

Vanesa Villa Cordero

**INMIGRANTES IRREGULARES EN ESPAÑA: ACCESO AL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD, PERCEPCIÓN, GESTIÓN Y ESTADO DE SALUD.
Proyecto de Investigación**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por Dra. Lina Casado Marín

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



Tarragona

2022

PRÓLOGO

*Y si tengo alguna duda,
miro al cielo y me acuerdo de ti.*

JF Torres

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo, Albert, siempre tolerante y dispuesto a colgarse en la mochila lo que sea necesario para que yo tenga un remanso de paz temporal para desarrollar este trabajo de investigación.

A mis pequeños, Pol y Laia, siempre colaboradores y orgullosos de que mamá siga formándose y superando retos. A veces también competitivos en cuanto a calificaciones en pruebas o exámenes.

A mi madre, Mari, que a pesar de su alta dependencia por sus patologías y el proceso neoplásico por el que está pasando siempre fue comprensiva cuando las tareas del máster desencadenaban en poder atenderla menos de lo que necesitaba y merece.

A mi padre, Antonio, que aunque este año hace 13 que está muy lejos lo sigo sintiendo muy cerca.

A mi tutora, Lina, siempre atendiendo a mis consultas rauda y veloz, dando calma y ánimos para seguir persistiendo en cumplir uno de mis sueños.

A mi más íntimo círculo de amigos, a los que la realización de mi máster les condicionó conversaciones y limitó buenos ratos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen/Abstract	7
1. Introducción	9
2. Marco conceptual	11
3. Revisión bibliográfica y antecedentes	13
3.1. Estrategia de búsqueda	13
3.2. Criterios de inclusión	15
3.3. Criterios de exclusión	15
3.4. Criterios de selección y elegibilidad	16
3.5. Limitaciones del estudio de RS	17
3.6. Principales características de los artículos seleccionados	18
4. Aportaciones e interés del estudio	30
5. Objetivos e hipótesis	30
6. Metodología	31
6.1. Diseño, metodología y justificación	31
6.2. Población y muestra	31
6.3. Instrumentos de recogida de información	33
6.4. Análisis de datos	34
7. Aspectos éticos	36
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	37
9. Limitaciones de la investigación	37
10. Bibliografía	39
11. Cronograma	47
12. Presupuesto	50
13. Anexos	51
Propuesta de Artículo Científico	55

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

- Tabla 1. Estrategia de búsqueda para la RS 14
- Tabla 2. Resumen de las principales características de los artículos seleccionados. 18
- Tabla 3. Cronograma año 1 de la investigación 47
- Tabla 4. Cronograma año 2 de la investigación 48
- Tabla 5. Cronograma año 3 de la investigación 49
- Tabla 6. Presupuesto previsto para llevar a cabo la investigación 50

Figuras

- Figura 1. Diagrama de flujo. Resumen de proceso de selección de artículos. 17

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

SNS: Sistema Nacional de Salud

REDER: Red de Denuncias y Resistencia

TFM: Trabajo Fin de Máster

EDO: Enfermedad/es de Declaración Obligatoria

RS: Revisión Sistemática

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

EI: Enfermedad/es Infecciosa/s

VHB: Virus Hepatitis B

VHC: Virus Hepatitis C

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

TBC: Tuberculosis

ITS: Infección de Transmisión Sexual

VHP: Virus Papiloma Humano

ONG: Organización No Gubernamental

CI: Consentimiento Informado

CEIPSA: Comité Ético de Investigación con Personas, Sociedad y Medio Ambiente.

OP: Observación Participante

ESE: Encuesta Semi-Estructurada

URV: Universitat Rovira i Virgili

WOS: Web Of Science

RESUMEN

Introducción: Los inmigrantes irregulares que residen en España disponen de acceso a servicios sanitarios de forma gratuita dentro del Sistema Nacional de Salud pero hacen menor uso de ellos que los nativos españoles. Muchos de los países de origen son zonas endémicas de determinadas enfermedades infecciosas, algunas de ellas de incidencia irrelevante en la población nativa española. El objetivo de este proyecto de investigación es explorar el nivel de acceso que tienen los inmigrantes irregulares que residen en España a los servicios sanitarios públicos, identificar las barreras que encuentran para su acceso, describir la percepción, gestión y estado de salud que tienen en el contexto de migración, e identificar posibles enfermedades infecciosas prevalentes que padezcan.

Metodología: se llevará a cabo una investigación con diseño metodológico cualitativo fenomenológico descriptivo. A través de diferentes asociaciones y organizaciones, contactaremos con 15 a 17 personas inmigrantes en situación irregular. Se recogerán los datos mediante las técnicas de la observación participante, entrevistas semi-estructuradas, notas en diario de campo y a través de materiales de audio o audiovisuales. Durante la fase empírica de la investigación se emplearán soportes informáticos con el propósito de facilitar el análisis, codificación y clasificación de los datos.

Aportaciones e interés del estudio: mediante el presente se podrán evaluar el estado de salud percibido de los inmigrantes irregulares en Cataluña y explorar cuales son las barreras de acceso al mismo que se ofrecen y sus particularidades, fomentando la posibilidad de protocolizar actuaciones dirigidas a mejorar el acceso al SNS y el diagnóstico y tratamiento de las patologías que puedan acontecer, así como acercando y promoviendo los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud a este colectivo vulnerabilizado.

Palabras clave: inmigrante indocumentado, salud, enfermedades infecciosas.

ABSTRACT

Introduction: Irregular immigrants residing in Spain have access to health services free of charge within the National Health System but make less use of them than native Spaniards. Many of the countries of origin are endemic areas for certain infectious diseases, some of which have a negligible incidence in the native Spanish population. The aim of this research project is to explore the level of access that irregular immigrants residing in Spain have to public health services, to identify the barriers to their access, to describe their perception, management and health status in the context of migration, and to identify possible prevalent infectious diseases they suffer from.

Methodology: research will be carried out with a descriptive phenomenological qualitative methodological design. Through different associations and organisations, we will contact 15 to 17 undocumented migrants. Data will be collected through the techniques of participant observation, semi-structured interviews, and field diary notes and through audio or audio-visual materials. During the empirical phase of the research, computer media will be used in order to facilitate the analysis, coding and classification of the data.

Contributions and interest of the study: This project will make it possible to evaluate the perceived state of health of illegal immigrants in Catalonia and to explore the barriers to accessing it and their particularities, fostering the possibility of establishing protocols for actions aimed at improving access to the NHS and the diagnosis and treatment of pathologies that may occur, as well as bringing and promoting disease prevention and health promotion programmes for this vulnerable group.

Key words: undocumented immigrant, health, infectious diseases.

1. INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su 13º artículo “Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado y toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país”¹.

En las últimas décadas los ciudadanos españoles hemos comprobado cómo aumentaba exponencialmente la población inmigrante que arribaba a nuestro país. No en vano, la población española creció en 2019 gracias al crecimiento de la población de nacionalidad extranjera, puesto que la de nacionalidad española se vio reducida. De esta forma, la población extranjera en nuestro país representaba más de cinco millones de personas a 1 de enero de 2020, lo que se traduce en un 10% de la población total española. Por nacionalidades los ciudadanos inmigrantes residentes en nuestro país son mayoritariamente de origen marroquí, rumano, británico, italiano, colombiano, chino, venezolano y alemán². Estos ciudadanos inmigrantes considerados como regulares entran dentro del sistema nacional, por lo que son amparados por el Régimen Comunitario en el caso de ciudadanos de origen europeo, o el Régimen General en el caso de ciudadanos extracomunitarios, y legislados por la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social³, de modo que gozan de acceso a servicios públicos como cualquier otro ciudadano español. Ahora bien, ¿Qué ocurre con los inmigrantes que llegan en situación irregular?

Un ciudadano inmigrante en situación irregular es aquel que carece de permiso para residir en un país y trabajar legalmente. Sobra decir que el registro de entrada y/o permanencia en territorio español de los mismos es ardua tarea, puesto que de su inicial anonimato depende la permanencia en nuestro país. Según publica el Ministerio del Interior, solo durante 2020 se registraron 41.861 inmigrantes irregulares en nuestro país, la mayoría de los cuales llegaron por vía marítima a las islas Canarias y por vía terrestre a Ceuta y Melilla⁴. Por país de origen, estos inmigrantes fueron principalmente procedentes de Marruecos, Guinea, Argelia, Mali, Costa de Marfil, Senegal y Túnez⁵. Las fronteras terrestres y la proximidad marítima con el continente africano hacen de nuestro

país uno de los más “asequibles” para la travesía ilegal en busca de la entrada al continente europeo. En la memoria de todos están las imágenes de llegadas de pateras a nuestras costas, o las de menores procurándose un hueco entre la mecánica de un camión para cruzar la frontera hispano-marroquí. La percepción de llegada masiva de inmigrantes ilegales se ha convertido en una verdadera preocupación para la sociedad española. A modo de reflexión sobre estigmas, prejuicios y estereotipos, apuntar que tan inmigrante ilegal es aquel que llega en cayuco como el suizo que desembarca del avión y no ha regularizado su situación de residencia en nuestro país, por lo que ambos se encontrarán en la misma situación irregular administrativa.

Uno de los grandes logros del Estado de Bienestar de nuestro país fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual ofrecía asistencia sanitaria universal y gratuita para todos los que se encontraran dentro de nuestras fronteras e independientemente de su situación administrativa. La aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril⁶, supuso un cambio radical a este modelo de salud, revés el cual fue amparado bajo el paraguas de supuestas dificultades para la sostenibilidad del mismo, y como consecuencia principal de la crisis económica. En ella se describe la necesidad de cambio de modelo a fin de acabar con el abuso y sobrecarga del SNS, así como la incompatibilidad actual con la normativa europea sobre regulación de la sanidad transfronteriza. Es por ello, a partir de entonces, y según cita en su *Artículo 3* referido a *Asistencia sanitaria en situaciones especiales*, “Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica y de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.”. Para el resto de situaciones, los ciudadanos extranjeros en situación irregular, entendiéndose que su situación administrativa es incompatible con ser asegurados o beneficiarios del SNS, se contempla el acceso a la asistencia sanitaria mediante pago de contraprestación económica.

En 2018, y con el cambio de Gobierno en la nación, la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Carmen Montón⁷, sacó adelante por amplia mayoría el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud⁸, con el que devolvía la asistencia sanitaria universal y gratuita a personas extranjeras residentes en territorio español con independencia de la regularidad de su situación. No obstante esta Ley, son muchos los casos en los que el inmigrante irregular no disfruta del acceso incondicionado y gratuito al SNS por diferentes motivos. El desconocimiento del servicio, los trámites de acceso al mismo, la barrera idiomática, así como el miedo a ser identificado como irregular con las consecuencias que ello puede acarrear, sugieren que muchos de ellos no hacen uso de los servicios de sanidad públicos.

2. MARCO CONCEPTUAL

Para muchos colectivos de diferentes ámbitos, la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril⁶ supuso una agresión al SNS bajo tintes xenófobos, por lo que fue duramente criticada por oposiciones políticas y multitud de estamentos sociales, llegando incluso a formarse asociaciones de protesta como Red de Denuncias y Resistencia al RDL/2012 (REDER), de la que Médicos del Mundo forma parte, los cuales han registrado hasta 4.000 personas las excluidas del sistema sanitario desde 2014⁹. Se calcula que más de 800.000 tarjetas sanitarias fueron dadas de baja entre 2014 y 2018, y que la mortalidad entre las personas residentes ilegales se vio incrementada en un 3,5% durante el mismo periodo¹⁰.

Los marcos mediáticos sobre los que se sustenta la percepción del ciudadano español “de derecho” con respecto al ciudadano irregular son básicamente de carácter moralista y legalista¹¹, siendo referida por la ciudadanía la percepción de desamparo de estos colectivos en situación irregular, aun sin obviar la mirada recelosa que les confieren tanto por sus orígenes como por otros conceptos de prejuicio.

Gómez et al.¹², señalan que los inmigrantes que llegan a nuestro país son en su mayoría jóvenes y con un buen estado de salud, incluso habitualmente mejor que la de la población autóctona en general, puesto que son los más fuertes psicológicamente los que deciden dar el paso de cruzar la frontera. Así mismo, reflejan como determinantes sociales y de salud negativos como aislamiento social, hacinamiento, precaria situación laboral y/o educativa, o inicios de hábitos propios de la sociedad del país de acogida (consumo de alcohol, tabaco, ...) influyen directamente sobre el empeoramiento en el estado de salud física y mental inicial que poseía el inmigrante a la llegada.

El número de enfermedades infecciosas (EI) importadas aumenta con la llegada masiva de inmigrantes irregulares provenientes del continente africano¹³, donde las rentas son más bajas y el acceso a la sanidad no está al alcance de todos, por lo que habitualmente no son conocedores de padecer esa dolencia. De hecho, los registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) autonómicos y estatales, muestran como muchas de las enfermedades que creíamos erradicadas en nuestro país tales como tifus, brucelosis, tosferina, paludismo, fiebre amarilla o peste, siguen presentes en mayor o menor medida año tras año, y como llegan pacientes afectados de patologías importadas tales como Dengue o Fiebre de Crimea-Congo.^{12,14,15}

Tras el nuevo cambio de ley, y especialmente en los últimos años, la mayoría de comunidades autónomas han desarrollado actuaciones específicas para mejorar la salud de los inmigrantes dirigidas especialmente hacia la promoción de la atención sanitaria universal, la mediación sanitaria/intercultural, la salud pública, la vigilancia epidemiológica, la dotación de personal para interpretación lingüística y la mejora en formación de los profesionales.¹⁶ A pesar de ello, el colectivo de inmigrantes irregulares resulta de difícil acceso por su reticencia, presumiblemente consecuencia del temor a ser detectados y deportados.

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Con el propósito de estudiar la relación entre ser inmigrante ilegal en España y la percepción/estado de salud de los mismos, así como el nivel de acceso que este colectivo tiene respecto al SNS español, en el presente trabajo se lleva a cabo una Revisión Sistemática (RS) de bibliografía científica relacionada.

3.1. Estrategia de búsqueda

La presente revisión se llevó a cabo mediante identificación de literatura científica en cuatro bases de datos electrónicas: CINAHL y MEDLINE mediante motor EBSCOhost, Web Of Science (WOS) y Pubmed. La búsqueda fue finalizada el 20 de marzo de 2022.

Para la búsqueda en la base de datos Pubmed, se establecieron los parámetros de la pregunta de investigación para la búsqueda en MeSH de los términos. Los términos identificados en la base de datos MeSH y empleados en la búsqueda en Pubmed fueron (("Epidemiology"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh], (("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Spain"[Mesh] y (((("Communicable Diseases"[Mesh] OR "Communicable Diseases, Imported"[Mesh] or "Communicable Disease Control"[Mesh]) OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh]) OR "Disease Transmission, Infectious"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh].

Del mismo modo, y tomando como base esta búsqueda, los términos fueron trasladados a las demás bases de datos empleando lenguaje controlado y adaptándolos a las características específicas de cada uno de ellos con el propósito de llegar a todas las variantes terminológicas posibles.

En el motor de búsqueda EBSCOhost se aplicaron los filtros de *Abstract* para los descriptores y además se filtraron los resultados mediante *Peer Reviewed* y *Academic Journals*. En WOS se aplicaron filtros *Abstract* para los descriptores además de seleccionar *Articles* en el apartado "Document Types" En PubMed se realizaron las búsquedas mediante el filtro de *Title/Abstract* para los

descriptores, así como se ingresaron tesauros MeSH. En todos los casos se filtraron resultados limitándolos por fecha de publicación entre 2011 y 2021, así como idiomas de publicación español o inglés y publicación a texto completo. En las cuatro bases de datos, los descriptores se combinaron con operadores booleanos *OR* y *AND*. En la Tabla 1 se ofrece información detallada de los términos de búsqueda, así como número de títulos arrojados para cada una de las cadenas.

WOS	MEDLINE	CINAHL	PUBMED	
			subtotal	Términos de búsqueda Pubmed
			8	(("Epidemiology"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh]
			8	(("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Spain"[Mesh]
			139	((("Communicable Diseases"[Mesh] OR "Communicable Diseases, Imported"[Mesh] or "Communicable Disease Control"[Mesh]) OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh]) OR "Disease Transmission, Infectious"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh]
			subtotal	155
				Términos de búsqueda Medline, Cinahl y WOS
8	6	1		Epiemiology AND migrants OR undocumented immigrants OR illegal aliens OR illegal immigrants AND spain
25	15	11		health AND irregular migration OR illegal immigrants OR undocumented immigrants AND spain
2	2	1		communicable diseases OR infectious disease AND undocumented immigrants OR illegal aliens OR illegal immigrants AND spain
35	23	13		
			subtotal	71
			TOTAL	226

Tabla 1. Estrategia de búsqueda para la RS. Fuente: Elaboración propia.

