

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD DIRIGIDO A LAS PERSONAS REFUGIADAS DE BREMEN

Zahra Mohammadzadeh

Médica. Departamento de Salud Pública de Bremen. Alemania.

El Programa de atención de salud dirigido a las personas refugiadas de Bremen se inició en 1993. Sus principales componentes son los siguientes:

- en el caso de las personas solicitantes de asilo, se aprovecha el examen médico de «primer contacto» obligatorio, conforme al artículo 62 de la Ley sobre el procedimiento de asilo, para comprobar su estado general de salud y diagnosticar cualquier indicio de enfermedades o trastornos específicos
- se realizan exámenes de control, tanto de las personas solicitantes de asilo como de las/los refugiados de guerra, y se les ofrece asesoramiento médico sobre los problemas de salud y también sobre otros factores que influyen sobre la salud, como alojamiento, nutrición, higiene, etc.
- si se diagnostica alguna enfermedad o trastorno, se les ofrece tratamiento inmediato en los casos leves
- si los síntomas son más graves, se les remite a profesionales generalistas o especialistas de los servicios de salud pública para su adecuado tratamiento o ulteriores medidas de diagnóstico
- se realiza una evaluación científica de los procedimientos de examen y sus resultados.

En Alemania las prestaciones en materia de atención de salud de las personas solicitantes de asilo y de los refugiados y refugiadas de guerra son muy restringidas. Una ley especial –la *Asylbewerberleistungsgesetz* (Ley sobre prestaciones sociales para los solicitantes de asilo)– promulgada en junio de 1993, las restringió, sin embargo, todavía más, ya que reduce la atención médica al tratamiento de las afecciones agudas y estados dolorosos, y a algunas prestaciones dirigidas a las mujeres encintas y madres de criaturas recién nacidas, además de las medidas de inmunización. En Bremen se ha diseñado, no obstante, un programa de atención sanitaria dirigido a estas personas, que se apoya en el fundamento de otra ley –la *Asylverfahrensgesetz* (Ley sobre el procedimiento de asilo)–, que requiere el examen médico para la detección de enfermedades infecciosas de las personas inmigrantes que viven en instalaciones colectivas, situación a la que se ven obligadas durante su primer año de estancia y a veces incluso más. Esta ley deja, sin embargo, la definición de la amplitud del examen a la discreción de la autoridad competente del Estado federado.

En Bremen esta discrecionalidad se ha aplicado en tres aspectos:

(1) se ofrecen exámenes médicos totalmente voluntarios a las personas inmigrantes hospedadas en albergues de refugiados

(2) los exámenes radiológicos se limitan a los casos en que está indicado un diagnóstico más metódico (y no se aplican simplemente de manera rutinaria a todos los recién llegados de cualquier otro país)

(3) el programa del examen de «primer contacto» se complementa con unos protocolos más completos destinados a ofrecer una atención sanitaria holística a los/las emigrantes que llegan a Bremen. Ésta incluye:

- algunas primeras medidas, muy modestas, encaminadas a influir sobre las actuaciones en materia de infraestructura, planificación urbanística, otros aspectos sociales, etc., con el objetivo de promover la integración de las personas inmigrantes,
- mejora del entorno social y sobre todo del entorno urbano en el que viven las personas inmigrantes,
- apoyo a los proyectos y otros programas de atención social mediante la oferta de información y otras medidas de formación sobre las necesidades sanitarias y sociales de las personas inmigrantes.

La aceptación del programa en

los albergues oscila entre un 60% y un 70%. La mayor parte de las personas que acuden a él llevan menos de un año en Bremen. Las que realizan el examen médico de «primer contacto» en el centro de acogida llevan, como media, menos de seis semanas allí. Por consiguiente, los diagnósticos observados sólo revelan una parte del problema real, ya que el procedimiento legal de solicitud de asilo ocupa tanto tiempo a las personas durante los primeros meses, que es muy posible que algunos problemas de salud queden relegados a un segundo plano durante este período. En cualquier caso, los diagnósticos que dan lugar a una referencia para recibir ulterior atención se consideran preliminares, ya que el médico o médica o el servicio de salud pública a quienes se remite a los/las pacientes adoptarán nuevas medidas de diagnóstico. En este momento no se realiza una evaluación sistemática del historial de los/las pacientes tras su referencia para ulterior atención, si bien se remiten al médico o médica del albergue los informes médicos posteriores.

