



Salud y

población inmigrante  
extracomunitaria  
en la CAPV

*Estudio sociodemográfico y de salud*



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. OBJETIVOS .....	7
3. METODOLOGÍA .....	9
4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO .....	11
4.1. Conclusiones .....	14
5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO .....	15
5.1. Datos sociodemográficos.....	15
5.2. Salud .....	19
5.2.1 Utilización de los servicios sanitarios.....	19
5.2.2. Determinantes de la salud .....	20
5.2.3. Percepción de la salud .....	20
5.2.4. Valoración del Servicio Vasco de Salud.....	21
5.3. Conclusiones .....	21
5.3.1. Datos sociodemográficos .....	21
5.3.2. Salud .....	22
6. NOTA FINAL .....	23
AUTORÍA .....	24



## 1. INTRODUCCIÓN

La población inmigrante extracomunitaria en la CAPV ha registrado un importante crecimiento en los últimos años, aunque todavía se sitúa en niveles reducidos respecto a otras comunidades del Estado español. Las fuentes relacionadas con la información sobre población inmigrante extracomunitaria ofrecen resultados marcadamente diferenciados, que incrementan la dificultad para identificar de forma fiable el número de inmigrantes extracomunitarios/as en la CAPV pero sí permiten calificar el proceso de la inmigración en nuestra comunidad de reciente y en constante aumento.

Esta nueva realidad social supone que la población en general y las instituciones, asociaciones y ONGD en particular deben trabajar para favorecer la integración y la adaptación de nuestras estructuras sociales a las necesidades actuales.

**medicusmundi** es una asociación enmarcada dentro del ámbito sanitario y como tal en su Plan Estratégico 2002/2005 establece entre otros estos principios, siguiendo las pautas de la OMS:

- **medicusmundi** define la salud como un concepto integrado (bienestar físico, psíquico y social), e integral (la salud tiene componentes económicos, sociales, educativos, de infraestructuras, etc.) y trata de acomodar su trabajo a esta concepción.
- **medicusmundi** aboga por una política pública favorable a la salud y por una atención sanitaria universal de calidad.

Esta inquietud ha conducido a **medicusmundi**, a plantearse algunos interrogantes relacionados con la salud y la situación de la población inmigrante extracomunitaria:

¿Cómo es el estado de salud y/o la atención dispensada a la población inmigrante extranjera en nuestro entorno? ¿La atención sanitaria al colectivo inmigrante extranjero, se da en igualdad de condiciones? ¿Es de calidad esta atención? ¿Cubre sus necesidades y expectativas? ¿Se requieren medidas específicas para atender a este colectivo? ¿El sistema sanitario debe o no considerarlos/as como colectivo más vulnerable? ¿Qué entienden por salud y por enfermedad estas personas?

Es por todo esto que **medicusmundi** ha decidido realizar el estudio que a continuación presentamos para intentar dar respuesta a algunos de los interrogantes planteados.



## 2. OBJETIVOS

Conocer y evaluar la situación y necesidades sanitarias de las personas inmigrantes extracomunitarias en la Comunidad Autónoma Vasca.

Los objetivos de la investigación eran conocer:

- Las características socio-demográficas más importantes de la población inmigrante extracomunitaria en la CAPV
- La percepción que el colectivo de inmigrantes tiene sobre su propia salud.
- La información disponible y hábitos de utilización de los servicios de salud.
- Los testimonios, experiencias y recomendaciones del colectivo socio-sanitario que les atiende





### 3. METODOLOGIA

Para la realización de dicho estudio se contrató a la empresa Taller de Sociología (Gabinete de Investigación Social y Estudios de Mercado).

Se utilizaron dos técnicas metodológicas de investigación: una cuantitativa para el análisis de la situación de la población inmigrante extracomunitaria en el ámbito socio-sanitario y otra cualitativa para analizar los discursos de este colectivo y el de los/las profesionales sanitarios/as.

En primer lugar se llevó a cabo la técnica cualitativa mediante la técnica de "grupos de discusión", que consiste en el análisis de los discursos sociales contruidos desde la subjetividad de las personas participantes en dichos grupos.