3.2. *Criterios de inclusión*

En la RS se han incluido los estudios encontrados mediante las cadenas de búsqueda y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos con fecha de publicación entre 2011 y 2021.
- Artículos publicados en español o inglés.
- Artículos revisados por pares.
- Artículos publicados a texto completo.
- Artículos donde la población objeto a estudio sean inmigrantes.

Además de estos, artículos que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Artículos que expongan El prevalentes en ciudadanos inmigrantes.
- Artículos que tratan sobre percepción de estado de salud de inmigrantes irregulares.
- Artículos donde se exponga el nivel de acceso al SNS español sin restricciones por situación administrativa de los inmigrantes irregulares.
- Artículos donde se estudien casuísticas que dificultan el acceso al SNS español en inmigrantes irregulares.

3.3. *Criterios de exclusión*

Resultaron de no cumplir escrupulosamente los criterios de inclusión. Así mismo, fueron excluidos los artículos referentes al acceso al SNS español de inmigrantes irregulares donde los estudios publicados hicieran referencia, bien a través del periodo de estudio o a análisis comparativo de acceso y utilización del mismo, al periodo comprendido entre 2012 y 2018, periodo en el cual los inmigrantes en situación administrativa irregular no pudieron beneficiarse de acceso ilimitado y gratuito a los servicios públicos de salud debido al cambio restrictivo legislativo, por lo que no ofrecen una visión de la situación actual de la población a estudio.

3.4. *Criterios de selección y elegibilidad*

Para llevar a cabo este apartado metodológico se siguió un protocolo de investigación basado en las recomendaciones de la Declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁷ la cual está formada por una tabla de hasta 27 ítems (Anexo 1) y un diagrama de flujo, en base al cual se realizará el propio y donde se recogerá información a través de las diferentes etapas de la revisión sistemática: identificación, cribado, idoneidad e inclusión.

Tras la aplicación de filtros, fueron recuperados un total de 226 artículos (Figura 1), de los cuales 53 fueron eliminados mediante el programa de gestión bibliográfica Mendeley por tratarse de artículos duplicados. Posteriormente se realizó una revisión de títulos y resúmenes de los 173 artículos resultantes, descartando hasta 98 como consecuencia de no cumplir los criterios de inclusión descritos anteriormente. A continuación, se llevó a cabo una lectura completa y rigurosa de los 75 artículos resultantes, suprimiéndose en esta fase hasta 52 de ellos por no resultar relevantes para la pregunta de investigación y/o los objetivos propuestos. La elegibilidad de las 23 referencias bibliográficas definitivamente seleccionadas para llevar a cabo la presente RS se realizó con el soporte de un revisor independiente, y apareció como resultante de cumplir rigurosamente los criterios de inclusión, no cumplir los de exclusión, así como aportar información que diera respuesta a nuestra pregunta de investigación y objetivos propuestos.

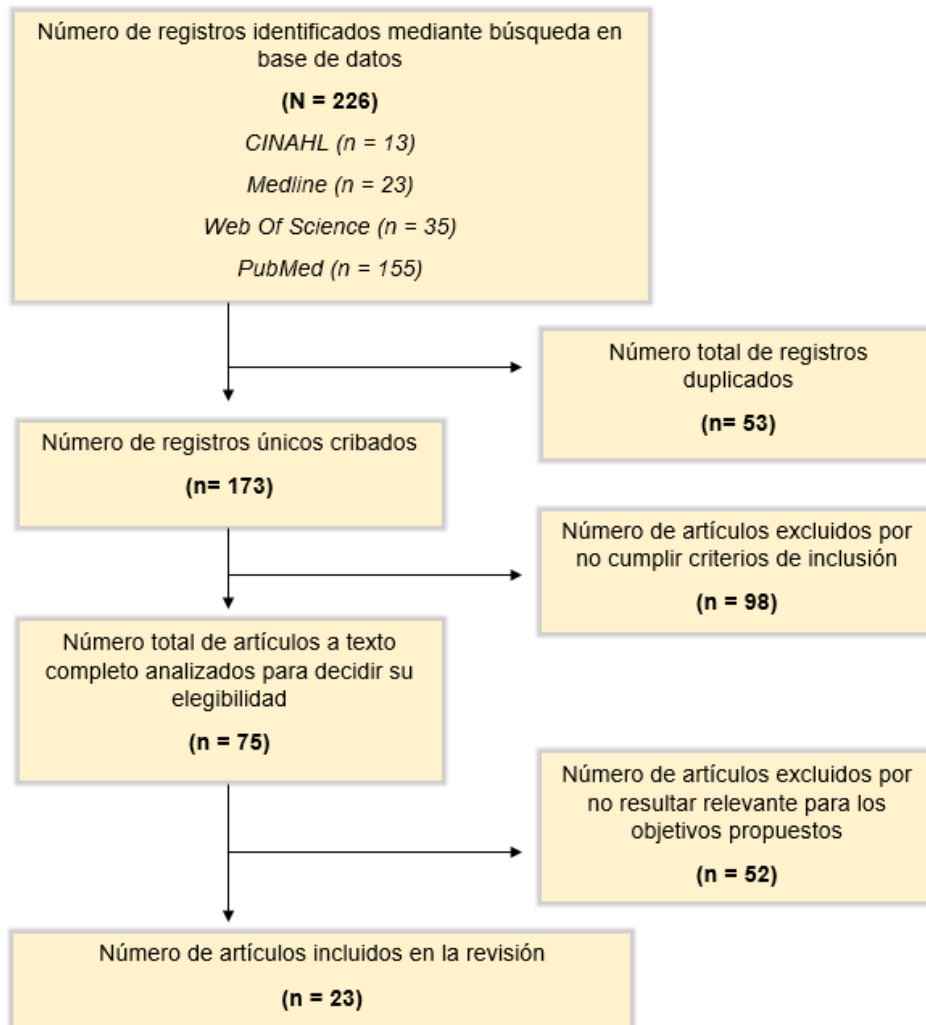


Figura 1. Diagrama de flujo. Resumen de proceso de selección de artículos en la RS. Fuente: elaboración propia

Dado que en esta RS solo se analizaron datos publicados en los artículos científicos seleccionados no se hizo necesaria aprobación ética.

3.5. Limitaciones del estudio de RS

La alta heterogeneidad encontrada en los artículos científicos seleccionados para la presente RS con respecto a las particularidades de las muestras, metodologías e instrumentos de medida empleados en los mismos, puede considerarse en sí como una limitación del presente estudio.

3.6. Principales características de los artículos seleccionados

En la Tabla 2 se ofrece un resumen de las principales características de los artículos seleccionados.

Autor/País/Año	Tipo de estudio, tamaño muestral, sexo, edad y objetivos	Resultados/Conclusiones
Gea Sánchez, et al. ¹⁸ ESPAÑA 2017	Revisión de alcance de artículos científicos (N=16) con el objetivo de identificar, describir y analizar la evidencia reciente sobre el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud por parte de las mujeres inmigrantes en situación irregular en España.	La población inmigrante irregular utiliza menos los servicios sanitarios respecto a los nativos españoles, utilizan menos servicios de urgencias psiquiátricas a pesar de experimentar mayores dificultades laborales y familiares, utilizan más los servicios de emergencias con mayor frecuencia de la población autóctona.
Gea Sánchez, et al. ¹⁹ ESPAÑA 2017	Estudio cualitativo exploratorio con N= 12 (100% mujeres) y edad 19-52 años con el objetivo de describir el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud por parte de mujeres latinoamericanas indocumentadas que trabajan y viven en áreas rurales y urbanas de Lleida, y las barreras que estas mujeres pueden enfrentar.	Los participantes indicaron una disminución en su estado de salud después de la migración. Las participantes de entorno rural refirieron el proceso de obtención de tarjeta sanitaria como sencillo y refirieron como barrera la distancia entre el lugar de residencia y los hospitales, lo que conllevaba una inversión de tiempo y dinero que no se podían permitir. Todas ellas refirieron la precariedad laboral como barrera principal para la utilización de servicios sanitarios y tenían un seguimiento y adherencia al tratamiento limitados una vez superada la fase aguda de su dolencia.
Gil Salmerón, et al. ²⁰ ESPAÑA 2021	Estudio cualitativo exploratorio mediante entrevista estructurada con el objetivo de examinar las diferencias en el estado de salud, el comportamiento de salud y la utilización de la atención sanitaria en una muestra de personas sin hogar inmigrantes y autóctonas españolas. N= 86 (76,7% hombres) Edad media 41,9 años.	El 38,5% de los participantes inmigrantes describieron su salud como "ni buena ni mala" y el 30,8% como "buena". El 28,8 y el 32,7% de participantes inmigrantes percibió su salud mental como "mala" y "ni buena ni mala" respectivamente. El 38,5% de inmigrantes informaron no tener seguro de salud. El 48% pudieron acceder al SNS sin problemas durante el último año, pero el 28% si refieren dificultades para ello. Hasta el 19,2% refirieron no haber acudido nunca al dentista.

<p>Guionnet, et al.²¹ ESPAÑA 2014</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo mediante ESE a mujeres inmigrantes (N= 26) VIH+ con el objetivo de explorar las barreras y facilitadores para el seguimiento médico entre las mujeres y usar los hallazgos para crear una guía para profesionales de la salud con estrategias y herramientas para alentar a las mujeres inmigrantes a continuar con su atención médica y tratamiento.</p>	<p>Las mujeres inmigrantes explicaron que tenían una relación de gran desigualdad con sus médicos debido a la autoridad que representan por lo que sentían que no podían cuestionar sus recomendaciones. Para las participantes subsaharianas la brecha lingüística supuso una gran barrera. Las participantes latinoamericanas manifestaron necesidad de combinar la oración con el tratamiento farmacológico, mientras que las subsaharianas refirieron combinarlos con remedios tradicionales.</p>
<p>Pérez-Urdiales, et al.²² ESPAÑA 2021</p>	<p>Tesis doctoral donde se seleccionan las partes 2 y 3, ambos estudios cualitativos transversales. Parte 2 ESE a N= 11 profesionales de la salud con el objetivo de determinar la percepción de los profesionales sanitarios que trabajan en clínicas gratuitas sobre las barreras y facilitadores en el acceso de las mujeres inmigrantes e inmigrantes indocumentadas a los servicios sanitarios en la CA de Euskadi. Parte 3: ESE a N=14 mujeres inmigrantes con edad de 25 a >60 años con el objetivo de analizar las percepciones y experiencias de mujeres inmigrantes subsaharianas sobre el acceso a servicios sanitarios adecuados en el País Vasco.</p>	<p>Los profesionales sanitarios refirieron que el país de origen de las inmigrantes influye en la accesibilidad y capacidad de las mujeres para identificar servicios de salud, principalmente por la barrera idiomática, que las víctimas de violencia de género tienen menos posibilidades de buscar atención sanitaria y consideraron que el temor a ser identificados como indocumentados y poder ser deportados y la baja información sobre acceso a atención médica resultó otra dificultad para el acceso. Las inmigrantes percibieron recibir trato diferenciado e incluso maltrato por parte de profesionales y, especialmente, de personal administrativo debidos a diversos factores (recriminar no conocer el idioma español, asociar una determinada patología con la raza subsahariana, entre otros) en las mujeres que han acudido alguna vez a servicios de atención médica.</p>
<p>Auli, et al.²³ ESPAÑA 2015</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico mediante ESE con el objetivo de determinar en detalle la percepción de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, y las circunstancias contextuales, en trabajadoras sexuales comerciales (TSC) nigerianas en Barcelona. Mujeres N= 8 con edad de 20 a 40 años</p>	<p>El estatus de inmigrante ilegal, el nivel educativo, la vulnerabilidad socio-económica de las participantes y el contexto cultural tuvieron efectos mixtos en el conocimiento, la exposición, la prevención y el tratamiento de las ITS y el VIH por parte de los TSC. Eran conscientes del mayor riesgo de ITS asociado con la profesión que ejercen.</p>

Mateos-Fernández, et al. ²⁴ ESPAÑA 2020	Estudio mixto con el objetivo de describir y evaluar una Actuación Basada en Arte (ABI) de emergencia en un contexto comunitario con inmigrantes indocumentados recién llegados. N = 11 (hombres) Edad: 18-42 años	Manifestaron sentirse bien o muy bien en su nueva situación en España. Pese a padecer lesiones físicas como consecuencia del viaje migratorio, solo informaron de problemas menores de salud, como hongos y algo de dolor. Las experiencias traumáticas durante el viaje, la compleja situación en su país de origen (guerras, pobreza extrema, desesperanza, ...), y el sentimiento de soledad al llegar a destino produjeron dolor migratorio, resultando como consecuencia foco de estrés y ansiedad en la entrevista pre-intervención, si bien en la post resultó un discurso más reflexivo.
Boga, et al. ²⁵ ESPAÑA 2020	Análisis descriptivo a mujeres (N= 611) con el objetivo de describir los resultados de un programa de cribado prospectivo de enfermedades importadas realizado en pacientes inmigrantes.	Las enfermedades importadas más frecuentes fueron la parasitosis intestinal, sífilis, VIH, VHC crónico y VHB, TBC latente, paludismo y Chagas. En el 15,4% de los pacientes el cribado no encontró ninguna patología. Se identifican diferencias de prevalencia entre la muestra según país de origen.
Cobo, et al. ²⁶ ESPAÑA 2016	Análisis descriptivo de N= 2426 (83,7% hombres) y edad media: 31,1 años, con el objetivo de evaluar los datos sobre las principales EI importadas y los problemas de salud pública derivados del riesgo de transmisión de enfermedades tropicales y comunes en la población inmigrante.	Las enfermedades importadas más frecuentes fueron la parasitosis intestinal, protozoos intestinales, sífilis, VHC, VHB, TBC, paludismo y Chagas. Se identifican diferencias de prevalencia entre la muestra según país de origen.
Delcor, et al. ²⁷ ESPAÑA 2016	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de describir las EI en inmigrantes subsaharianos recién llegados después de una visita de salud estandarizada en un Centro de Salud Internacional en Barcelona, España a N= 180 (98,9% hombres) con mediana de edad de 17 años.	Se diagnosticó al menos una EI patógena en el 72,8% de los pacientes: 60,6% infección tuberculosa latente, 36,8% parásitos intestinales (protozoos o helmintos intestinales), 28,1 % helmintos, 14,8 % antígeno de superficie de hepatitis B positivo, 1,2 % virus anti-hepatitis C positivo, 1,2 % virus de la inmunodeficiencia humana positivo y 1,2 % paludismo. Las co-infecciones estuvieron presentes en el 28,4%

Hladun, et al. ²⁸ ESPAÑA 2014	Estudio cuantitativo observacional transversal centrado en inmigrantes de países de renta baja y media que acudieron por primera vez al centro público de Atención Primaria a N=3132 (58,2% hombres) y edad >15 años, con el objetivo de describir la prevalencia de determinadas enfermedades y un conjunto de signos clínicos relevantes para aclarar el grado de diferencias demográficas y la existencia de predictores de riesgo.	VHB 18,1% (Europa 35%, África 33%), VHC 3,3% (del total Mediterráneo Oriental el 8,2% de positividad), SIFILIS 3,1%, TBC 5,8% y TBC latente 28,1%. Mediterráneo oriental obtuvo mayor tasa de TBC activa (8%). El sexo femenino mostró menor probabilidad de VIH. El grupo de edad de menos de 25 años y aquellos de 25 a 29 años tenían probabilidades más bajas de infección por VHB. Los grupos de edad menores de 25 años y de 30 a 34 años tenían menores probabilidades de sífilis.
Lazarus, et al. ²⁹ ESPAÑA 2019	Revisión sistemática y metanálisis de 26 estudios con el objetivo de estimar la prevalencia del VHC entre los grupos de inmigrantes en España.	La prevalencia de anticuerpos contra el VHC fue del 1,6 %. Los inmigrantes originarios de países europeos tuvieron la prevalencia combinada más alta (7,1 %). En la población migrante general, la prevalencia fue más alta entre los migrantes de África subsahariana (3,1 %) y más baja entre los migrantes latinoamericanos (0,2 %).
Llenas, et al. ³⁰ ESPAÑA 2012	Estudio descriptivo transversal a N=371 pacientes (39,6% mujeres) atendidos en la Unidad VIH del HU 12 de Octubre (Madrid), con el objetivo de Conocer las características clínico-epidemiológicas de los inmigrantes con infección VIH atendidos en una unidad monográfica en Madrid.	El 53,1% procedían de Latinoamérica, el 24,5% de África Subsahariana, el 8,6% del Caribe, el 5,4% de Europa del Este y Asia Central, el 5,4% de Europa centro-occidental, el 2,4% del Norte de África y Oriente Medio, el 0,3% de Norteamérica y el 0,3% del Sur y Sudeste Asiático. El 88,6% de los pacientes habían sido diagnosticado de infección VIH en España.
Monge, et al. ³¹ ESPAÑA 2016	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de explorar aspectos clave para el control de la infección por VIH desde las perspectivas médico-sanitaria, social y de salud pública, incidiendo en la situación y en las particularidades de la población inmigrante.	En las personas de Europa Occidental, Latinoamérica, y en los españoles, la transmisión se da predominantemente por sexo entre hombres (57,1%), en los subsaharianos, en cambio el 82,7% de las infecciones se adquirieron por transmisión heterosexual. Destacan los europeos del Este por tener la mayor proporción de casos adquiridos por uso de drogas inyectadas (11,8%). La mayoría de estas El son contraídas en origen, por lo que los programas de prevención españoles no tienen impacto en esta población.
Monge, et al. ³² ESPAÑA 2015	Estudio descriptivo transversal a N=700 pacientes de América Latina (n=317) y África subsahariana (n=383) que asistieron a un Centro Europeo de Referencia de Medicina Tropical, y edad media de 29 años, con el objetivo de determinar la prevalencia de infecciones en inmigrantes asintomáticos.	VIH 2,3 % subsaharianos, 0,3 % latinos. VHB 14% subsaharianos, 1,6 % latinos, VHC 1,3% subsaharianos, 0% latinos, TBC latente 71% subsaharianos, 32,1% latinos, sífilis y parásitos intestinales sin diferencias significativas, Malaria 4,6% subsaharianos, esquistosomiasis 5,9% subsaharianos, Chagas 48,5% de latinos.