A continuación, voy a ofrecerles algunos detalles sobre el programa en sí, tal como se desprenden de los datos recopilados como base para la evaluación científica.

Como pueden ver (Tabla1), en 1999 se realizaron 2.940 exámenes médicos. Éstos fueron efectuados por un médico y una médica en el albergue de refugiados. Los contactos abarcaron a un total de 1705 pacientes. Por lo tanto, el grado de participación en el programa de atención de salud corresponde a un promedio de 1,7 contactos

Tabla 1
Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra

Período: 1999

Número total de exámenes médicos	2.940
Número total de pacientes examinados	1.705
Número medio de contactos por paciente	1,7

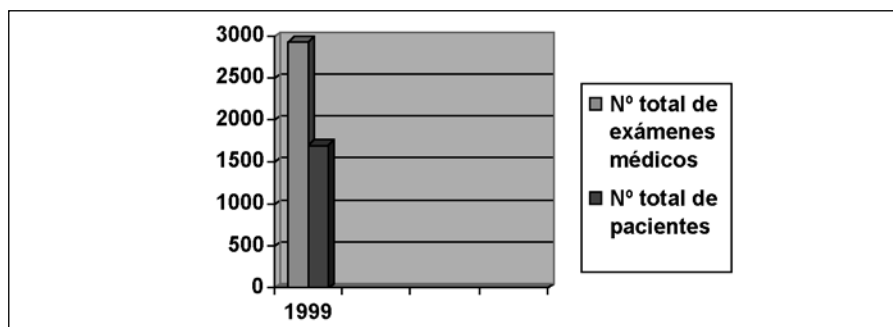
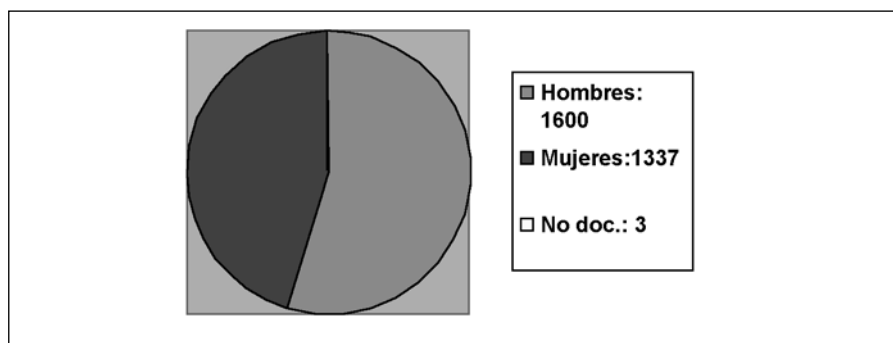


Tabla 2
Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra

1999

Proporción de mujeres y hombres entre los pacientes que acudieron a las revisiones médicas

sexo	nº de exámenes médicos	% del total
Mujeres	1.337	45,5
Hombres	1.600	54,4
Sexo no documentado	3	0,1
Total	2.940	100



por paciente. No obstante, esta media sólo es, en realidad, un indicador general. Los contactos individuales oscilaron desde uno solo hasta veinte o, en casos extremos, incluso treinta contactos por paciente. La tabla 2 muestra la relación entre hombres y mujeres en los pacientes que acudieron a las revisiones médicas:

El grado de participación en las revisiones médicas también varió según el sexo. Un 45,5% de los exámenes médicos –o sea, 1.337– se realizaron a mujeres; un 54,4% –o sea, 1.600– se realizaron a hombres. En tres casos no consta el sexo del paciente. Esto podría inducirnos a suponer que la participación masculina fue superior. Conviene considerar, no obstante, la relación entre hombres y mujeres no sobre el total de exámenes

realizados, sino teniendo en cuenta el número de pacientes que participaron en el programa.

Como pueden ver (Tabla 3), un 49,1% de los pacientes fueron mujeres, un 50,85%, hombres y en un caso, no consta el sexo de la persona. Por lo tanto, salta a la vista que el número de hombres examinados fue ligeramente superior al de mujeres. Si combinamos ambas tablas, podemos constatar que el número medio de contactos por paciente fue de 1,85 en el caso de los hombres –o sea, ligeramente superior a la media global de 1,7 contactos por paciente–, mientras que en el caso de las mujeres la media fue sólo de 1,6 contactos, ligeramente inferior a la media global.

