



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**



PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE SOBRE LOS CUIDADOS DEL EQUIPO DE SALUD QUE CONTRIBUYEN A LA ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN POLICLÍNICAS DE LA INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

Autores:

Alexis Barboza
Daniela Casavieja
Silvana López
Katia Marina
Nicolás Toledo

Tutoras:

Prof. Agda Alicia Guerra
Prof. Adj. Graciela Umpierrez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018

Siglas

APS: Atención Primaria de Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DNM: Dirección Nacional de Migraciones

ESPNA: Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

FNS: Fondo Nacional de Salud

FONASA: Fondo Nacional de Salud

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IM: Intendencia de Montevideo

INE: Instituto Nacional de Estadística

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MRREE: Ministerio de Relaciones Exteriores

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PIP: Plan Integral de Prestaciones

PNA: Primer Nivel de Atención

RAE: Real Academia Española

RAP: Red de Atención Primaria

SAS: Servicio de Atención a la Salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

INDICE

1. Introducción	4
2. Planteamiento del problema	5
3. Justificación	5
3.1 Pertinencia	5
3.2 Uso de los resultados	6
4. Antecedentes	6
5. Marco conceptual	9
6. Marco Referencial	14
6.1 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	14
6.2 Niveles de Atención	16
6.3 Primer nivel de Atención (PNA)	17
6.4. Intendencia de Montevideo: Servicio de Atención a la Salud (SAS).....	18
6.5 Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé	19
7. Objetivos de investigación	20
7.1 Objetivo general	20
7.2 Objetivos específicos	20
8. Metodología	20
8.1 Tipo de estudio	20
8.2 Población	20
8.3 Muestra	21
8.4 Criterios de inclusión	21
8.5 Criterios de exclusión	21
8.6 Recolección de datos e instrumento	21
8.7 Procesamiento y análisis de datos	21
8.8 Consideraciones éticas	22
9. Definición de variables	22
10. Resultados	27
11. Discusión y Análisis	46
12. Conclusiones	50
Sugerencias	50
13. Referencias bibliográficas	52
ANEXOS	59

Resumen

La presente investigación procura identificar la percepción que tiene la población migrante sobre los cuidados del Equipo de Salud que facilitan su accesibilidad a los servicios de salud pública. La población objetivo comprende a las personas migrantes afiliadas a la Administración de los Servicios de Salud del Estado que se atienden en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo Luisa Tiraparé y Barrio Sur. La temática a investigar se justifica por la realidad socio demográfica del Uruguay, que a raíz del actual incremento de los nuevos flujos migratorios, implica la adaptación de los cuidados de los Equipos de Salud a poblaciones culturalmente diversas.

El contexto sanitario actual plantea la problemática de la accesibilidad de la población migrante a los servicios de salud del Primer Nivel de Atención. En este contexto, la pregunta problema apunta a identificar cuáles son los cuidados del equipo de salud que contribuyen a la accesibilidad en la atención, según la percepción de la población migrante que asiste a las policlínicas de la Intendencia de Montevideo Luisa Tiraparé y Barrio Sur. En cuanto a factores incidentes en la accesibilidad, la revisión de investigaciones previas indicó que éstos se vinculan a características socio demográficas de las personas migrantes, tanto como a elementos procedentes del sistema sanitario que las recibe. En el marco conceptual se introducen definiciones relevantes para el estudio y el marco referencial presenta diferentes instancias de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud y más precisamente de la Intendencia de Montevideo. A su vez, expone elementos que enmarcan el trabajo en el contexto social, político e institucional donde se desarrolla.

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva y de corte transversal. La recolección de datos se realizó en un periodo de cuatro semanas comprendido entre el 21 de mayo al 15 de junio de 2018, mediante una encuesta aplicada a 38 usuarios migrantes mayores de 18 años, con un mínimo de tres consultas realizadas en las policlínicas seleccionadas. El perfil socio demográfico de la población demostró un predominio del rango etario comprendido entre 28 y 38 años (47,4%), de género femenino (68,4%), procedente de países de América Latina y del Caribe (98,4%) y con un nivel de instrucción universitario (63,8%).

En cuanto a la valoración de los cuidados del Equipo de Salud, el 92,1% de los encuestados refirió sentir buena recepción en las policlínicas y el 100% manifestó desear seguir con su atención. Los cuidados valorados como más facilitadores en la accesibilidad fueron los relacionados con la comunicación (97,4%) y la calidad del asesoramiento (89,5%). El cuidado cultural - definido por el interés del Equipo de Salud por la cultura y

creencias- resultó ser el menos preponderante, con el 41,2% y 62,5% de respuestas negativas respectivamente.

El proceso permitió obtener información relevante acerca del perfil socio demográfico de la población migrante que se atiende en los servicios del PNA e identificar su percepción acerca de los cuidados que consideran facilitadores en su accesibilidad al sistema de salud.

Así pues, la investigación realizada puede constituir una fuente de información valiosa para los Equipos de Salud y a su vez contribuir a la elaboración de estrategias públicas para la atención socio sanitaria de la población migrante.

Palabras clave: Cuidados, Accesibilidad a los servicios de salud, Migrante, Enfermería Transcultural

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, en el marco de la Licenciatura en Enfermería, Plan 93, como requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo fue planteado por parte de los estudiantes y adaptado a la línea de investigación de Cuidados del Departamento de Enfermería Comunitaria.

Uruguay y particularmente su capital Montevideo, históricamente han recibido un flujo considerable de migrantes. Éste ha ido aumentando en los tres últimos años y también diversificándose en cuanto a sus orígenes. Datos del Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE) y de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) indican que se han tramitado 12500 Residencias para el año 2017 (1). Entre los países solicitantes, predominan los denominados “nuevos orígenes latinoamericanos”, que incluyen países de Latinoamérica y del Caribe (1).

A su llegada, las personas migrantes no siempre poseen los documentos necesarios para iniciar el trámite de residencia y se enfrentan además a tiempos de espera que superan los seis meses para regularizar su situación. La afiliación al Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS) requiere determinados documentos y es a su vez una condición excluyente para acceder a todos los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) (30). Por ende, las personas migrantes sin posibilidad de afiliación únicamente pueden acceder a los servicios de Emergencia o a consultas puntuales en el PNA. Esto dificulta la prevención, tratamiento y seguimiento de patologías crónicas u otras dolencias que deberían ser atendidos en centros del PNA, sin necesidad de llegar a los servicios de Emergencia.

Por otra parte, una vez obtenida la documentación necesaria que los habilita a solicitar la atención en los servicios del PNA, se presenta la dificultad en lograr la accesibilidad a tales servicios, debido a barreras de índole cultural, lingüística, socio económica o administrativa.

Como servicios del PNA públicos, las policlínicas de Barrio Sur y Luisa Tiraparé cuentan con una alta concurrencia de personas migrantes de Montevideo (2), debido a su ubicación en zonas de residencia habitual de esta población.

Su procedencia de culturas diversas y diferentes al lugar donde se insertan plantea nuevos retos en cuanto al proceso de atención socio sanitaria que debe ofrecerse a la

población migrante. Se apuesta para ello a su rápida integración al sistema de salud y en particular a la Red del PNA y se concibe, por lo tanto, la necesidad de fortalecer y adaptar los cuidados del Equipo de Salud. Este proceso apunta a facilitar la accesibilidad de la población migrante a los servicios sanitarios, incidir favorablemente en su Proceso Salud-Enfermedad y calidad de vida, así como reducir las consultas en los servicios de Emergencia. Para ello, se considera relevante conocer la percepción de los propios usuarios al respecto.

2. Planteamiento del problema

Más de treinta millones de personas se han movilizadodentro y fuera de América Latina y el Caribe en las dos últimas décadas.

Uruguay se ha asistido desde 2009 a un aumento y diversificación del flujo migratorio hacia el país, tendencia que se confirmó a partir de 2014. (2) La Ley 18.250 de Migración establece que *“las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de salud, trabajo, seguridad social, vivienda y educación en un pie de igualdad con los nacionales”* (3). Sin embargo, pueden presentarse dificultades para concretar la accesibilidad a tales derechos, debido a barreras de índole cultural, lingüística, socio económica o administrativa. En el caso de la salud, éstas complican la captación y seguimiento de las personas migrantes y afectan el proceso de atención en su globalidad.

Por lo tanto, es de fundamental importancia el diálogo entre personas migrantes y profesionales de la salud, para que éstos puedan brindar cuidados adecuados, que faciliten la accesibilidad a los servicios pertinentes, En este proceso de entendimiento mutuo, conviene conocer las necesidades sentidas por la población objetivo, lo que hace relevante la pregunta problema *¿Cuáles son los cuidados del equipo de salud que contribuyen a la accesibilidad en la atención a la salud, según la población migrante que se asiste en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IM) Luisa Tiraparé y Barrio Sur?*

3. Justificación

3.1 Pertinencia

La pertinencia de la investigación radica en su relevancia tanto a nivel mundial como nacional, considerando el aumento y la diversificación de los movimientos de población. Las personas migrantes provienen de diferentes países y se caracterizan por idiomas y

culturas diversos, que influyen notablemente en su concepción de la salud. Estas diferencias implican cambios en la elaboración de los procesos de atención y llevan a una reflexión acerca de la forma en que son brindados los cuidados. Por ende, resulta relevante conocer la percepción propia del usuario migrante sobre los cuidados recibidos, con el objetivo de poder reestructurarlos adecuadamente.

3.2 Uso de los resultados

Los resultados obtenidos a través de la investigación podrán contribuir a elaborar estrategias e instrumentos que habiliten:

- Intervenciones en el desarrollo de políticas sanitarias orientadas al cuidado de la población migrante
- La creación de estrategias de enseñanza-aprendizaje que contemplen la temática migratoria y los cuidados culturales en el ámbito académico
- La implementación de cuidados culturalmente apropiados
- La contribución facilitadora desde un mejor desarrollo de cuidados, para la accesibilidad de la población migrante a los servicios de salud.
- La difusión del conocimiento alcanzado y de la Facultad de Enfermería

4. Antecedentes

Para la búsqueda de antecedentes documentales, se realizó una pesquisa bibliográfica, mediante el sistema de bibliotecas virtuales vinculado al ámbito académico como Scielo, Lilacs y Rero (base de datos de las bibliotecas virtuales de Suiza Occidental).

La búsqueda se basó en el enfoque de la investigación hacia la percepción de la población migrante respecto al cuidado en la atención sanitaria, excluyendo estudios que contemplaran únicamente la percepción de los profesionales de la salud. Los criterios de inclusión considerados fueron en primer lugar el idioma español, ampliando luego la búsqueda a estudios en inglés, francés y portugués. Se aplicó un criterio de 10 años de antigüedad de 2008 a 2018, incluyendo luego dos artículos de 2003 (4) y 2001 (5) respectivamente, al destacar su carácter pionero en el abordaje del tema. En cuanto a procedencia, se extendió la búsqueda a todos los países. Al no hallar ninguna investigación específicamente dedicada a la percepción de los cuidados que facilitarán la accesibilidad a la atención sanitaria, se aplicó como criterio la percepción de todo factor

determinante en la calidad, acceso y/o accesibilidad de atención.

Se seleccionaron finalmente catorce estudios que cumplieran con los criterios establecidos (Anexo A). Del total mencionado, trece fueron investigaciones realizadas por profesionales y/o académicos egresados de diversas disciplinas: Enfermería, Medicina, Antropología, Derecho, Psicología, Ciencias Sociales y de la Educación. Una investigación fue una tesina de grado (Bachelor), realizada por estudiantes de Enfermería de la ciudad de Ginebra, Suiza (6).

En cuanto a países de publicación, dominó España con ocho estudios (4;7;8;9;11;12;13;14) seguida por Estados Unidos con tres (5;15;16) y Chile (10), Suiza (6) y Brasil (14) con un estudio para sendos países.

De las tres publicaciones estadounidenses, dos investigaciones fueron realizadas en el extranjero, precisamente China (15) y Portugal (18). No se halló ninguna investigación en Uruguay que correspondiera al criterio de inclusión establecido.

Considerando la rama profesional y académica de los investigadores, predominó Medicina con cuatro estudios (4;5;7;10). Siguió Enfermería (6), Antropología Social (14) y Derecho (17) con un artículo para sendas disciplinas, mientras que para dos investigaciones, no se hallaron datos acerca de sus autores. Lo más destacable consta, sin embargo, de los cuatro estudios elaborados desde la interdisciplina, pues sus autores provenían de distintas especialidades: Medicina, Enfermería, Antropología y Psicología Social, Ciencias Sociales y de la Educación (8;9;11;16). Estos ejemplos de colaboración profesional y académica señalan la diversidad y complejidad de la problemática migratoria, así como la importancia de un enfoque interdisciplinario, que permita su abordaje integral.

Respecto al tipo de estudios, trece fueron de índole descriptiva, realizados mediante corte transversal. Once fueron estudios cualitativos elaborados mediante entrevistas semi estructuradas, mientras que las dos investigaciones cuantitativas usaron la encuesta como instrumento (7;8) Finalmente, una de las investigaciones consistió en el estudio de revisión bibliográfica de veinte artículos originales dedicados al acceso y utilización de los servicios de salud por parte de la población migrante en España entre 1998 y 2012 (9)

En cuanto a resultados y conclusiones, éstos pudieron clasificarse en dos categorías, considerando siempre la percepción de la población migrante respecto a los distintos factores que influyen en su accesibilidad a la atención sanitaria. La primera categoría se

refiere a factores relativos a las personas migrantes, mientras que la segunda contempla los vinculados al sistema sanitario del país de acogida, entiéndase por ahí su estructura y organización, así como el desempeño de sus profesionales.

En la primera categoría, siete investigaciones señalaron la barrera cultural y lingüística como factor determinante en la accesibilidad al sistema de salud. En iguales proporciones destacó la situación legal y socio económico del individuo. En segundo lugar, cuatro estudios apuntaron las redes de apoyo como facilitadoras en la accesibilidad a los cuidados. Tres estudios observaron la preferencia por la población migrante de los Servicios de Emergencia en detrimento de consultas programadas del Primer Nivel Atención y dos investigaciones relevaron la escasa prioridad otorgada por la población diana a la atención sanitaria, siendo el tema laboral y económico de mayor relevancia.

En lo que atañe a factores relativos al sistema de salud, la capacitación del personal de la salud (en términos de habilidades lingüísticas y cuidados culturales), así como su sensibilidad y disposición hacia la problemática migratoria se destacaron en nueve estudios. La gratuidad de la atención, su organización, así como la claridad y accesibilidad de la información fueron estudiadas en ocho estudios.

En cuanto a la temática del cuidado como factor contribuyente a la accesibilidad al sistema de salud, no se encontró como tal en ninguna investigación. El estudio titulado “Movimientos migratorios bajo la perspectiva de derecho a la salud: inmigrantes bolivianas en San Pablo”, publicado por una abogada especializada en derecho sanitario, fue el único trabajo hallado con las tres palabras clave “cuidados”, “accesibilidad” y “migrante” (17). En este trabajo, se considera la percepción de la población migrante respecto a la calidad de los cuidados recibidos, así como su accesibilidad al sistema de salud, pero sin asociar ambas problemáticas.

