. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

Los movimientos migratorios han propiciado que coexistan personas de diferentes nacionalidades y estilos de vida, transformando la sociedad en una sociedad multicultural³⁸.

Los profesionales de enfermería atienden diariamente a personas de distintas etnias, creencias y religiones, por ello es necesario destacar la importancia de entender y respetar los diversos aspectos culturales. Las costumbres a tener en cuenta varían según la cultura, por ejemplo, los judíos sólo comen alimentos aprobados por el káiser, o los islamistas no comen alimentos de animales que tienen prohibido matar, como la carne de cerdo. También, se observan diferencias a la hora de afrontar la muerte, por ejemplo, los católicos piden la extremaunción, los budistas solicitan la quema de velas, incienso, etc³⁸.

Así es, como nació la enfermería transcultural o el área de estudio del cuidado basado en la cultura. Madeleine Leininger, es considerada su fundadora y fusiona dos ideas, la cultura y el cuidado, describiendo los cuatro pilares del modelo enfermero, la persona, el entorno, la salud y la enfermería³⁸.

Además, destaca la importancia de estudiar a los pacientes desde la perspectiva del paciente (Emic), y desde la perspectiva de la enfermera (Etic), con el fin de que los profesionales lleven a cabo actividades acertadas y razonables desde el punto de cultural³⁸. Para ordenar todos estos conceptos, elaboró el “Modelo del Sol Naciente” (ver figura 4), que considera al ser humano como un elemento que no se puede separar de su entorno cultural y social, donde la cultura es parte fundamental para conseguir un estado de salud y bienestar adecuado³⁹.

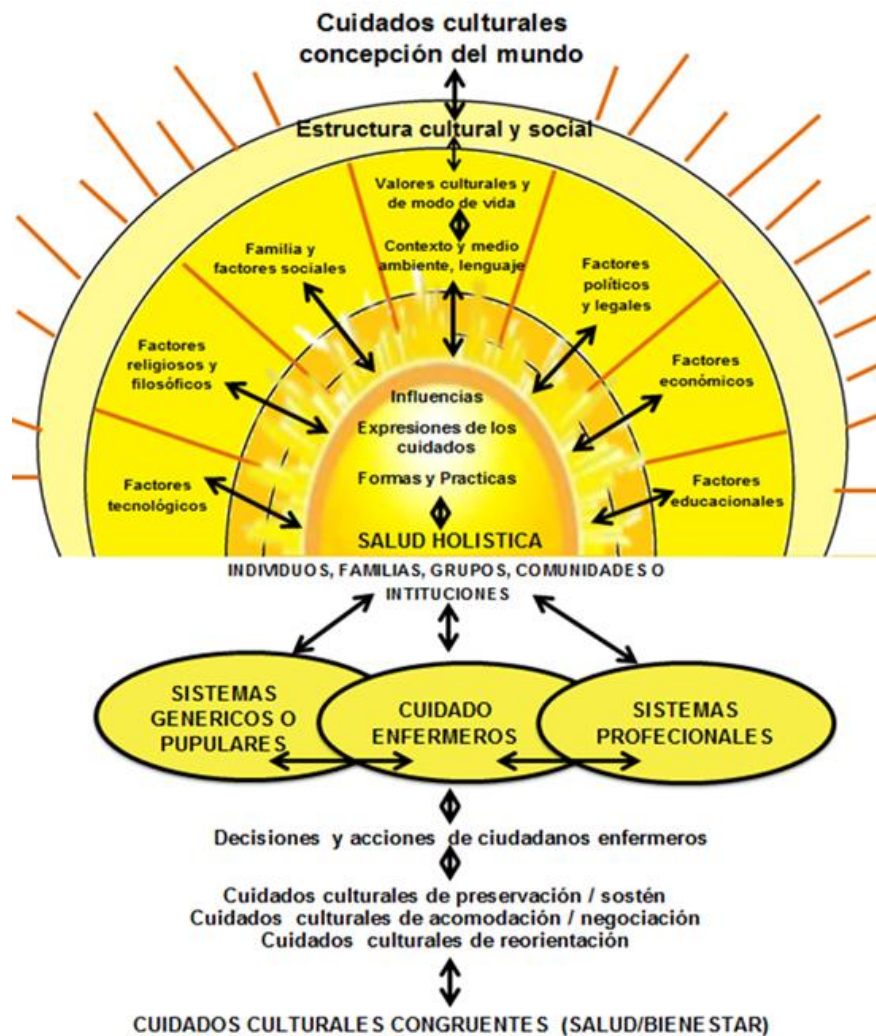


Figura 4. Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger. 1999. Fuente: Marriner T, A. *Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad*. En: *Modelos y Teorías de Enfermería*, 4ª ed. Ed. Mosby. Madrid, 1999. p. 439-442.