<p>Oliván-Gonzalvo, et al.³³ ESPAÑA 2021</p>	<p>Estudio observacional y descriptivo de diseño transversal en N = 622 hombres con edad entre 13 y 17 años, con el objetivo de examinar el estado de salud y EI en una cohorte de menores inmigrantes no acompañados (UIM) del continente africano en el momento de su estancia residencial en España, y detectar si existen diferencias según la zona geográfica de procedencia.</p>	<p>En los de origen magrebí, la prevalencia de caries, ferropenia y problemas dermatológicos fue significativamente mayor. En los de origen subsahariano, la prevalencia de infección por VHB pasada y presente, tuberculosis latente, parasitosis intestinal, eosinofilia y sobrepeso fue significativamente mayor.</p>
<p>Pérez Morente, et al.³⁴ ESPAÑA 2019</p>	<p>Estudio observacional, transversal y analítico a N=374 inmigrantes (69% mujeres) y edad media 28 años, con el objetivo de Describir el perfil sociodemográfico, las características de la atención clínica recibida, los indicadores de riesgo y la prevalencia de ITS en la población inmigrante que acude a un centro especializado en ITS de la provincia de Granada, así como analizar la asociación entre la presencia o no de ITS con variables sociodemográficas e indicadores de riesgo</p>	<p>Un 70% de los casos tuvo un diagnóstico positivo de ITS: VHP 36,6%, candidiasis 26%, Gardenella 16% y sífilis 5,5%. Un 36,1% eran profesionales o ex profesionales del sexo.</p>
<p>Ramos, et al.³⁵ ESPAÑA 2015</p>	<p>Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de conocer las EI que motivaron el ingreso en la población extranjera adulta hospitalizada N= 32.020 y edad > 14 años entre los años 2000 a 2012 en función del área geográfica de nacimiento.</p>	<p>El 9,6% de ingresos tuvieron como diagnóstico principal una EI. Los principales motivos de ingreso de los subsaharianos fueron por malaria, TBC y VIH, de los latinoamericanos por infección urinaria, de los norteafricanos por infección respiratoria y de los europeos del este por hepatitis y sus complicaciones. Hay que considerar a los inmigrantes como una población heterogénea con diferente perfil de ingreso hospitalario por EI.</p>
<p>Ramos, et al.³⁶ ESPAÑA 2011</p>	<p>Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de analizar las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de una serie de personas inmigrantes N=1071 (60,5% hombres) y edad mediana 31 años atendidas en una unidad de EI en función de su lugar de origen.</p>	<p>Las EI transmisibles fueron la primera causa de consulta (53,8%), más común entre los originales de África del norte y Europa del este. Los diagnósticos más comunes fueron TBC latente (más frecuente en los procedentes de Europa del este: 27,4%), infección respiratoria (12,5%), infecciones de transmisión sexual (10,6%) (más frecuentes en los de África del norte: 17,1%), hepatitis crónica (más frecuente en los de Europa del este: (26,3%) y África subsahariana (16,9%)) y TBC activa (más frecuente en los del África subsahariana (15,7%)). La segunda causa de consulta fueron las EI comunes (29%).</p>

Rovirola, et al. ³⁷ ESPAÑA 2014	Revisión bibliográfica N= 41 con el objetivo de describir las características socio-epidemiológicas, clínicas y de microbiología/epidemiología molecular de la infección VIH en la población inmigrada.	La mayor prevalencia de VIH la presentan los sujetos procedentes de África subsahariana y los hombres que tienen sexo con hombres y travestis y transexuales trabajadores del sexo de América Latina. También las mujeres gestantes. El retraso diagnóstico y las resistencias al tratamiento son más frecuentes en sujetos de África Subsahariana.
Salinas, et al. ³⁸ ESPAÑA 2015	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de conocer la prevalencia de TBC en inmigrantes adolescentes indocumentados hombres N= 845 (99,5% origen africano) y edad mediana 16,2 años, utilizando una estrategia con la prueba de la tuberculina (PT) para el cribado inicial y el QuantiFERON1-TB Gold In-Tube (QFT-GIT) como prueba confirmativa.	El 17% de los participantes fue positivo. La alta prevalencia de infección tuberculosa latente en los inmigrantes de origen subsahariano hace recomendable la implementación de programas de cribado en esta población.
Sanchez, et al. ³⁹ ESPAÑA 2018	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de revisar la epidemiología y la dinámica de la tuberculosis en la población inmigrante, sus características clínicas diferenciadoras y las acciones programáticas para abordar el problema.	En los países de baja incidencia, la TBC se diagnostica principalmente en inmigrantes provenientes de países con alta incidencia. La TB en inmigrantes se debe principalmente a una reactivación de una infección tuberculosa latente (ITL) adquirida antes del proceso migratorio. Los inmigrantes que viajan de forma frecuente a sus países de origen tienen un mayor riesgo presentar una TB debido a una infección aguda durante el viaje. En el conjunto de la Unión Europea los pacientes inmigrantes con TB suelen ser hombres de entre 25-44 años, con afectación pulmonar, VIH negativo y sin tratamiento previo.
Santiago, et al. ⁴⁰ ESPAÑA 2012	Estudio epidemiológico observacional a N= 2526 (100% mujeres) y edad mediana 28,6 años, con el objetivo de determinar el perfil serológico de las madres extranjeras frente a VIH, VHB, VHC, virus de la rubéola, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum, y Trypanosoma cruzi.	Un 0,5% de las madres extranjeras presentaron anticuerpos frente al VIH (18,9% de origen subsahariano), un 2% presentó antígeno HBs (10,9% en asiáticas), un 0,9% VHC. El país con menor protección frente a rubéola fue China, con tan solo un 76,1% de gestantes inmunes (23,9% no protegidas) La prevalencia de las enfermedades infecciosas de transmisión madre-hijo varía en función del país de origen de las gestantes. Conocer estas diferencias puede contribuir a un mejor control de las infecciones de transmisión vertical.

Tabla 2. Resumen de las principales características de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

La presente RS se compuso de 23 artículos científicos publicados en revistas de alto impacto entre 2011 y 2021, de los cuales 1 se publicó en 2011³⁶, 2 en 2012^{30,40}, 3 en 2014^{21,28,37}, 4 en 2015^{23,32,35,38}, 3 en 2016^{26,27,31}, 2 en 2017^{18,19}, 1 en 2018³⁹, 2 en 2019^{29,34}, 2 en 2020^{24,25} y 3 en 2021^{20,22,33}. De ellos, 19 fueron publicados en idioma inglés^{18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,31,32,33,34,35,37,39} y 4 en idioma español^{30,36,38,40}.

Entre los 23 artículos seleccionados, 4 de ellos se trataron de estudios de diseño cualitativo^{19,20,21,23}, 1 tesis doctoral compuesta por 3 estudios de investigación cuyos 2 artículos seleccionados se trataron de estudios cualitativos²², 1 se trató de un estudio mixto²⁴, 3 fueron revisiones sistemáticas^{18,29,37} y 14 fueron de tipo epidemiológico observacional descriptivo.^{25,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36,38,39,40}. La muestra cubierta incluye inmigrantes con países de origen más frecuentes⁵, por lo que representa al inmigrante habitual en España. Hasta 7 de ellos exploraron el acceso y utilización del SNS español, así como la percepción de salud de la muestra^{18,19,20,21,22,23,24} mientras que 16 se relacionaron con enfermedades infecciosas^{25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40}.

En 8 de ellos, la muestra la formaron única o mayoritariamente mujeres^{18,19,21,22,23,25,34,40}, mientras que en 9 de ellos la formaron única o mayoritariamente hombres^{20,24,26,27,28,30,33,36,38}. Hasta 3 artículos incluyeron en la muestra rangos de edad que comprendían menores de 18 años^{27,28,35}, mientras que en 2 artículos la muestra fue formada en exclusiva por menores^{33,38}. En 6 de ellos la muestra estaba formada exclusivamente por inmigrantes indocumentados^{18,19,23,24,34,38}, mientras que en 5 artículos tuvieron representación^{20,21,22,26,27}.

Inmigrantes irregulares: Acceso al SNS español y estado de salud percibido

El país de origen del inmigrante irregular interfiere en la utilización en mayor o menor medida de los sistemas de salud^{21,22}.

Los inmigrantes ilegales utilizan menos los servicios sanitarios públicos respecto a la utilización de los mismos que realizan los españoles^{18,19}. Así mismo, la situación administrativa irregular conlleva menor utilización de los servicios de atención primaria, de cribado de cáncer ginecológico y de urgencias psiquiátricas que la población autóctona, y mayor frecuencia de visitas a servicios de urgencia. El 67,9% de las mujeres inmigrantes irregulares utilizaron los servicios sanitarios alguna vez¹⁸.

El 38,5% de inmigrantes sin hogar informaron no tener seguro de salud. El 48% pudieron acceder al SNS sin problemas durante el último año, pero el 28% si refieren dificultades para ello. El 11,5% refirió no tener acceso a medicación con receta²⁰. El proceso de obtención de tarjeta sanitaria es más sencillo en entornos rurales respecto a urbes, si bien en entorno rural las distancias hasta centros hospitalarios y de salud resultaron una barrera en cuanto al acceso y utilización de los mismos¹⁹.

Hasta el 38,5% de los participantes inmigrantes describieron su salud como "ni buena ni mala" y el 30,8% como "buena", banalizando sus dolencias al sentirse en el país destino^{20,24}. El dolo migratorio se vio representado en inmigrantes subsaharianos con experiencias migratorias traumáticas²⁴. El 28,8 y el 32,7% de participantes inmigrantes percibió su salud mental como "mala" y "ni buena ni mala" respectivamente²⁰. Relacionan tener buena salud con la capacidad de poder trabajar y obtener ingresos, y refirieron una disminución en su estado de salud después de la migración (respecto a la física en participantes de pueblos y respecto a la física y la mental en participantes que residen en ciudad) especialmente relacionada con las precarias condiciones laborales que experimentan¹⁹. Las mujeres latinoamericanas informaron más problemas relacionados con la ansiedad en comparación con las nativas, a pesar de la infrautilización de las primeras de los servicios de emergencia psiquiátrica¹⁸. Hasta el 19,2% refirieron no haber acudido nunca al dentista¹⁹

Las mujeres inmigrantes irregulares refieren sentirse en desigualdad frente a los médicos debido a la autoridad que para ellas estos representan²¹. Las principales barreras de acceso al SNS español para la muestra representada en los estudios fueron la barrera idiomática, el estatus de inmigrante ilegal, la

precariedad laboral, la vulnerabilidad socio-económica, el desconocimiento sobre los trámites para la gestión de la tarjeta sanitaria, la percepción de trato diferenciado hacia el colectivo a estudio por parte del personal de los centros sanitarios con respecto a la población autóctona, el nivel educativo, el temor a ser identificados, así como las actitudes recriminatorias sufridas y/o percibidas^{18,19,20,21,22,23}. Las generalmente precarias condiciones laborales, y principalmente ligadas a economía sumergida, no les permiten derechos laborales tales como incapacidades o permisos para asistir a visitas médicas^{18,19}. El seguimiento de tratamientos una vez superada la fase aguda se ve limitado¹⁹.

Enfermedades infecciosas prevalentes

Las EI prevalentes en los inmigrantes son la parasitosis intestinal, los protozoos intestinales, la sífilis, VHB y TBC activa y/o latente, seguido por VHC, VIH, paludismo y Chagas^{25,26,27,28,32,33,36,40}. Se diagnosticó al menos una enfermedad infecciosa patógena en el 72,8% de los pacientes y las coinfecciones estuvieron presentes en el 28,4% de los inmigrantes positivos para alguna de las infecciones²⁷. Los inmigrantes originarios de países de alta incidencia en TBC y que viajan de forma frecuente a sus países tienen mayor riesgo presentar una TBC al retorno debido a una infección aguda durante el periodo de viaje³⁹. Ramos, et al.³⁵ reflejan en su estudio que hasta un 9,6% del total de hospitalizaciones pertenecientes a población extranjera tuvieron como diagnóstico principal una EI.

Por lugar de origen, en la enfermedad de Chagas el 100% de los inmigrantes diagnosticados fueron de origen latino, el VIH, VHB y VHC tuvieron mayor prevalencia entre inmigrantes de origen subsahariano, la TBC entre inmigrantes del norte de África y el Paludismo, los protozoos y las parasitosis intestinales entre inmigrantes con origen en el continente africano^{25,26,28,29,32,33,36,37,40}. Los principales motivos de ingreso de los subsaharianos fueron por malaria, tuberculosis e infección por el VIH y de los europeos del este por hepatitis y sus complicaciones³⁵.

Por grupos de edad, el grupo de edad de menos de 25 años y aquellos de 25 a 29 años tenían probabilidades más bajas de infección por VHB²⁸. La mayoría de los casos de VIH y VHB se diagnosticaron en pacientes con edades comprendidas entre los 16 y los 45 años y el 50% de los positivos para VHC apareció en pacientes en el rango de 46 a 65 años²⁵. La sífilis se diagnosticó con mayor frecuencia en pacientes de entre 16 y 45 años (47%) y mayores de 46 años (48%)²⁸, siendo los menores de 25 años y de 30 a 34 años los que tenían menores probabilidades dentro del grupo de edad. El análisis multivariante confirmó una mayor presencia de infección por VHC en pacientes de 46 a 65 años²⁵. Los inmigrantes afectados de TBC son mayoritariamente hombres de entre 25-44 años, con afectación pulmonar, VIH negativo y sin tratamiento previo³⁹, y la TBC latente se encontró de forma mayoritaria (56,7%) en el grupo de 16 a 45 años, mientras que en el 15,4% de los pacientes el cribado no encontró ninguna patología^{25,28}. Salinas, et al.³⁸ refirieron en su estudio que hasta el 17% de los menores de edad de origen africano que representaban su muestra resultó positivo para TBC.

Por sexo, el femenino mostró menor probabilidad de VIH²⁸ observándose como el embarazo/parto es el principal motivo de realización de serología en mujeres, mientras que tener una pareja susceptible de ser positiva o positiva confirmada resultó el principal motivo de realización de serología en hombres³⁰.

