

**Conclusiones de la VI Jornada: Salud e inmigración:
“El trabajo de los/as profesionales sanitarios/as con pacientes de orígenes
culturales diversos en el contexto del Covid-19”.**

Fecha: 27 de noviembre de 2020.

Lugar: Aula virtual, en la modalidad online, a través de la aplicación Microsoft Teams.

Esta jornada ha sido organizada por La Fundación La Merced Migraciones en el marco del proyecto “MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: Gestión de la diversidad cultural para la igualdad de acceso a los servicios públicos sanitarios de la población inmigrante”, promovido por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y el Fondo de Asilo, Migración e Integración.

La apertura de la jornada estuvo a cargo de Juan Madrid Gutiérrez, Director Médico del Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid.

Primera ponencia: “Consecuencias del Covid-19 en la salud mental de las personas migrantes. Retos y propuestas”, a cargo de Francisco Collazos Sánchez, psiquiatra del Hospital Vall d’ Hebron de Barcelona.

El ponente empezó su intervención haciendo énfasis en definir y aclarar de qué hablamos cuando nos referimos a conceptos como “la inmigración” y “la salud mental”. Ambos términos son demasiado amplios y heterogéneos, por tanto, no se debe caer en las generalizaciones. El conferenciante recurre a diversos ejemplos sobre cómo se conceptualiza a “los/as inmigrantes” (Universidad de Oxford, INE, etc.). Hace falta alcanzar un consenso en cuanto a cómo recoger información, por ejemplo, el lugar de origen, para evitar sesgos.

En relación al término “salud mental”, y en el caso concreto de los trastornos mentales, se deben emplear criterios diagnósticos específicos que eviten sesgos diagnósticos. Hay que cuestionar, a modo de ejemplo, la supuesta universalidad de los manuales diagnósticos.

En lo que respecta a la psicopatología e inmigración, en especial en este contexto del Covid-19 y del confinamiento, esto ha generado un esfuerzo de adaptación y un desafío en cuanto a la flexibilidad que requiere esta situación. Aquellas personas que sean más vulnerables estarán más expuestas a desarrollar trastornos mentales.

En cuanto a los trastornos afectivos, éstos dependen del contexto del proceso migratorio de cada individuo, y de cómo éste/a se podrá establecer en el país de acogida. Esto va a significar un riesgo mayor o no menor de trastornos neuróticos, ansiosos o afectivos.

En lo que concierne a los trastornos adictivos, el ponente señaló que aunque no haya estudios que lo confirmen, el contexto de la pandemia ha aumentado el consumo por uso de sustancias.

El Covid-19 ha supuesto un factor de estrés añadido. Los estresores nos llevan a desarrollar de manera automática, mecanismos de afrontamiento para llegar a una sociedad que es diferente a la mía.

El proceso de integración, en términos de salud mental, es mucho más costoso. En su consulta, el ponente ha constatado estos últimos meses, que sus pacientes inmigrantes han tenido una mayor dificultad para poder aprovechar los recursos. Una persona migrante está integrada cuando puede disfrutar en igualdad de condiciones de los recursos que el sistema público ofrece, igual que una persona autóctona.

El conferenciante destaca que con la pandemia ha habido un cambio radical en la asistencia sanitaria, donde se ha pasado a una asistencia médica a distancia, de forma telemática. En el caso de la población migrante, éstos/as han tenido mayores dificultades y el resultado ha sido más insatisfactorio.

El impacto del Covid-19 nos acompañará durante muchos años, e incluso se producirá un aumento de la crisis social, por lo cual el ponente apela a todas las administraciones a garantizar que haya servicios de salud mental adecuados.

Con respecto a las medidas que se han planteado para frenar el Covid-19, a modo de ejemplo, indica las dificultades económicas que tiene una parte significativa de la población inmigrante para adquirir mascarillas.

En el nivel administrativo, las personas que están pendientes de su regularización, también han tenido más dificultades e incertidumbres durante este período, debido al cierre de las citas en los servicios correspondientes, y esto, sin duda impacta en su salud mental.

Por otro lado, el ponente cita a la organización “Amnistía Internacional”, la cual insta a las administraciones a que tomen las medidas necesarias para poder asegurar la calidad de la asistencia a las personas inmigrantes. Hay una carencia de recursos lingüísticamente adaptados, especialmente para las personas recién llegadas. La información sobre el Covid-19 debería estar adaptada a la capacidad de comprensión de todos/as.

En los servicios de salud mental, ante el miedo de posibles contagios entre el personal sanitario, se ha reforzado mucho la atención domiciliaria y telefónica de los/as pacientes agudos.