Dicho modelo, se divide en dos semicírculos, el superior lo constituyen los factores sociales y culturales que afectan a la atención y la salud, como son la religión, el estilo de vida o el medio ambiente, el semicírculo inferior está formado los grupos, las familias, comunidades o instituciones³⁸.

En los últimos años, este modelo ha tomado gran importancia en el mundo sanitario debido a la gran cantidad de inmigrantes que hay en España, haciendo que el profesional deba adaptarse a esta situación donde conviven diferentes culturas³⁸.

Un estudio reciente sobre la transculturalidad en los cuidados enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, muestra que el 84% de los enfermeros encuestados no conoce qué es la enfermería transcultural y el 81% no sabe identificar cuáles son los pacientes que forman parte de la enfermería transcultural. Por otro lado, el 65% considera que les faltan herramientas cuando trabajan con este tipo de paciente, teniendo en gran parte dificultades de comunicación. Además, sólo el 14% ha estudiado sobre la diversidad cultural³⁸.

5.1 Barreras y sensibilización en la atención sanitaria al colectivo inmigrante.

Los profesionales de enfermería, juegan un papel fundamental en la atención sanitaria al colectivo inmigrante. Generalmente, Enfermería percibe sobrecarga en su trabajo y aún más a la hora de prestar asistencia a éstos pacientes, por diversos factores como el desconocimiento de los antecedentes y patologías previas del paciente, las diferencias culturales, hábitos, costumbres y la barrera idiomática, lo que hace que las entrevistas clínicas sean mucho más difíciles y largas¹⁶.

En ocasiones, la presencia de prejuicios dificulta una atención sanitaria efectiva, ya que se produjo un aumento de la población inmigrante muy rápido, dificultando la adaptación a éste fenómeno. Dando lugar a sentimientos de rechazo y de amenaza a dicho colectivo. A lo largo del tiempo, han tomado gran fuerza afirmaciones tales como que los inmigrantes van a hundir el sistema sanitario, que abusan de él, que son los inmigrantes los que colapsan las urgencias y una masiva utilización de fármacos por su parte⁴⁰.

Las percepciones anteriormente descritas, pueden llegar a condicionar la actitud de los profesionales, por eso hay que hacer gran hincapié para erradicar estos prejuicios⁴⁰.

Centrándonos en la Comunidad Autónoma de Cantabria y teniendo en cuenta un estudio realizado sobre las percepciones del personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria, hay diversidad de opiniones dependiendo si se tiene en cuenta la práctica profesional, o si es un ciudadano más. En el primer caso, se hablaría del conjunto de actitudes, opiniones procedentes del día a día en el trabajo cuando desempeñan su rol. Y en segundo caso, los mensajes procedentes de los medios de comunicación, rumores, etc. en la vida cotidiana¹³.

Esto daría lugar a dos posiciones, por un lado, una actitud crítica ante la inmigración basada en informaciones procedentes de los medios de comunicación principalmente, la televisión, como se mencionó anteriormente, y por otro lado, una actitud más flexible y abierta basada en experiencias personales y profesionales¹³.

Para conseguir una mejor atención a este colectivo, sería necesario un esfuerzo de los organismos responsables en la formación de los sanitarios en competencia cultural, y la facilitación de la mediación cultural en los casos que sean necesarios, a través del recurso del mediador cuando la principal barrera es la cultura, ya que éste no sólo se limita a traducir, sino también interviene en la conversación^{16,40}.

Por otro lado, los profesionales deberían dedicar tiempo para investigar y debatir cuestiones relacionadas con éste colectivo, de forma que si algún profesional tiene alguna duda al respecto, lo trate de resolver con ayuda de sus compañeros o bien con el equipo en su conjunto. De esta forma mejoraría algo que se está perdiendo, como es el trabajo en equipo⁴⁰.