En cuanto a mecanismo de transmisión de EI con respecto a lugar de origen, entre los inmigrantes del África Subsahariana se encuentra como motivo principal de transmisión el sexo^{31,37}, mientras que en los originarios de Europa Occidental y Latinoamérica se adquirieron por relaciones principalmente homosexuales, y entre los de Europa del Este mediante uso de drogas administradas por vía parenteral³¹. En el estudio de Pérez Morente, et al.³⁴, un 70% de los casos tuvo un diagnóstico positivo de Infección de Transmisión Sexual (ITS): VHP 36,6%, candidiasis 26%, Gardenella 16% y sífilis 5,5%. Un 36,1% eran profesionales o ex profesionales del sexo.

El presente trabajo de investigación revela que los inmigrantes en estado administrativo irregular hacen menos uso del SNS de salud especialmente en lo referido a la atención primaria. Esto puede relacionarse con el nivel de

asistencias a servicios de urgencia^{18,19,29,35,44}. Los inmigrantes ilegales perciben un trato generalmente malo cuando pretenden acceder al sistema sanitario público, lo cual asocian a racismo, prejuicios estereotipados y desconocimiento cultural del individuo. Esto, junto a factores como el temor a que sean comunicados sus datos personales a las administraciones estatales de inmigración por parte del centro de salud, la dificultad y desconocimiento de trámites burocráticos para conseguir una tarjeta sanitaria, así como la barrera idiomática o el temor a que la consulta no sea gratuita y se vean obligados a abonar la visita o contraer una deuda con el estado, lo cual temen conlleven una aceleración del proceso de deportación a su país de origen, frecuentemente les lleva a minimizar, e incluso evitar, la asistencia a centros médicos aun cuando perciben que su estado de salud lo requiere. Acudir a una visita médica en la atención primaria pasa por concertar cita previa. La barrera idiomática, así como habitual desconocimiento del personal administrativo con respecto a trámites burocráticos necesarios para obtener una tarjeta sanitaria en España, dificulta en exceso esa primera atención en individuos inmigrantes en situación administrativa irregular. Además, la barrera idiomática compromete una atención adecuada y eficaz, ya que ni usuario ni personal sanitario llegan a entenderse con claridad, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o desinformación bidireccional.^{18,19,20,21,22,44}

Los factores asociados a desencadenar patologías relacionadas con el malestar

psicológico y/o trastornos mentales tales como la ansiedad y/o la depresión en los inmigrantes en situación administrativa irregular son multivariantes, aunque en su práctica totalidad guardan íntima relación con el proceso y el duelo migratorio tales como necesidad de migración forzosa por condiciones extremadamente desfavorables en su país de origen, el idioma, la sensación de soledad y desamparo en el país de destino, discriminación percibida, incertidumbre en presente y futuro, así como condiciones socioeconómicas y laborales desfavorables^{24,41,43}. Pese a ello, las estrategias de afrontamiento y la positividad ante la adversidad, la sensación de éxito al haber logrado arribar a destino y la fase de empoderamiento personal en la que se encuentran,

suponen factores protectores hacia las citadas patologías⁴⁵, lo cual conlleva la banalización de estas y otras dolencias con síntomas físicos.

Las enfermedades mentales e infecciosas prevalentes e importadas por inmigrantes que llegan a nuestro país^{12,13,14,24,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,44,45}, y como consecuencia al bajo nivel de acceso de los inmigrantes irregulares al SNS, quedan habitualmente infra-diagnosticadas, infra-tratadas o con una limitada adherencia al tratamiento^{19,20,24,30,37,38,42,43}.

En la población diana, se evidencia el bajo nivel de acceso al SNS español y especialmente a los servicios de atención primaria, lugar donde se llevan a cabo programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo cual puede tener consecuencias negativas en la salud del inmigrante irregular al conllevar un posible aumento de las co-morbilidades/mortalidad. El infra-diagnóstico e infra-tratamiento de las EI puede además ocasionar problemas de salud pública como consecuencia de la falta de control en la transmisión. Además de la repercusión en la morbi-mortalidad de los inmigrantes a nivel de patologías físicas y/ mentales o en la salud pública de la ciudadanía general, esta falta de acceso regular al sistema sanitario y socio-sanitario afecta a otros campos tal y como Gea, et al.¹⁸ identifican en su investigación, donde refieren que el 11,2 % de las mujeres latinoamericanas que fueron derivadas a servicios sociales y de salud habían sufrido violencia de género.

La bibliografía científica relacionada con la percepción de estado de salud y nivel de acceso al SNS español de inmigrantes irregulares dentro de nuestras fronteras es escasa. El perfil de migrante que arriba a nuestras fronteras y las particularidades del trance migratorio dependiendo del lugar de procedencia son multivariados y sugieren ser predictivos en cuanto a EI importadas prevalentes y a percepción de salud física y mental de los mismos.

Es necesario promover nuevas investigaciones futuras a fin procurar explorar y analizar de forma holística las necesidades de este colectivo de ciudadanos sumamente vulnerable con el objetivo de procurar y promover conocimiento,

visibilidad, alcance e intervención efectiva hacia estos ciudadanos desde la práctica asistencial en nuestro SNS.

4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

El proyecto de investigación planteado en este TFM pretende presentar a la comunidad científica una visión holística sobre la salud de los inmigrantes irregulares en España, partiendo en el nivel de acceso a sistemas de salud públicos, continuando por la valoración del nivel de salud percibido por el inmigrante irregular, y finalizando el recorrido en las EI prevalentes importadas por el colectivo inmigrante que reside en España.

Mediante el presente se podrán evaluar el estado de salud de los inmigrantes irregulares en España y objetivar cuales son las barreras de acceso al mismo que se ofrecen y sus particularidades, fomentando la posibilidad de protocolizar actuaciones dirigidas a mejorar el acceso al SNS y el diagnóstico y tratamiento de las patologías que puedan acontecer, así como acercando y promoviendo los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud a este colectivo altamente vulnerable.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Para seleccionar la pregunta de investigación se siguieron los criterios FINER y el método PICO:

¿El bajo nivel de acceso al SNS español de los inmigrantes irregulares que residen en España resulta un factor de riesgo de que estos padezcan un peor estado de salud?

A partir de esta hipótesis guía, y dada la naturaleza metodológica del proyecto de investigación que a continuación se plantea, cabe la posibilidad de que la misma se vea modificada en mayor o menor medida dependiendo de los resultados que vayan surgiendo durante la investigación.

Objetivos

Mediante este trabajo se pretende estudiar cuál es la relación entre ser inmigrante ilegal residente en España y padecer enfermedades. Los objetivos específicos son:

- Explorar el nivel de acceso al SNS de este colectivo vulnerable.
- Identificar probables EI prevalentes en la población a estudio.
- Describir el estado de salud percibido de los mismos.
- Identificar casuísticas que dificultan el acceso al SNS.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño, metodología y justificación

Mediante el presente proyecto de investigación se pretenden detectar, comprender, e interpretar las cuestiones expuestas en los objetivos del mismo con respecto al colectivo de inmigrantes en situación administrativa irregular que residen en España. El paradigma naturalista en el que se fundamenta este proyecto de investigación, junto a la necesidad de dar una perspectiva holística a la población diana y a los objetivos planteados, dan como resultado la necesidad de emplear un diseño metodológico cualitativo fenomenológico de tipo descriptivo.

El estudio se llevará a cabo durante el periodo comprendido entre septiembre de 2022 y septiembre de 2025 en distintas poblaciones de la provincia de Barcelona (España).

6.2. Población y muestra

La población diana serán inmigrantes en situación administrativa irregular de países de origen más frecuentes en España⁵.

Debido a la alta heterogeneidad de la población diana se pretende buscar muestras representativas diversas. Es por ello se proponen diferentes ámbitos

de estudio para llevar a cabo la investigación descrita en este proyecto, los cuales incluirán:

- Viviendas ocupadas por individuos inmigrantes en situación irregular. Para conocer la localización de las mismas se contactará con la Oficina Municipal de Vivienda de Manresa (Barcelona)⁴⁶, la cual dispone de información respecto a viviendas ocupadas, así como al perfil de los ciudadanos que las habitan.
- Colectivo inmigrante irregular, mayoritariamente de origen subsahariano y recién llegado a España. Para ello se contactará con la ONG Open Arms⁴⁷, a fin tener la posibilidad de acceder a los mismos.
- Inmigrantes en situación administrativa irregular en general. Con el objetivo de poder acceder a ellos se contactará con Cruz Roja Terrassa⁴⁸.

Como consecuencia de las particularidades del presente proyecto de investigación se establece de inicio un tipo de muestreo no probabilístico de conveniencia para el reclutamiento de participantes. Una vez accedamos a los primeros participantes, se procurará aumentar el tamaño muestral mediante tipo de muestreo de bola de nieve. De esta forma, ambos tipos de muestreo serán aceptados.

De la muestra inicial obtenida mediante muestreo no probabilístico de conveniencia se pretende aumentar la misma mediante muestreo de tipo bola de nieve. En cualquier caso, se establece un tamaño muestral mayor de 15 participantes, poniendo como límite máximo, por cuestiones prácticas en cuanto a gestión de datos obtenidos, un tamaño muestral de 17 sujetos participantes.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra serán ser individuo inmigrante en situación administrativa irregular, que proceda de alguno de los países de origen más frecuentes entre inmigrantes ilegales que habitan en

España⁵, que sean mayores de edad y que residan en España desde un periodo no superior a 5 años.

Los criterios de exclusión será cualquier supuesto que conlleve no cumplir los criterios de inclusión, así como no firmar el Consentimiento Informado (CI) ^{50,53} o no aceptar la grabación de audio y/o anotaciones en diario de campo.

6.3. *Instrumentos de recogida de información*

Como herramientas de recogida de información se plantean la realización de Observación Participante (OP) y Entrevistas Semi-Estructuradas (ESE). Durante la OP se introducirán cuestiones previstas en la ESE. Para la realización de la OP y la ESE se ha llevado a cabo el diseño de un pequeño guion (Anexo 3) a fin mantener una línea principal o hilo conductor y no perder la exploración de variables básicas a investigar durante las mismas. En caso de que parte de los participantes formen un conglomerado por vínculo familiar o social, se planteará la opción de recoger información mediante la realización de entrevistas a grupos focales con el propósito de dar naturalidad y espontaneidad a las respuestas y conversaciones que puedan surgir, así como de ampliar el feedback entre entrevistador y entrevistados. Estos grupos focales, preferiblemente, no podrán estar formados por menos de 5 ni más de 10 participantes, y las sesiones, de producirse, serán grabadas en forma audio o audiovisual. Tras o durante cada sesión de investigación realizada por el investigador se elaboran las notas memorísticas o “memos” relacionadas con las sugerencias, conceptos y/o incidencias que vayan surgiendo durante la misma, con el propósito de no perder o dejar en el olvido situaciones o percepciones acontecidas en la sesión.

Idealmente se pretende que en las conversaciones acontecidas durante la OP se puedan abordar, al menos, todos los temas descritos en el guion de líneas principales previstas en la ESE. De esta forma se prevé puedan surgir nuevos objetivos e incluso que se pueda ver modificada en mayor o menor medida la hipótesis inicialmente propuesta en el presente proyecto de investigación.

Se solicitará consentimiento para la grabación de material de audio y/o audiovisual durante las OP a fin no perder detalle de las conversaciones durante las mismas. En caso de no autorización por parte del participante se tomarán anotaciones en el diario de campo o en la guía de ESE. Así mismo, y especialmente en caso de tener registro únicamente de audio, se recogerán anotaciones en diario de campo a fin registrar expresiones de lenguaje no verbal. La no aceptación de ninguno de los métodos de recogida de información serán motivos de exclusión del participante.

Mediante el empleo de estos instrumentos de recogida de información descritos se pretende promover un diálogo y exposición de vivencias y sensaciones de forma libre, fluida y flexible, sin la rigidez que ofrecen cuestionarios más estructurados.

No se propone número mínimo ni máximo de sesiones de OP y/o ESE para los sujetos participantes. La finalización de las mismas vendrá dada por saturación de los temas previstos a abordar o nuevos que puedan surgir y sean incorporados al trabajo de investigación. En caso de no poder abordar la totalidad de los temas y variables propuestos en el guion mediante la realización de OP, se llevará a cabo la ESE de modo formal. Para ello, se promoverá la realización de las mismas en lugares tranquilos y donde el participante se sienta cómodo, en horarios y emplazamientos que faciliten la participación y comodidad del participante.

6.4. Análisis de datos

La recogida de datos en investigación cualitativa arroja un gran volumen de información obtenida por diversos métodos de recogida y en diferentes momentos temporo-espaciales, lo que conlleva complejidad para el procesamiento y análisis de los datos registrados. Como punto de partida se realizará una revisión de todo el material obtenido en cualquiera de sus formatos: audiovisual, grabaciones de audio y/o anotaciones en diario de campo o en guion de ESE.

Una vez transcrita toda la información de forma rigurosa y minuciosa, en el presente proyecto de investigación se propone un análisis de datos compuesto por tres fases durante las cuales se irá desgranando, agrupando y relacionando el global de la información recogida^{49,50}:

- Fase de desarrollo de ideas, donde se revisará toda la información y se elaboran nuevas notas memorísticas o “memos” relacionadas con las sugerencias, conceptos y/o incidencias que vayan surgiendo durante este primer análisis de datos. Así mismo se llevará a cabo una codificación abierta de la información a fin etiquetar los apartados e ir dándoles significado. De esta forma obtendremos una idea global de los datos obtenidos y se facilitará la tarea de fases posteriores.
- Fase de separación y agrupación de datos, donde se segmentan y descomponen los datos de forma detallada con el objetivo inicial de identificar los conceptos más significativos y separar los datos agrupándolos en códigos descriptivos, para, posteriormente, agruparlos por categorías. Esta fase del análisis de datos sea probablemente una de las más exigentes en cuanto a inversión de tiempo y dedicación, si bien es cierto, que la correcta ejecución de la misma facilita la comprensión, agrupación y comparación posterior de los datos obtenidos durante el proceso de recogida de datos de la investigación.
Fase de reagrupación, integrado y relacionado entre categorías, donde la codificación de los datos se reagrupa en los diferentes objetivos a estudio etiquetándolos en la categoría correspondiente mediante un proceso inductivo. Para llevar a cabo este proceso, y con intención de facilitar las relaciones entre temas y la correcta consecución de la fase final, se llevará a cabo la realización de diagramas o matrices.
- Fase de identificación de cada categoría central, donde se validan las descripciones, se eliminan datos excedentes y se completan las categorías mediante los datos obtenidos.

Durante esta fase empírica de la investigación se emplearán soportes informáticos con el propósito de facilitar el análisis, codificación y clasificación

de los datos. La aplicación informática propuesta para el desarrollo de esta fase es ATLAS Ti.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Todo estudio biomédico debe cumplir los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de la investigación en seres humanos con el objetivo de garantizar la protección de los participantes. Es por ello la investigación propuesta en el presente proyecto de investigación cumplirá con los principios éticos de investigación en seres humanos⁵². A tal fin, las personas seleccionadas para formar parte de la muestra del mismo, deberán firmar un CI^{50,53} (Anexo4) previo a su inclusión, donde constará información referente a la investigación tal como objetivos, metodología empleada en el mismo y confidencialidad en cuanto a tratamiento de datos. Además, quedará reflejado que el participante es legalmente capaz y competente, que ha recibido y entendido toda la información necesaria y que toma la decisión de participar en la investigación de forma totalmente libre y voluntaria, decisión la cual podrá ser revocada en cualquier momento si el participante así lo desea. Así mismo se identificará al investigador principal con nombre y datos de contacto del mismo.

El CI estará redactado en español, inglés y francés, y se traducirán a los idiomas necesarios en caso de participantes que no tengan dominio de ninguno de estos tres.

Tras la evaluación de aspectos metodológicos, éticos y legales, la investigación propuesta en el proyecto que en el presente se expone contará con el informe de idoneidad realizado por el Comité Ético de Investigación con Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Es de comprender que, tras un trance migratorio no siempre fácil ni realizado en óptimas condiciones, el inmigrante ilegal que accede a nuestro país se encuentre desubicado en cuanto a servicios públicos sanitarios de los que dispone, especialmente si su llegada se produce sin soporte de compatriota alguno en el nuevo territorio que pueda ofrecerle asesoramiento y guía de los primeros pasos a seguir.