5. Marco conceptual

El concepto de percepción deriva según la Real Academia Española (RAE) del término latín *perceptio* y la define como “sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”, es decir que mediante los sentidos se logra comprender o conocer algo (18). Otra definición del término es el proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los

impulsos que reciben (19)

Los estudios de Piaget plantean que el hombre es capaz de percibir y reconocer desde sus primeros años de vida. Guarda en su memoria una representación del mundo que lo rodea y luego compara con lo que percibe en otro momento, estableciendo relaciones (20). La percepción implica pues, “la captación de información a través de nuestros sentidos, y su posterior procesamiento para dar un significado a todo ello” (20). Se trata por ende de un proceso elaborado, activo e interpretativo.

El **Equipo de Salud** es definido por Polliack como “un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades y en el cual cada uno contribuye, con sus conocimientos, al logro de un propósito común” (21). Este concepto no sólo hace referencia a un grupo de individuos formados en diferentes disciplinas científicas del área de la salud, sino a todos aquellos -profesionales o no- que contribuyen a la atención de los usuarios en todas las etapas de su proceso asistencial y su recorrido por el centro de salud. Abarca, por lo tanto, al Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Limpieza, Enfermero (Auxiliar y Licenciado), Médico General y Especialidades.

El **Cuidado** se refiere a un conjunto de comportamientos que permiten asistir y habilitar a otros en necesidades evidentes o anticipadas, con el fin de mantener o restablecer su salud, o bien afrontar su enfermedad o su muerte (22)

La Academia Americana de Enfermería define el **Cuidado Cultural** como “un cuidado de enfermería culturalmente competente, ya que es sensible a los temas de la cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica.” (23). Por ende, son fundamentales para el ejercicio del cuidado cultural, la previa adquisición por parte del profesional a cargo de conocimientos generales acerca de las comunidades prevalentes y sus particularidades culturales -incluyendo aspectos étnicos, religiosos y lingüísticos- que le permitirán conducir la consulta en respeto de los códigos y sensibilidad del usuario. (24)

La recolección de datos debe enfocarse en los factores determinantes de salud más relevantes para la atención sanitaria de poblaciones migrantes: hábitos y estilo de vida, organización socio-familiar, dimensión filosófico-religiosa, factores político-legales, económicos y educacionales. (22)

En efecto, conocer las prácticas y creencias vigentes en individuos y comunidades en

torno a su proceso de salud-enfermedad constituye el punto de partida para diseñar objetivos e intervenciones culturalmente congruentes. Este *modus operandi* se basa en la convicción de que los propios usuarios pueden orientar a los profesionales respecto a los cuidados que desean o necesitan recibir (23) y determinan las tres modalidades que guían las acciones de Enfermería al respecto: preservación, negociación y reestructuración del cuidado cultural. (23) Preservar las creencias y hábitos del usuario, negociar con los medios ofrecidos por el sistema que los recibe y reestructurar el plan de cuidados en consecuencia. La calidad del diálogo entre profesional y usuario son por lo tanto fundamentales para que ambos definan en conjunto qué cuidados son los más apropiados. (24)

En el área del cuidado cultural, surge en los años 1950 **la Teoría de la Universalidad y la Diversidad de los Cuidados** de Madeleine Leininger.

Producto de esta teoría, la "Enfermería Transcultural" se plantea como un intento de unir la práctica enfermera con el conocimiento antropológico y así ofrecer un mejor cuidado a usuarios de procedencias diversas. La Enfermería Transcultural es, en palabras de su fundadora *"un área de estudio y trabajo centrada en el cuidado y basada en la cultura, creencias, valores y prácticas de las personas en torno a su salud (...)"* (23). Aplicando sus convicciones a su propia trayectoria académica y profesional, Leininger acumuló una Maestría en Enfermería (*Master of Science in Nursing*) con un Doctorado en Antropología Social, desempeñó cargos docentes en las Universidades de Cincinnati y Colorado y ejerció el decanato en las de Washington y Utah. En 1970 *"Enfermería y Antropología: dos mundos para unir"* (*Nursing and Anthropology: two worlds to blend*) es su primer libro sobre Enfermería Transcultural, seguido por una intensa labor de investigación dedicada a unir la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico.

Leininger destacó algunos factores que justifican la creación de la enfermería transcultural: cambios demográficos provocados por los procesos migratorios; diferencias entre ciudadanos e inmigrantes en función de la religión, género, clase social, estatus socioeconómicos; acceso desigual a la educación y a los servicios sanitarios para ambas poblaciones.

La investigadora afirmó la importancia para el personal de Enfermería de tener en cuenta la dimensión cultural en el actuar asistencial, pues los pacientes confían en que los profesionales de la salud entiendan y respeten sus valores.

En 1970, Leininger diseñó el modelo el Modelo del Sol Naciente para explicar su teoría de la transculturalidad, con sus cuatro conceptos del paradigma enfermero:

Persona: ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros. Aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: visión del mundo, estructura social y contexto ambiental.

Salud: estado de bienestar, culturalmente definido. Refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo sus roles cotidianos.

Cultura: producto específicamente humano según E. B. Tylor, que la define como "todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad" que se transmiten de generación en generación y guían las acciones de un grupo (25).

Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de **migración** debe incorporarse a las políticas sanitarias nacionales, ya que la globalización exige un abordaje internacional del fenómeno migratorio (26). De hecho, el grado de compromiso del país de acogida es, según la OMS, el reflejo de su voluntad para enfrentar los retos sociales aportados por la migración.

El Banco Mundial establece que más de 247 millones de personas estaban viviendo fuera de sus países de nacimiento en 2013 y que en las próximas décadas, los factores demográficos, la globalización y el cambio climático aumentarán las presiones migratorias tanto a nivel local como internacional (27).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta situación no es ajena a las Américas. Por ello en el 55° Consejo Directivo se pautaron propuestas para elaborar estrategias dirigidas a los programas de salud. Entre ellas destacan:

- ✓ Asegurar que los migrantes reciban atención en salud y que se tenga en cuenta las cuestiones culturales, religiosas y de género.
- ✓ Establecer mecanismos para brindar atención de salud integral, de calidad y centrada en las personas.
- ✓ Colaborar para mejorar los servicios de salud en zonas fronterizas, para proteger a quienes están en tránsito.
- ✓ Promover que los migrantes en situación vulnerable puedan tener acceso a los programas de protección social, bajo las mismas condiciones que el resto de la población. (28)

En Uruguay, datos aportados por el estudio del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) “Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay” indican que el saldo de entradas y salidas de origen latinoamericano entre 2009 y 2015 supera las 800 personas. A este grupo de orígenes latinoamericanos no tradicionales lo integra: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Venezuela (2).

“Un 54% de la inmigración [reciente] llegada entre 2009 y 2014 son mujeres. La tasa de desempleo de las mujeres que inmigraron a Uruguay en este período es muy superior al de las uruguayas (18%), y seis veces mayor al de los varones inmigrantes” (2).

Las cédulas de identidad concedidas por principales países de nacionalidad en el año 2015 fueron: 25% Argentina, 15.1% Brasil, 7.4% España, 3.75% EE.UU. Se releva a su vez que el 31% de las cédulas otorgadas corresponde a otros países Latinoamericanos y del Caribe, de los que predominan, en orden decreciente Venezuela, Cuba, Perú, Colombia, México, Chile, República Dominicana, Bolivia y Ecuador. Destaca por último que el resto del mundo representa el 17.7% del flujo migratorio (2).

Con respecto a las franjas etarias, las estructuras de edades de la población procedente de países latinoamericanos no limítrofes y extra europeos son las más jóvenes, con la mayor concentración de menores de 35 años. Dentro de éstos, bolivianos y venezolanos son los orígenes más jóvenes de los registrados en cualquier tipo de prestación social (2). Cabe precisar que dentro del territorio uruguayo, se consideran mayores de edad todos aquellos sujetos que hayan cumplido 18 años, sin importar su nacionalidad.

La Organización Internacional para las Migraciones define a un **migrante** como “cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia e independientemente de: su situación jurídica, el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, sus causas o la duración de su estancia. (29)

En Uruguay, la Ley de Migración No. 18.250/2008 establece los preceptos que amparan a las personas migrantes y sus familiares y entre ellos se *citan* “los derechos de salud en pie de igualdad con los nacionales”. (3) La ley insta a su vez a la formación de recursos humanos para el abordaje de la población migrante y sus problemáticas. De las

búsquedas avanzadas realizadas, no se obtuvo un documento oficial que diera a conocer políticas y/o estrategias de salud migratoria. Sí se relevó en el sitio oficial web de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), una pauta de afiliación dirigida a extranjeros con trámite de residencia iniciado, según los requisitos establecidos por la ley. (30)

La **accesibilidad**, se define como *"la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole"*(31)

Se observan por lo tanto dos actores sociales: los sujetos que requieren de los sistemas de salud y los servicios que estos sistemas brindan, en base a su disponibilidad para contener a "sujetos necesitados de atención". Por lo tanto, aparecen aspectos subjetivos tales como las percepciones que los sujetos pueden tener respecto a los servicios de salud.

Surge por ende el alcance del concepto de accesibilidad, desde la posibilidad de ser atendidos. (32), o "Accesibilidad inicial" hasta una "Accesibilidad ampliada" , que abarca todo el proceso de atención en salud.

Otros autores plantean a su vez el concepto de accesibilidad distinguiendo sus dimensiones geográficas, económicas, organizacionales y culturales o simbólicas.

La accesibilidad cultural es definida como *"los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y autocuidado de la salud y las limitaciones que éstas imponen en el acceso a los servicios"* (33)

Teniendo en cuenta que en una sociedad coexisten diferentes culturas como "universos simbólicos del sujeto", resulta pertinente la denominación de accesibilidad simbólica. (34)

6. Marco Referencial

6.1 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tiene como finalidad universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, abogar por la equidad en el gasto y el financiamiento sanitarios, garantizar la calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. (35)

El primer eje de la reforma implementada en 2007 es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral. Esto implica acciones de prevención y promoción de salud, con el fin de asegurar protección contra riesgos

específicos, diagnóstico precoz de enfermedades y tratamiento oportuno, adecuada recuperación de la salud, rehabilitación de secuelas y acceso a cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y aseguran la mayor capacidad resolutive en el PNA, así como la satisfacción de la población atendida.

La Atención Primaria de Salud (APS) se definió en la Conferencia internacional de 1978 en Alma-Ata como

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” (36)

La APS constituye por ende una estrategia, cuya resolutive se basa en la reorientación de los recursos del sector salud e implica una organización de los servicios en niveles de atención, diferenciados por escalones de complejidad y articulados entre sí.

El segundo aspecto de importancia atañe al rol del MSP como responsable en la conducción y ejecución del SNIS. Éste ejerce la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas sanitarias, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, del registro y habilitación de los efectores de salud, de su regulación y contralor, policía sanitaria y definición de las de los servicios que deben brindar los prestadores que integren el SNIS.

El tercer eje se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento, que asegura desde 2005 una cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El SNIS da acceso sanitario universal a todas las personas residentes en Uruguay, así como el derecho a una prestación integral de calidad y homogénea, en las condiciones definidas por la ley. Estos derechos incluyen todos los componentes de la atención: promoción, prevención, atención y rehabilitación. Los usuarios tienen acceso a la información asistencial y económica de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas y de los organismos de dirección de la reforma, así como a la libre elección entre los prestadores integrales de salud. (35)

Desde el punto de vista de la implementación del Seguro Nacional de Salud (SNS), se

definió la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA), que recibe y administra los recursos que se destinan al pago de los prestadores integrales, con el fin de asegurar la cobertura del Plan Integral de Prestaciones (PIP). Contribuyen al FONASA de manera obligatoria todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos, según el tamaño de la familia y nivel de los ingresos. En segundo lugar, el gobierno nacional aporta al FONASA a través de las asignaciones presupuestales previstas en los organismos que tienen asignado gasto en salud.

En tercer lugar, las empresas privadas y públicas aportan al FNS un porcentaje sobre su masa salarial.

El SNIS se integra con efectores del subsector público y del subsector privado

El subsector público está integrado por una serie de servicios dependientes de diversas estructuras del Estado, que conforman la red de servicios públicos de asistencia, cuya principal institución es ASSE.

Servicios de salud públicos:

- ✦ Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- ✦ Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (SSFFAA).
- ✦ Servicio de Sanidad Policial (Ministerio del Interior).
- ✦ Hospital de Clínicas (universitario).
- ✦ Servicios médicos de las intendencias departamentales.
- ✦ Servicios médicos del Banco de Previsión Social (BPS).
- ✦ Servicios médicos de entes autónomos y servicios descentralizados.
- ✦ Servicios médicos del Banco de Seguros del Estado (BSE).

El subsector privado está conformado por las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), que agrupan a las históricas mutuales de inmigrantes, cooperativas médicas y corporaciones. Brindan atención integral, no persiguen fines de lucro y se rigen por la ley 15181 y sus decretos reglamentarios. La forma jurídica predominante son las cooperativas médicas, primordialmente en el interior del país. Existen también seguros privados voluntarios (SPV), que tienen capacidad de brindar atención integral. Al entramado asistencial privado se suman los seguros parciales, entre los cuales destacan las unidades de emergencia móviles de asistencia prehospitalaria y los seguros quirúrgicos. Finalmente, cabe mencionar los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

6.2 Niveles de Atención

Se definen niveles de atención como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población”. (37)

En el artículo “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud” correspondiente a la Revista Arch Med Interna 2011 (37), se reconocen tres niveles de atención:

El Primer Nivel es el del primer contacto, que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, mediante actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, facilitando a su vez los procesos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas o centros de salud, donde se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Las características deseables de los cuidados primarios incluyen primer contacto, continuidad y longitudinalidad, amplitud de cobertura asistencial, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y responsabilidad, tanto del paciente como del proveedor del servicio. (38)

En el Segundo Nivel de Atención se resuelven situaciones de mediana complejidad y el Tercer Nivel se reserva para la atención de patologías y casos complejos, que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

6.3 Primer nivel de Atención (PNA)

En Montevideo, el PNA público está organizado a través de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE), como unidad ejecutora con autonomía de gestión y presupuesto propio. Asimismo, ha logrado un convenio de complementariedad con la red de policlínicas de la Intendencia de Montevideo (24 efectores), que aumenta la oferta de servicios en el territorio y su capacidad resolutoria. (39)

En cuanto a la provisión de servicios médicos, consisten en atención de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología. Se brindan además atención odontológica, psicológica, Enfermería, servicio de Trabajo Social y de inmunizaciones, mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) obligatorio. Se extraen muestras de laboratorio, mientras que estudios y procedimientos de mayor complejidad se

coordinan con otros efectores de salud y los niveles hospitalarios. Se ofrecen todos los servicios de atención prenatal y control del recién nacido (Programa Aduana) y se controlan pacientes crónicos hipertensos y diabéticos. En cuanto a cirugía, se realizan diagnósticos, solicita paraclínica y coordinan intervenciones con el nivel hospitalario. La mayoría de las policlínicas y todos los centros de salud tienen farmacia para dispensar medicación.

Todas estas actividades confirman el rol del PNA como el nivel en el que se aplican las políticas de promoción de salud, estimulando hábitos de vida saludables, consulta precoz y participación de la comunidad.

Los requisitos para ser atendido en los servicios del PNA son la no afiliación a una mutualista perteneciente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y la presentación de la Cédula de Identidad vigente y en buen estado. De no contar con este documento de identificación, se expide un número autogenerado o correlativo, cuya validez puede extenderse hasta presentación de la Cédula de Identidad. En el caso de la población migrante, el número autogenerado se expide con presentación del pasaporte del país de origen.