En el contacto directo con los inmigrantes, los profesionales pueden utilizar herramientas para ayudar en la comunicación como por ejemplo, mostrar escucha activa mediante el uso de lenguaje no verbal (gestos, miradas), respetar los silencios, utilizar preguntas abiertas que no induzcan la respuesta, mostrar empatía y utilizar un tono de voz que transmita calidez y seguridad. Y lo más importante que la persona se sienta que es bienvenida desde el primer momento⁴⁰.

5.2 Protocolo de actuación al niño/a inmigrante

Todo niño/a que llegue a nuestro país deberá acudir a la consulta de Atención Primaria con el objetivo de descartar cualquier enfermedad contagiosa, ver el estado de inmunización o detectar cualquier otro problema⁴¹.

Es muy importante que tanto el médico como la enfermera conozcan los trastornos que pueden sufrir estos niños/as, bien relacionados con la patología tropical o con la situación en la que viven y continúan viviendo cuando llegan a España. Algunas de las enfermedades más frecuentes son las siguientes⁴²:

Paludismo, anemia, parásitos intestinales u otros parásitos, malnutrición, retraso pondero-estatural, TBC, HVB, HVC, dermatitis, tiña, trastornos de salud mental debido a la situación de abandono de su entorno, exclusión social, etc.

En la valoración al niño/a inmigrante se comenzará con la recogida de datos de la forma más completa posible para la historia clínica, antecedentes familiares, personales y actuales^{41,43}:

- Fecha de nacimiento.
- Lugar de procedencia.
- Ruta migratoria.
- Fecha de llegada.
- Antecedentes de patologías y tratamientos recibidos.
- Alimentación.
- Vacunas recibidas.
- Presencia de síntomas actuales.
- Antecedentes familiares.
- Composición familiar y convivientes.

A continuación, se realizará la exploración física, con el fin de detectar posibles alteraciones y riesgo social^{41,43}:

- Valoración del estado nutricional.
- Cicatriz de la vacuna de la tuberculosis.
- Úlceras y nódulos cutáneos.
- Color (ictericia, manchas).
- Tumefacción en extremidades.
- Rash cutáneo, signos de prurito.
- Linfadenopatías.
- Visceromegalias en abdomen.

Cobrará especial importancia, la talla, el peso, el perímetro cefálico, el estado nutricional y el desarrollo puberal, ya que con frecuencia pueden presentar un estado nutricional inadecuado que afecta al desarrollo del niño/a causado por malos hábitos del país de origen, pocos recursos o desconocimiento de las necesidades nutritivas⁴³.

También, se evaluará, el desarrollo psicomotor, la visión, la audición, la dentición y la profilaxis bucodental⁴¹.

Generalmente, es necesario realizar pruebas complementarias como son las siguientes para descartar distintos problemas de salud⁴¹:

- Hemograma.
- Bioquímica.
- Metabolismo del hierro.
- Cribado metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria) en menores de 2 años.
- Coprocultivo en niños/as con sintomatología digestiva.
- Pruebas de función tiroidea (T4 total, TSH): en niños/as mayores de 2 años.
- Sistemático de orina.
- VIH 1 y 2 ELISA.
- Huevos y parásitos en heces (3 determinaciones en días alternos).
- Serología: VHB, VHC y VHA.
- Mantoux.

Además, se deben revisar las vacunas que ya han sido administradas en su país de origen y adaptar el calendario vacunal del país de llegada. Se intentará conseguir en el menor tiempo posible que estén inmunizados como el resto de los niños/as. Pueden darse tres situaciones, que no haya documento vacunal, que esté incompleto porque falten vacunas o que en el lugar de origen no haya las mismas vacunas, o bien que los certificados de vacunación no sean muy fiables. Sólo será válido, cuando en el documento escrito aparezcan correctamente las fechas de administración, los intervalos entre las dosis y la edad del niño/a, comparables al calendario vacunal de la Comunidad Autónoma donde resida. Cuando no exista ningún documento o haya dudas, se debe consultar a la Consejería de Sanidad y si es necesario revacunar con el calendario de vacunación completo⁴¹.