El presente proyecto de investigación viene de la necesidad de conocer las causas que motivan el bajo nivel de utilización del SNS español de los inmigrantes irregulares transcurridas unas semanas desde su llegada a nuestras fronteras, así como las consecuencias hacia el propio individuo y hacia la salud pública de la comunidad que se pueden acontecer por ello. A tal fin, se ahondará en el día a día de ciudadanos en situación administrativa irregular en España, compartiendo sentimientos y sensaciones desde una perspectiva holística de su situación vulnerable.

Se pretende procurar y promover conocimiento, visibilidad del problema, alcance e intervención efectiva hacia estos ciudadanos altamente vulnerables desde la práctica asistencial en nuestro SNS.

9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La principal limitación al llevar a cabo la investigación planteada en este proyecto, tal y como señalan en su obra Morse y Field⁵¹, es la referida a la cuestión de no poder ofrecer un resultado generalizable a toda la población diana, ya que, dependiendo de las características particulares de los participantes de la muestra, y a la alta heterogeneidad de perfiles de inmigrante irregular que habitan en España, es probable que otros ciudadanos en situación irregular en nuestro país se encuentren en situaciones habitacionales distintas, tengan distinto conocimiento de la posibilidad de recibir asistencia sanitaria universal y gratuita independientemente de su situación administrativa, o se encuentren en distintas situaciones personales, sociales y/o laborales que resulten diferentes al grupo que observamos. No obstante

esta posibilidad de sesgo de muestreo o selección de la muestra, lograr llevar a cabo la investigación propuesta en este trabajo, enriquece el conocimiento general de la comunidad científica, puesto que los resultados que ofrezca pueden ser reflejo de otros colectivos en condiciones similares o ligeramente distintas y adaptarlos a las particularidades individuales de cada persona o colectivo identificados como población diana.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948. Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Estadística de Migraciones (EM). Año 2019. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en https://www.ine.es/prensa/cp_e2020_p.pdf
3. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
4. Informe Quincenal sobre Inmigración Irregular - Datos acumulados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Disponible en <http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/Informe+Quincenal+sobre+Inmigraci%C3%B3n+Irregular+-+Datos+acumulados+desde+el+1+de+enero+al+31+de+diciembre+de+2020.pdf/e5553964-675a-40d7-9361-5dbf4dfd3524>
5. Número total de inmigrantes irregulares que llegaron a España en 2019 y 2020 por país de origen. Statista. Disponible en <https://es.statista.com/estadisticas/1095016/entradas-de-inmigrantes-ilegales-en-espana-por-nacionalidad/>
6. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>
7. Wikipedia La enciclopedia libre. 2021. Carmen Montón. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Carmen_Mont%C3%B3n
8. Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disposiciones Generales. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>

9. REDER. Informe de octubre de 2017. Disponible en <https://reder162012.org/images/InformeOct2017/REDERsep17ESP.pdf>
10. Mestres AJ, Casanovas GL, Castelló JV. The deadly effects of losing health insurance. CRES-UPF Working. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2020.103608>
11. Petroff A, Viladrich A, Parella S. Framing inclusion: The media treatment of irregular immigrants' right to health care in Spain. International Journal of Intercultural Relations. 2021 May 1;82:135-44. Disponible en <http://dx.doi.org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.ijintrel.2021.03.004>
12. Gómez Luque A, Breña Díaz L, Sanz Martos S, Bermejo Sánchez L, Serradilla Fernández A, Clavijo Chamorro MZ. Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria. Enfermería Global. 2019;18(53):582-607. Disponible en <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.322481>
13. Marcos GR, González JC, Caso AA. Enfermedades infecciosas importadas en España. Medicina Clínica. 2008 Oct 1;131(14):540-50. Disponible en <https://doi.org/10.1157/13127586>
14. Agència de Salut Pública de Catalunya. Sistema de Malalties de Declaració Obligatoria (MDO). Mapes d'incidència de les MDO a Catalunya. Disponible en https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/sistemes-de-declaracio-epidemiologica/sistema-de-malalties-de-declaracio-obligatoria-mdo/
15. Ministerio de Ciencia e Innovación. Informes anuales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Años 2017-2018. Disponible en https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/INFORMES%20RENAVE/RENAVE_Informe_anual_2017-2018.pdf
16. Aguilar Gil M, Bleda García JM, Centelles García C. Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. Revista Española de Salud Pública. 2020 Oct 12;93:e201904016. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201904016/es/>

17. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicina clínica. 2010 Oct 9;135(11):507-11. Disponible en:
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
18. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero Á, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented immigrant women in Spain: a scoping review on access to and utilization of health and social services. Journal of Immigrant and Minority Health. 2017 Feb;19(1):194-204. Disponible en
<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0356-8>
19. Gea-Sánchez M, Gastaldo D, Molina-Luque F, Otero-García L. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). Health & social care in the community. 2017 Mar;25(2):424-34. Disponible en <https://doi.org/10.1111/hsc.12322>
20. Gil-Salmeron A, Smith L, Yang L, Rieder A, Grabovac I. Differences in health status, health behaviour and healthcare utilisation between Immigrant and native homeless people in Spain: An exploratory study. Health & Social Care in the Community. 2021 May;29(3):856-66. Disponible en
<https://doi.org/10.1111/hsc.13313>
21. Guionnet A, Navaza B, de la Fuente BP, Pérez-Elías MJ, Dronda F, López-Vélez R, Pérez-Molina JA. Immigrant women living with HIV in Spain: a qualitative approach to encourage medical follow-up. BMC Public Health. 2014 Dec;14(1):1-3. Disponible en
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233065/>
22. Pérez-Urdiales I. Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). Global health action. 2021 Jan 1;14(1):1896659. Disponible en <https://scihub.se/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
23. Auli NC, Mejía-Lancheros C, Berenguera A, Pujol-Ribera E. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. BMJ open. 2015 Jun

- 1;5(6):e006928. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480001/>
24. Mateos-Fernández R, Saavedra J. Designing and assessing of an art-based intervention for undocumented migrants. *Arts & Health*. 2021 Jan 10:1-4. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33357001>
25. Boga JA, Casado L, Fernández-Suarez J, Moran N, Rodríguez-Perez M, Martínez-Sela M, Pérez A, Garcia-Perez A, Menendez C, Santos S, Rodriguez-Guardado A. Screening program for imported diseases in immigrant women: analysis and implications from a gender-oriented perspective. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020 Jul;103(1):480. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7356466/>
26. Cobo F, Salas-Coronas J, Cabezas-Fernández M, Vázquez-Villegas J, Cabeza-Barrera M, Soriano-Pérez MJ. Infectious diseases in immigrant population related to the time of residence in Spain. *Journal of immigrant and minority health*. 2016 Feb;18(1):8-15. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-014-0141-5#Tab3>
27. Delcor NS, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HO, Soley ME, Romero IM, Ascaso C. Infectious diseases in Sub-Saharan immigrants to Spain. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2016 Apr 6;94(4):750. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824214/>
28. Hladun O, Grau A, Esteban E, Jansà JM. Results from screening immigrants of low-income countries: data from a public primary health care. *Journal of Travel Medicine*. 2014 Mar 1;21(2):92-8. Disponible en <https://academic.oup.com/jtm/article/21/2/92/1806970?login=true>
29. Lazarus JV, Bromberg DJ, Del Amo J, Norgaard O, García-Samaniego J, Casellas A, Calleja JL, Requena-Méndez A. Hepatitis C prevalence among the migrant population in Spain: A systematic review and meta-analysis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2019 Apr 1;37(4):222-30. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529993X19300528#abs0010>

30. Llenas-García J, Rubio R, Hernando A, Fiorante S, Maseda D, Matarranz M, Costa JR, Alonso B, Pulido F. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2012 Oct 1;30(8):441-51. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.009>
31. Monge, S., Pérez-Molina, J. A. Infección por el VIH e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2016 Feb. 34(7), 431–438. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
32. Monge-Maillo B, López-Vélez R, Norman FF, Ferrere-González F, Martínez-Pérez Á, Pérez-Molina JA. Screening of imported infectious diseases among asymptomatic sub-Saharan African and Latin American immigrants: a public health challenge. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2015 Apr 1;92(4):848. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385785/>
33. Oliván-Gonzalvo G. Health status and infectious diseases in male unaccompanied immigrant minors from Africa in Spain. *Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica (English ed.)*. 2021 Aug 1;39(7):340-4. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529993X21001362?via%3Dihub>
34. Pérez-Morente MÁ, Campos-Escudero A, Sánchez-Ocón MT, Hueso-Montoro C. Socio-demographic characteristics, indicators of risk and health care in relation to sexual transmission infections in migrant population of Granada. *Revista Espanola de Salud Publica*. 2019 Dec 2;93. Disponible en https://www-sanidad-gob-es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201912102.pdf
35. Ramos JM, Pinargote H, Torrús D, Sánchez-Martínez R, Merino E, Portilla J. Infectious diseases in the adult population admitted to a general hospital. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiologia Clinica*. 2014 Dec 23;33(8):539-42. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.011>
36. Ramos JM, Masiá M, Padilla S, Escolano C, Bernal E, Gutiérrez F. Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas.

- Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2011 Mar 1;29(3):185-92. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.11.011>
37. Hernando-Rovirola CH, Ortiz-Barreda G, Galán-Montemayor JC, Sabidó-Espin M, Casabona-Barbarà J. HIV and other sexually transmitted infections among migrant population in Spain: a scoping review. *Revista Española de Salud Pública*. 2014 Nov 1;88(6):763-81. Disponible en https://www-sanidad-gob-es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_6/RS886C_CHR.pdf
38. Salinas C, Ballaz A, Díez R, Aguirre U, Antón A, Altube L. Cribado de la tuberculosis en inmigrantes adolescentes indocumentados usando el QuantiFERON®-TB Gold In-Tube. *Medicina Clínica*. 2015 Jul 6;145(1):7-13. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.12.017>
39. Sánchez-Montalvá, A., Salvador, F. A., Molina-Morant, D., Molina, I. Tuberculosis e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2018 Aug. 36(7), 446–455. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29221825/>
40. Santiago B, Blázquez D, López G, Sainz T, Muñoz M, Alonso T, Moro M. Perfil serológico en gestantes extranjeras frente a VIH, VHB, VHC, virus de la rubéola, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, y *Trypanosoma cruzi*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2012 Feb 1;30(2):64-9. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.07.010>
41. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2017 Jan 1;10(1):45-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-factores-asociados-malestar-psicologico-o-S1888989116300209>
42. Ross J, Hua S, Perreira KM, Hanna DB, Castañeda SF, Gallo LC, Penedo FJ, Tarraf W, Hernandez R, Potler NV, Talavera GA. Association between immigration status and anxiety, depression, and use of anxiolytic and antidepressant medications in the Hispanic Community Health Study/Study

- of Latinos. *Annals of epidemiology*. 2019 Sep 1;37:17-23. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.07.007>
43. Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, Basurte-Villamor I, Sevilla J, Gonzalez de Rivera JL. Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *The European Journal of Public Health*. 2006 Aug 1;16(4):383-7. Disponible en <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl021>
44. Pérez-Urdiales I, Goicolea I, San Sebastián M, Irazusta A, Linander I. Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. *International journal for equity in health*. 2019 Dec;18(1):1-1. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-0958-6>
45. Cobb CL, Xie D, Sanders GL. Coping styles and depression among undocumented Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority health*. 2016 Aug;18(4):864-70. Disponible en <https://link-springer.com/article/10.1007/s10903-015-0270-5>
46. Oficina municipal de vivienda. Ayuntamiento de Manresa. Accesible en: <https://www.manresa.cat/web/menu/658-habitatge>
47. Open Arms. Accesible en <https://www.openarms.es/es>
48. Cruz Roja Terrassa. Cruz Roja. Accesible en <https://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/territorial?centro=14915>
49. Carrillo Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index de Enfermería*. 2011 Jun;20(1-2):96-100. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100020>
50. Salamanca Castro AB. Aspectos básicos de la investigación en Ciencias de la Salud. *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: FUNDEN. 2013.
51. Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Nursing research: The application of qualitative approaches*. Nelson Thornes.

52. Hoyos JG. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. Medicina (B Aires)[Internet]. 2000;60(2):255-8. Disponible en http://www.medicinabuenaosaires.com/demo/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
53. Miguélez BA. Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales. 2016(34):101-19. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297145846004.pdf>

11. CRONOGRAMA

La consecución del trabajo de investigación propuesto en el presente proyecto se llevará a cabo por la investigadora principal, enfermera perteneciente al Servei de Vigilància Epidemiològica del Departament de Salut en la Generalitat de Catalunya y autora del proyecto de investigación. La duración aproximada una vez iniciado hasta su finalización se estima en 3 años.

Año 1 de la investigación

En esta primera etapa el proyecto de investigación será presentado al CEA de la URV a fin de obtener su informe de aprobación.

Así mismo se contactará con los responsables de la Oficina Municipal de Vivienda de Manresa, de la ONG Open Arms y de Cruz Roja Terrassa con el objetivo de obtener candidatos a formar parte de los participantes. Una vez evaluados criterios de selección, a los provisionalmente aceptados se les presentará el CI para obtener su consentimiento de inclusión definitiva en la investigación. Durante el proceso de captación de los mismos, se procurará captar nuevos posibles participantes mediante técnica de bola de nieve.

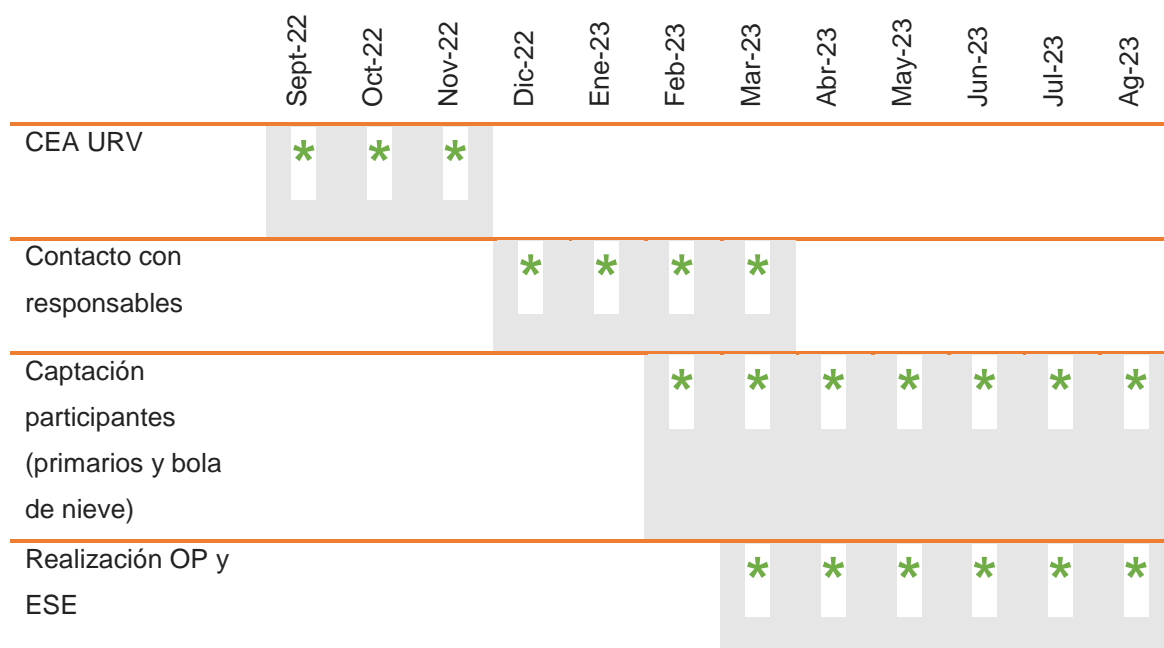


Tabla 3. Cronograma año 1 de la investigación. Fuente: elaboración propia.

Año 2 de la investigación

Durante este periodo se continuará realizando OP y ESE. Al finalizar el primer semestre de esta investigación se cerrará la captación de nuevos participantes.

Durante este periodo se iniciará la transcripción de datos obtenidos durante las primeras sesiones de OP y ESE. Así mismo, en caso de finalizar sesiones con alguno de los participantes y haber transcrito los datos, se iniciará el análisis de los mismos.

El último mes de este segundo año de investigación se darán por concluidas las sesiones de OP y ESE.