Los extranjeros con residencia en trámite y sin cobertura formal pueden afiliarse a ASSE, según la Ley N° 18.250; Decreto N° 394/09, Artículos 34 y 39 a través de una afiliación de tipo Gratuita. La vigencia de dicho trámite está sujeta a la fecha del trámite de residencia y los requisitos de afiliación son el documento de identificación, constancia de ingresos, domicilio y trámite de residencia. (3)

Los extranjeros sin trámite de residencia, su cónyuge o concubino legal e hijos pueden afiliarse abonando una Cuota ASSE, según el Decreto N° 394/09, Art. 37. Los requisitos de afiliación son el documento de identificación y constancia de domicilio.

En ambos casos, las personas afiliadas acceden a la atención integral de su salud de manera gratuita en cualquiera de los servicios de salud de ASSE, sin pagar órdenes ni tickets, por ningún concepto de su atención.

6.4. Intendencia de Montevideo: Servicio de Atención a la Salud (SAS)

El Servicio de Atención a la Salud (SAS) de la Intendencia de Montevideo tiene como cometido *“Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones tendientes a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel de Montevideo, basado en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, como elemento clave del sistema Nacional Integrado de Salud”* (40)

Los objetivos específicos del SAS, a través de su red policlínicas son:

- + Coordinar la labor de los efectores de salud en cada zona en conjunto con la Red de Atención del Primer Nivel del MSP/ ASSE, participando en el establecimiento de los roles de cada uno.
- + Profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y gestión de los servicios de salud.
- + Aumentar la capacidad de respuesta de las policlínicas municipales frente a la demanda.
- + Promover la participación comunitaria en salud con un enfoque de derechos humanos, de equidad e inclusión social y de construcción de ciudadanía, así como promover el derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud libres de discriminación, en los que se respete su identidad de género. (41)

Los objetivos del SAS se inscriben en el marco de la estrategia APS y apuntan a fortalecer el rol del Primer Nivel de Atención, promoviendo el empoderamiento de la comunidad y la coordinación interinstitucional e intersectorial.

E El SAS actúa de forma articulada con la RAP-ASSE y su atención se dirige a usuarios del sub sector público con cobertura de ASSE, Sanidad Policial y otros efectores, en el marco de convenios colectivos. Tiene bajo su dependencia 23 policlínicas, y un policlínico móvil.

La red de policlínicas se distribuye en toda el área metropolitana y tiene presencia en los barrios periféricos de Montevideo. Esto contribuye a facilitar la accesibilidad a los servicios del PNA para poblaciones cuyas limitaciones geográficas, culturales y económicas generan exclusión social, con posibles consecuencias para su situación sanitaria.

6.5 Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé

Entre las 24 policlínicas de la red se hallan la de Barrio Sur, ubicada en el barrio del mismo nombre y la de Luisa Tiraparé, en la zona de Cordón Norte. Ambas pertenecen al Municipio B, que abarca principalmente los barrios de Ciudad Vieja, Barrio Sur y Palermo, Parque Rodó, Cordón y Aguada. Si bien la demografía de la población migrante no fue incluida en el censo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2011, estas zonas son actualmente residencia habitual de numerosas personas y familias migrantes, que por ende asisten a las policlínicas de Barrio sur y Luisa Tiraparé (2).

La primera se encuentra en Avenida Gonzalo Ramírez 1270, en Barrio sur. Funciona el programa de Afrosalud, orientado a la prevención y tratamiento de enfermedades de carácter étnico, como la anemia falciforme. Su cometido es “Promoción y educación para la salud; control de salud con actividades preventivas; diagnóstico precoz; recuperación y rehabilitación.” (42)

El Equipo de Salud cuenta con Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina General, Ginecología, Obstetra Partera, Odontología, Licenciada en Enfermería, Auxiliar de Enfermería y Psicóloga. Cuenta además con Personal Administrativo y Auxiliar de Limpieza.

La Policlínica Luisa Tiraparé se ubica en Avenida Uruguay 1936, en el Barrio Cordón Norte.

Se identifican como integrantes del Equipo de Salud a Medicina General, Pediatría, Ginecología, Obstetra Partera, Auxiliar y Licenciada en Enfermería, Odontóloga, Psicóloga, Lic. Trabajo Social. Se integran además Personal Administrativo y Auxiliar de Limpieza.

Esta Policlínica tiene como característica la atención a usuarios sordos, siendo la única con atención especializada para el abordaje de esta población.

7. Objetivos de investigación

7.1 Objetivo general

Identificar los cuidados del equipo de salud que la población migrante percibe como facilitadores para su accesibilidad a los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención en las Policlínicas de la IM de Barrio Sur y Luisa Tiraparé.

7.2 Objetivos específicos

- ✦ Caracterizar a la población migrante que se atiende en las Policlínicas de la IM Barrio Sur y Luisa Tiraparé
- ✦ Identificar la percepción que tiene la población migrante de los cuidados recibidos por el equipo de salud

8. Metodología

8.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

8.2 Población

Población migrante de la ciudad de Montevideo

8.3 Muestra

Población migrante que concurrió a Policlínicas de IM; Luisa Tiraparé y Barrio Sur en el período del 21 de mayo al 15 de junio de 2018, según tipo de muestreo por conveniencia

8.4 Criterios de inclusión

- 🎬 Nacionalidad extranjera.
- 🎬 Al menos 3 consultas realizadas en Policlínicas de IM; Luisa Tiraparé o Barrio Sur.
- 🎬 Mayor a 18 años.

8.5 Criterios de exclusión

- 🎬 Déficit intelectual que impida la comunicación y/o comprensión de lo expuesto en el estudio.
- 🎬 Dominio insuficiente del idioma español, que impida la comprensión de las preguntas del cuestionario

8.6 Recolección de datos e instrumento

Los datos de la investigación se recolectaron mediante encuesta (Anexo D), aplicada durante un período de cuatro semanas, tres veces por semana, en el horario matutino y tarde.

A ambas policlínicas (Barrio Sur y Luisa Tiraparé) se concurrió los días lunes y miércoles a las 08:00hs, y los viernes 12:30 hs, dada la mayor concentración de consultas en estos horarios.

Los investigadores se dividieron para concurrir a dichas policlínicas de a 2 integrantes para garantizar la participación de todos en la actividad.

La población se abordó en la sala de espera.

El instrumento (Anexo D), fue realizado en base a las variables definidas (cuadro N° 1) y constó de 18 preguntas (que se completaron luego de corroborar los criterios de inclusión y firma del consentimiento).

Previo a la recolección de datos, se realizó una prueba piloto en la Policlínica de la Teja (IM) y se modificó el instrumento en base al resultado.

8.7 Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos, se otorgaron a las respuestas positivas (Sí) el valor numérico 2, a las respuestas negativas (No) el valor numérico 0 y a las respuestas “A VECES” el valor numérico 1.

En una segunda instancia, se llevó a cabo los análisis estadísticos de los datos en Excel, aplicando análisis de frecuencias y medidas de resumen según el tipo de variables.

Los datos fueron tabulados en tablas según correspondiera.

8.8 Consideraciones éticas

Previo a la recolección de datos, se presentó la solicitud de autorización dirigida a la Dirección de la División de Salud de la Intendencia de Montevideo (Anexo B).

En segundo lugar, se realizó un encuentro con el/la Coordinador/a a cargo de sendas policlínicas, a los efectos de informarle sobre los objetivos y la planificación de la investigación.

En el momento de la recolección de datos, se abordaron a personas migrantes y se comprobó que cumplieran con los criterios de inclusión seleccionados. De aceptar participar al estudio, se les explicó el Procedimiento y presentó una versión por escrito para que la leyeran y firmaran el consentimiento informado, de acuerdo con el Decreto N° 379/008 - Investigación en Seres Humanos en relación a los principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos y la Ley N° 18.331 (Ley de Protección de Datos Personales). (Anexo C).

En todo momento del proceso, se mantuvo una actitud de respeto y tolerancia y el usuario entrevistado tuvo opción de retirarse en cualquier momento de la entrevista.

La información personal de los participantes es utilizada en forma confidencial y no se exponen a riesgo alguno a quienes participaron en esta investigación.

Los resultados del estudio podrán ser utilizados por un período de cinco años.

9. Definición de variables

Cuadro 1: Definición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO Y ESCALA	CATEGORÍAS
----------	--------------------------	-------------------------	---------------------	------------

Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	¿Cuántos años tiene?	Cuantitativa Continua	1. 18-28 años 2- 29-38 años 3. 39-48 años 4. 49-58 años 5. 59-68 años 6. Mayor a 69 años
Género	Roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres (OMS)	Género al que refiere identificarse el entrevistado	Cualitativa nominal	1. Femenino 2. Masculino 3. Otro: ¿Cuál?
País de nacionalidad	Condición particular de los habitantes de una nación. El concepto incluye nociones vinculadas a factores sociales, espaciales, culturales y políticos.	País identificado en el documento de identidad fue utilizado para ingresar a Uruguay según refiere el entrevistado	Cualitativa nominal	1. Cuba 2. Venezuela 3. República Dominicana 4. Brasil 5. Nigeria 6. Angola 7. Otro: ¿Cuál?
Idioma dominante	Lengua en la cual un individuo se expresa con el mayor dominio y	¿Cuál es el idioma que mejor domina?	Cualitativa nominal	1. Español 2. Inglés 3. Francés 4. Portugués.

	fluidez			5. Otro: ¿Cuál?
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	¿Cuál es el grado más elevado de estudios que alcanzó?	Cualitativa ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Terciaria 4. Universitaria: Grado
Tiempo de estadía	Estancia o permanencia durante cierto tiempo en un lugar	¿Cuánto tiempo hace que está en Uruguay?	Cuantitativa continua	1. < 1 años 2. [1 a 2) años. 3. [2 a 3) años 4. [3 > años
Vivencia	Experiencia, suceso o hecho que vive una persona y que contribuye a configurar su personalidad y percepción de determinado entorno	¿Cuándo concurre a la policlínica, se siente bien recibido por los integrantes del equipo de salud?	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
Comunicación	Acción de comunicar o comunicarse, proceso por el que se transmite y recibe una información.	Las personas con quién se ha relacionado en la policlínica le han brindado una información que Usted necesitaba?	Cualitativo Nominal	1. Sí 2. No 3. A veces

Confianza	Creencia, esperanza y fe persistente que alguien tiene, referente a otra persona, entidad o grupo en que será idóneo para actuar de forma apropiada en una situación o circunstancia determinada	¿Usted pudo expresar sus emociones y sentimientos y opiniones durante sus consultas en la policlínica?	Cualitativa Nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
Asesoramiento	Aconsejar o informar a alguien, especialmente un experto en el asunto que se desea averiguar.	¿Le es útil la información que le brindan los Profesionales durante la consulta?	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
		¿Considera que le brindan el tiempo necesario para su atención?		1. Sí 2. No 3. A veces
Hábito	Práctica habitual de una persona o colectividad	¿El Equipo de Salud le pregunta sobre sus hábitos de vida?	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
		¿A la hora de proponerle un tratamiento o una dieta, el		1. Sí 2. No 3. A veces

		equipo tiene en cuenta los hábitos que Usted menciona?		
Cuidado Cultural	Conjunto de valores, creencias, maneras de vivir y tradiciones que guían las acciones de un grupo respecto a su Proceso de Salud Enfermedad	¿El Equipo demuestra interés por conocer aspectos de su cultura que influyen en su forma de ver la salud?	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
		¿El Equipo demuestra interés por conocer aspectos de su religión o creencias que influyen en su forma de ver la salud?		1. Sí 2. No 3. A veces
Cuidados	Conjunto de acciones que apuntan a la preservación de algo o asistencia que se le brinda a otro ser vivo	¿Usted considera positivas las experiencias relacionadas con la atención que recibió en esta policlínica?	Cualitativa nominal	1. Sí 2. No 3. A veces
		¿Hay algún integrante del equipo que		1. Sí 2. No 3. A veces

		demuestra mayor interés en establecer una buena comunicación y brindarle una atención adaptada a sus necesidades?		
		¿Cuál de ellos?		
		¿El Equipo de Salud actúa de tal forma que Usted desea continuar con su asistencia en esta policlínica?		1. Sí 2. No 3. A veces

10. Resultados

La recolección de datos se llevó a cabo en el período comprendido entre el 21 de mayo y el 15 de junio de 2018. La mayoría de las encuestas se realizaron en la policlínica Luisa Tiraparé (32 personas) y en Barrio Sur (6 personas), debido a la mayor concurrencia de usuarios migrantes en la Policlínica Lusía Tiraparé durante el período de recolección.

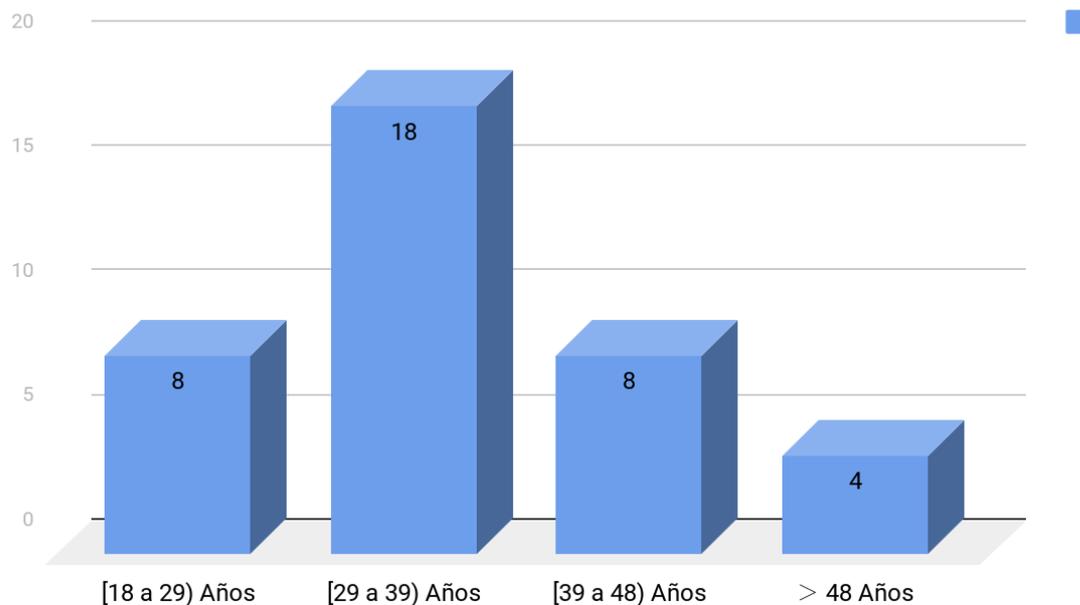
Tabla N°1 Distribución según rango etario de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa, Montevideo. 21 de mayo al 15 de junio de 2018.

Rango Etario	FA	FR %
¶18 a 29) Años	8	21
¶29 a 39) Años	18	47

□ 39 a 48) Años	8	21
□ 48 Años	4	10.5
Total	38	100

Gráfica N°1 Distribución según rango etario de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de mayo y al 15 de junio de 2018.