Por último, se debe realizar una valoración desde el punto de vista psicosocial siendo los aspectos más importantes a valorar: la presencia de duelo migratorio, debido a la separación y pérdida de vínculos, cómo está siendo la adaptación al nuevo país pudiéndose dar cuatro casos, integración, asimilación, separación y marginación, y las condiciones de la vivienda y laborales de los padres. Hay que tener en cuenta que los niños/as además de sus problemas, sufren las consecuencias de las situaciones de sus padres y/o cuidadores⁴⁴.

Entre los problemas psicosociales que sufren los niños/as inmigrantes pueden encontrarse los siguientes⁴⁴:

- Fracaso escolar.
- Aislamiento social, lingüístico y cultural.
- Limitadas o casi inexistentes posibilidades de promoción
- Escasez de recursos en el entorno sociofamiliar.
- Dificultades en el entendimiento de las normas socioculturales.

- Predisposición a la deculturación.

Lo que se pretende en todo momento es favorecer el desarrollo adecuado del niño/a, una alimentación saludable y fomentar el ejercicio físico, para así favorecer la integración de la población inmigrante en la sociedad⁴³.

CONCLUSIONES

España siempre ha sido un país receptor de inmigrantes. Sin embargo, debido a la crisis económica que comenzó en el año 2008, el porcentaje de inmigrantes ha descendido, estando entre las causas la pobreza y la falta de empleo, que afecta especialmente a las clases sociales más bajas, entre las que se encuentran los inmigrantes. Sin olvidar, de la falta de cobertura sanitaria que afecta a este colectivo desde la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012.

En el país de recepción, es donde aparecen las desigualdades que afectan directamente a la salud. Los países y organismos deben hacerlas frente y aplicar medidas para reducirlas, ya que aunque se están llevando a cabo programas para ello, aún siguen existiendo dichas desigualdades.

Además, es imprescindible resaltar la importancia de los profesionales de enfermería como uno de los colectivos que más está en contacto con las personas, y cuyo papel puede ser fundamental para que desaparezcan las desigualdades.

Los profesionales enfermeros, deben realizar una atención detallada y holística, desde un enfoque que integre los determinantes sociales de la salud y la interculturalidad en la práctica clínica diaria. Es decir, adoptando un modelo biopsicosocial de la salud teniendo en cuenta siempre el eje del cuidado como punto fundamental de su desarrollo profesional. Satisfaciendo las necesidades de cuidado de las personas de forma personalizada y efectiva.

En el caso concreto de la población infantil, hay que hacer hincapié en la atención a su llegada al país receptor y posterior seguimiento llevando a cabo un control exhaustivo de su salud y facilitando su adaptación al nuevo país. Por lo que es necesario, que los profesionales muestren una relación cercana y empática hacia ellos para conseguir que continúen asistiendo a las consultas de Atención Primaria. Además, los profesionales cuentan con protocolos que sirven de ayuda para proporcionar una atención correcta adaptada a este colectivo.

Es imprescindible, poner empeño en conseguir una salud infantil óptima, ya que supone que en un futuro se conviertan en personas sanas, con posibilidades de acceso a formación y crecimiento personal. Interiorizando la idea de que es ineludible atender a las personas manteniendo su identidad cultural, siendo flexibles y evolucionando para dar respuesta a las necesidades reales de la población inmigrante.

Por todo ello, es necesario contribuir a la sensibilización y formación de los profesionales, para que lleven a cabo una asistencia sanitaria óptima, favoreciendo el aumento del acceso y equidad en salud. Deshaciéndose de prejuicios y siempre desde un enfoque multidisciplinar, en colaboración con el resto de profesionales sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe Sespas 2014. Gac Sanit. 2014; 28 Supl 1:142-146.
- (2) Organización Internacional para las Migraciones. Migración y salud. Sección 2.7 [Internet]. Fundamentos de Gestión de la Migración. Volumen Dos: Desarrollo de Políticas sobre Migración. [citado 25 de abril 2016]. Disponible en: http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf
- (3) López-Vélez R, Navarro Beltrá M, Jiménez Navarro C. Estudio de inmigración y salud pública: enfermedades infecciosas e importadas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. [citado 25 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>
- (4) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 28 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=00000008.px>
- (5) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 28 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=0ccaa006.px>
- (6) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 29 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=00000008.px>
- (7) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 29 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=0ccaa007.px>
- (8) Fundación UNICEF-Comité Español, Consejo General de la Abogacía Española. Ni ilegales ni invisibles: Realidad jurídica y social de los Menores Extranjeros en España. Informe 2009. Ed: Etnia Comunicación; 2009. [actualizado junio 2011; citado 29 de abril 2016]. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/informe_infancia_inmigrante_UNICEF_CGAE_2009.pdf
- (9) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº102, (25/04/1986)
- (10) Ley Orgánica 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. Boletín Oficial del Estado, nº299, (12/12/2009)
- (11) Álamo-Junquera D, Sala N, Millet JP, Ortega-Gutiérrez L, Planas-Giner A, Rovira C, et al. Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde la Cataluña Central. Aten Prim. 2014; 47 (1):32-37.
- (12) 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. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24/04/2012).