La población inmigrante extracomunitaria no es, ni mucho menos, un colectivo homogéneo. Por ello, se establecieron cuatro grupos de discusión en función de la procedencia y el sexo:

**Grupo 1.-** Hombres de edades entre 21 y 35 años. Con más de dos años de residencia y menos de cinco en la CAPV. En estado civil de casados o separados con hijos e hijas, y solteros. En situación paritaria de legalidad y sin papeles. Empleados y desempleados. Estrato socio-cultural y económico el modal del colectivo. Provenientes de países del Magreb. Se realizó en Vitoria con personas residentes en la capital y municipios del resto de Araba.

**Grupo 2.-** Hombres de edades entre 21 y 35 años. Con más de dos años de residencia y menos de cinco en la CAPV. En estado civil de casados o separados con hijos e hijas y solteros. En situación paritaria de legalidad y sin papeles. Empleados, desempleados y estudiantes. Estrato socio-cultural y económico el modal del colectivo. Provenientes del África Subsahariana. Se realizó en San Sebastián con personas residentes en la capital y municipios del resto de Gipuzkoa.

**Grupo 3.-** Mujeres de edades entre 25 y 40 años. Con más de dos años de residencia y menos de cinco en la CAPV. En estado civil de casadas, separadas y solteras. Con y sin hijos e hijas (en la CAPV y en los países de origen). En situación paritaria de legalidad y sin papeles. Empleadas y desempleadas. Estrato socio-cultural y económico el modal del colectivo. Provenientes de Sudamérica. Se realizó en Bilbao con personas residentes en la capital y municipios del resto de Bizkaia.

**Grupo 4.-** Mujeres de edades entre 25 y 40 años. Con más de dos años de residencia y menos de cinco en la CAPV. En estado civil de casadas, separadas y sol-

teras. Con y sin hijos e hijas (en la CAPV y en los países de origen). En situación paritaria de legalidad y sin papeles. Empleadas y desempleadas. Estrato socio-cultural y económico el modal del colectivo. Provenientes de la Europa no Comunitaria. Se realizó en San Sebastián con personas residentes en la capital y municipios del resto de Gipuzkoa.

Se formó, asimismo, un quinto grupo de personal socio-sanitario:

**Grupo 5.-** Sanitarios y sanitarias empleadas en la red pública de Salud. Con presencia de profesionales de Atención Primaria, Especialistas y Atención Hospitalaria (incluida urgencias). Provenientes de diferentes centros sanitarios de los tres territorios de la Comunidad. Se realizó en San Sebastián.

En segundo lugar se desarrolló la línea cuantitativa. El instrumento utilizado para la obtención de datos sobre los inmigrantes que residen en la Comunidad Autónoma Vasca fue la encuesta, para la que se elaboró un cuestionario de cincuenta y cuatro ítems que recogió los temas base del estudio.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizaron los datos sobre los inmigrantes extracomunitarios publicados por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2003. Se consideraron un total 37.060 personas. Considerando un margen de error de +/- 3,9% y un nivel de confianza del 95,5% se estableció una muestra de 618 personas.

La elección de las personas a entrevistar se hizo mediante la técnica de "puntos de encuentro". Se seleccionaron rutas aleatorias por las calles y plazas de mayor tránsito y se abordaba a las personas en la calle posibilitando así encontrar a personas no censadas que tenían en la calle su espacio vital de residencia.

Hay que mencionar el resultado aparentemente dispar, en lo que se refiere a salud mental, que se aprecia entre el estudio cuantitativo y el cualitativo. Las respuestas del cuantitativo son cerradas y sin demasiado margen para matizarlas y las del cualitativo son abiertas y con la posibilidad de madurarlas y desarrollarlas, por lo que es posible que aparezcan diferencias. Esto no supone una incoherencia sino una complementariedad entre ambos análisis.



## 4. RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO

En las sesiones grupales se propició la liberación de un discurso inicialmente contextualizador de la situación vivencial de cada colectivo para, en segunda instancia, abordar específicamente la percepción de la salud y sistemas sanitarios.