Rango Etario



Elaboración del grupo

Fuente: Entrevistas a población migrante

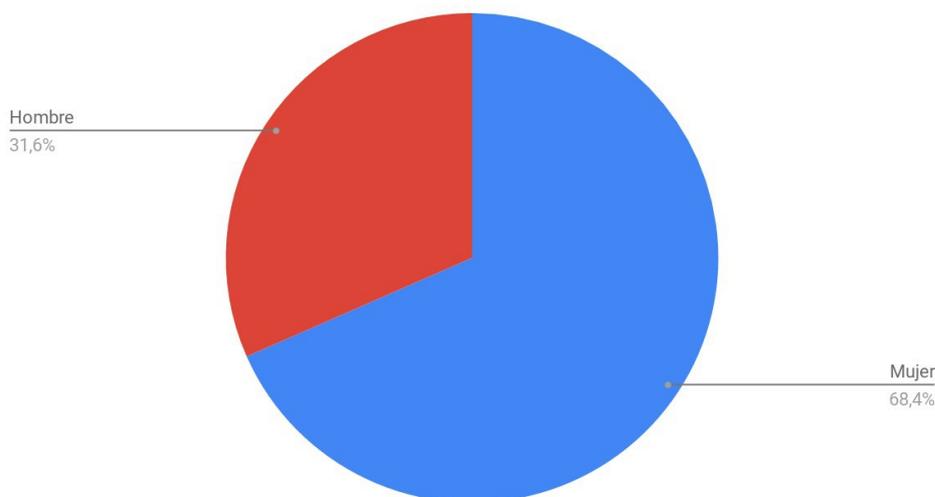
El rango etario predominante fue el comprendido entre 29 a 38 años (47,4%), seguido por los rangos comprendidos entre 18 a 28 años y 38 a 48 años con 21,1%. El 10,5% de los encuestados eran igual o mayores a 48 años.

Tabla N° 2: Distribución según género al que refiere identificarse el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Género	FA	FR %
Masculino	12	31,6
Femenino	26	68,4
Total	38	100

Gráfica N° 2: Distribución según género al que refiere identificarse el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Genero



Elaboración del grupo

Fuente: Entrevistas a población migrante

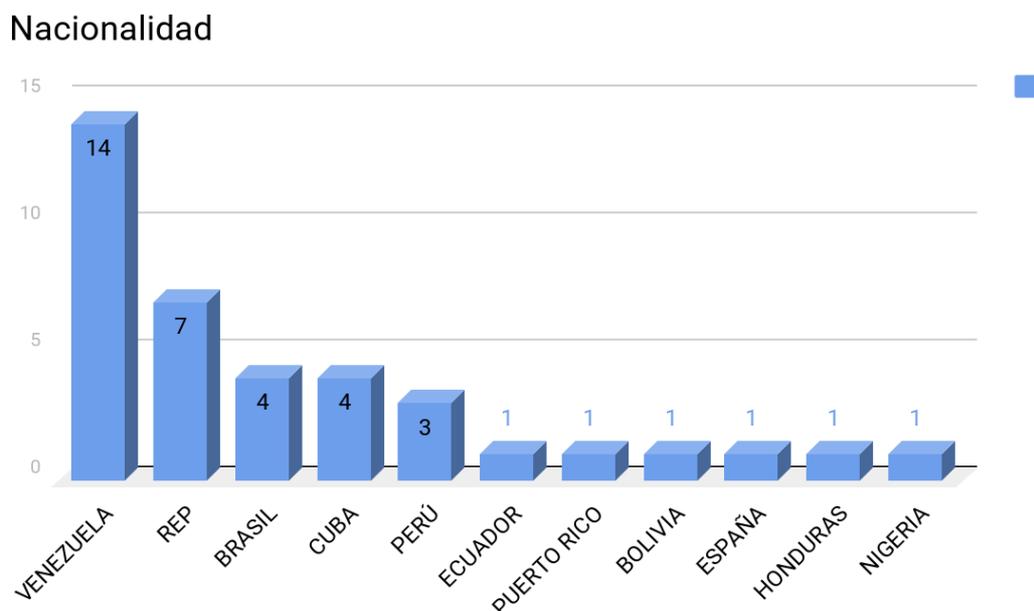
El 68,4% de los encuestados se identificaron pertenecientes al género femenino y el 31,8% al género masculino.

Tabla N°3: Distribución por País identificado en el documento de identidad utilizado para ingresar a Uruguay según el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa

Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Nacionalidad	FA	FR %
Venezuela	14	36,84
República dominicana	7	18,2
Brasil	4	10,52
Cuba	4	10,52
Perú	3	7,89
Ecuador	1	2,63
Puerto rico	1	2,63
Bolivia	1	2,63
España	1	2,63
Honduras	1	2,63
Nigeria	1	2,63
Total	38	100

Gráfica 3: Distribución por país identificado en el documento de identidad utilizado para ingresar a Uruguay según el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

Las nacionalidades de los encuestados que predominaron fueron las de países de América Latina y del Caribe, alcanzando el 94,8%. El primer país de procedencia fue Venezuela con un 36,8%, seguido por, en orden decreciente, República Dominicana, Cuba, Perú, Brasil, Bolivia, Ecuador y Puerto Rico. En cuanto a orígenes extra americanos, participaron 2,6% usuarios procedentes de Nigeria y España.

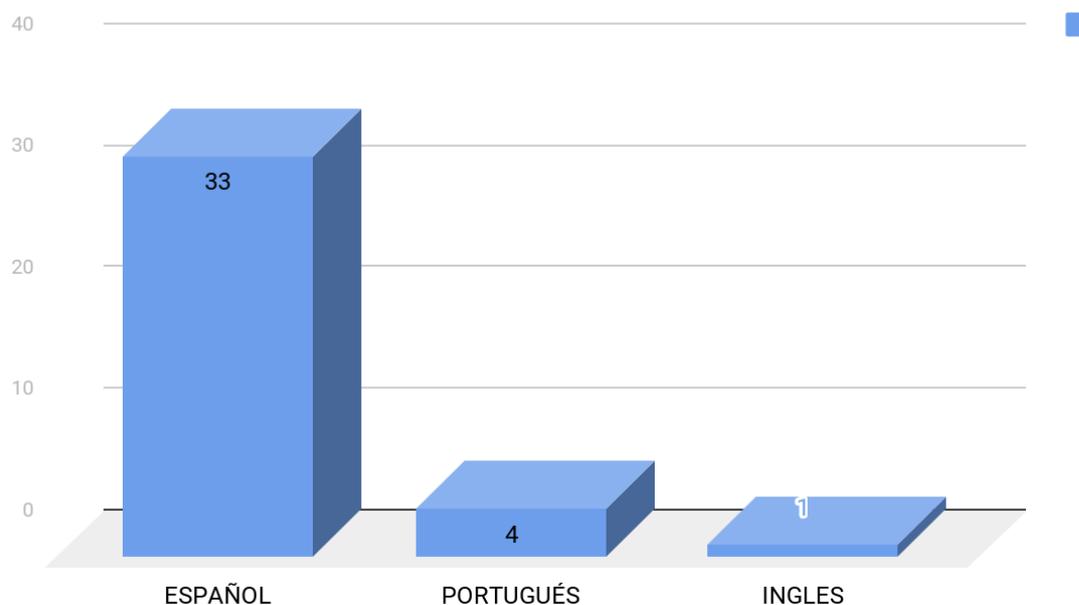
Tabla N° 4 Distribución según mejor idioma dominado de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Idioma dominante	FA	FR %
Español	33	86,9
Portugués	4	10,5
Inglés	1	2,6

Total	38	100
-------	----	-----

Gráfico N° 4: Distribución según mejor idioma dominado de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Idioma dominante



Elaboración del grupo.

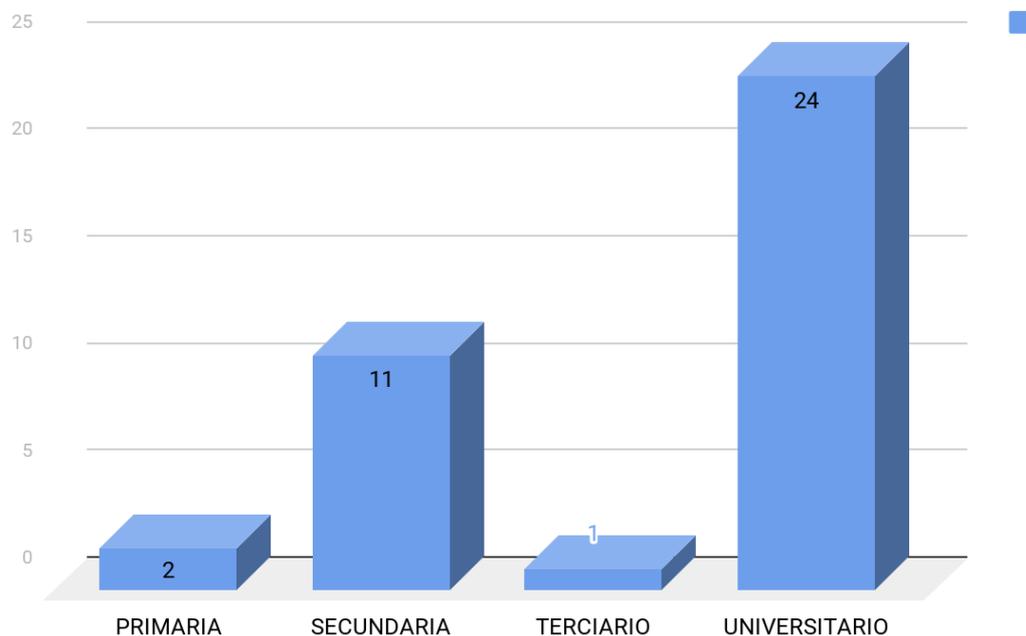
Fuente: Entrevistas a población migrante

El idioma dominante del 88,8% de los encuestados fue el español. Se incluyeron a 10,5% de lusófonos y a 2,6% de angloparlantes, cuyo nivel de español les permitió entender el cuestionario y contestar las preguntas.

Tabla N°5 Distribución según grado más elevado de estudios alcanzado por el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Nivel de instrucción	FA	FR %
Primaria	2	5,3
Secundaria	11	28,9
Terciario	1	2,6
Universitario	24	63,7
Total	38	100

Gráfica N°5: Distribución según grado más elevado de estudios alcanzado por el entrevistado. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

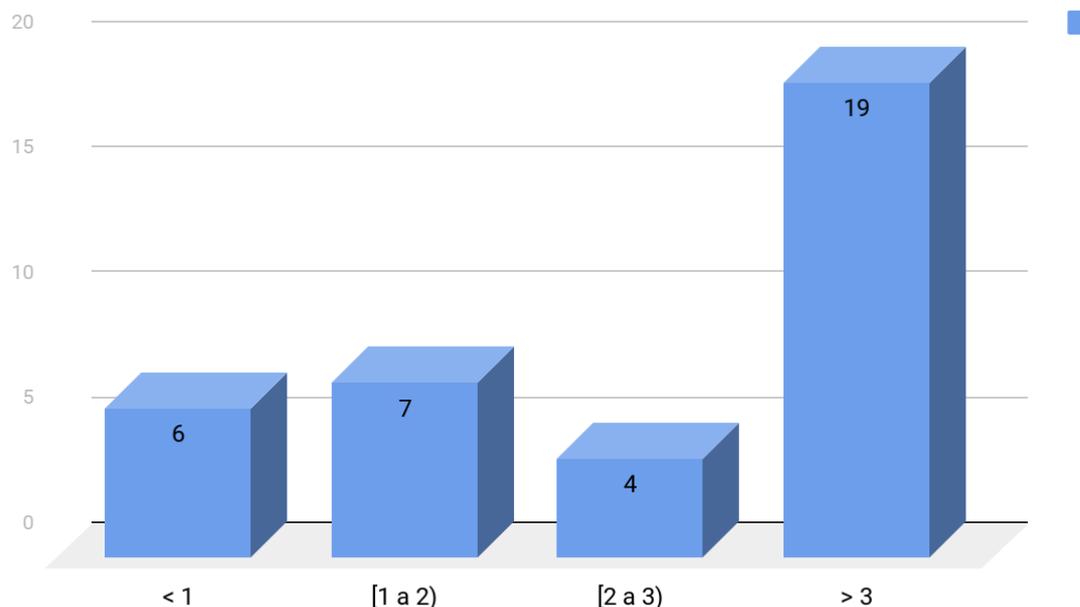
La mayoría de los encuestados (63,2%) presentaron un nivel de estudios universitario. El 28,9% refirió haber alcanzado el nivel secundario y el 5,3% el primario. El 2,6% de los participantes presentó una formación terciaria no universitaria.

Tabla N°6 Distribución según tiempo de estadía en años en Uruguay de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Años	FA	FR %
< 1]	6	16,7
[1 a 2)	7	19,4
[2 a 3)	4	11,1
> 3]	19	52,8
Total	38	100

Gráfica N°6 Distribución según tiempo en años de estadía en Uruguay de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Tiempo de estadía



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

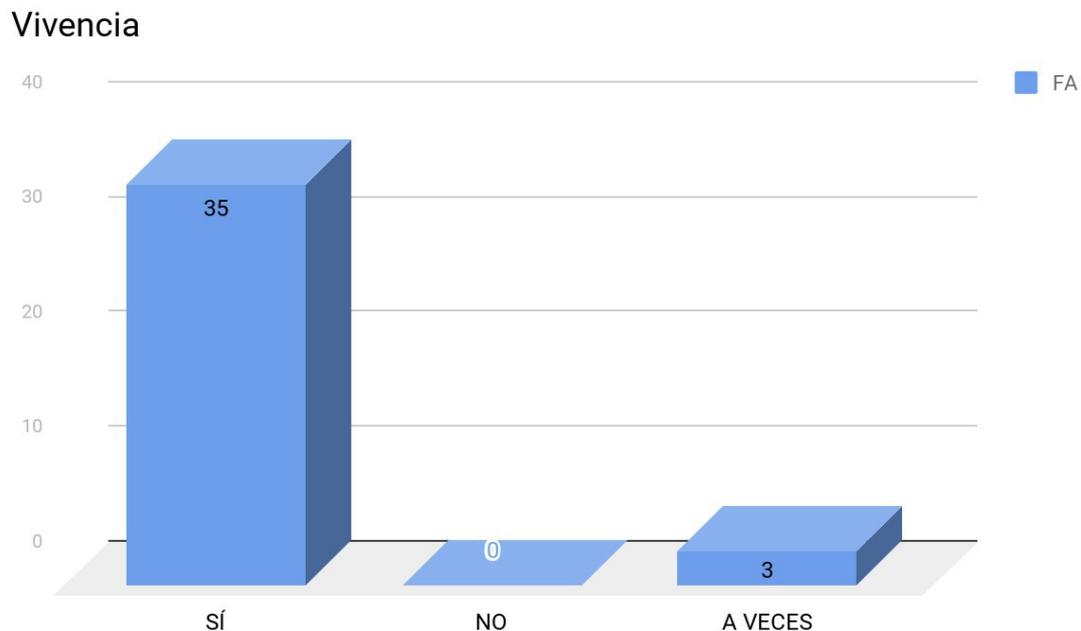
Con respecto al tiempo de estadía, la mayoría de los encuestados (52,8%) llevaba más de tres años viviendo en Uruguay. El 11,1% refirió un tiempo de estadía de dos a tres años, el 19,4% de uno a dos años y el 16,7% menor a un año.