- (13) Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza E, Borrell C. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28:124-131.
- (14) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población Activa [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado abril 2016]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=12547³⁶176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595)
- (15) Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes MC, Ariza C, Díez E, García Calvente MDM, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. Gac Sanit. 2014; 28(4):316–325.
- (16) Fuertes MC, Elizalde L, Andrés MR de, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM, et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. Anales Sis San Navarra. 2010; 33 (2): 179-190
- (17) Observatorio Permanente de la Inmigración. Estadísticas. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Plan Estadístico Nacional 2013-2016 [Internet]. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de empleo y seguridad social; 2016 [actualizado 31 de diciembre 2015, citado 15 de abril 2016]. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/201512/Residentes_Principales_Resultados_31122015.pdf
- (18) Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA, Barrera Linares F, Lasheras Barrio M, Charlotte Rober A, Luzón Oliver L. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15 (57):15-25.
- (19) Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010.
- (20) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 30 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=0ccaa007.px>
- (21) Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continúo [Internet]. Madrid: INE; 2016 [actualizado enero 2016; citado 30 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=0ccaa002.px&L=0>
- (22) Instituto Cántabro de Estadística. Migraciones exteriores. Estadística de migraciones. Datos regionales [Internet]. Cantabria: ICANE; 2016 [actualizado diciembre de 2015; citado 30 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.icanes.es/data/results#content>
- (23) Instituto Cántabro de Estadística. Migraciones exteriores. Estadística de migraciones. Datos regionales [Internet]. Cantabria: ICANE; 2016 [actualizado diciembre de 2015; citado 30 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.icanes.es/data/results#content>
- (24) Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet] Ginebra: OMS; 2016 [citado 8 de marzo 2016]. Disponible en: <http://who.int/suggestions/faq/es/>.
- (25) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios [Internet] Ginebra: OMS; 2016 [citado 8 de marzo 2016]. Disponible en: <http://who.int/about/mission/es/>
- (26) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. París: unesco.org; 2009 [citado 27

marzo 2016]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=26053&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

(27) Constitución Española de 29 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29/12/1978).

(28) Orden SAN/38/2015, de 7 de agosto, por la que se regula la inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria de las personas residentes en la Comunidad Autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública. Boletín Oficial del Estado, nº157, (17/08/2015)

(29) Moiso A. Determinantes de la salud [Internet]. En: Barragán HL, autor-director. Fundamentos de salud pública. Primera Parte. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2007.161-189 [citado 27 marzo 2016] Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4

(30) Salleras Sanmartí L. La salud y sus determinantes [Internet]. En: Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. 1ªed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1985. 11-28.

(31) Dahlgren G, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Parte 2 [Internet]. España: OMS. Oficina Regional para Europa; 2010 [citado 27 marzo 2016] Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>

(32) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en Salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [citado 28 marzo 2016] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

(33) Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, García-Altés A. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. Aten Primaria.2008; 40(2):59-60.

(34) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012; 26(2):182-189.

(35) Rodríguez Flores JM, Polo Campos, FH. Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 [Internet]. En: Ojeda Vargas MG, Padilla Raygoza N, Navarro Elías MDG. Diversidad cultural y salud: 2011 [citado 28 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/1142.pdf>

(36) Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gac sanitaria. 2010; 24 Supl 1:42-48

(37) Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 30 marzo 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