De estos datos parece desprenderse que el grado de participa-

ción de los hombres en el programa es superior al de las mujeres; y esto es cierto en el caso del grupo de pacientes atendidos en el marco del programa. Sin embargo, la situación varía cuando se considera el grupo total de personas inmigrantes que reúnen las condiciones para acceder al programa. Este grupo total incluye a un número mucho mayor de hombres que de mujeres, hasta el extremo de que en 1999 la relación entre refugiados y refugiadas fue de 3 a 1 o incluso de 4 a 1; por lo tanto, si se tiene en cuenta que las mujeres constituyen sólo una cuarta o una quinta parte de la clientela, su grado de participación resulta ser muy superior al de los hombres. El programa llega de manera más intensiva a las mujeres, comparadas con los hombres.

Otra tabla interesante (tabla 4) es la que muestra los grupos de edad a los que pertenecían los pacientes que participaron en el programa.

El mayor número de pacientes atendidos en 1999 en el marco del programa se concentra en el grupo de edad de 17-34 años. Existe una diferencia bastante importante entre este grupo máximo y el segundo más numeroso, que es el de las personas de 35-50 años. Estas proporciones reflejan aproximadamente la composición por edad de todas las personas inmigrantes hospedadas en los albergues para refugiados.

Como parte del examen de salud, los médicos y médicas están obligados a realizar un examen físico y, además, pueden ofrecer recomendaciones de carácter general y tratar los problemas leves en

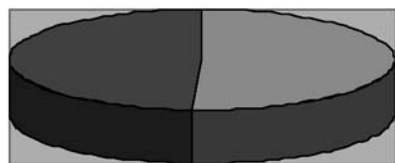
Tabla 3

Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra

1999

Número de mujeres y hombres examinados

<i>sexo</i>	<i>n° de pacientes</i>	<i>% del total</i>
Mujeres	837	49,10
Hombres	867	50,85
Sexo no documentado	1	0,05
Tota	1.705	100,00



■ **Hombres: 867**
 ■ **Mujeres 837**
 □ **No doc.: 1**

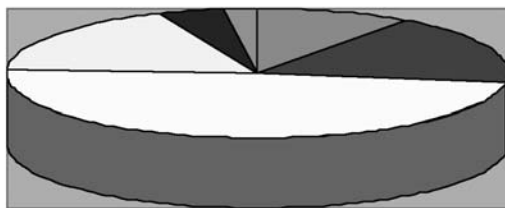
Tabla 4

Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra.

1999

Grupos de edad de las y los pacientes examinados

Edad	nº pacientes	% del total
0-5 años	172	10,1
6-16 años	290	17,0
17-34 años	832	48,8
35-50 años	302	17,7
+ 50 años	73	4,3
No documentada	36	2,1
Total	1.705	100



- 0-5 años: 172
- 6-16 años: 290
- 17-34 años: 832
- 35-50 años: 302
- +50 años: 73
- No doc.: 36

número de personas con unos antecedentes culturales muy distintos. Para que puedan hacerse una idea de la situación en Bremen, las tablas 6-7 muestran los países de origen de las/los pacientes que atendimos en 1999.

El subgrupo más numeroso, con mucha diferencia –más de una cuarta parte en 1999–, procedía de las diferentes regiones de la antigua Yugoslavia. En el mismo no se incluye Kosovo, de donde declararon proceder tanto kosovares como albaneses, ni Macedonia, que en 1999 supuso, no obstante, un grupo muy reducido, incluido en la categoría de «otros». El segundo y el tercer subgrupo, con una cifra casi equivalente, procedían de Turquía e Irán. A continuación seguía un país del África negra: Sierra Leona. De estos tres países procedían entre un 10 y un 12% de pacientes en cada caso. La diferencia de cada una de estas tres culturas de origen con respecto al 25% de la antigua Yugoslavia era, por lo tanto, bastante significativa. También es considerable, asimismo, la diferencia con respecto al grupo medio, con porcentajes que oscilan entre el 2 y el 6,5 %. Y dentro de este grupo encontramos una enorme diversidad, desde el África negra hasta la antigua Unión Soviética y China, pasando por los países islámicos norteafricanos y asiáticos.

Por consiguiente, aunque el número total de personas refugiadas llegadas a Bremen sea reducido (un 1-2 % del total que llegan a Alemania), el Programa de Salud de Bremen y el sistema general de protección social tienen que responder a una amplia diversidad de antecedentes culturales.

el acto. Mediante este sistema, el programa ha conseguido reducir mucho el número de referencias a médicos generalistas, especialistas y hospitales, tal como se puede apreciar en la tabla 5.