Tabla N° 7 Distribución según adecuada recepción por parte de los integrantes del Equipo de Salud los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Vivencia	FA	FR %
Sí	35	92,1
A veces	3	7,9
Total	38	100

Gráfica N° 7 Distribución según adecuada recepción por parte de los integrantes del

Equipo de Salud los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Fuente: Elaboración del grupo.
Entrevistas a población migrante

La gran mayoría de los participantes (92,1%) refirió sentir una buena recepción por parte del Equipo de Salud, mientras que el 7,9% matizó dicha afirmación (a veces)

Tabla N°8 Distribución según capacidad de comunicación de los Integrantes del Equipo de Salud percibida por los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

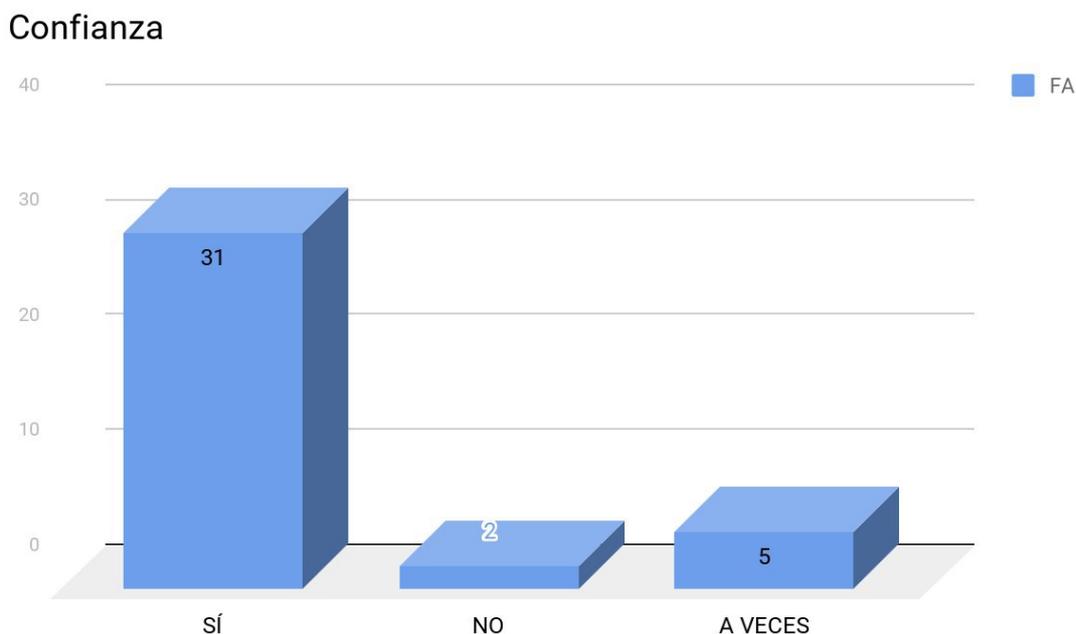
Comunicación	FA	FR %
Sí	37	97,4
A veces	1	2,6
Total	38	100

El 97,4% de los encuestados confirmaron la disposición del Equipo de Salud por siempre lograr una buena comunicación respecto a los diagnósticos y planes de cuidados, mientras el 2,6% refirió dicha disposición en forma no sistemática.

Tabla N°9 Distribución según oportunidad de expresar emociones, sentimientos y emociones durante la consulta con el Equipo de Salud referida por los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Confianza	FA	FR %
Sí	31	81,6
No	2	5,3
A veces	5	13,2
Total	38	100

Gráfica N°9 Distribución según oportunidad de expresar emociones, sentimientos y emociones durante la consulta con el Equipo de Salud de referida por los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

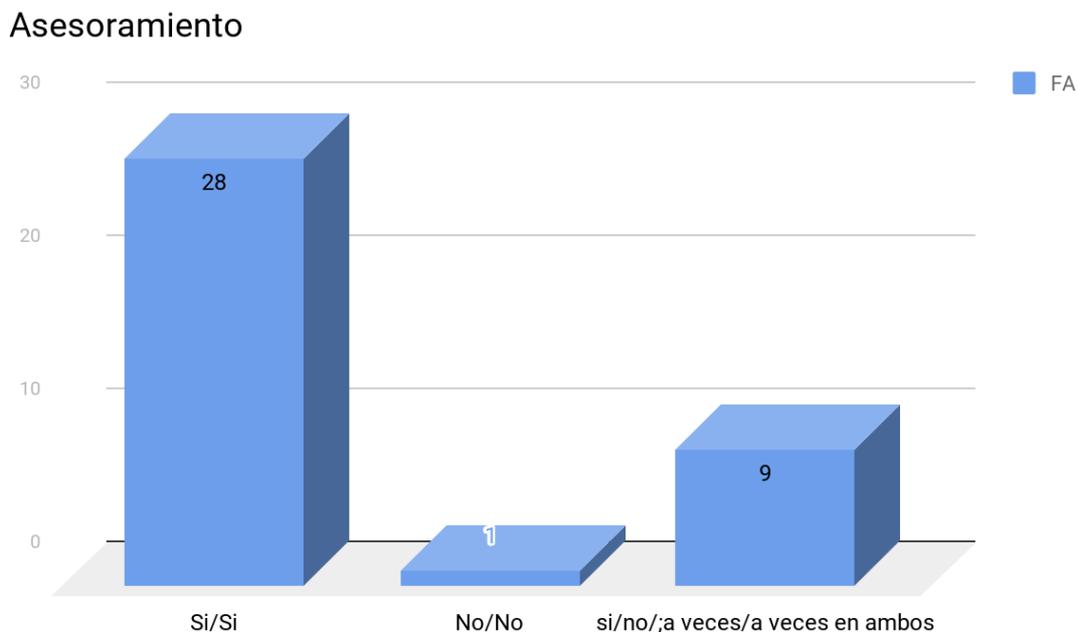
El 81,6% de los encuestados refirió poder expresar sistemáticamente sus emociones,

sentimientos y opiniones durante las consultas con el Equipo de Salud, mientras que el 13,2% afirmó poder hacerlo a veces y el 5,3% no hacerlo nunca.

Tabla N°10 Distribución según adecuado asesoramiento por parte del Equipo de salud: utilidad de la información brindada y tiempo dedicado a la consulta según usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Asesoramiento:	Pregunta N° 13 Utilidad de la información brindada				
Pregunta N° 14 Tiempo de consulta adecuado		Si	No	A veces	Total
	Si	28 (73,6%)	0 (0%)	3 (7,8%)	31 (81,5%)
	No	1 (2,6%)	1 (2,6%)	0 (0%)	2 (5,2%)
	A vece s	5 (13,1%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (13,1%)
	Total	34 (89,4%)	1 (2,6%)	3 (7,8%)	38

Gráfica 10 Distribución según adecuado asesoramiento por parte del Equipo de salud: utilidad de la información brindada y tiempo dedicado a la consulta según usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

El asesoramiento del Equipo de Salud se analizó como una variable compuesta, contemplándose el tiempo dedicado a la consulta y la utilidad de la información brindada por el Equipo de Salud.

El 81,6% de los participantes consideró siempre suficiente el tiempo dedicado a sus consultas, el 13,2% a veces suficiente y el 5,2% insuficiente.

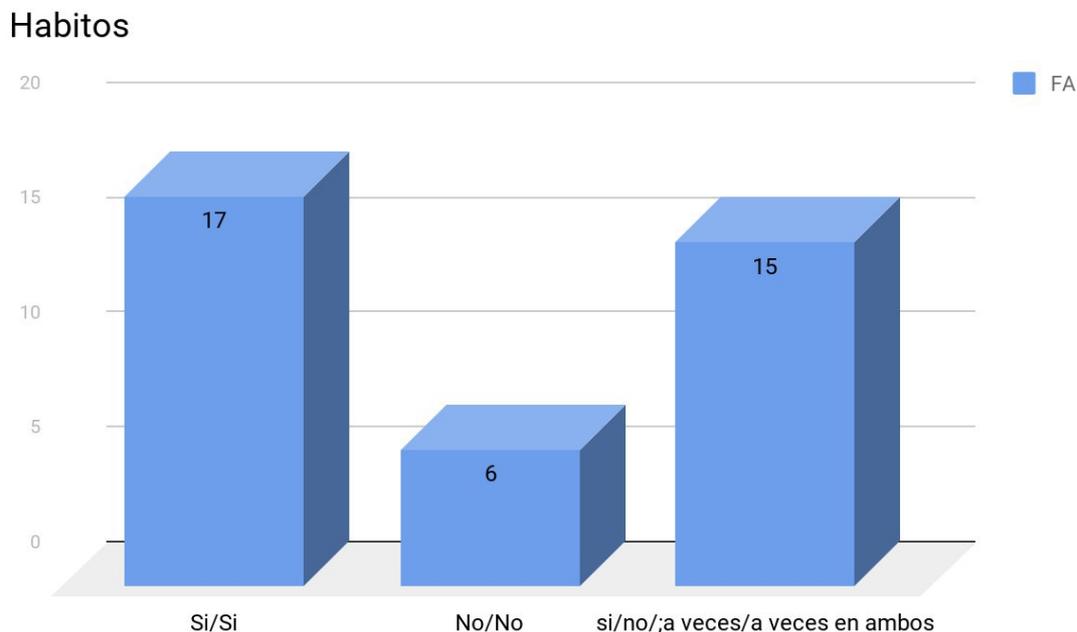
La información brindada fue considerada útil por el 89,5% de los encuestados. El 7,9% refirieron utilidad esporádica, mientras que 6,2% no consideraron útil la información recibida.

Combinando ambas dimensiones de la variable Asesoramiento, éste fue valorado como siempre adecuado por el 73,6% de los encuestados.

Tabla N°11 Distribución según disposición e interés del Equipo de Salud en adaptar tratamiento o dieta a los hábitos de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Hábitos	Pregunta N° 8: Interés en conocer los hábitos				
Pregunta N° 9: Tener en cuenta hábitos en tratamiento o plan de cuidados.		Sí	No	A veces	Total
	Sí	17 (44,7%)	4 (10,5%)	0 (0%)	21 (55,2%)
	No	5 (13,1%)	6 (17,7%)	4 (10,5%)	15 (39,4%)
	A veces	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,2%)	2 (5,2%)
	Total	22 (57,8%)	10 (26,3%)	6 (17,7%)	38 (100%)

Gráfica N°12 Distribución según disposición del Equipo de Salud en adaptar tratamiento a los hábitos de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

La variable Hábitos fue tratada como una variable compuesta y valorada en función de dos dimensiones: el interés del Equipo de Salud en conocer hábitos de vida relevantes en el Proceso de Salud Enfermedad (PSE) de los usuarios y su disposición para elaborar planes de cuidados en consecuencia.

El 57,9% de los encuestados refirió que el Equipo de Salud indagaba sistemáticamente acerca de sus hábitos de vida, el 15,8% de vez en cuando y el 26,3% no realizó preguntas al respecto.

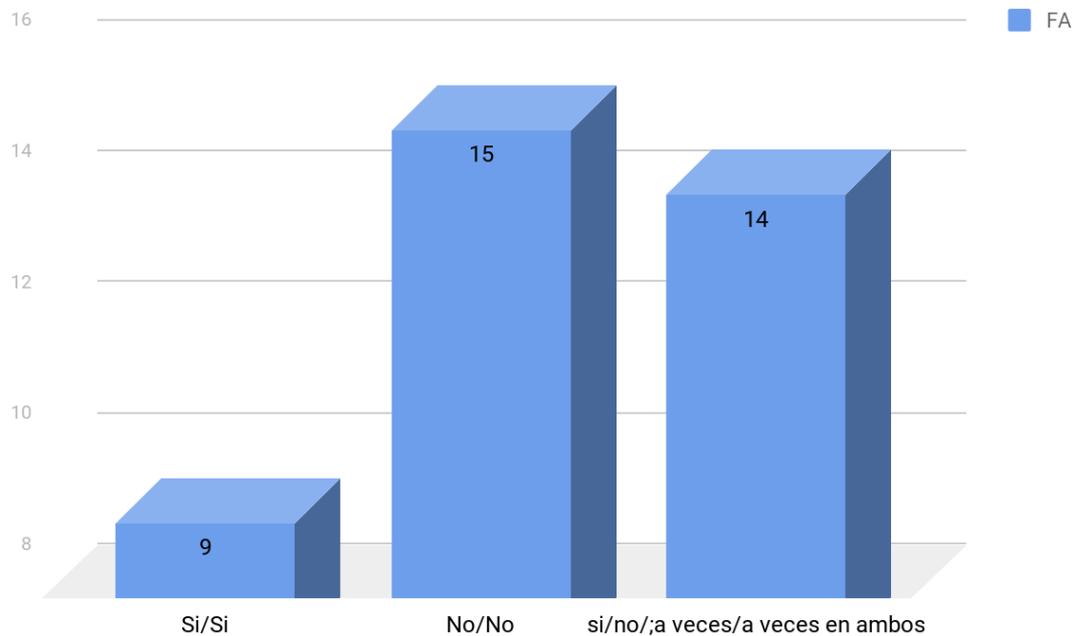
En cuanto a adaptar el plan de cuidados a los hábitos referidos, el 55,7%, de los Profesionales trataba de hacerlo siempre, el 39,5% nunca y el 5,3% a veces.

Combinando ambas dimensiones de la variable Hábitos, ésta fue sistemáticamente contemplada en su conjunto según el 44,7% de los encuestados.

Tabla N°13 Distribución según interés del equipo por la religión, creencias y aspectos culturales con influencia sobre el PSE de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Cuidado cultural	Pregunta N° 10: Interés por conocer religión o creencias y su influencia en los hábitos relacionados con la salud.				
Pregunta N°11:		Sí	No	A veces	Total
Interés por conocer aspectos de su cultura que influyen en su forma de ver la salud	Sí	9 (23,6 %)	7 (18,4%)	0 (0%)	16 (42,1%)
	No	1 (2,6%)	15 (39,5%)	0 (0%)	16 (42,1%)
	A veces	2 (5,2%)	3 (7,8%)	1(2,6%)	6 (15,8%)
	Total	12 (31,6%)	25 (65,8%)	1 (2,6%)	38 (100%)

Gráfica N°13 Distribución según interés del equipo por la religión, creencias y aspectos culturales con influencia sobre el PSE de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

Los Cuidados Culturales fueron valorados como una variable compuesta, a través del interés del Equipo de Salud en conocer aspectos culturales y religiosos o espirituales que tuvieran relevancia en el PSE de los usuarios.

La mayoría de los entrevistados (65,8%) refirieron que el Equipo de Salud no realizó preguntas respecto a la religiosidad o espiritualidad, mientras que el 31,6% sí lo hizo.