En las cuatro primeras sesiones grupales emana un consenso transversal en la idea de que Euskadi es diferente -imaginario de comunidad que dista mucho de los estereotipos utilizados en los años sesenta por el Estado para atraer el turismo extranjero a la península-, pero existen muchos matices que sería necesario analizar en cada colectivo. Los motivos para emigrar de estas personas los podríamos resumir en el deseo de lograr una mejor situación económica y calidad de vida para sus familias. Esta misma ilusión les ayudó a hacer frente y superar las dificultades del choque y de la convivencia en su nueva residencia.

La convivencia en el País Vasco entre la población inmigrante y autóctona no se percibe igual por todos los grupos. La mayoría considera que vive en una sociedad de encuentro que preforma la imagen del que llega desde el desconocimiento y el prejuicio. Mientras el grupo de hombres provenientes del Magreb hace una continua referencia al diferencial religioso como motivo de rechazo, desde el grupo proveniente del África Subsahariana la diferencia se construye en clave exclusivamente cultural.

Todos/as coinciden en las grandes dificultades que encuentran para acceder a una vivienda. A la carencia de la misma, se le suma la falta de papeles o situación irregular de muchos, la falta de contrato laboral y en muchos casos declaran un racismo encubierto por parte de los arrendatarios. Todo esto les lleva, en muchas ocasiones, al hacinamiento como única solución y a vivir en condiciones insalubres.

El marco legal en muchas ocasiones les impide acceder al mercado laboral o les obliga a aceptar cualquier tipo de empleo y condición. Las mujeres provenientes de Sudamérica consideran que las mujeres tienen menos dificultades que los hombres para integrarse en el mercado laboral porque se mueven en la ilegalidad extendida de lo doméstico. Las mujeres provenientes de los países del Este sin embargo, consideran que el motivo es su mayor disposición a trabajar en cualquier puesto de trabajo. Todos/as consideran que la población inmigrante se ubica en los escenarios más desprestigiados y no deseados por la población nativa. Los hombres del África Subsahariana opinan que ellos hacen el trabajo en la oscuridad, donde no se les ve, como si no pudieran actuar en los espacios de la luz, de la transparencia social.

Podríamos concluir este análisis de la situación vivencial con la manifestación de la necesidad de una acción de conocimiento mutuo entre las personas foráneas y autóctonas, que tendrá su fundamento en la educación, la cultura y el intercambio. Y ello pasa, inicialmente, en el habla del propio grupo, por cambiar el concepto de inmigrante por conceptos como vecino/a, ciudadano/a... que ayuden a que las/los niñas/os, primero vean a la población inmigrante desde la proximidad y la normalidad cotidiana.

En el caso de los discursos relacionados con la salud, éstos se muestran unvocos al analizar la mejora percibida para ellos/as y sus familiares en la asistencia sanitaria. A pesar de ello, declaran diversos problemas relacionados con la salud mental. El grupo de mujeres sudamericanas denota un consenso explícito sobre la vivencia de una situación de ansiedad y estrés; en ocasiones manifiestan una carga de responsabilidad y de expectativas que si no se cumplen devienen en la enfermedad depresiva. Los hombres magrebíes sin embargo, reconocen que la ansiedad y la mayoría de las patologías sentidas están generadas por la preocupación por sus seres queridos en la distancia. El grupo de mujeres provenientes de los países del Este opinan que la intensidad de la jornada laboral, el tipo de empleo que requiere esfuerzo físico continuado y la falta de apoyo familiar, desemboca necesariamente en una situación de estrés que remite a medida que se supera el proceso inicial de adaptación.

Al analizar los discursos relacionados con la atención sanitaria recibida se manifiesta en primer lugar, una satisfacción asistencial frente a la situación de carencia precedente: la mejora de la atención recibida, su carácter universal y la de gratuidad. A diferencia del sentimiento de desigualdad en el ámbito socio-laboral, al encarrar el tema de la atención sanitaria, el eje de la igualdad en el trato y atención aflora en todos los relatos y testimonios aportados.

Las dificultades, cuando las hay, emanan en su mayoría por cierta falta de información de procesos burocráticos y por la dificultad con el idioma. Aunque las personas que no hablan el castellano reconocen en los/las profesionales sanitarios/as el esfuerzo para desarrollar estrategias de habla y escucha activa.