Como pueden ver, en 1999, sobre un total de 2.940 revisiones médicas sólo se remitieron 453 casos a los consultorios médicos. La proporción más importante correspondió a los médicos generalistas. Las/los internistas, otorrinolaringólogos, pediatras y, evidentemente, también los dentistas figuran asimismo en el grupo de cabeza, al igual que las/los ginecólogos.

También se transfirió un número relativamente importante de casos a otras dependencias de los

servicios de salud pública. El Programa de Atención de Salud de Bremen depende de la Oficina de Salud Pública. Puesto que uno de los objetivos del programa es ofrecer una atención médica eficaz a las personas inmigrantes y reducir a la vez el coste de las consultas a profesionales privados, la referencia a la Oficina de Salud Pública es un elemento muy importante del sistema.

En esta conferencia también nos proponemos examinar el aspecto de la mediación intercultural. Cualquier programa dedicado a la atención sanitaria dirigida a las personas inmigrantes se enfrenta con el reto de ofrecer una mediación intercultural a un gran

Tabla 5

Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra

1999

Referencia a servicios de salud externos al programa

Referencia a	nº referencias	% del total de exámenes realizados
Consultorios médicos	453	15,4
Hospitales	6	0,2
Otras dependencias de los servicios de salud pública	329	11,2
Total (sobre 2.940 visitas)	788	26,8



■ Consultorios médicos: 453
 ■ Hospitales: 6
 □ Servicios de salud pública

Por lo que respecta al tercer grupo, el de las enfermedades infecciosas y parasitarias que representan el 16% de los diagnósticos, cabe destacar que la experiencia de Bremen confirma el temor, muy extendido en Alemania, a que las personas inmigrantes sean, sobre todo, portadoras de enfermedades infecciosas muy graves. La tuberculosis es, evidentemente, motivo de creciente preocupación, al igual que la hepatitis. Sin embargo, la propagación de estas enfermedades parece presentar, como mínimo, una correlación tan importante con las condiciones sociales en las diversas fases del proceso migratorio como con el país o continente de origen de la persona inmigrante. Sería muy interesante conocer la opinión de colegas informados de otros países al respecto.

Lo señalo porque en Alemania se ha introducido un cambio que también afecta al Programa de Salud de Bremen. Desde sus inicios hasta 2000, en Bremen se trabajó sobre la base de la absoluta voluntariedad y no se realizaban exámenes radiológicos, apelando a la ausencia de pruebas fehacientes de su necesidad; actualmente, existe una normativa que exige la participación obligatoria de las perso-

La tabla 8 indica los diferentes diagnósticos observados en los exámenes médicos.

Sin entrar en demasiados detalles, la tabla muestra la definición de los diagnósticos realizados en el marco del programa de salud conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión, a fin de facilitar al máximo las comparaciones y el análisis de tendencias.

Los diagnósticos más frecuentes son, con mucha diferencia, los relativos a enfermedades del sistema respiratorio. Esto puede reflejar hasta cierto punto las dificultades de adaptación a las condiciones climáticas del norte de Alemania, que suelen ser bastante húmedas y frías. El segundo grupo corresponde a las enfermedades del sistema di-

gestivo. Si bien los problemas dentales constituyen, como es obvio, una parte significativa de esta categoría, el estado de salud dental varía mucho según el país de origen. El estado de salud dental de las personas inmigrantes procedentes de Europa oriental suele ser, en general, preocupante; las personas procedentes de África tienen pocos problemas en este aspecto.

Tabla 6

Número de pacientes

■ antigua Yugoslavia 432	■ Irán 297	■ Turquía 204
■ Sierra Leona 177	■ Paquistán 110	■ Siria 91
■ antigua URSS 80	■ Liberia 76	■ Kosovo 60
■ China 43	■ Togo 40	■ África subsah. 39
■ Argelia 34	■ no declarado 29	■ Sri Lanka 28
■ Líbano 26	■ otros 19	■ no document. 10

Tabla 7

Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra.