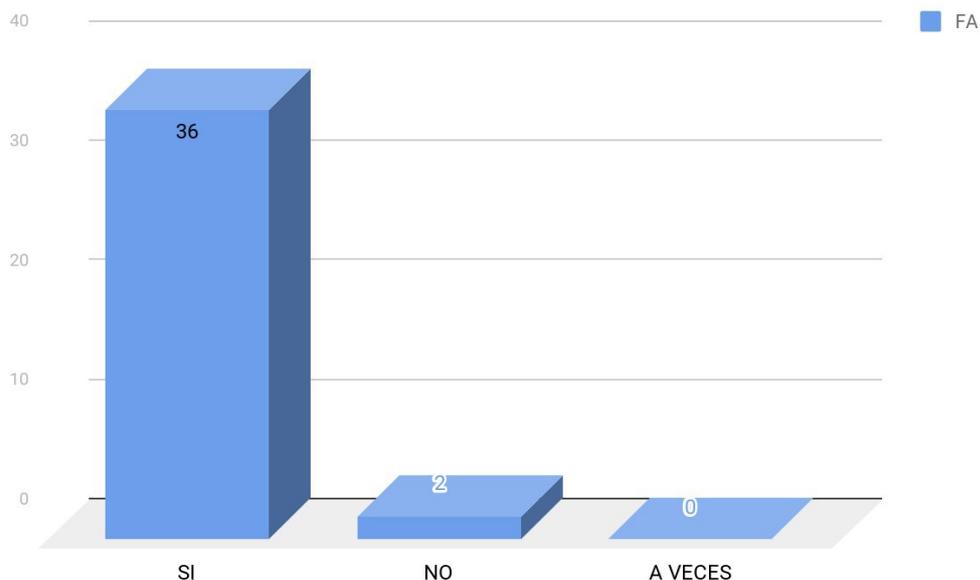
En cuanto a cultura, los resultados obtenidos demuestran mayor interés que por la dimensión anterior, ya que los integrantes del Equipo realizaron preguntas según el 57,9% de los entrevistados, sea en forma sistemática (42,1%) u ocasional (15,8%).

En su conjunto, el Equipo de Salud demostró interés sistemático por ambas dimensiones de la variable Cuidados Culturales según el 23,6% de los encuestados.

Tabla N°14 Distribución según calidad de la atención recibida según usuarios migrantes en Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Cuidados	FA	FR %
Sí	36	94
No	2	5,3
Total	38	100

Gráfica N°14 Distribución según calidad de la atención recibida según usuarios migrantes en Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.



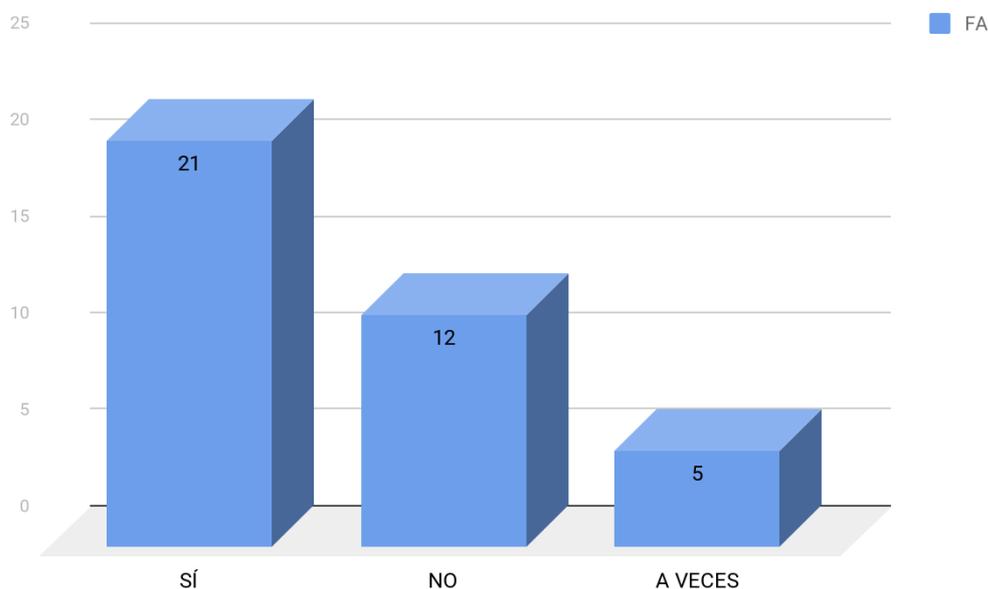
Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

Tabla N°15 Distribución según existencia de un integrante del Equipo de Salud con mayor disposición para la atención de los usuarios migrantes entrevistados en las Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé en el periodo comprendido entre el 21 de Mayo y el 15 de Junio de 2018

Cuidados	FA	FR %
Sí	21	55,3
No	12	31,6
A veces	5	13,2
Total	38	100

Gráfica N°15 Distribución según existencia de un integrante del Equipo de Salud con mayor disposición para la atención de los usuarios migrantes entrevistados en las Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé en el periodo comprendido entre el 21 de Mayo y el 15 de Junio de 2018.



Elaboración del grupo.

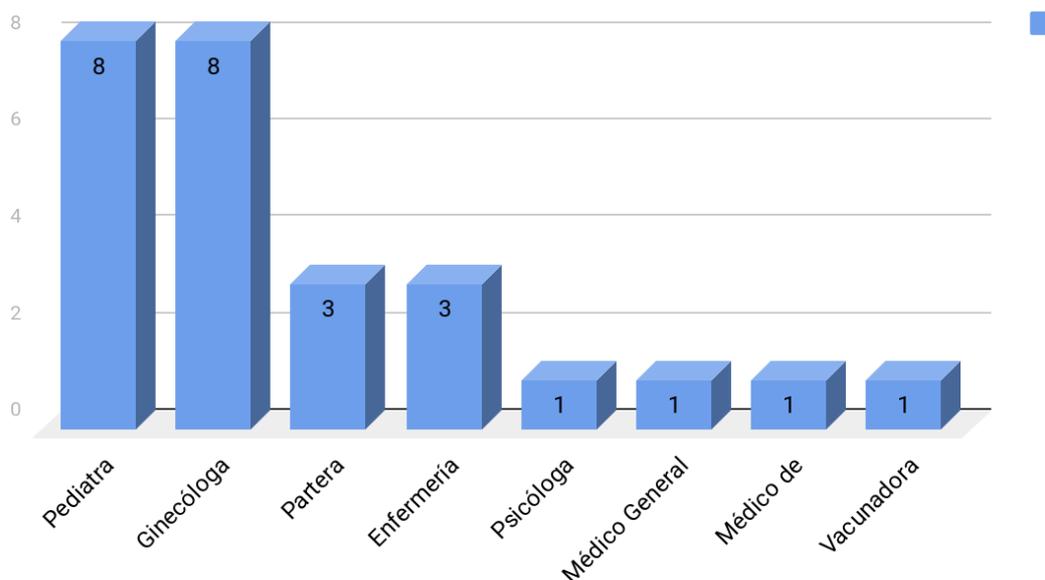
Fuente: Entrevistas a población migrante

Tabla N°16 Distribución según profesión del integrante del Equipo de Salud con mayor disposición para la atención de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Profesional	FA	FR %
Pediatra	8	30,8
Ginecóloga	8	30,8
Partera	3	11,5
Enfermería	3	11,5
Psicóloga	1	3,8
Médico General	1	3,8
Médico de Familia	1	3,8
Vacunadora	1	3,8
Total	26	100

Gráfica N°16 Distribución según profesión del integrante del Equipo de Salud con mayor disposición para la atención de los usuarios migrantes. Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018

Profesional



Elaboración del grupo.

Fuente: Entrevistas a población migrante

Tabla N°17 Distribución según intención de los usuarios migrantes de continuar su asistencia en las Policlínicas Barrio Sur y Luisa Tiraparé, Montevideo. 21 de Mayo al 15 de Junio de 2018.

Cuidado	FA	FR %
Sí	38	100
Total	38	100

Respecto a la variable Cuidados, se desprende que la cuasi totalidad de los participantes (94,7%) siempre consideró positiva su experiencia en la policlínica y el 5,3% a veces. De hecho, el 100% de los encuestados afirmó su deseo de seguir atendándose en la policlínica.

En cuanto a los profesionales que demostraron mayor interés en establecer un vínculo terapéutico de calidad, predominaron Ginecología y Pediatría según el 30,8% de los participantes. Siguen en orden decrecientes Enfermería y Partera (11,5%) y Médico General, Médico de Familia, Psicóloga y Vacunadora. Finalmente, el 3,8% consideró que recibían igual calidad de atención por parte de todos los profesionales.

11. Discusión y Análisis

Del perfil sociodemográfico de la población encuestada se destaca en primer lugar el **rango etario** predominante de adultos entre 28 y 38 años. Estas cifras se corresponden con las tendencias estadísticas presentadas por el MIDES (2), que indican que la mayoría de las personas migrantes son adultos jóvenes, que acuden en búsqueda de oportunidades laborales. A su vez, es relevante que el rango etario dominante contraste con el de la población uruguaya que acude a los centros asistenciales, en su mayoría conformada por adultos mayores.

En segunda instancia, el 68,4% de las encuestadas se identificaron como mujeres, lo que confirma e incluso supera la tendencia presentada por el MIDES para el periodo 2009-2014, que establece que el 54% de la población migrante pertenece al **género** femenino (2). Además coincide con la tendencia general de la población, según la cual las mujeres asisten mayoritariamente a los servicios de salud. Dicha concurrencia se debe no solamente a consultas por su propia salud, sino también por la de los demás integrantes del núcleo familiar, ya que suelen estar a cargo del cuidado de los hijos, esposos y adultos mayores. Esta tendencia también corresponde a la estadística nacional de ASSE para el año 2016, que indica que a partir de los 15 años de edad, el número de usuarias mujeres supera el de los usuarios de sexo masculino en todas las etapas del ciclo vital (43).

En cuanto a **procedencia**, las cifras obtenidas corresponden con las presentadas por el MIDES (2) para los denominados “orígenes latinoamericanos no tradicionales”, que demuestran una marcada presencia de migrantes de Venezuela y de los países del Caribe (Cuba y República Dominicana). Estas personas encuentran en Uruguay un país de fronteras abiertas, que hasta el momento no ha aplicado la deportación en ningún contexto y que acceden a los servicios de salud del primer nivel aún sin documentación uruguaya. Los migrantes procedentes de Venezuela, República Dominicana y Cuba comparten varias características que van desde el idioma, la religión, los ritmos musicales y la gastronomía (44). □

La escasa procedencia extra americana puede deberse al criterio de inclusión del dominio del idioma español planteado por la investigación, que excluye a la mayoría de los usuarios africanos y de Medio Oriente.

Respeto al idioma español como **idioma dominante**, puede considerarse como un beneficio para la interrelación en los servicios de salud.

La mayoría de los encuestados (63,2%) presentaron un **nivel de estudios** universitario, lo

que concuerda con las estadísticas establecidas por el estudio del MIDES.

Dentro los Determinantes de la Salud (45), el nivel de instrucción integra el entorno en el cual se desarrolla un individuo e influye en su estilo de vida, hábitos, acceso a los servicios de salud y exposición a ambientes de riesgo. La mayoría de los estudios concluyen que a mayor nivel educativo, mayor acceso a los servicios de salud y mejor salud percibida a lo largo de la vida (46). Se evidencia además una mayor participación y compromiso de los individuos en su proceso de Salud-Enfermedad. En cuanto al perfil socio demográfico, las familias con mayor nivel educativo suelen presentar un menor número de hijos y poseen mayor impacto en su protección (47). El nivel de formación de la madre es un factor que determina la salud, supervivencia y nivel educativo de los hijos. Las personas auto identificadas con el género femenino que participaron en este estudio eran en su mayoría madres con un nivel educativo universitario, lo cual constituye un indicador del alto nivel de participación de individuos -y en particular mujeres y madres- en en su Proceso Salud Enfermedad y el de su núcleo familiar.

Con respecto al tiempo de estadía en el país, la mayoría de los encuestados (52,8%) afirmó llevar más de 3 años viviendo en Uruguay. Esto indica que un tiempo mayor de estadía implica mayores probabilidades de disponer de toda la documentación que habilita y facilita la atención socio sanitaria. Por otro lado, demuestra que el tiempo es un factor determinante para la accesibilidad a los servicios de salud, ya que conlleva un mejor conocimiento del sistema de salud, de sus prestadores, de sus profesionales y de su funcionamiento general.

En cuanto a valorar su **vivencia** en los centros asistenciales de la investigación, la gran mayoría (98,2%) de los participantes refirió sentir buena recepción por parte del Equipo de Salud. La vivencia está relacionada con los sucesos experimentados por los participantes y la recepción que les brindó el Equipo de Salud, en las distintas etapas del proceso asistencial. El alto índice de vivencia positiva expresado por los encuestados corresponde al porcentaje de los mismos que manifestaron desear continuar su atención sanitaria en las policlínicas de Barrio Sur y Luisa Tiraparé.

La variable **confianza** fue evaluada a través de la oportunidad brindada a los encuestados de poder expresar emociones, opiniones y sentimientos en sus interacciones con el Equipo. El 81,6% refirió poder hacerlo sistemáticamente. Si bien el porcentaje negativo fue bajo (5,3%), esto refleja que los participantes que respondieron negativamente no fueron contemplados en su integralidad por el Equipo de Salud que los asistió. Sin

embargo, resulta fundamental tener en cuenta estos parámetros, que sólo pueden ser abordados a través de las preguntas realizadas durante las consultas. Además de demostrar el grado de empatía del Equipo de Salud, genera en el usuario un mayor nivel de confianza, que le permite expresar emociones, sentimientos y opiniones en forma espontánea.

En la variable **Hábitos**, evaluada en dos universos, realizándose preguntas acerca del interés que el equipo prestaba acerca de sus hábitos de vida y la utilidad a la hora de plantear un tratamiento o plan de cuidados, el 44,7 % lo percibió como adecuado, 17,7 % como inadecuado y el 5,2 % expresaron respuestas matizadas entre estas.

Definiendo hábito como la práctica habitual de una persona o colectividad, el indagar acerca de éstos permite establecer un plan de cuidados viable, coherente y ajustado a las necesidades y recursos de los usuarios. El interés demostrado por parte del Equipo de Salud permite además generar un vínculo terapéutico basado en el compromiso y la empatía.

El 97,4% de los encuestados confirmó la disposición del Equipo de Salud por lograr una buena **comunicación** respecto a los diagnósticos y planes de cuidados planteados y expresar los fundamentos de los mismos en un lenguaje claro y entendible.

Destacó la importancia relativa de los **cuidados culturales** en el abordaje terapéutico del Equipo de Salud. En efecto, la mayoría de los participantes (39,5%) refirió que éste no realizaba preguntas acerca de sus creencias religiosas ni aspectos de su cultura y creencias que puedan influir en su forma de ver la salud. El 23,6 % en cambio si lo refirió como adecuado el interés.

Sin embargo, los encuestados aclararon que no lo consideraban como una falta de interés por parte de los profesionales respecto a su Proceso Salud Enfermedad y que ello no perjudicaba la calidad de la atención recibida. Aun así, se observa que el enfoque integral y centrado en las personas todavía no ha sido plenamente incorporado al abordaje terapéutico. Si bien esto no afecta el desarrollo del proceso asistencial en sus aspectos prácticos como coordinación de estudios o prescripción de tratamientos, puede dar lugar a la formación de malentendidos y estereotipos. Además, el cuidado cultural se vuelve imprescindible cuando se abordan usuarios de culturas, idiomas y creencias muy diferentes, lo cual no es el caso de los participantes de la investigación. En este contexto de globalización, el Equipo de Salud debe adquirir las herramientas que le permitan abordar individuos y comunidades que requieran de la competencia cultural para elaborar

planes de cuidados apropiados.