Tanto en los grupos de mujeres como de hombres se reconoce una preocupación y necesidad de información sobre temas relaciones con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. También en el grupo de hombres subsaharianos se demanda la especialización en atención y medicamentos propios de enfermedades tropicales.

Como aspecto mejorable, señalan la necesidad de que la información, en especial en el ámbito de prevención y hábitos saludables, llegue a los inmigrantes. Ellos/as no están habituados a acceder a los medios de información locales y las dificultades con el idioma no les permite recoger la información que se distribuye en campañas preventivas. Por ello, demandan que desde el propio sistema sanitario se piense en una estrategia para llegar al colectivo, con nuevas ideas de comunicación.

En el grupo de discusión con sanitarios/as existe una idea de consenso manifiesto: es la saturación de las consultas en todos los niveles asistenciales, y que se

manifiesta en su grado máximo en las urgencias, que en la mayoría de las ocasiones no serían tales, sino un recurso utilizado por los colectivos que están de paso, que no quieren entrar en la dinámica de protocolo asistencial de ser censados o controlados, o que al ser un servicio de 24 horas se identifica como una asistencia a la carta. En términos de sociedad global, debe entenderse el uso de las urgencias como una derivación de la mentalidad de la sociedad de la inmediatez. De este referente de comportamiento tampoco escapar a la población autóctona.

En el marco específico al que han llegado en los últimos años, el grupo de profesionales sanitarios/as apuntan la aparición de enfermedades que aquí se encontraban prácticamente desaparecidas. Las condiciones de hacinamiento en las viviendas determinan los procesos de contagio y la dificultad de aislar a las personas enfermas para su tratamiento.

En conjunto y respecto a la población inmigrante, se piensa que son máximos frequentadores de los servicios que la población autóctona, al menos en los primeros meses de su arribo a la CAV, conscientes de la calidad asistencial existente. En opinión de los/las profesionales sanitarios/as, a veces los/las pacientes no son máximos que personas que necesitan ser escuchadas por alguien, superar ese referente social de aislamiento, de la comunicación dominante. También señalan la falta de continuidad en los procesos de tratamiento, en especial en el área de psiquiatría.

En los discursos de los/las profesionales sanitarios/as relacionados con las distintas situaciones que acontecen en consulta existe consenso en el matiz de las diferentes culturas de los/las usuarios/as que provienen de otros contextos étnicos. Hay una reflexión que da sentido a todos los relatos: "falta de comunicación, porque no hay conocimiento de las diferentes culturas". Por ello, no se sabe hasta dónde indagar, dónde está la frontera entre el necesario saber médico y la posible intimidad del o la paciente extranjera.

Los/las profesionales sanitarios/as también encuentran diferencias significativas entre la población inmigrante según su procedencia. Entre la población árabe observan grandes diferencias entre hombres y mujeres. Desde su punto de vista, la sociedad magrebí se vislumbra como machista, que somete a la mujer al espacio de la privacidad y a la supeditación del marido, que ubica a la mujer en una situación de dominación y dependencia.

En el caso de la población sudamericana, dentro del grupo de profesionales de la salud existe consenso en la idea de que presentan una mayor frecuentación y nivel de demanda asistencial. Existen además una cierta cultura de la eficacia de la atención en términos de medicación de la consulta. En este grupo de inmigrantes también se reivindica, en las primeras consultas, la realización de pruebas específicas de análisis y control o "chequeo integral", sin que el/la profesional haya detectado patologías que las requieran.

En el caso de las mujeres, se constata la demanda máxima centrada en la especialidad de ginecología y en la solicitud de tratamientos



relacionados con la salud sexual y reproductiva. También se solicita una mayor presencia de personal proveniente de trabajo social al hablar de temas relacionados con los malos tratos. Se detecta su existencia, pero las mujeres, en la mayoría de las ocasiones, no quieren hablar de ello o lo toleran como práctica habitual en algunos estratos sociales de sus lugares de origen.

En la población de origen oriental, se constata el recurso a la medicina tradicional propia. Este colectivo presenta una baja utilización de los servicios sanitarios. Igual comportamiento se manifiesta entre la población de origen europeo, en este caso debido a su intensidad de trabajo, mayor entre las mujeres que suelen estar internas y tienden a acudir solo en situaciones de elevada necesidad.