- (38) Saiz Echezarreta M, Ramos Sáiz D. La perspectiva transcultural de los cuidados enfermeros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Nuber científ*. 2015-2016; 3(17):16-22.
- (39) Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostinguín Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Rev Enferm Universitaria ENEO-UNAM*. 2007; 4(2): 26-30.
- (40) Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13 (50):299-319.
- (41) Viudes de Velasco A, Alfayate Miguélez S, Menasalva Ruiz AI, Carrilero Fernández B, Navarro Alonso JA, Pérez Martín JJ, et al. Protocolo de atención al niño inmigrante. [Internet]. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública; 2013 [citado 30 de abril 2016]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_formacion/DOCUMENTACION_OMI_2014/ATENCION%20NINO%20INMIGRANTE/Protocolo%20inmigrante_adopcion.pdf
- (42) Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Recomendaciones para la Asistencia Médica al Niño Inmigrante. Plan Vasco de Inmigración [Internet]. País Vasco; 2008 [citado 30 de abril 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuantos/primaria/niniolnmigrante.pdf
- (43) Baraza Cano MP, Cañas García-Otero E, Díaz Gavira C, Domínguez Castellano A, Falces Aramendi A, Fernández Merino JC, et al. Manual de atención sanitaria a inmigrantes [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007 [citado 1 de mayo 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
- (44) Martín Medina E. Pediatría e inmigración. Plan de atención al niño inmigrante y niño viajero [Internet]. Bol. SPAO. 2008; 2 (1):76-85 [citado 30 de mayo]. Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-5-secciones-66733.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: Saldos y flujos migratorios de la población de 0-19 años de Cantabria.

Edad												
	De 0 a 4 años			De 5 a 9 años			De 10 a 14 años			De 15 a 19 años		
	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo		
	Ambos sexos			Ambos sexos			Ambos sexos			Ambos sexos		
	País			País			País			País		
	Total			Total			Total			Total		
	Variables			Variables			Variables			Variables		
Años	Emigración	Inmigración	Saldo	Emigración	Inmigración	Saldo	Emigración	Inmigración	Saldo	Emigración	Inmigración	Saldo
2008	83	318	235	85	402	316	71	408	337	77	526	449
2009	112	199	87	88	179	90	10	245	140	85	378	293
2010	95	199	104	110	200	90	4109	217	108	127	314	188
2011	146	163	17	75	194	118	135	218	83	119	283	164
2012	122	140	18	136	131	-4	128	154	26	134	232	98
2013	156	112	-44	120	127	7	140	148	7	171	177	6
2014	93	145	52	134	94	-39	96	136	40	107	174	67
2015	31	77	46	30	47	17	43	58	15	74	79	5

Tabla 3: Saldos y flujos migratorios de la población de 0-19 años de la C.A. de Cantabria 2008-2015. Fuente: ICANE. Elaboración propia.

ANEXO II: Recomendaciones realizadas por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España.

Partes	Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos	Parte II. Condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital	Parte III. Entornos favorecedores de la salud	Parte IV. Servicios sanitarios	Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia
Áreas	Área 1. Salud y equidad en todas las políticas	Área 5. Infancia -Desarrollo de la 1ª Infancia -Socialización de género -La importancia de la educación a lo largo de la infancia y la adolescencia	Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles	Área 11. Un sistema sanitario que no cause desigualdad -Desigualdades en las necesidades de atención -Desigualdades en los cuidados informales de los problemas de salud -Desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención sanitaria -Desigualdades debidas a los costes de la atención sanitaria al usuario -Desigualdades en las prácticas preventivas y promoción de conductas saludables -Impacto del sistema sanitario sobre los determinantes sociales	Área 12. Información, vigilancia y evaluación.
	Área 2. Financiación justa y gasto público para equidad.	Área 6. Empleo y trabajo -Entorno internacional favorecedor de la reducción de las desigualdades -Condiciones de empleo justas y saludables -Condiciones de trabajo justas y saludables -Compaginación de la vida laboral y familiar	Área 9. Acceso a una vivienda digna		Área 13. Investigación
	Área 3. Poder político y participación	Área 7. Envejecimiento -Apoyo social y participación -Seguridad económica -Servicios sociales y de atención a la dependencia -Prevención de la dependencia y recuperación de la función perdida	Área 10. Entornos favorecedores de hábitos saludables -Centros educativos -Centros de trabajo -Barrios y municipios		Área 14. Docencia
	Área 4. Buena gobernanza mundial				

Tabla 4. Recomendaciones realizadas por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, agrupadas en grandes partes y áreas (N=166) Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España / Gac Sanit. 2012;26 (2):182–189. Elaboración propia.