	Sept-23	Oct-23	Nov-23	Dic-23	Ene-24	Feb-24	Mar-24	Abr-24	May-24	Jun-24	Jul-24	Ag-24
Realización OP y ESE	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Captación participantes (primarios y bola de nieve)	*	*	*	*	*	*						
Transcripción de datos	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Análisis de datos	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Tabla 4. Cronograma año 2 de la investigación. Fuente: elaboración propia.

Año 3 de la investigación

Durante el primer semestre de este tercer periodo de la investigación se finalizará la transcripción de los datos obtenidos durante las sesiones de OP y ESE, y se realizará el análisis de los datos recogidos.

Será en el segundo semestre del periodo cuando se redacte el informe final y se hará difusión de los resultados definitivos obtenidos.

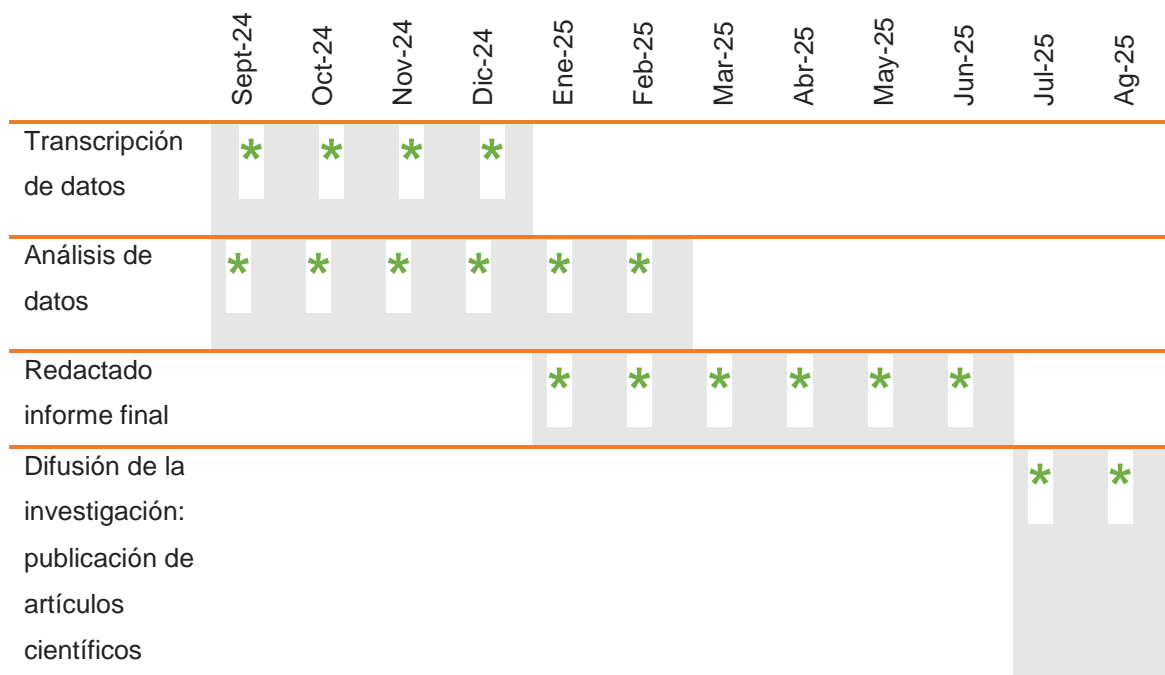


Tabla 5. Cronograma año 3 de la investigación. Fuente: elaboración propia.

12. PRESUPUESTO

La provisión de fondos para llevar a cabo la investigación propuesta en el presente proyecto se detalla a continuación:

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
MATERIAL				
material fungible	50 €	50 €	50 €	150 €
material de audio	100 €			100 €
subtotal				250 €
SOPORTE INFORMÁTICO				
material informático	1.500 €			1.500 €
software ATLAS-Ti		1.800 €		1.800 €
subtotal				3.300 €
TRASLADOS Y DIETAS				
desplazamientos	500 €	500 €	350 €	1.350 €
dietas	200 €	200 €	100 €	500 €
subtotal				1.850 €
DIVULGACIÓN				
asistencia a congresos			1.500 €	1.500 €
subtotal				1.500 €
OTROS				
servicios de traducción			200 €	200 €
soporte para transcripciones			1.000 €	1.000 €
subtotal				1.200 €
TOTAL				8.100 €

Tabla 6. Presupuesto previsto para llevar a cabo la investigación. Fuente: elaboración propia.

13. ANEXOS

Anexo1

Lista de comprobación de los ítems para incluir en la publicación de una revisión sistemática (con o sin metaanálisis). La declaración PRISMA

Sección/título	Número	Ítem
Título		
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos
Resumen		
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática
Introducción		
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS)*
Métodos		
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder (por ej., dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ej., PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ej., años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de tal forma que pueda ser reproducible
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis)
Proceso de extracción de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios pilotado, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., PICOS, fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o diferencia de medias)
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, cuando esto es posible, incluyendo medidas de consistencia (por ej., ítem 2) para cada metaanálisis
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva)
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), en el caso de que se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados
Resultados		
Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS o duración del seguimiento), y proporcionar las citas bibliográficas
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12)
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (<i>forest plot</i>)
Síntesis de los resultados	21	Presentar los resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia
Riesgo de sesgo entre los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15)
Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [ver ítem 16])
Discusión		
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej., proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud)
Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva)
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación
Financiación		
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ej., aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática

Fuente: Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. Medicina clínica. 2010 Oct 9;135(11):507-11. Disponible en:

https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf

Anexo 2

Guion de observación participante y entrevista semi-estructurada

1. ¿Cuánto tiempo lleva en España?, ¿Dónde y con quien reside? (vivienda ocupada/vivienda de familiares/hacinamiento/suministros)
2. ¿Cuál es su percepción de estado de salud actualmente?, ¿ha cambiado respecto a cuándo residía en su país de origen?, ¿padece alguna enfermedad infecciosa?
3. ¿Dispone de tarjeta sanitaria? En caso afirmativo explorar como fue el procedimiento para su obtención. En caso contrario explorar motivos que le impiden disponer de ella.
4. ¿Me podría explicar con sus propias palabras como procede cuando se encuentra mal usted o alguno de sus familiares/hijos? Ejemplos
5. ¿Ha acudido alguna vez a servicios sanitarios o socio-sanitarios públicos? Explorar cuales (atención primaria/servicios sociales/atención hospitalaria de urgencias/programas de prevención de la enfermedad)
6. Sensaciones al recibir atención sanitaria respecto al trato recibido por parte del personal administrativo/sanitario.
7. ¿Hay algún médico o curandero en su comunidad a quien pueda acudir?, En caso afirmativo, ¿Hace uso alguna vez de sus servicios?
8. ¿Cómo adquiere fármacos en caso de necesidad?, ¿Compra habitualmente medicamentos en la farmacia por recomendación de otras personas?
9. ¿Cómo obtienen recursos económicos para su sustento?

Anexo 3

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

*INMIGRANTES IRREGULARES EN ESPAÑA: ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
PERCEPCIÓN, GESTIÓN Y ESTADO DE SALUD.*

Datos de contacto del investigador principal:

Vanesa Villa Cordero

Tel.: XXXXXXXXX / Dirección de correo electrónico: vanesa.villa@estudiants.urv.cat

Yo, con
DNI

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio del cual se me ha entregado una copia.
- He podido hacer preguntas i resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello expresado en la hoja de información al participante sobre el estudio i de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos i beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria i doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin que eso me pueda causar perjuicio alguno.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso i utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio. Sí No
- Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos personales junto con la publicación de los resultados del estudio. Sí No

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las siguientes opciones:

NO autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

SÍ autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

Y para expresar este consentimiento, el participante firma en la fecha y lugar esta hoja consentimiento:

Firma del participante

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable	El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universitat Rovira i Virgili amb CIF Q9350003A i con domicilio fiscal en carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalidad	Participar en el estudio de la Tesis Doctoral en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En caso que el estudio prevea la publicación, difusión i reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado haya otorgado su consentimiento.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registre General de la URV en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación al Registre General de la Universitat, presencialmente o telemática, según se indica en https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Información adicional	Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado Tesis Doctoral de la URV y sus derechos en el Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicado en https://seuelectronica.urv.cat/rgpd donde también se puede consultar la Política de Privacitat de la URV. Así mismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede dirigir a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de dato personales a la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat .

PROPUESTA DE ARTÍCULO CIENTÍFICO

INMIGRANTES IRREGULARES EN ESPAÑA: ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PERCEPCIÓN Y ESTADO DE SALUD. REVISIÓN SISTEMÁTICA

IRREGULAR IMMIGRANTS IN SPAIN: ACCESS TO THE NATIONAL HEALTH SYSTEM, PERCEPTION AND HEALTH STATUS. SYSTEMATIC REVIEW

Autoras: Vanesa Villa Cordero. Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Enfermera Técnico en Salud Pública del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública de la Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona, España. Dirección de correo electrónico vanesa.villa@estudiants.urv.cat. Código ORCID 0000-0000-0000-0000. Lina Cristina Casadó Marín. Doctora por la URV. Profesora agregada del Departamento de Enfermería de la Facultat d'Infermeria de la URV, Tarragona, España. Dirección de correo electrónico linacristina.casado@urv.cat. Código ORCID 0000-0002-8078-1673.

RESUMEN/ABSTRACT

Los inmigrantes irregulares que residen en España disponen de acceso a servicios sanitarios de forma gratuita. El objetivo de este estudio es analizar el nivel de acceso que tienen a los servicios sanitarios públicos, las barreras que encuentran para ello, la percepción y estado de salud, y las enfermedades infecciosas prevalentes que puedan padecer. Para ello se realiza una revisión sistemática de alcance de artículos científicos publicados en bases de datos entre 2011 y 2021, publicados en inglés o español y de acceso a texto completo. Los 23 artículos seleccionados evidencian que hacen menos uso de servicios sanitarios que los nativos y su percepción de estado de salud no es mala. Las enfermedades infecciosas prevalentes resultaron parasitosis y/o

protozoos intestinales, sífilis, TBC, VHB, VHC, VIH, paludismo y chagas. Se precisan actuaciones para llegar a este colectivo e integrarlos en sistemas de salud.

Irregular immigrants residing in Spain have access to health services free of charge. The aim of this study is to analyze the level of access they have to public health services, the barriers they encounter, their perception and state of health, and the prevalent infectious diseases they may suffer from. For this purpose, a systematic scoping review of scientific articles published in databases between 2011 and 2021, published in English or Spanish and full-text access is performed. The 23 articles selected show that they make less use of health services than natives and their perception of health status is not poor. The prevalent infectious diseases were parasitosis and/or intestinal protozoa, syphilis, TB, HBV, HCV, HIV, malaria and Chagas disease. Actions are needed to reach this group and integrate them into health systems.

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS: Health, communicable disease, Immigrant, Undocumented Immigrant.

FINANCIAMIENTO: Para la realización del presente trabajo de investigación no se recibió subvención específica alguna.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL CRediT:

Vanesa Villa Cordero. Conceptualización, conservación de datos, análisis formal, adquisición de financiación. Investigación, metodología, recursos, software, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Lina Cristina Casadó Marín. Conceptualización, metodología, administración de proyectos, supervisión, validación, redacción-revisión y edición.

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su 13º artículo “Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado y toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país”¹.

En las últimas décadas los ciudadanos españoles hemos comprobado cómo aumentaba exponencialmente la población inmigrante que arribaba a nuestro país. No en vano, la población española creció en 2019 gracias al crecimiento de la población de nacionalidad extranjera, puesto que la de nacionalidad española se vio reducida. De esta forma, la población extranjera en nuestro país representaba más de cinco millones de personas a 1 de enero de 2020, lo que se traduce en un 10% de la población total española. Por nacionalidades los ciudadanos inmigrantes residentes en nuestro país son mayoritariamente de origen marroquí, rumano, británico, italiano, colombiano, chino, venezolano y alemán². Estos ciudadanos inmigrantes considerados como regulares entran dentro del sistema nacional, por lo que son amparados por el Régimen Comunitario en el caso de ciudadanos de origen europeo, o el Régimen General en el caso de ciudadanos extracomunitarios, y legislados por la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social³, de modo que gozan de acceso a servicios públicos como cualquier otro ciudadano español. Ahora bien, ¿Qué ocurre con los inmigrantes que llegan en situación irregular?

Un ciudadano inmigrante en situación irregular es aquel que carece de permiso para residir en un país y trabajar legalmente. Sobra decir que el registro de entrada y/o permanencia en territorio español de los mismos es ardua tarea, puesto que de su inicial anonimato depende la permanencia en nuestro país. Según publica el Ministerio del Interior, solo durante 2020 se registraron 41.861 inmigrantes irregulares en nuestro país, la mayoría de los cuales llegaron por vía marítima a las islas Canarias y por vía terrestre a Ceuta y Melilla⁴. Por país de origen, estos inmigrantes fueron principalmente procedentes de Marruecos, Guinea, Argelia, Mali, Costa de Marfil, Senegal y Túnez⁵. Las fronteras terrestres y la proximidad marítima con el continente africano hacen de nuestro

país uno de los más “asequibles” para la travesía ilegal en busca de la entrada al continente europeo. En la memoria de todos están las imágenes de llegadas de pateras a nuestras costas, o las de menores procurándose un hueco entre la mecánica de un camión para cruzar la frontera hispano-marroquí. La percepción de llegada masiva de inmigrantes ilegales se ha convertido en una verdadera preocupación para la sociedad española. A modo de reflexión sobre estigmas, prejuicios y estereotipos, apuntar que tan inmigrante ilegal es aquel que llega en cayuco como el suizo que desembarca del avión y no ha regularizado su situación de residencia en nuestro país, por lo que ambos se encontrarán en la misma situación irregular administrativa.

Uno de los grandes logros del Estado de Bienestar de nuestro país fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual ofrecía asistencia sanitaria universal y gratuita para todos los que se encontraran dentro de nuestras fronteras e independientemente de su situación administrativa. La aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril⁶, supuso un cambio radical a este modelo de salud, revés el cual fue amparado bajo el paraguas de supuestas dificultades para la sostenibilidad del mismo, y como consecuencia principal de la crisis económica. En ella se describe la necesidad de cambio de modelo a fin de acabar con el abuso y sobrecarga del SNS, así como la incompatibilidad actual con la normativa europea sobre regulación de la sanidad transfronteriza. Es por ello, a partir de entonces, y según cita en su *Artículo 3* referido a *Asistencia sanitaria en situaciones especiales*, “*Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica y de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*”⁶. Para el resto de situaciones, los ciudadanos extranjeros en situación irregular, entendiéndose que su situación administrativa es incompatible con ser asegurados o beneficiarios del SNS, se contempla el acceso a la asistencia sanitaria mediante pago de contraprestación económica.

En 2018, y con el cambio de Gobierno en la nación, la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Carmen Montón⁷, sacó adelante por amplia mayoría el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud⁸, con el que devolvía la asistencia sanitaria universal y gratuita a personas extranjeras residentes en territorio español con independencia de la regularidad de su situación. No obstante esta Ley, son muchos los casos en los que el inmigrante irregular no disfruta del acceso incondicionado y gratuito al SNS por diferentes motivos. El desconocimiento del servicio, los trámites de acceso al mismo, la barrera idiomática, así como el miedo a ser identificado como irregular con las consecuencias que ello puede acarrear, sugiere que muchos de ellos no hacen uso de los servicios de sanidad públicos.

Para muchos colectivos de diferentes ámbitos, la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril⁶ supuso una agresión al SNS bajo tintes xenófobos, por lo que fue duramente criticada por oposiciones políticas y multitud de estamentos sociales, llegando incluso a formarse asociaciones de protesta como Red de Denuncias y Resistencia al RDL/2012 (REDER), de la que Médicos del Mundo forma parte, los cuales han registrado hasta 4.000 personas las excluidas del sistema sanitario desde 2014⁹. Se calcula que más de 800.000 tarjetas sanitarias fueron dadas de baja entre 2014 y 2018, y que la mortalidad entre las personas residentes ilegales se vio incrementada en un 3,5% durante el mismo periodo¹⁰.

Los marcos mediáticos sobre los que se sustenta la percepción del ciudadano español “de derecho” con respecto al ciudadano irregular son básicamente de carácter moralista y legalista¹¹, siendo referida por la ciudadanía la percepción de desamparo de estos colectivos en situación irregular, aun sin obviar la mirada recelosa que les confieren tanto por sus orígenes como por otros conceptos de prejuicio.