#### 4.1. Conclusiones

El relato final del grupo de sanitarios/as se torna creativo en torno a proponer líneas de intervención que puedan ayudar a generar una racionalización en la atención al/la paciente y que puedan paliar, si ello es posible, la saturación del sistema sanitario en general y de sus consultas en particular.

- La necesidad de dotar de personal específico para la formación de los/las pacientes en la cultura sanitaria al uso en Osakidetza.

- Se debería instaurar formación para los/las propios/as sanitarios/as, cursos específicos de atención a la población inmigrante.

- Contactar con organizaciones de inmigrantes y las que trabajan con este colectivo para formarles en la mediación.

- La prevención y la información superan la acción diaria de consulta. El tiempo es una magnitud que escapa a los/las sanitarios/as.

- Faltarían líneas de actuación en la interculturalidad, promovidas desde el propio sistema sanitario.

- Se propone crear protocolos de actuación en diferentes idiomas.

- Finalmente, se propone la idea de crear un documento que refleje el historial médico del/la paciente inmigrante, dada su situación de itineración por los distintos centros sanitarios dentro y fuera de la Comunidad Autónoma Vasca; siempre desde el prisma de que no debiera presentarse bajo la idea de control del colectivo inmigrante, ya que se detecta una sensibilidad social en este tipo de cuestiones.



## 5. RESULTADOS ESTUDIO CUANTITATIVO

### 5.1. Datos sociodemográficos

Según los datos del INE del año 2003 en la CAPV existen un total de 37.060 inmigrantes correspondientes a las siguientes procedencias: el 50% a América Latina, el 28% al Magreb, el 7% al resto de África, el 10% a Europa extracomunitaria, y el 5% a Asia.

Los resultados que se exponen a continuación, hacen referencia a los datos obtenidos de la muestra de 618 personas encuestadas y distribuidas según se muestra en la tabla 1.

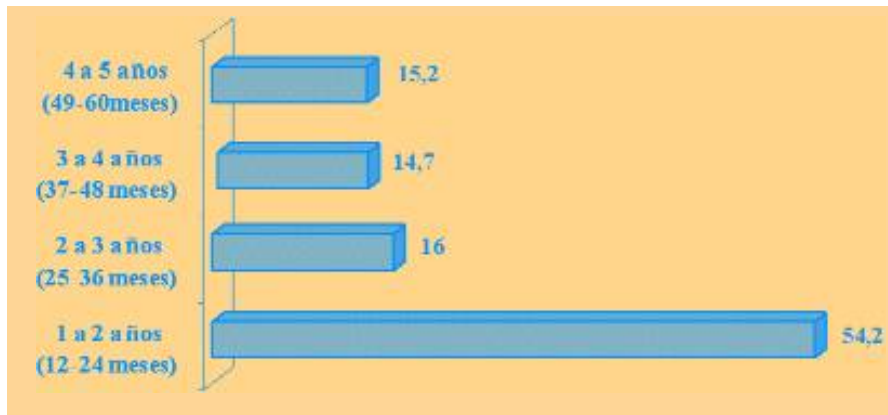
**Tabla 1: Procedencia por TH\* de inmigrantes de la CAPV**

	TOTAL (%)	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
	618	140 (23%)	317 (51%)	161 (26%)
América	375	70	206	99
Asia	40	6	25	9
África	149	49	64	36
Europa	54	15	22	17

(\*Territorio Histórico)

El periodo de residencia en la CAPV es inferior a 2 años en el 54,2% de inmigrantes, entre 2 y 4 años en el 30% e inferior a 5 años en el 15,2% (gráfico 1). La media del tiempo de residencia en meses por territorio histórico es de 38,5 en Araba, 27,8 en Bizkaia y de 25,2 en Gipuzkoa. En relación a la procedencia de los y las inmigrantes de la CAPV, un 61,6% habrá llegado directamente a la CAPV y el 38,45% habrá residido en otras autonomías del Estado español. Un 75% se encuentra empadronado y el 25% no.



**Gráfico 1: Tiempo de residencia en la CAPV (%)**

La media de edad es de 32 años y el 50,7% son mujeres y el 49,3% hombres. En la variable sexo y teniendo en cuenta la zona de procedencia, un 60,2% que provienen del continente americano son mujeres y solamente 33,5% las de origen africano.