1999

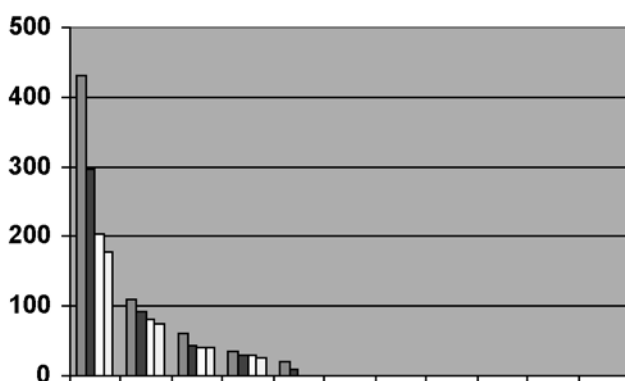
Países de origen de las y los pacientes

País	nº pacientes	% de 1705
Antigua Yugoslavia	432	25,3
Irán	207	12,1
Turquía	204	12,0
Sierra Leona	177	10,4
Paquistán	110	6,5
Siria	91	5,4
Territorios de la antigua URSS*	80	4,7
Liberia	76	4,5
Kosovo	60	3,5
China	43	2,5
Togo	40	2,3
África subsahariana (varios países**)	39	2,3
Argelia	34	2,0
No indicado por el/la paciente	29	1,7
Sri Lanka	28	1,6
Líbano	26	1,5
Otros ***	19	1,1
No documentado	10	0,6
Total	1.705	100

* Federación Rusa, Rusia, CEI, Bielorrusia, Ucrania, Georgia, Moldavia

** Angola, Ghana, Guinea, Congo Brazzaville, Nigeria, Senegal, Somalia, Zaire/Congo

*** Rumania, Bulgaria, Irak, Macedonia, Polonia



nas refugiadas en los exámenes médicos en el momento de su llegada, así como la aceptación de un examen radiológico. El fundamento legal de este procedimiento es la nueva Ley federal de protección contra las infecciones (*Infektionsschutzgesetz*), que es de cumplimiento obligado también en Bremen.

Esto plantea un nuevo reto para el Programa de Salud de Bremen, cuyo anterior enfoque había llegado a convertirse casi en un procedimiento rutinario al cabo de ocho años. Será una prueba para el planteamiento del programa de Bremen constatar si, a pesar de la desaparición de la **voluntariedad** del examen médico de «primer contacto», sigue siendo posible dar prioridad a las necesidades de atención sanitaria de los usuarios y usuarias, en vez de anteponerles las necesidades políticas y económicas de la sociedad receptora.

Tabla 8

Programa de atención de salud dirigido a las personas solicitantes de asilo y refugiadas y refugiados de guerra

1999

Enfermedades definidas según la CIE 10

Diagnóstico	n° de casos	% de 1705
Enfermedades del sist. respiratorio (J00-J99)	701	41,1
Enfermedades del sist. digestivo (K00-K93)	479	28,1
<i>(entre éstas, problemas dentales</i>	119	7,0)
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	273	16,0
Trastornos mentales y de conducta(F00-F99)	47	14,5
Síntomas, etc. no clasificados en otra categoría (R00-R99)	244	14,3
Enf. de la piel y tejidos subcutáneos (L00-L99)	162	9,5
Enf. del sistema musculoesquelético y tejidos conectivos (M00-M99)	157	9,2
Lesiones, etc., como consecuencia de causas externas (S00-T98)	142	8,3
Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los serv. de salud*	136	8,0
Enf. del sist. circulatorio (I00-I99)	87	5,1
Causas de morbilidad externas (V01-Y98)	85	5,0
<i>(entre éstas, sospechas de trauma debido a la tortura)</i>	60	3,5)
Enf. oculares y anexas (H00-H59)	51	3,0
Enf. del sist. genitourinario (N00-N99)	43	2,5
<i>(entre éstas, sist. urinario</i>	20	1,2
<i>sist. genital femenino y mamas</i>	14	0,8
<i>sist. genital masculino</i>	8	0,5
<i>indeterminado</i>	3	0,2)
Otras:		
Embarazo, parto y puerperio (O00-O98)	28	1,7
Enf. del sist. nervioso (G00-G99)	27	1,6
Enf. del oído y del proceso mastoideo (H60-H95)	26	1,5
Enf. endocrinas, nutricionales y del metabolismo (E00-E90)	16	0,9
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	10	0,6
Enf. de la sangre y órganos generadores de la sangre y trastornos que afectan al sist. inmunitario (D50-D89)	5	0,3
Período perinatal (P00-P96)	2	0,1
Neoplasmas (C00-D48)	2	0,1
TOTAL	2.923	— **

** El número de casos es superior al número de pacientes/exámenes, debido a la multiplicidad de diagnósticos por examen.