Gómez et al.¹², señalan que los inmigrantes que llegan a nuestro país son en su mayoría jóvenes y con un buen estado de salud, incluso habitualmente mejor que la de la población autóctona en general, puesto que son los más fuertes psicológicamente los que deciden dar el paso de cruzar la frontera. Así

mismo, reflejan como determinantes sociales y de salud negativos como aislamiento social, hacinamiento, precaria situación laboral y/o educativa, o inicios de hábitos propios de la sociedad del país de acogida (consumo de alcohol, tabaco, ...) influyen directamente sobre el empeoramiento en el estado de salud física y mental inicial que poseía el inmigrante a la llegada.

El número de enfermedades infecciosas (EI) importadas aumenta con la llegada masiva de inmigrantes irregulares provenientes del continente africano¹³, donde las rentas son más bajas y el acceso a la sanidad no está al alcance de todos, por lo que habitualmente no son conocedores de padecer esa dolencia. De hecho, los registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) autonómicos y estatales, muestran como muchas de las enfermedades que creíamos erradicadas en nuestro país tales como tifus, brucelosis, tosferina, paludismo, fiebre amarilla o peste, siguen presentes en mayor o menor medida año tras año, y como llegan pacientes afectos de patologías importadas tales como Dengue o Fiebre de Crimea-Congo.^{12,14,15}

Tras el nuevo cambio de ley, y especialmente en los últimos años, la mayoría de comunidades autónomas han desarrollado actuaciones específicas para mejorar la salud de los inmigrantes dirigidas especialmente hacia la promoción de la atención sanitaria universal, la mediación sanitaria/intercultural, la salud pública, la vigilancia epidemiológica, la dotación de personal para interpretación lingüística y la mejora en formación de los profesionales.¹⁶ A pesar de ello, el colectivo de inmigrantes irregulares resulta de difícil acceso por su reticencia, presumiblemente consecuencia del temor a ser detectados y deportados.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Para seleccionar la pregunta de investigación se siguieron los criterios FINER y el método PICO:

¿El nivel de acceso al SNS español de los inmigrantes irregulares que residen en España resulta un factor de riesgo de que estos padezcan un peor estado de salud?

Objetivos

Mediante este trabajo de revisión se pretende estudiar cuál es la evidencia científica disponible en relación a los principales problemas de salud de la población inmigrante en situación irregular en España, su gestión y uso del SNS español. Los objetivos específicos son:

- Explorar el nivel de acceso al SNS de este colectivo vulnerable.
- Identificar El prevalentes en la población a estudio.
- Describir el valor de salud percibida de los mismos.
- Identificar casuísticas que dificultan el acceso al SNS.

METODOLOGÍA

Con el propósito de estudiar la relación entre ser inmigrante ilegal en España y la percepción/estado de salud de los mismos, así como el nivel de acceso que este colectivo tiene respecto al SNS español, en el presente trabajo de investigación se lleva a cabo una Revisión Sistemática (RS) de bibliografía científica relacionada entre los años 2011 y 2021.

Estrategia de búsqueda

La presente revisión se llevó a cabo mediante identificación de literatura científica en cuatro bases de datos electrónicas: CINAHL y MEDLINE mediante motor EBSCOhost, Web Of Science (WOS) y Pubmed. La búsqueda fue finalizada el 10 de marzo de 2022.

Para la búsqueda en la base de datos Pubmed, se establecieron los parámetros de la pregunta de investigación para la búsqueda en MeSH de los términos controlados. Los términos identificados en la base de datos MeSH y empleados en la búsqueda en Pubmed fueron (("Epidemiology"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh], (("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Spain"[Mesh] y (((("Communicable Diseases"[Mesh] OR "Communicable Diseases, Imported"[Mesh] or

"Communicable Disease Control"[Mesh]) OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh]) OR "Disease Transmission, Infectious"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh].

Del mismo modo, y tomando como base esta búsqueda, los términos fueron trasladados a las demás bases de datos empleando lenguaje controlado y adaptándolos a las características específicas de cada uno de ellos con el propósito de llegar a todas las variantes terminológicas posibles.

En el motor de búsqueda EBSCOhost se aplicaron los filtros de *Abstract* para los descriptores y además se filtraron los resultados mediante *Peer Reviewed* y *Academic Journals*. En WOS se aplicaron filtros *Abstract* para los descriptores además de seleccionar *Articles* en el apartado "Document Types". En PubMed se realizaron las búsquedas mediante el filtro de *Title/Abstract* para los descriptores, así como se ingresaron tesauros MeSH. En todos los casos se filtraron resultados limitándolos por fecha de publicación entre 2011 y 2021, así como idiomas de publicación español o inglés y publicación a texto completo. En las cuatro bases de datos, los descriptores se combinaron con operadores booleanos *OR* y *AND*.

En la **Tabla 1** se ofrece información detallada de los términos de búsqueda, así como número de títulos arrojados para cada una de las cadenas.

Criterios de inclusión

En la RS se han incluido los estudios encontrados mediante las cadenas de búsqueda y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos con fecha de publicación entre 2011 y 2021.
- Artículos publicados en español o inglés.
- Artículos revisados por pares.
- Artículos publicados a texto completo.
- Artículos donde la población objeto a estudio sean inmigrantes.

Además de estos, artículos que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Artículos que expongan El prevalentes en ciudadanos inmigrantes.
- Artículos que tratan sobre percepción de estado de salud de inmigrantes irregulares.
- Artículos donde se exponga el nivel de acceso al SNS español sin restricciones por situación administrativa de los inmigrantes irregulares.
- Artículos donde se estudien casuísticas que dificultan el acceso al SNS español en inmigrantes irregulares.

Criterios de exclusión

Resultaron de no cumplir escrupulosamente los criterios de inclusión. Así mismo, fueron excluidos los artículos referentes al acceso al SNS español de inmigrantes irregulares donde los estudios publicados hicieran referencia, bien a través del periodo de estudio o a análisis comparativo de acceso y utilización del mismo, al periodo comprendido entre 2012 y 2018, periodo en el cual los inmigrantes en situación administrativa irregular no pudieron beneficiarse de acceso ilimitado y gratuito a los servicios públicos de salud debido al cambio restrictivo legislativo, por lo que no ofrecen una visión de la situación actual de la población a estudio.

Criterios de selección y elegibilidad

Para llevar a cabo este apartado metodológico se siguió un protocolo de investigación basado en las recomendaciones de la Declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁷ la cual está formada por una tabla de hasta 27 ítems (Anexo 1) y un diagrama de flujo, en base al cual se realizará el propio y donde se recogerá información a través de las diferentes etapas de la revisión sistemática: identificación, cribado, idoneidad e inclusión.

En la **Figura 1** se puede observar el diagrama de flujo del proceso de selección.

Tras la aplicación de filtros, fueron recuperados un total de 226 artículos de los cuales 53 fueron eliminados mediante el programa de gestión bibliográfica Mendeley por tratarse de artículos duplicados. Posteriormente se realizó una revisión de títulos y resúmenes de los 173 artículos resultantes, descartando hasta 98 como consecuencia de no cumplir los criterios de inclusión descritos anteriormente. A continuación, se llevó a cabo una lectura completa y rigurosa de los 75 artículos resultantes, suprimiéndose en esta fase hasta 52 de ellos por no resultar relevantes para la pregunta de investigación y/o los objetivos propuestos. La elegibilidad de las 23 referencias bibliográficas definitivamente seleccionadas para llevar a cabo la presente RS se realizó con el soporte de un revisor independiente, y apareció como resultante de cumplir rigurosamente los criterios de inclusión, no cumplir los de exclusión, así como aportar información que diera respuesta a nuestra pregunta de investigación y objetivos propuestos.

Limitaciones del estudio de RS

La alta heterogeneidad encontrada en los artículos científicos seleccionados para la presente RS con respecto a las particularidades de las muestras, metodologías e instrumentos de medida de los artículos inicialmente seleccionados para la presente RS puede considerarse en sí como una limitación del presente estudio.

RESULTADOS

En la **Tabla 2** se ofrece un resumen de las principales características de los artículos seleccionados.

La presente RS se compuso de 23 artículos científicos publicados en revistas de alto impacto entre 2011 y 2021, de los cuales 1 su publicó en 2011³⁶, 2 en

2012^{30,40}, 3 en 2014^{21,28,37}, 4 en 2015^{23,32,35,38}, 3 en 2016^{26,27,31}, 2 en 2017^{18,19}, 1 en 2018³⁹, 2 en 2019^{29,34}, 2 en 2020^{24,25} y 3 en 2021^{20,22,33}. De ellos, 19 fueron publicados en idioma inglés^{18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,31,32,33,34,35,37,39} y 4 en idioma español^{30,36,38,40}.

Entre los 23 artículos seleccionados, 4 de ellos se trataron de estudios de diseño cualitativo^{19,20,21,23}, 1 tesis doctoral compuesta por 3 estudios de investigación cuyos 2 artículos seleccionados se trataron de estudios cualitativos²², 1 se trató de un estudio mixto²⁴, 3 fueron revisiones sistemáticas^{18,29,37} y 14 fueron de tipo epidemiológico observacional descriptivo.^{25,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36,38,39,40}. La muestra cubierta incluye inmigrantes con países de origen más frecuentes⁵, por lo que representa al inmigrante habitual en España. Hasta 7 de ellos exploraron el acceso y utilización del SNS español, así como la percepción de salud de la muestra^{18,19,20,21,22,23,24} mientras que 16 se relacionaron con enfermedades infecciosas^{25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40}.

En 8 de ellos, la muestra la formaron única o mayoritariamente mujeres^{18,19,21,22,23,25,34,40}, mientras que en 9 de ellos la formaron única o mayoritariamente hombres^{20,24,26,27,28,30,33,36,38}. Hasta 3 artículos incluyeron en la muestra rangos de edad que comprendían menores de 18 años^{27,28,35}, mientras que en 2 artículos la muestra fue formada en exclusiva por menores^{33,38}. En 6 de ellos la muestra estaba formada exclusivamente por inmigrantes indocumentados^{18,19,23,24,34,38}, mientras que en 5 artículos tuvieron representación^{20,21,22,26,27}.

Inmigrantes irregulares: Acceso al SNS español y estado de salud percibido

El país de origen del inmigrante irregular interfiere en la utilización en mayor o menor medida de los sistemas de salud^{21,22}.

Los inmigrantes ilegales utilizan menos los servicios sanitarios públicos respecto a la utilización de los mismos que realizan los españoles^{18,19}. Así mismo, la situación administrativa irregular conlleva menor utilización de los

servicios de atención primaria, de cribado de cáncer ginecológico y de urgencias psiquiátricas que la población autóctona, y mayor frecuencia de visitas a servicios de urgencia. El 67,9% de las mujeres inmigrantes irregulares utilizaron los servicios sanitarios alguna vez¹⁸.

El 38,5% de inmigrantes sin hogar informaron no tener seguro de salud. El 48% pudieron acceder al SNS sin problemas durante el último año, pero el 28% si refieren dificultades para ello. El 11,5% refirió no tener acceso a medicación con receta²⁰. El proceso de obtención de tarjeta sanitaria es más sencillo en entornos rurales respecto a urbes, si bien en entorno rural las distancias hasta centros hospitalarios y de salud resultaron una barrera en cuanto al acceso y utilización de los mismos¹⁹.

Hasta el 38,5% de los participantes inmigrantes describieron su salud como "ni buena ni mala" y el 30,8% como "buena", banalizando sus dolencias al sentirse en el país destino^{20,24}. El dolo migratorio se vio representado en inmigrantes subsaharianos con experiencias migratorias traumáticas²⁴. El 28,8 y el 32,7% de participantes inmigrantes percibió su salud mental como "mala" y "ni buena ni mala" respectivamente²⁰. Relacionan tener buena salud con la capacidad de poder trabajar y obtener ingresos, y refirieron una disminución en su estado de salud después de la migración (respecto a la física en participantes de pueblos y respecto a la física y la mental en participantes que residen en ciudad) especialmente relacionada con las precarias condiciones laborales que experimentan¹⁹. Las mujeres latinoamericanas informaron más problemas relacionados con la ansiedad en comparación con las nativas, a pesar de la infrautilización de las primeras de los servicios de emergencia psiquiátrica¹⁸. Hasta el 19,2% refirieron no haber acudido nunca al dentista¹⁹.

Las mujeres inmigrantes irregulares refieren sentirse en desigualdad frente a los médicos debido a la autoridad que para ellas estos representan²¹. Las principales barreras de acceso al SNS español para la muestra representada en los estudios fueron la barrera idiomática, el estatus de inmigrante ilegal, la precariedad laboral, la vulnerabilidad socio-económica, el desconocimiento sobre los trámites para la gestión de la tarjeta sanitaria, la percepción de trato diferenciado hacia el colectivo a estudio por parte del personal de los centros

sanitarios con respecto a la población autóctona, el nivel educativo, el temor a ser identificados, así como las actitudes recriminatorias sufridas y/o percibidas^{18,19,20,21,22,23}. Las generalmente precarias condiciones laborales, y principalmente ligadas a economía sumergida, no les permiten derechos laborales tales como incapacidades o permisos para asistir a visitas médicas^{18,19}. El seguimiento de tratamientos una vez superada la fase aguda se ve limitado¹⁹.

Enfermedades infecciosas prevalentes

Las EI prevalentes en los inmigrantes son la parasitosis intestinal, los protozoos intestinales, la sífilis, VHB y TBC activa y/o latente, seguido por VHC, VIH, paludismo y Chagas ^{25,26,27,28,32,33,36,40}. Se diagnosticó al menos una enfermedad infecciosa patógena en el 72,8% de los pacientes y las coinfecciones estuvieron presentes en el 28,4% de los inmigrantes positivos para alguna de las infecciones²⁷. Los inmigrantes originarios de países de alta incidencia en TBC y que viajan de forma frecuente a sus países tienen mayor riesgo presentar una TBC al retorno debido a una infección aguda durante el periodo de viaje³⁹. Ramos, et al.³⁵ reflejan en su estudio que hasta un 9,6% del total de hospitalizaciones pertenecientes a población extranjera tuvieron como diagnóstico principal una EI.

Por lugar de origen, en la enfermedad de Chagas el 100% de los inmigrantes diagnosticados fueron de origen latino, el VIH, VHB y VHC tuvieron mayor prevalencia entre inmigrantes de origen subsahariano, la TBC entre inmigrantes del norte de África y el Paludismo, los protozoos y las parasitosis intestinales entre inmigrantes con origen en el continente africano^{25,26,28,29,32,33,36,37,40}. Los principales motivos de ingreso de los subsaharianos fueron por malaria, tuberculosis e infección por el VIH y de los europeos del este por hepatitis y sus complicaciones³⁵.

Por grupos de edad, el grupo de edad de menos de 25 años y aquellos de 25 a 29 años tenían probabilidades más bajas de infección por VHB²⁸. La mayoría de los casos de VIH y VHB se diagnosticaron en pacientes con edades

comprendidas entre los 16 y los 45 años y el 50% de los positivos para VHC apareció en pacientes en el rango de 46 a 65 años²⁵. La sífilis se diagnosticó con mayor frecuencia en pacientes de entre 16 y 45 años (47%) y mayores de 46 años (48%)²⁸, siendo los menores de 25 años y de 30 a 34 años los que tenían menores probabilidades dentro del grupo de edad. El análisis multivariante confirmó una mayor presencia de infección por VHC en pacientes de 46 a 65 años²⁵. Los inmigrantes afectados de TBC son mayoritariamente hombres de entre 25-44 años, con afectación pulmonar, VIH negativo y sin tratamiento previo³⁹, y la TBC latente se encontró de forma mayoritaria (56,7%) en el grupo de 16 a 45 años, mientras que en el 15,4% de los pacientes el cribado no encontró ninguna patología^{25,28}. Salinas, et al.³⁸ refirieron en su estudio que hasta el 17% de los menores de edad de origen africano que representaban su muestra resultó positivo para TBC.

Por sexo, el femenino mostró menor probabilidad de VIH²⁸ observándose como el embarazo/parto es el principal motivo de realización de serología en mujeres, mientras que tener una pareja susceptible de ser positiva o positiva confirmada resultó el principal motivo de realización de serología en hombres³⁰.