En relación al estado civil, el 40% es soltero, el 42% casado y el 11% convive con pareja. Los datos obtenidos referentes al nivel de estudios señalan que el 19% no tiene estudios, el 35% primarios, el 34% secundarios y el 10% universitarios. En relación a la red familiar, el 80% tiene algún familiar en la CAPV. Los datos referentes a estas variables por países de origen se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2: Porcentajes en relación al estado civil, nivel de estudios y red familiar residiendo en la CAPV**

	TOTAL	América	Asia	África	Europa
	618	375	40	149	54
<b>Estado Civil</b>					
Soltero/a	40%	39%	23%	50%	35%
Casado/a	42%	40%	70%	38%	53%
Convive con pareja	11%	16%	-	4%	7%
Separado/a-divorciado/a	5%	4%	6%	6%	4%

Viudo/a	1%	1%	-	2%	-
---------	----	----	---	----	---

**Nivel de estudios**

Sin estudios	19%	12%	22%	38%	21%
Primarios	35%	35%	34%	35%	32%
Secundarios/F.P.	34%	42%	25%	18%	33%
Universitarios/as	10%	10%	19%	7%	14%
NS/NC	1%	1%	-	2%	-

**Red familiar**

Ninguno	20%	14%	4%	37%	21%
Pareja	45%	48%	62%	28%	54%
Hijos/as todos	28%	29%	39%	19%	39%
Hijos/as algunos/as	5%	5%	6%	4%	4%
Padre	10%	11%	4%	9%	5%
Madre	14%	17%	6%	11%	9%
Otros familiares	45%	48%	73%	35%	37%

A través de la encuesta se obtuvieron datos relacionados con la situación legal. Tal y como se muestra en la gráfica 2, el 50% tiene la documentación requerida, el 33% no, 11% está en proceso de tramitación, y el 6,6% tiene la condición de estudiante y/o turista.

**Gráfico 2: Situación legal de los inmigrantes de la CAPV (%)**



Con respecto a la situación laboral del colectivo de inmigrantes, un 22% tiene trabajo fijo, el 21% contrato eventual, el 30% tiene trabajo ocasional y el 27% está sin trabajo. En relación a la accesibilidad a la vivienda, un 75% refiere dificultades para obtener una vivienda, mientras que el restante 25% responde que no. En cuanto al número de convivientes, el 61% de las personas encuestadas conviven entre 3 a 5 personas y el 23% conviven 6 o más. Los datos obtenidos sobre las relaciones personales indicaron que un 81% se relaciona con gente de su país, el 67% tienen amistades del lugar de residencia, el 43% de otros países y el 16% solo conocidos.

La situación laboral de la muestra estudiada correspondiente a las personas inmigrantes de la CAPV por zona de origen, se representa en la tabla 3.

**Tabla 3: Situación laboral según país de origen de inmigrantes en la CAPV**

Situación laboral	TOTAL	América	Asia	África	Europa
	618	375	40	149	54
Trabajo fijo	22%	21%	70%	14%	20%
Trabajo eventual	20%	21%	--	26%	18%

Trabajo ocasional (sin contrato)	30%	38%	10%	16%	25%
Sin trabajo	27%	20%	20%	44%	36%