El duelo ante la pérdida de un ser querido se ha complicado aún más, por no poder acompañarlos, ni despedirlos. La sumatoria de estresores ante el Covid-19 en la población inmigrante se ha manifestado en algunos casos en la pérdida de trabajo, que ha llevado aparejado el miedo a los desahucios y no poder enviar remesas a sus familiares, considerando que esta pandemia también ha generado problemas estructurales en sus países de origen.

Por su parte, la teleasistencia ha puesto en evidencia la brecha social y digital entre las personas más desfavorecidas. No se ha contemplado adecuadamente el impacto negativo que la teleasistencia ha tenido para estas personas. El conferenciante argumenta que la teleasistencia no puede sustituir a la atención personalizada.

Es necesario adaptar el discurso psiquiátrico. El ponente defiende una psiquiatría que apueste por la universalidad, pero que también contemple los factores socioculturales.

Para entender adecuadamente el trastorno mental hay que atender al significado que le da él/la propio/a paciente, y al contexto donde se incluyen los factores psicológicos y socioculturales.

Todos los diagnósticos deberían tener en cuenta el contexto sociocultural, no sólo los que atañen a la población inmigrada o a los pertenecientes a minorías étnicas.

Los/as pacientes autóctonos/as también expresan sus síntomas según unos referentes culturales que varían según la región de origen, la edad, el género, sus tradiciones, etc.

En general, las personas migrantes presentan altos niveles de discontinuidad en la asistencia a la consulta. El contexto del Covid-19 ha acrecentado esta situación.

La anulación de las citas en los meses de confinamiento, en muchas ocasiones, ha llevado a tratamientos inadecuados.

La barrera idiomática y la no consideración de algunos/as pacientes inmigrantes a la hora de conocer su relato sobre sus problemas de salud, desemboca en pobres resultados.

El ponente se pregunta: ¿estamos ofreciendo a la población una asistencia equitativa y de la misma calidad, con independencia de su pertenencia étnica o cultural?

Es fundamental ajustar la salud desde una asistencia que sea culturalmente competente. Se debe apostar por un modelo que no discrimine y que dé una respuesta equitativa. Esta competencia intercultural pasa por la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades y de una actitud de apertura hacia el otro. Esto incide en la reducción de las desigualdades en salud y mejora los resultados del tratamiento del paciente.

El conferenciante considera que los grupos de especial vulnerabilidad, ante las consecuencias de esta pandemia, son:

- Inmigrantes y solicitantes de protección internacional.
- Mujeres víctimas de violencia machista.
- Víctimas de trata de seres humanos.
- Menores extranjeros no acompañados.

Se debe ir más allá y no incurrir en una excesiva psiquiatrización, sino que hay que evaluar a la persona desde una perspectiva psicosocial.

No hay que poner nuestro foco de atención sólo en lo asistencial, sino incidir en el impulso de medidas de prevención y promoción de la salud mental. El conferenciante apuesta por una salud mental comunitaria.

Éste propone una serie de medidas ya puestas en marcha en el Hospital Vall d'Hebron:

- Trabajar en equipo de manera coordinada y multidisciplinar, y fomentar el trabajo en red con el tercer sector.
- Afianzar la figura del/la mediador/a intercultural en habilidades de prevención y promoción de identificación de necesidades en materia de salud comunitaria.

Son necesarias tanto la competencia intercultural, organizacional e institucional, para no descender al escalón más bajo de la competencia intercultural que corresponde a “la ceguera cultural”, la cual contempla afirmaciones como: “la cultura no influye tanto”, “los recursos no tienen por qué adaptarse” y “démosles a todos/as lo mismo”.

Segunda ponencia: “Desigualdades en salud y población migrante en el contexto del Covid-19. Retos y propuestas”, a cargo de **Beatriz Aragón Martín**, médica de familia y comunitaria y Doctora en Antropología.

La ponente explicó que durante su presentación se analizarán los distintos ejes de desigualdad que están afectando a la población migrante, para desde este análisis, valorar qué prácticas podemos llevar a cabo desde la atención social y sanitaria para intentar disminuir esas desigualdades en salud, en lugar de reproducirlas.

La conferenciante destacó que vivimos en un sistema mundial donde las desigualdades y contrastes entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, son muy elevados (confrontación Norte- Sur, neocolonialismo, racismo estructural, etc.). Además dentro de las propias sociedades con un alto desarrollo económico, existen situaciones de pobreza y de exclusión social. A su vez, aludió a los desplazamientos humanos que muchas veces estas situaciones provocan. Señaló el ejemplo del éxodo en la India, la situación de las personas migrantes que llegan por mar a Canarias y el caso de los/as inmigrantes en busca de protección internacional en los campamentos de Moira (Lesbos) en Grecia. También advirtió del peligro de “naturalizar” estas desigualdades que llevan a “mirar en menos” al culturalmente diferente (etnocentrismo).