En cuanto a la valoración del cuidado brindado por los distintos integrantes del equipo de salud, cabe destacar el concepto positivo acerca de la Ginecóloga y la Pediatra, que demuestra la importancia que reviste la salud de la mujer y del niño en una población joven en edad reproductiva.

En suma, la percepción general acerca de los cuidados recibidos por el Equipo de Salud reveló ser muy positiva y demostró la intención de la población encuestada de seguir concurriendo a las policlínicas mencionadas. Éstas demostraron poder ofrecer los servicios adaptados a usuarios con el perfil socio demográfico de la población migrante caracterizada: predominio del sexo femenino y edad menor a cuarenta años.

La calidad de la **comunicación** y del **asesoramiento** fueron los cuidados mejor valorados por los participantes y considerados como prioritarios para su accesibilidad a los servicios de salud. Así, resulta fundamental para los participantes contar con el Equipo de Salud para facilitarles la información relevante acerca de su proceso de atención. Esto incluye tanto el acceso a los datos o servicios en sí mismos, como la accesibilidad vinculada con la comprensión idiomática de la información brindada. Aparece pues, la importancia del dominio de un idioma de interfaz en el proceso asistencial de usuarios no hispanohablantes.

12. Conclusiones

El desarrollo de la investigación realizada permitió en primer lugar cumplir los objetivos propuestos. En efecto, se logró caracterizar a la población migrante de los centros asistenciales a los que se concurrió, definir la percepción que tiene la población migrante sobre los cuidados recibidos e identificar qué cuidados considera como facilitadores en su accesibilidad a los servicios de salud. Si bien una muestra de 38 individuos es demasiado reducida como para extrapolar los resultados obtenidos, abre perspectivas alentadoras para futuras investigaciones.

El trabajo presentado puede considerarse como pionero en términos de investigación en torno a salud migratoria y pretende poner de manifiesto el interés que los profesionales y prestadores de salud deben prestar al Proceso Salud Enfermedad de la población

migrante. En efecto, su perfil socio demográfico, epidemiológico y cultural implica el desarrollo de conocimientos específicos por parte de los Equipos de Salud interdisciplinarios, con el fin de mejorar la calidad del proceso asistencial y preservar la salud poblacional.

El conocer la percepción de los usuarios migrantes acerca de los cuidados recibidos contribuye a mejorar la calidad de los mismos y así contribuir a la continuidad de la atención, que garantiza la efectividad y eficiencia del proceso asistencial. En una sociedad cada vez más expuesta a nuevos aportes culturales, la incorporación oportuna de la población migrante al sistema nacional de salud revela no solamente de un desafío en términos de atención sanitaria, si no también de integración social.

Sugerencias

Para futuras investigaciones en torno a salud migratoria, se sugiere en primera instancia extender la población objetivo a individuos no hispanohablantes, considerando el idioma como un factor esencial en la accesibilidad a los servicios de salud. En efecto, sería de gran interés para los Equipos de salud conocer la percepción de usuarios que no dominan el español y así medir el impacto de la barrera idiomática sobre la calidad de su proceso de atención.

En el área asistencial, se propone fomentar el mayor protagonismo del área de la Salud Familiar y Comunitaria, cuyas profesiones han desarrollado herramientas de atención integral particularmente indicadas para población migrante, como tiempos extendidos para las consultas y visitas domiciliarias. En este sentido, se hace hincapié en promover el rol de Enfermería en el abordaje de la población estudiada, ya que el contexto de migración genera situaciones y necesidades de salud que deben ser contempladas por el cuidado enfermero, con el fin de asesorar, acompañar y mejorar la calidad del proceso asistencial de las personas migrantes.

13. Referencias bibliográficas

1- Uruguay. Ministerio de Relaciones Exteriores. Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación. Informe sobre residencias enero-abril 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.mrree.gub.uy/frontend/afiledownload?1,1,778,O,S,0,38694%3BS%3B1%3B16> [consulta: 15 ago 2018].

2-Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay: nuevos orígenes latinoamericanos: estudio de caso de las personas peruanas y dominicanas. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/75559/1/investigacion_caracterizacion2017_final_digital.pdf [consulta: 29 ago 2017].

3-Migración. Ley N° 18.250 de 17 enero de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_Migraciones_Uruguay.pdf [consulta: 30 ago 2017].

4 -Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit [Internet] 2001; 15(4): 320-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715750> [consulta: 29 ago 2017].

5 -Searight HR. Bosnian immigrants' perceptions of the United States health care system: a qualitative interview study. Journal of Immigrant Health [Internet] 2003; 5(2): 87–93. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1022907909721> [consulta: 22 ene 2018].

6- Macedo Fraga J, Kozuch Lyzwa D, Vieru V. La satisfaction et le sentiment de solitude des sans-papiers dans l'accès aux soins. Haute Ecole de Santé [Internet] 2012. Disponible en: http://doc.rero.ch/record/31683/files/TB_INF_2012_1_Macedo_Fraga.pdf [consulta: 22 ene 2018].

7 - Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Aten Primaria [Internet] 2016; 48(3): 149-58.

Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99262/3/velasco2016.pdf>
[consulta: 22 ene 2018].

8 -Rodríguez Álvarez E, González Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. Gac Sanit [Internet] 2014; 28(4): 274-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000193> [consulta:22 ene 2018].

9 - Bas Sarmiento P, Fernández Gutiérrez M, Albar Marín MJ, García Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit [Internet] 2015; 29(4): 244-51. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v29n4/original1.pdf> [consulta: 22 ene 2018].

10 -Las Heras Mosteiro J, Otero Puime Á, Gallardo Pino C. ¿Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante?: el discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid. Semergen [Internet] 2008; 34(7): 330-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359308723359> [consulta: 22 ene 2018].

11- Belmonte García T, Checa Olmos JC, Arjona Garrido Á. Servicios de salud e inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. Saúde Soc [Internet] 2015; 21 (I): 67-75. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2012.v21n1/63-75> [consulta: 22 ene 2018].

12- Llop Gironés A, Vargas Lorenzo I, García Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Publica [Internet] 2014; 88(6): 715-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&lng=es [consulta: 16 ene 2018].

13 -Terraza Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. Int J Public Health [Internet] 2010; 55(5): 381-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20740298> [consulta: 22 ene 2018].

- 14 - Scozia Leighton C, Leiva Báez C, Garrido Maldonado N, Álvarez Carimoney A. Barreras interaccionales en la atención materno infantil a inmigrantes peruanas. Rev Sociedad & Equidad [Internet] 2014; (6): 6-33. Disponible en: <https://sye.uchile.cl/index.php/RSE/article/view/27213/32064> [consulta: 16 ene 2018].
- 15 - Lin L, Brown K, Yu F, Yang J, Wang J, Scrock J, et al. Health care experiences and perceived barriers to health care access: a qualitative study among african migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. J Immigr Minor Health [Internet] 2015; 17(5): 1509-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390408/> [consulta: 22 ene 2018].
- 16 -Almeida Moreira L, Casanova C, Caldas J, Ayres de Campos D, Dias S. Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health. J Immigrant Minority Health [Internet] 2014; 16: 719-23. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236328483_Migrant_Women's_Perceptions_of_Healthcare_During_Pregnancy_and_Early_Motherhood_Addressing_the_Social_Determinants_of_Health [consulta: 22 ene 2018].
- 17 -Chang Waldmann T. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: inmigrantes bolivianas em São Paulo. Revista de Direito Sanitário [Internet] 2011; 12(1): 90-144. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239/15054> [consulta: 15 feb 2018].
- 18-Diccionario de la Real Academia Española. Percepción. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=SX9HJy3> [consulta: 14 jul 2018].
- 19- Definición de. Percepción. [Internet] 2018. Disponible en: <https://definicion.de/percepcion/> [consulta: 15 feb 2018].
- 20- Fuenmayor G, Villasmil Y. La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. Revista de Artes y Humanidades UNICA [Internet] 2008; 9(22): 187-202. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170118859011> [consulta: 14 jul 2018].

- 21- Mart G. Roles de los miembros del equipo de salud: trabajo. [Internet]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/350848485/Roles-de-Los-Miembros-Del-Equipo-de-Salud-Trabajo> [consulta: 15 ago 2018].
- 22- Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados [Internet] 1999; 3(6). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf [consulta: 29 ago 2017].
- 23- Muñoz de Rodríguez L, Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colomb Med [Internet] 2007; 38(4 Supl 2): 98-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf> [consulta: 22 feb 2018].
- 24- Marina K. Salud integral y migración: abordaje transcultural del Proceso Enfermero en un caso clínico del Programa de Salud Migratoria de Ginebra, Suiza. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet] 2017; 6(2): 45-50. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1512/1486> [consulta: 14 mar 2018].
- 25- Arciniegas Rodríguez W, Peña NC. Consideraciones semióticas: un acercamiento a la definición de cultura. Cuadernos de Lingüística Hispánica [Internet] 2014; (25): 99-121. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/linguistica_hispanica/article/view/3373/4953 [consulta: 14 mar 2018].
- 26- Organización Mundial de la Salud. Migración internacional, salud y derechos humanos. [Internet]. 2003. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf [consulta: 29 ago 2017].
- 27- Banco Mundial. Migración y remesas: panorama general. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/topic/migrationremittancesdiasporaissues/overview> [consulta: 29 ago 2017].
- 28- Organización Panamericana de la Salud. Países de las Américas buscan abordar

necesidades en salud de los migrantes. [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12560%3Apaíses-americanos-buscan-abordar-necesidades-salud-migrantes&catid=8882%3A55-dc-news&Itemid=42099&lang=es [consulta: 29 ago 2017].

29- Organización Internacional para las Migraciones. ¿Quién es un migrante? [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.uruguay.iom.int/> [consulta: 30 ago 2017].

30- Administración de los Servicios de Salud del Estado. Extranjeros y retornados al país. [Internet]. Disponible en: http://afiliaciones.asse.com.uy/prestaciones_detail?id=P-5-extranjeros [consulta: 16 jul 2018].

31- Mauro M, Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. La accesibilidad a los servicios de salud; una experiencia con adultos mayores de 59 años. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.academica.org/000-039/179> [consulta: 20 feb 2018].

32-Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu Investig [Internet] 2007; 14. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019 [consulta: 13 mar 2018].

33-Comes Y, Stolknier A. "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anu Investig [Internet] 2005; 12: 137-43. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100013&lng=es&nrm=iso [consulta: 13 mar 2018].

34-Bonnet P. Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. [Internet]. 2002. Disponible en: http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf [consulta: 13 mar 2018].

35 -Sistema nacional integrado de salud. Ley N° 18.211 de 13 diciembre de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf> [consulta: 20 feb 2018].

- 36- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de set. 1978. [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> [consulta: 21 nov 2017].
- 37-Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> [consulta: 21 may 2018].
- 38-Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Reestructura del primer nivel de atención mercado de trabajo del sector salud. [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/DT_3-06.pdf [consulta: 11 ago 2017].
- 39-Ríos G. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los estados partes del Mercosur: República Oriental del Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/Perfiles%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud_MERCOSUR_ROU.pdf [consulta: 21 may 2018].
- 40-Intendencia Municipal de Montevideo. Digesto Municipal. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/asl/sistemas/Gestar/resoluci.nsf/WEB/Numero/4770-09> [consulta: 20 feb 2018].
- 41- Intendencia Municipal de Montevideo. Policlínicas. [Internet]. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas> [consulta: 22 feb 2018].
- 42-Intendencia Municipal de Montevideo. Policlínica Barrio Sur. [Internet]. 2017. <http://www.montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/policlinica-barrio-sur> [consulta: 22 feb 2018].
- 43-Administración de los Servicios de Salud del Estado. Datos de Usuarios: total del país de usuarios ASSE, por tipo de cobertura según sexo y grupos de edad. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/contenido/Datos-Usuarios-ASSE-6604> [consulta: 10 jul 2018].

44-Díaz CG. Tradiciones y costumbres caribeñas. [Internet]. 2012. Disponible en: <https://enciclopedia.pr.org/encyclopedia/tradiciones-y-costumbres-caribenas/> [consulta: 10 jul 2018].

45-Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf> [consulta: 30 jul 2018].

46-Aguilar Palacio I, Carrera Las fuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gac Sanit [Internet] 2015; 29(1): 37-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100007 [consulta: 10 jul 2018].

47- Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. 2007. Disponible en: www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf [consulta: 10 jul 2018].

□

ANEXOS

Anexo A Antecedentes

	TÍTULO	PAÍS	AÑO	14. Anexos TEMÁTICA	DISEÑO	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS/ CONCLUSION ES	REFERENCIA
1	Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos	España	2001	Percepción de los problemas en la atención sanitaria a inmigrantes económicos según profesionales e inmigrantes en Mallorca	Estudio descriptivo transversal de enfoque cualitativo realizado mediante entrevistas semi estructuradas	Inmigrantes económicos Atención sanitaria Profesionales sanitarios Trabajadores sociales Barreras	Las principales barreras en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos son, en opinión de los profesionales socio sanitarios, las restricciones de acceso, el seguimiento clínico y la falta de entrenamiento en medicina tropical. Para los inmigrantes, la atención sanitaria no parece ser una prioridad.	Ramos M. García R. Prieto M.A. March J.C. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit 2001;15:320-6 - Vol. 15 Núm.4.
2	Bosnian Immigrants' Perceptions of the United States Health Care System: A Qualitative Interview Study	EEUU	2003	Percepción de la atención sanitaria por parte de migrantes bosnios en EEUU	Estudio descriptivo transversal de enfoque cualitativo realizado mediante entrevistas semi estructuradas	International health care Immigrant health Qualitative research	La población se mostró crítica respecto al sistema US, identificando los siguientes problemas para su acceso a los cuidados: confusión en cuanto a la cobertura de salud, acceso deficiente al primer nivel y	Searight, H.R. Bosnian Immigrants' Perceptions of the United States Health Care System: A Qualitative Interview Study. Journal of Immigrant Health (2003) 5: 87.

							atención especializada, discriminación y burocracia	
3	Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid	España	2008	Percepción de la atención sanitaria por parte de los migrantes	Fenomenológico o Investigación cualitativa	Inmigrante Creencias Salud Utilización de servicios sanitarios Ecuador	Idealización de la atención especializada y de Emergencia Minusvaloración del médico de familia y de la Atención Primaria	Las Heras-Mosteiro J. Otero-Puime Á. Gallardo-Pino C. Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid. Semergen. 2008;34(7): 330-5.
4	Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services.	España	2010	Percepción de la atención sanitaria por parte de los migrantes ecuatorianos en Barcelona	Estudio cualitativo, fenomenológico mediante entrevistas semi estructuradas. El análisis fue llevado a cabo mediante el método de Colaizzi		El acceso se considera facilitado para personas afiliadas al sistema de salud, destacando además los siguientes factores facilitadores: manejo del idioma, redes de apoyo, gratuidad de la atención y disponibilidad horaria. Factores que dificultan la accesibilidad fueron a su vez identificados: conocimiento insuficiente del sistema de	, , , Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. 2010 Oct;55(5):381-90.