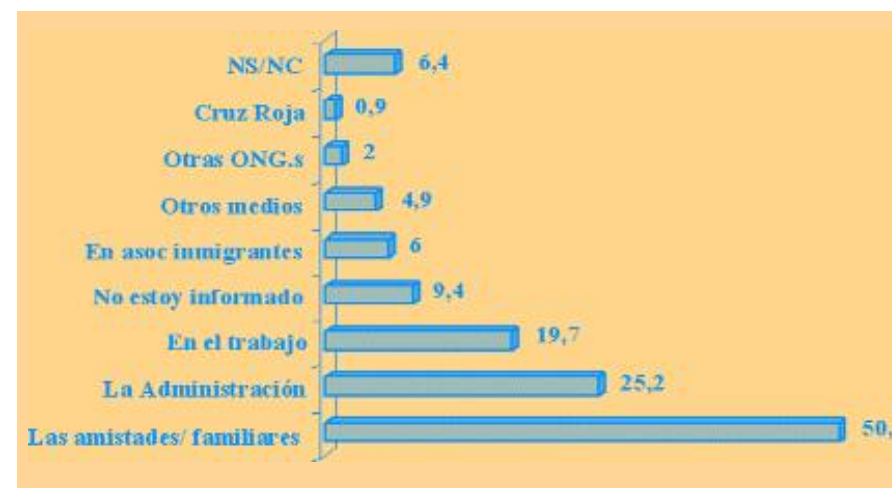
## 5.2. La salud

A continuación se detallan los resultados de las variables estudiadas en la encuesta en relación con la salud de los y las inmigrantes de la CAPV.

### 5.2.1. Utilización de los servicios sanitarios

Respecto a la disponibilidad de la tarjeta sanitaria, la investigación arrojó los siguientes datos: el 65% dispone de tarjeta, el 25% no y el 10% tiene la tarjeta temporal. El 50% de las personas inmigrantes conocen el acceso a la asistencia sanitaria por las amistades y/o familiares, el 25% por la administración y un 20% por el trabajo. Los datos detallados se expresan en el gráfico 3.

**Gráfico 3: Fuentes de información para la población inmigrante de la CAPV, sobre asistencia sanitaria (%)**



En los últimos meses, el 49% ha acudido a algún servicio sanitario. De éstos, el 32% lo han hecho de 1 a 3 veces y el 20% 4 o más. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor de espalda (19%), revisión (19%), proceso catarral (18%)

y gripe (16%). El médico de familia fue el servicio más consultado (63%). El 20% de las personas consultadas no acudió a ningún servicio asistencial durante su residencia en la CAPV. El 95% de personas que han acudido a un servicio sanitario han seguido las instrucciones indicadas.

### 5.2.2. Determinantes de la salud

Un 49% bebe alcohol ocasionalmente, el 46% no lo consume y el 4% lo consume diariamente. En relación al tabaco, el 62% es no fumador.

**Tabla 4: Porcentaje según sexo de determinantes de salud**

Sexo	Tabaco	Alcohol	Deporte	Control T.Arterial	Control colesterol	Vacunas
Hombre	51%	64%	21%	15%	11%	5%
Mujer	25%	43%	9%	20%	17%	5%

El 51% de las mujeres no realiza consultas preventivas ginecológicas, el 19% acude a consultas de planificación familiar.

### 5.2.3. Salud percibida

El 49% percibe su salud como normal, el 37% buena, el 7% muy buena y el 6% mala. El 61% de los y las encuestadas respondieron que la percepción de su salud actual respecto a la de su país de origen no ha variado. En un 53% la salud física o emocional no interfiere en la vida cotidiana, mientras que en el 47% supone dificultades ocasionalmente.

**Tabla 5: Percepción del estado de ánimo durante el último mes (%)**

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Rara vez
Muy nervioso/a	23.4	26,0	48.7
Moral baja	20.8	25,1	52.8
Desánimo y tristeza	24.5	33,5	39.8
Calma y con gran tranquilidad	53.1	29,1	15.5
Feliz	53.7	30,5	13.5

Los problemas de salud más frecuentes en el último año fueron cefaleas (35%), dolores de columna (26%), problemas dentales (17%), de nervios (11%) y oculares (7%).

### 5.2.4. Valoración del sistema sanitario

En este apartado se consultó por el trato personal recibido, la atención profesional, explicación del tratamiento, solución de la dolencia y la comunicación. Todos los resultados se expresan en la tabla 6.

**Tabla 6: Valoración de los servicios sanitarios públicos por el colectivo inmigrante**

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	No ha acudido
Trato personal	1,7%	1,4%	6,5%	42,5%	23,7%	22,8%
Atención profesional	1,4%	1,4%	4,4%	38,0%	30,5%	22,8%
Explicación tratamiento	2,1%	1,1%	6,3%	37,0%	29,1%	22,8%
Solución problema	2,2%	2,2%	7,7%	35,5%	28,3%	22,8%
Comunicación	2,9%	1,5%	7,4%	34,8%	29,3%	22,8%

## 5.3. Conclusiones

### 5.3.1. Datos sociodemográficos

El periodo de residencia en la CAPV es inferior a 2 años en el 54% de los y las encuestadas, dato que queda justificado por la metodología del trabajo, ya que se estableció en el estudio encuestar a ciudadanos cuya residencia en la CAPV fuese por un periodo superior a un año e inferior a 5 años. Sin embargo, se destaca de la muestra estudiada el tiempo de residencia en cada uno de los Territorios ya que el tiempo de residencia en Araba es significativamente superior al de Bizkaia y Gipuzkoa.