En lo que concierne a la pandemia del Covid-19, comentó que está teniendo un gran impacto a nivel mundial, afectando de forma desigual a las personas según las condiciones en que éstas se encontraban antes de la misma. Ya se ha dejado de repetir la frase: **“la pandemia no entiende de clases sociales”**, porque los datos recopilados hasta ahora nos muestran que sí, que esta crisis sanitaria está afectando más a aquellos/as que se encontraban en una situación más desfavorable, poniendo en evidencia y profundizando las grandes desigualdades que existen a nivel local y global.

La ponente destacó que el concepto o eje de la **“interseccionalidad”** es muy útil para abordar la cuestión de las desigualdades en salud. Este concepto que hace referencia a las inequidades sociales y económicas, al género, a la orientación sexual, a la discapacidad, a la migración, etc., debe incluir en su análisis a:

- **Los factores estructurales:**
 - Las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas.
 - El entorno natural, tierra y cambio climático.
 - Y a la historia y patrimonio, al colonialismo persistente y al racismo estructural.
- **Las condiciones de la vida cotidiana de las personas:** primeros años de vida y educación, vida laboral, ingresos y protección social, medio ambiente y vivienda, sistemas de salud equitativos, etc.

Asimismo, se debe considerar de forma transversal el pasar a la acción por parte de las instituciones de la sociedad en la que vive el individuo: la gobernanza y la protección y garantía de los derechos humanos, inciden claramente tanto en los factores estructurales como en las condiciones de la vida cotidiana de las personas.

La sumatoria de todos estos factores nombrados, que muchas veces se entrecruzan entre sí, pueden llevar (o no) a la equidad en la salud y a una vida digna de la persona.

Los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Teniendo en cuenta el enfoque de los determinantes sociales de la salud se puede observar cómo las enfermedades crónicas que predisponen a una mayor vulnerabilidad y peor evolución de la infección por coronavirus son más prevalentes en población con peores condiciones de vida. La prevalencia y gravedad de pandemia del Covid-19 se ha magnificado en contextos de vulnerabilidad clínica, social y epidemiológica que se encuentran fuertemente relacionados con las condiciones de vida.

El término **“sindemia”** (neologismo a partir de sinergia y epidemia) hace hincapié en cómo los factores sociales y ambientales aumentan los efectos negativos de la enfermedad. En el caso de la pandemia por el covid-19 podemos hablar de sindemia ya que el efecto negativo de la infección por coronavirus se ve aumentado por las condiciones sociales desfavorables.

El lema de los movimientos migrantes: **“No cruzamos la frontera, la frontera nos cruzó”**, ilustra cómo las vidas de las personas inmigrantes están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad y, en este caso, les coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad frente a la pandemia. Las personas en situación administrativa irregular, con empleos informales y sin garantías en caso de enfermedad, con dificultades de acceso a la sanidad, que comparten viviendas donde hacer aislamiento y cuarentenas es casi imposible; todos ellos son factores que influyen tanto en el riesgo de exposición a la infección como en la evolución de ésta.

Los principales ejes de desigualdad en el ámbito de la salud son: clase social, género, edad, etnia y territorio.

Además, las medidas de confinamiento implementadas para frenar la progresión de contagios también tienen repercusiones. A modo de ejemplo, algunas de ellas son: ¿Te quedas en casa cuando eso significa que no podrás traer comida o pagar el alquiler?; ¿Sales a buscarte la vida cuando las calles están vacías corriendo el riesgo de que te identifiquen como una persona sin papeles?; ¿Qué haces si trabajas en servicio doméstico como interna y te echan de tu trabajo durante el confinamiento?; ¿Cómo se estudia con un ordenador compartido en una habitación para muchos y sin conexión a internet?, etc.

Por último, la ponente alude también a **“la ley de cuidados inversos”** dónde se da la paradoja que quienes tienen mayor facilidad de acceso al sistema de salud son las personas que tienen un mayor poder económico y, por tanto, las personas que tienen menos, presentan mayores dificultades para el acceso al sistema sanitario; sin duda en esta última situación se encuentra la mayoría de las personas inmigrantes. Esta tendencia se debería revertir para no dejar a nadie atrás y garantizar un sistema público de salud más equitativo.