							salud, condiciones laborales, accesibilidad de la información	
5	Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro	España	2012	Percepción de la atención sanitaria por parte de migrantes y profesionales, enfocada a la atención a la diversidad	Descriptivo Transversal Cualitativo Mediante entrevistas semi estructuradas Complementado por una observación de los servicios de salud durante 1 año	Inmigración Interculturalidad Salud Acceso	Acceso universal al SNS, pero accesibilidad limitada por barreras administrativas, lingüísticas y culturales. Éstas son eludidas mediante las redes sociales. Los recursos utilizados no se han adaptado a las necesidades de la población migrante (valoración subjetiva del bien salud): estereotipo de la persona migrante en mala salud y con déficit de autocuidado, no se admite que las necesidades socio económicas son más importantes que las propiamente sanitarias, no se considera el cuidado cultural, en la medida en que no se adaptan	Belmonte-García T. Checa Olmos J.C. Arjona Garrido Á. Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. Saúde Soc. São Paulo. 2015; 21 (1): 67-75.

							los planes de cuidado a la cultura y necesidades del usuario El uso del sistema de salud por parte de la población migrante no difiere del de la población autóctona	
6	La satisfaction et le sentiment de solitude des sans-papiers dans l'accès aux soins : comparaison des populations soignées et non soignées à la CAMSCO : travail de Bachelor	Suiza	2012	Percepción de la atención sanitaria por parte de migrantes ilegales en Ginebra	Enfoque cualitativo Entrevistas semi estructuradas	Sans-papiers Accès aux soins Solitude Satisfaction Migration Santé Précarité CAMSCO Genève Suisse	Los migrantes en situación de ilegalidad identifican como factores que dificultan su acceso a los cuidados: conocimientos deficientes del sistema de salud, vergüenza e incomodidad, incertidumbre en cuanto a su futuro, barrera idiomática, objetivo económico, que supera la voluntad de ser atendido adecuadamente en asuntos de salud Expectativas de la población respecto a los profesionales de la salud: solución del problema que	Macedo Fraga J. Kozuch-Lyzwa D. Vieru V. Sorg E. (Dir). La satisfaction et le sentiment de solitude des sans-papiers dans l'accès aux soins Comparaison des populations soignées et non soignées à la CAMSCO Travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé Suisse Genève, 2012.

							ocasionó el motivo de consulta, escucha, obtención de medicación, alivio del dolor	
7	Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco	España	2014	Percepción de la atención sanitaria por parte de los migrantes	Descriptivo Transversal Cuantitativo	Inmigración Desigualdades sociales en salud Discriminación	La población migrante de País Vasco percibió discriminación en su atención sanitaria, que llevan a un peor estado de salud percibido que el de la población autóctona. Influyen también su situación socioeconómica y redes de apoyo deficientes	Rodríguez Álvarez E. González-Rábago Y. Bacigalupe A. Unai M. Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. Gac. San. 2014; 28(4): 274-280.
8	Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health	Portugal EEUU	2014	Percepción de la atención sanitaria por parte de mujeres migrantes durante el embarazo y puerperio	Descriptivo Transversal Cualitativo entrevistas semi estructuradas	Social determinants of health Maternal healthcare Migration	Información inadecuada acerca de los derechos en salud y malentendidos en las consultas interactúan con determinantes sociales, tales como bajo estatuto socioeconómico, generando una percepción deficiente de la calidad de la	Almeida, L.M., Casanova, C., Caldas, J. et al. Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health. Journal of Immigrant and Minority Health (2014) 16: 719.

							atención por parte de la población diana	
9	Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España	España	2014	Acceso y utilización de los servicios de la población inmigrante en España	Revisión bibliográfica de los artículos originales (1998-2012) registrados en Medline y MEDES. Se identificaron 319 artículos de los que se seleccionaron 20. Se utilizó el modelo de Aday y Andersen para el análisis.	Servicios de salud Accesibilidad a los servicios de salud Utilización Prestación de atención de salud Migración internacional España	Entre los artículos seleccionados, 13 estudios cuantitativos analizaron diferencias en la utilización de los servicios de salud entre inmigrantes y autóctonos y 7 determinantes del acceso en inmigrantes. En líneas generales, éstos muestran menor utilización de la atención especializada, mayor de las urgencias y no se observaron diferencias entre grupos en atención primaria. Los 5 estudios cuantitativos sobre determinantes se centraron en las características de la población (sexo, edad, nivel de estudios y posesión de seguro privado) sin observarse	Llop-Gironés Alba, Vargas Lorenzo Ingrid, Garcia-Subirats Irene, Aller Marta-Beatriz, Vázquez Navarrete María Luisa. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 16] ; 88(6): 715-734.

							un patrón claro. Los 2 estudios cualitativos analizaron factores relacionados con los servicios de salud y encontraron barreras en el acceso, como la provisión de información o los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria.	
10	Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas	Chile	2014	Percepción de la atención sanitaria por parte de mujeres migrantes peruanas y profesionales de la salud en Santiago de Chile	Enfoque cualitativo entrevistas semiestructuradas a trece inmigrantes peruanas usuarias de atención materno-infantil y trece funcionarios	Migración peruana, Salud Intercultural, Atención materno-infantil, Barreras de atención, Interacción, Estigma, Santiago de Chile.	En la percepción de las mujeres migrantes, identificamos como factores obstaculizadores hacia el acceso a la atención: el (des)conocimiento de los mecanismos de funcionamiento de las instituciones; que el trato, en sus dimensiones subjetiva y racional-económica, incide en las diferencias en la integración; el cuerpo de los	Scozia Leighton C. Leiva C. Garrido Maldonado N. Álvarez Carimoney A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. Rev. Sociedad & Equidad No 6, Enero de 2014 [Consultado en 2018 Enero 22] Disponible en:

							sujetos en tanto se asocia a la (in/hiper) visibilización del colectivo peruano y su pertenencia a estratos socioeconómicos bajos.	
11	Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante	España	2015	Percepción de la atención sanitaria por parte de los migrantes	Descriptivo De orientación fenomenológica Cualitativo	Inmigración Accesibilidad a los sistemas de salud Investigación cualitativa Alfabetización en salud Diversidad cultural Participación del paciente Disparidad en la atención en salud	Los discursos muestran 4 categorías de análisis: Respuesta ante un problema de salud, Acceso al sistema, Conocimiento de recursos sociosanitarios y Necesidades de alfabetización en salud Para las dos primeras categorías, la cultura, el nivel socioeconómico y el tiempo de estancia en el país son determinantes La última categoría se relaciona con el dominio del idioma, que es imprescindible para la participación de la población migrante en su PSE	Bas-Sarmiento P. Fernández-Gutiérrez M. Albar-Marín M.J. García-Ramírez J. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac. San. 2015; 29(4): 244-51.

							Destaca una sobre utilización de los Servicios de Urgencia en detrimento del Primer Nivel de Atención	
12	Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China	China EEUU (Publicación)	2015	Percepción de la atención sanitaria por parte de la población migrante africana en Guangzhou (China)	Descriptivo Transversal cualitativo entrevistas semi estructuradas	African China Health care access Health care experiences Immigrants/migrants	Los migrantes africanos señalan la barrera idiomática como primer impedimento para acceder al sistema de cuidados. Estudios previos demostraron que dicha barrera genera comprensión deficiente de las explicaciones del personal de la salud y un bajo nivel de satisfacción respecto a la atención brindada. Destaca el poco conocimiento de enfermedades prevalentes en África por parte de los médicos chinos y el uso de técnicas y procedimientos inusuales en sus países de origen. Diferencias	Lin L. Brown K. Fan Yu J. Y. Wang J. Srock J. Bodomo A. et al. Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. 2015.

							culturales en cuanto a salud constituyen un obstáculo en la accesibilidad a los cuidados.	
13	Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios	España	2015	Percepción de la atención sanitaria por parte de los migrantes	Descriptivo Transversal mediante encuesta Cuantitativo	Migración Calidad percibida Sistema Nacional de Salud España Barcelona	Dificultades de accesibilidad debidas a orientación deficiente por parte de los profesionales, cuando éstos carecen de competencias idiomáticas y culturales. Esta dimensión es percibida como más influyente que aspectos técnicos. Las mujeres son más sensibles a un trato inadecuado. Las consecuencias son una ruptura en la relación médico paciente y un acceso obstaculizado a los servicios de salud.	Velasco C. Vinasco Ana María. Trilla Antoni. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Aten Primaria. 2016;48(3):149-158.
14	Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde:	Brasil	2011		Descriptivo Transversal cualitativo entrevistas semi estructuradas	Atenção a saúde Direitos Humanos Imigração boliviana São Paulo Saúde de	25 de 28 entrevistadas tuvieron seguimiento adecuado de sus embarazos: buena accesibilidad	Chang Waldmann T. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. Revista de

inmigrantes bolivianos em São Paulo					minorías	Barrera lingüística, cultural, socioeconómica y discriminación como principales obstáculos en la atención	Direito Sanitário. V. 12. N. 1. Págs. 90-144, Mar-Jun 2011.
-------------------------------------	--	--	--	--	----------	---	---

Total de investigaciones	14		
Criterios de inclusión	Abarcar la percepción de la población migrante sobre factores y cuidados determinantes en el acceso, accesibilidad y/o calidad de la atención sanitaria en el país de acogida		
		Cantidad	Número
Tipos de estudios	Artículos científicos	13	Todos menos 6
	Tesina Carrera de grado	1	6
País de publicación	España	8	2;3;4;5;7;9;10;11;13
	EEUU	3	1;8;12
	Chile	1	10
	Suiza	1	6
	Brasil	1	14
País donde se realizó la investigación	España	8	2;3;4;5;7;9;10;11;13
	Estados Unidos	1	1
	China	1	12
	Portugal	1	8
	Suiza	1	6
	Chile	1	10
	Brasil	1	14
Rama profesional/académica de los investigadores	Medicina	4	1; 2; 3; 13;
	Enfermería	1	6
	Antropología Social	1	10
	Derecho	1	14
	Interdisciplina	4	Enfermería, Medicina y Antropología: 5 Medicina y Sociología: 7 Enfermería y Psicología Social: 11 Medicina, Psicología, Ciencias Sociales y de la Educación: 8
	Sin datos	2	4; 12

Tipo de estudio	Cualitativo	11	1;2;3;4;5;6;8;10;11;12;14	
	Cuantitativo	2	7; 13	
	Estudio de revisión	1	9	
Instrumento	Entrevista	11	1;2;3;4;5;6;8;10;11;12;14	
	Encuesta		7; 13	
Factores determinantes en el acceso/ accesibilidad/ calidad de la atención sanitaria según percepción de la población migrante	Factores relativos a la persona migrante	Idioma/cultura	7	4;5;8;11;12;13;14
		Situación legal y/o socio económica	7	4;6;7;8;10;11;14
		Redes de apoyo	4	4;5;7;14
		Preferencia por los Servicios de Emergencia en detrimento del Primer Nivel de Atención	3	3;9;11
		El acceso a la salud NO es una prioridad	2	1;5
	Factores relativos al sistema	Gratuidad de la atención	8	2;4;5;6;8;9;10;14
		Claridad de la información y eficacia de la administración		
		Capacitación y disposición del personal de la salud	9	2;5;6;7;8;10;12;13;14

ANEXO B



AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE LA IM - DIVISIÓN SALUD

Universidad de la República

Facultad de Enfermería

Departamento de Enfermería Comunitaria

Montevideo __ de ____ del ____.

Intendencia de Montevideo

División Salud

Directora Atención a la Salud

Lic Esp. Alicia Guerra

Por medio de la presente, nos dirigimos ante usted, como grupo de estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, en el marco de la Licenciatura de Enfermería, con el motivo de solicitar autorización para recabar los datos para la investigación titulada "Percepción de la población migrante sobre los cuidados que contribuyen a la accesibilidad en la atención de salud en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo" Desarrollada dentro de las líneas del Departamento de Enfermería Comunitaria y como requisito para la obtención del título de grado.

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la recolección de datos se realizará mediante una encuesta, aplicando un cuestionario de elaboración propia, a población migrante mayores de 18 años que asisten a la policlínica Luisa Tiraparé y Barrio Sur.

Para la ejecución de la misma, solicitamos a usted el apoyo institucional, con fines exclusivamente académicos.

Sin otro particular, saludamos Atentamente

Br. Barboza, Alexis -

Br. Casavieja, Daniela -

Br. López, Silvana -

Br. Marina, Katia -

Br. Toledo, Nicolás -

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Montevideo ____ de ____ del ____

Nos dirigimos a usted como grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República, que estamos realizando una investigación con el Título: “Percepción de la población migrante sobre los cuidados que contribuyen a la accesibilidad a la atención de salud en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo”, para la obtención del título de grado.

Para su logro es importante la información recabada a personas migrantes que asisten a la policlínica Luisa Tiraparé o Barrio Sur, mayores de 18 años y que comprendan el idioma.

Quienes participan no serán identificados personalmente, utilizando como identificación las iniciales de su nombre, no correrán riesgos ni daños físicos

Consistirá en una serie de preguntas que podrá dejar de responder si lo cree conveniente y los resultados estarán a su disposición, siendo utilizados solamente con fines académicos.

En caso que lo requiera responderemos sus preguntas al respeto

Por el presente consentimiento: yo: _____

Declaro que fui informada(o), de forma clara y detallada, de los objetivos, fundamentos y beneficios de este proyecto de investigación y mis preguntas han sido respondidas.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar del estudio, notificando con mi firma la aceptación

Por grupo de estudiantes

Firma para autorización

ANEXO D

Instrumento



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Fecha: _____

¿Usted domina el idioma español?

SÍ

NO

¿Cuántas veces ha consultado en la policlínica? _____

Edad: _____

1. Iniciales del nombre: _____

2. Género: _____

3. Nacionalidad: _____

4.Cuál es el idioma que mejor habla y entiende?

5. ¿Cuál es el nivel más elevado de estudios que alcanzó?

6. ¿Cuánto tiempo hace que está en Uruguay?

7. ¿Cuándo viene a la Policlínica, siente buena recepción por parte de los integrantes del Equipo de Salud?

SÍ

NO

A VECES

8. ¿El Equipo de Salud le pregunta sobre sus hábitos de vida?

SÍ

NO

A VECES

9. ¿Cuándo le proponen un tratamiento o una dieta, el equipo tiene en cuenta sus hábitos?

SÍ

NO

A VECES

10. El Equipo demuestra interés por conocer su religión o creencias y su influencia en los hábitos relacionados con la salud?

SÍ

NO

A VECES

11. ¿El Equipo demuestra interés por conocer aspectos de su cultura que influyen en su forma de ver la salud?

SÍ

NO

A VECES

12. ¿El Equipo trata de que Usted entienda lo que le dicen?

SÍ

NO

A VECES

13. ¿Le es útil la información que le dan los profesionales durante la consulta?

SÍ

NO

A VECES

14. ¿Considera que el tiempo para su atención durante la consulta es el necesario?

SÍ

NO

A VECES

15. ¿Considera positiva la experiencia relacionada con la atención que recibió en esta policlínica?

SÍ

NO

A VECES

16. ¿Usted pudo expresar sus emociones, sentimientos y opiniones durante sus consultas con el Equipo de Salud?

SÍ

NO

A VECES

17. ¿Siente que algún integrante del equipo demuestra mayor interés en establecer una buena comunicación y darle una atención adaptada a sus necesidades?

SÍ

NO

A VECES

¿Cuál de ellos?

18. ¿El Equipo de Salud actúa de tal forma que Usted desea continuar atendándose en esta policlínica?

SÍ

NO

A VECES