La media de edad fue de 32 años y en la distribución por sexos, las personas que provienen del continente americano son mujeres en el 60% de los casos.

Del total del colectivo encuestado, el 40% está soltero y en el análisis de la red familiar que le acompaña, solamente el 4% de asistentes expresa ausencia de proximidad de familiares, mientras este porcentaje aumenta al 37% cuando se trata de la población de origen africano.

Un 19% no tiene estudios y este porcentaje se duplica en la población de inmigrantes de origen africano.

Un 33% no tiene la documentación reglamentaria completa y un 75% está empadronado.

La situación laboral refleja que solamente el 22% de los y las encuestadas tiene trabajo fijo, el 51% eventual/ocasional y el 27% está en paro.

Un 75% presenta dificultades para obtener vivienda y el 23% convive con seis o más personas en la misma vivienda.

### 5.3.2. Salud

Un 75% de las personas encuestadas dispone de tarjeta sanitaria. La información sobre la asistencia sanitaria en la CAPV se obtuvo principalmente por familiares o amigos (50%), en el trabajo (20%) y por vías administrativas (25%).

Durante el último medio año un 50% recibió asistencia sanitaria y los motivos de consulta más frecuentes fueron los procesos respiratorios agudos (40%), dolor de espalda (19%) y revisión (19%).

El 51% de hombres y el 25% de mujeres son fumadores. Controles de tensión arterial y colesterol lo realiza aproximadamente el 15% en ambos sexos. Un 51% de las mujeres no realiza consultas preventivas ginecológicas y el 19% acude a consultas de planificación familiar.

La mitad de los y las encuestadas percibe su salud como normal y el 61% no percibe cambio en su salud respecto a su país de origen. Los problemas de salud físicos más frecuentemente percibidos son las cefaleas, dolores de columna, problemas dentales, de nervios y oculares. Con respecto al estado de ánimo la mitad manifiesta estar la mayor parte del tiempo tranquilos/as y un 25% frecuentemente está en nerviosos/as.

Un 75% de las personas encuestadas ha acudido a servicios sanitarios y la valoración que realiza de la atención recibida es buena en la mitad de ellos, tanto en el trato personal recibido, comunicación, atención del profesional, explicación del tratamiento y solución del problema de salud.



## 6. NOTA FINAL

A pesar de los datos satisfactorios que esta investigación ha arrojado sobre la percepción que la población inmigrante extracomunitaria tiene de la sanidad pública vasca, tras el análisis de los datos y conclusiones obtenidas en los estudios cualitativo y cuantitativo realizados acerca de la situación sociodemográfica y de salud de la población inmigrante extracomunitaria en la CAPV, este trabajo apunta finalmente que hay una línea claramente en la que se debe trabajar: la interculturalidad.

Tanto el colectivo inmigrante como el sanitario han manifestado el desconocimiento mutuo existente. La población inmigrante manifiesta, sobre todo, la falta de información acerca de los procesos burocráticos, la prevención y la adopción de hábitos saludables. El colectivo sanitario, por su parte, centra su atención en la necesidad de la formación tanto de los pacientes potenciales como de los sanitarios y en la mediación que en esta vía deben tener las organizaciones de inmigrantes y las que trabajan con este sector poblacional.

El grupo de profesionales sanitarios ha dejado patente que la prevención y la información superan la acción diaria de las consultas médicas, dada la saturación de las mismas. Así, parece pertinente recomendar el planteamiento de vías de trabajo que superen estos problemas a los que tanto el colectivo sanitario como el inmigrante comunitario se enfrentan. Es éste un trabajo que corresponde llevar a cabo a todos los actores sociales en conjunto.