En cuanto a mecanismo de transmisión de EI con respecto a lugar de origen, entre los inmigrantes del África Subsahariana se encuentra como motivo principal de transmisión el sexo^{31,37}, mientras que en los originarios de Europa Occidental y Latinoamérica se adquirieron por relaciones principalmente homosexuales, y entre los de Europa del Este mediante uso de drogas administradas por vía parenteral³¹. En el estudio de Pérez Morente, et al.³⁴, un 70% de los casos tuvo un diagnóstico positivo de Infección de Transmisión Sexual (ITS): VHP 36,6%, candidiasis 26%, Gardenella 16% y sífilis 5,5%. Un 36,1% eran profesionales o ex profesionales del sexo.

DISCURSIÓN

A partir de los artículos revisados, vemos que los inmigrantes en estado administrativo irregular hacen menos uso del SNS de salud especialmente en lo referido a la atención primaria. Esto puede relacionarse con el nivel de

asistencias a servicios de urgencia^{18,19,29,35,44}. Los inmigrantes ilegales perciben un trato generalmente malo cuando pretenden acceder al sistema sanitario público, lo cual asocian a racismo, prejuicios estereotipados y desconocimiento cultural del individuo. Esto, junto a factores como el temor a que sean comunicados sus datos personales a las administraciones estatales de inmigración por parte del centro de salud, la dificultad y desconocimiento de trámites burocráticos para conseguir una tarjeta sanitaria, así como la barrera idiomática o el temor a que la consulta no sea gratuita y se vean obligados a abonar la visita o contraer una deuda con el estado, lo cual temen conlleven una aceleración del proceso de deportación a su país de origen, frecuentemente les lleva a minimizar, e incluso evitar, la asistencia a centros médicos aun cuando perciben que su estado de salud lo requiere. Acudir a una visita médica en la atención primaria pasa por concertar cita previa. La barrera idiomática, así como habitual desconocimiento del personal administrativo con respecto a trámites burocráticos necesarios para obtener una tarjeta sanitaria en España, dificulta en exceso esa primera atención en individuos inmigrantes en situación administrativa irregular. Además, la barrera idiomática compromete una atención adecuada y eficaz, ya que ni usuario ni personal sanitario llegan a entenderse con claridad, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o desinformación bidireccional.^{18,19,20,21,22,44}

Los factores asociados a desencadenar patologías relacionadas con el malestar psicológico y/o trastornos mentales tales como la ansiedad y/o la depresión en los inmigrantes en situación administrativa irregular son multivariantes, aunque en su práctica totalidad guardan íntima relación con el proceso y el duelo migratorio tales como necesidad de migración forzosa por condiciones extremadamente desfavorables en su país de origen, el idioma, la sensación de soledad y desamparo en el país de destino, discriminación percibida, incertidumbre en presente y futuro, así como condiciones socioeconómicas y laborales desfavorables^{24,41,43}. Pese a ello, las estrategias de afrontamiento y la positividad ante la adversidad, la sensación de éxito al haber logrado arribar a destino y la fase de empoderamiento personal en la que se encuentran, suponen factores protectores hacia las citadas patologías⁴⁵, lo cual conlleva la banalización de estas y otras dolencias con síntomas físicos.

Las enfermedades mentales e infecciosas prevalentes e importadas por inmigrantes que llegan a nuestro país^{12,13,14,24,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,44,45}, y como consecuencia al bajo nivel de acceso de los inmigrantes irregulares al SNS, quedan habitualmente infra-diagnosticadas, infra-tratadas o con una limitada adherencia al tratamiento^{19,20,24,30,37,38,42,43}.

CONCLUSIONES

En la población diana, se evidencia el bajo nivel de acceso al SNS español y especialmente a los servicios de atención primaria, lugar donde se llevan a cabo programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo cual puede tener consecuencias negativas en la salud del inmigrante irregular al conllevar un posible aumento de las co-morbilidades/mortalidad. El infra-diagnóstico e infra-tratamiento de las EI puede además ocasionar problemas de salud pública como consecuencia de la falta de control en la transmisión. Además de la repercusión en la morbi-mortalidad de los inmigrantes a nivel de patologías físicas y/ mentales o en la salud pública de la ciudadanía general, esta falta de acceso regular al sistema sanitario y socio-sanitario afecta a otros campos tal y como Gea, et al.¹⁸ identifican en su investigación, donde refieren que el 11,2 % de las mujeres latinoamericanas que fueron derivadas a servicios sociales y de salud habían sufrido violencia de género.

La bibliografía científica relacionada con la percepción de estado de salud y nivel de acceso al SNS español de inmigrantes irregulares dentro de nuestras fronteras es escasa. El perfil de migrante que arriba a nuestras fronteras y las particularidades del trance migratorio dependiendo del lugar de procedencia son multivariados y sugieren ser predictivos en cuanto a EI importadas prevalentes y a percepción de salud física y mental de los mismos.

Es necesario promover nuevas investigaciones futuras a fin procurar explorar y analizar de forma holística las necesidades de este colectivo de ciudadanos sumamente vulnerable con el objetivo de procurar y promover conocimiento, visibilidad, alcance e intervención efectiva hacia estos ciudadanos desde la práctica asistencial en nuestro SNS.

APROBACIÓN ÉTICA

Dado que en la presente RS solo se analizaron datos publicados en los artículos científicos seleccionados no se hizo necesaria aprobación ética.

FINANCIAMIENTO: Para la realización del presente trabajo de investigación no se recibió subvención específica alguna.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL CRediT:

Vanesa Villa Cordero. Conceptualización, conservación de datos, análisis formal, adquisición de financiación. Investigación, metodología, recursos, software, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Lina Cristina Casadó Marín. Conceptualización, metodología, administración de proyectos, supervisión, validación, redacción-revisión y edición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS: Health, communicable disease, Immigrant, Undocumented Immigrant.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948. Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Estadística de Migraciones (EM). Año 2019. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en https://www.ine.es/prensa/cp_e2020_p.pdf
3. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
4. Informe Quincenal sobre Inmigración Irregular - Datos acumulados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Ministerio del Interior. Gobierno de España. Disponible en <http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/Informe+Quincenal+sobre+Inmigraci%C3%B3n+Irregular+-+Datos+acumulados+desde+el+1+de+enero+al+31+de+diciembre+de+2020.pdf/e5553964-675a-40d7-9361-5dbf4dfd3524>
5. Número total de inmigrantes irregulares que llegaron a España en 2019 y 2020 por país de origen. Statista. Disponible en <https://es.statista.com/estadisticas/1095016/entradas-de-inmigrantes-ilegales-en-espana-por-nacionalidad/>
6. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>
7. Wikipedia La enciclopedia libre. 2021. Carmen Montón. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Carmen_Mont%C3%B3n
8. Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disposiciones Generales. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>

9. REDER. Informe de octubre de 2017. Disponible en <https://reder162012.org/images/InformeOct2017/REDERsep17ESP.pdf>
10. Mestres AJ, Casanovas GL, Castelló JV. The deadly effects of losing health insurance. CRES-UPF Working. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eurocorev.2020.103608>
11. Petroff A, Viladrich A, Parella S. Framing inclusion: The media treatment of irregular immigrants' right to health care in Spain. International Journal of Intercultural Relations. 2021 May 1;82:135-44. Disponible en <http://dx.doi.org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.ijintrel.2021.03.004>
12. Gómez Luque A, Breña Díaz L, Sanz Martos S, Bermejo Sánchez L, Serradilla Fernández A, Clavijo Chamorro MZ. Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria. Enfermería Global. 2019;18(53):582-607. Disponible en <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.322481>
13. Marcos GR, González JC, Caso AA. Enfermedades infecciosas importadas en España. Medicina Clínica. 2008 Oct 1;131(14):540-50. Disponible en <https://doi.org/10.1157/13127586>
14. Agència de Salut Pública de Catalunya. Sistema de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO). Mapes d'incidència de les MDO a Catalunya. Disponible en https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/sistemes-de-declaracio-epidemiologica/sistema-de-malalties-de-declaracio-obligatoria-mdo/
15. Ministerio de Ciencia e Innovación. Informes anuales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Años 2017-2018. Disponible en https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/INFORMES%20RENAVE/RENAVE_Informe_anual_2017-2018.pdf
16. Aguilar Gil M, Bleda García JM, Centelles García C. Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. Revista Española de Salud Pública. 2020 Oct 12;93:e201904016. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201904016/es/>

17. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*. 2010 Oct 9;135(11):507-11. Disponible en:
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
18. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero Á, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented immigrant women in Spain: a scoping review on access to and utilization of health and social services. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2017 Feb;19(1):194-204. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0356-8>
19. Gea-Sánchez M, Gastaldo D, Molina-Luque F, Otero-García L. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health & social care in the community*. 2017 Mar;25(2):424-34. Disponible en <https://doi.org/10.1111/hsc.12322>
20. Gil-Salmeron A, Smith L, Yang L, Rieder A, Grabovac I. Differences in health status, health behaviour and healthcare utilisation between Immigrant and native homeless people in Spain: An exploratory study. *Health & Social Care in the Community*. 2021 May;29(3):856-66. Disponible en <https://doi.org/10.1111/hsc.13313>
21. Guionnet A, Navaza B, de la Fuente BP, Pérez-Elías MJ, Dronda F, López-Vélez R, Pérez-Molina JA. Immigrant women living with HIV in Spain: a qualitative approach to encourage medical follow-up. *BMC Public Health*. 2014 Dec;14(1):1-3. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233065/>
22. Pérez-Urdiales I. Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). *Global health action*. 2021 Jan 1;14(1):1896659. Disponible en <https://sci-hub.se/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
23. Auli NC, Mejía-Lancheros C, Berenguera A, Pujol-Ribera E. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. *BMJ open*.

- 2015 Jun 1;5(6):e006928. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480001/>
24. Mateos-Fernández R, Saavedra J. Designing and assessing of an art-based intervention for undocumented migrants. *Arts & Health*. 2021 Jan 10:1-4. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33357001>
25. Boga JA, Casado L, Fernández-Suarez J, Moran N, Rodríguez-Perez M, Martínez-Sela M, Pérez A, Garcia-Perez A, Menendez C, Santos S, Rodriguez-Guardado A. Screening program for imported diseases in immigrant women: analysis and implications from a gender-oriented perspective. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020 Jul;103(1):480. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7356466/>
26. Cobo F, Salas-Coronas J, Cabezas-Fernández M, Vázquez-Villegas J, Cabeza-Barrera M, Soriano-Pérez MJ. Infectious diseases in immigrant population related to the time of residence in Spain. *Journal of immigrant and minority health*. 2016 Feb;18(1):8-15. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-014-0141-5#Tab3>
27. Delcor NS, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HO, Soley ME, Romero IM, Ascaso C. Infectious diseases in Sub-Saharan immigrants to Spain. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2016 Apr 6;94(4):750. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824214/>
28. Hladun O, Grau A, Esteban E, Jansà JM. Results from screening immigrants of low-income countries: data from a public primary health care. *Journal of Travel Medicine*. 2014 Mar 1;21(2):92-8. Disponible en <https://academic.oup.com/jtm/article/21/2/92/1806970?login=true>
29. Lazarus JV, Bromberg DJ, Del Amo J, Norgaard O, García-Samaniego J, Casellas A, Calleja JL, Requena-Méndez A. Hepatitis C prevalence among the migrant population in Spain: A systematic review and meta-analysis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2019 Apr 1;37(4):222-30. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529993X19300528#abs0010>

30. Llenas-García J, Rubio R, Hernando A, Fiorante S, Maseda D, Matarranz M, Costa JR, Alonso B, Pulido F. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2012 Oct 1;30(8):441-51. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.009>
31. Monge, S., Pérez-Molina, J. A. Infección por el VIH e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2016 Feb. 34(7), 431–438. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
32. Monge-Maillo B, López-Vélez R, Norman FF, Ferrere-González F, Martínez-Pérez Á, Pérez-Molina JA. Screening of imported infectious diseases among asymptomatic sub-Saharan African and Latin American immigrants: a public health challenge. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2015 Apr 1;92(4):848. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385785/>
33. Oliván-Gonzalvo G. Health status and infectious diseases in male unaccompanied immigrant minors from Africa in Spain. *Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica (English ed.)*. 2021 Aug 1;39(7):340-4. Disponible en <https://www-sciencedirect-com/science/article/pii/S2529993X21001362?via%3Dihub>
34. Pérez-Morente MÁ, Campos-Escudero A, Sánchez-Ocón MT, Hueso-Montoro C. Socio-demographic characteristics, indicators of risk and health care in relation to sexual transmission infections in migrant population of Granada. *Revista Espanola de Salud Publica*. 2019 Dec 2;93. Disponible en https://www-sanidad-gob-es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201912102.pdf
35. Ramos JM, Pinargote H, Torrús D, Sánchez-Martínez R, Merino E, Portilla J. Infectious diseases in the adult population admitted to a general hospital. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiologia Clinica*. 2014 Dec 23;33(8):539-42. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.011>
36. Ramos JM, Masiá M, Padilla S, Escolano C, Bernal E, Gutiérrez F. Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante.

- Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2011 Mar 1;29(3):185-92. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.11.011>
37. Hernando-Rovirola CH, Ortiz-Barreda G, Galán-Montemayor JC, Sabidó-Espin M, Casabona-Barbarà J. HIV and other sexually transmitted infections among migrant population in Spain: a scoping review. *Revista Española de Salud Pública*. 2014 Nov 1;88(6):763-81. Disponible en https://www-sanidad-gob-es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_6/RS886C_CHR.pdf
38. Salinas C, Ballaz A, Díez R, Aguirre U, Antón A, Altube L. Cribado de la tuberculosis en inmigrantes adolescentes indocumentados usando el QuantiFERON®-TB Gold In-Tube. *Medicina Clínica*. 2015 Jul 6;145(1):7-13. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.12.017>
39. Sánchez-Montalvá, A., Salvador, F. A., Molina-Morant, D., Molina, I. Tuberculosis e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2018 Aug. 36(7), 446–455. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29221825/>
40. Santiago B, Blázquez D, López G, Sainz T, Muñoz M, Alonso T, Moro M. Perfil serológico en gestantes extranjeras frente a VIH, VHB, VHC, virus de la rubéola, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, y *Trypanosoma cruzi*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2012 Feb 1;30(2):64-9. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.07.010>
41. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2017 Jan 1;10(1):45-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-factores-asociados-malestar-psicologico-o-S1888989116300209>
42. Ross J, Hua S, Perreira KM, Hanna DB, Castañeda SF, Gallo LC, Penedo FJ, Tarraf W, Hernandez R, Potler NV, Talavera GA. Association between immigration status and anxiety, depression, and use of

- anxiolytic and antidepressant medications in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Annals of epidemiology*. 2019 Sep 1;37:17-23. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.07.007>
43. Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, Basurte-Villamor I, Sevilla J, Gonzalez de Rivera JL. Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *The European Journal of Public Health*. 2006 Aug 1;16(4):383-7. Disponible en <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl021>
44. Pérez-Urdiales I, Goicolea I, San Sebastián M, Irazusta A, Linander I. Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. *International journal for equity in health*. 2019 Dec;18(1):1-1. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-0958-6>
45. Cobb CL, Xie D, Sanders GL. Coping styles and depression among undocumented Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority health*. 2016 Aug;18(4):864-70. Disponible en <https://link-springer.com/article/10.1007/s10903-015-0270-5>

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda para la RS. Fuente: Elaboración propia.

WOS	MEDLINE	CINAHL	PUBMED	
			subtotal	Términos de búsqueda Pubmed
			8	("Epidemiology"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Spain"[Mesh]
			8	("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Spain"[Mesh]
			139	((("Communicable Diseases"[Mesh] OR "Communicable Diseases, Imported"[Mesh] or "Communicable Disease Control"[Mesh]) OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh]) OR "Disease Transmission, Infectious"[Mesh]) AND ("Emigrants and Immigrants"[Mesh] OR "Undocumented Immigrants"[Mesh])) AND "Spain"[Mesh]
			subtotal	155
				Términos de búsqueda Medline, Cinahl y WOS
8	6	1		Epiemiology AND migrants OR undocumented immigrants OR illegal aliens OR illegal immigrants AND spain
25	15	11		health AND irregular migration OR illegal immigrants OR undocumented immigrants AND spain
2	2	1		communicable diseases OR infectious disease AND undocumented immigrants OR illegal aliens OR illegal immigrants AND spain
35	23	13		
			subtotal	71
			TOTAL	226

Figura 1. Diagrama de flujo. Resumen de proceso de selección de artículos en la RS. Fuente: elaboración propia

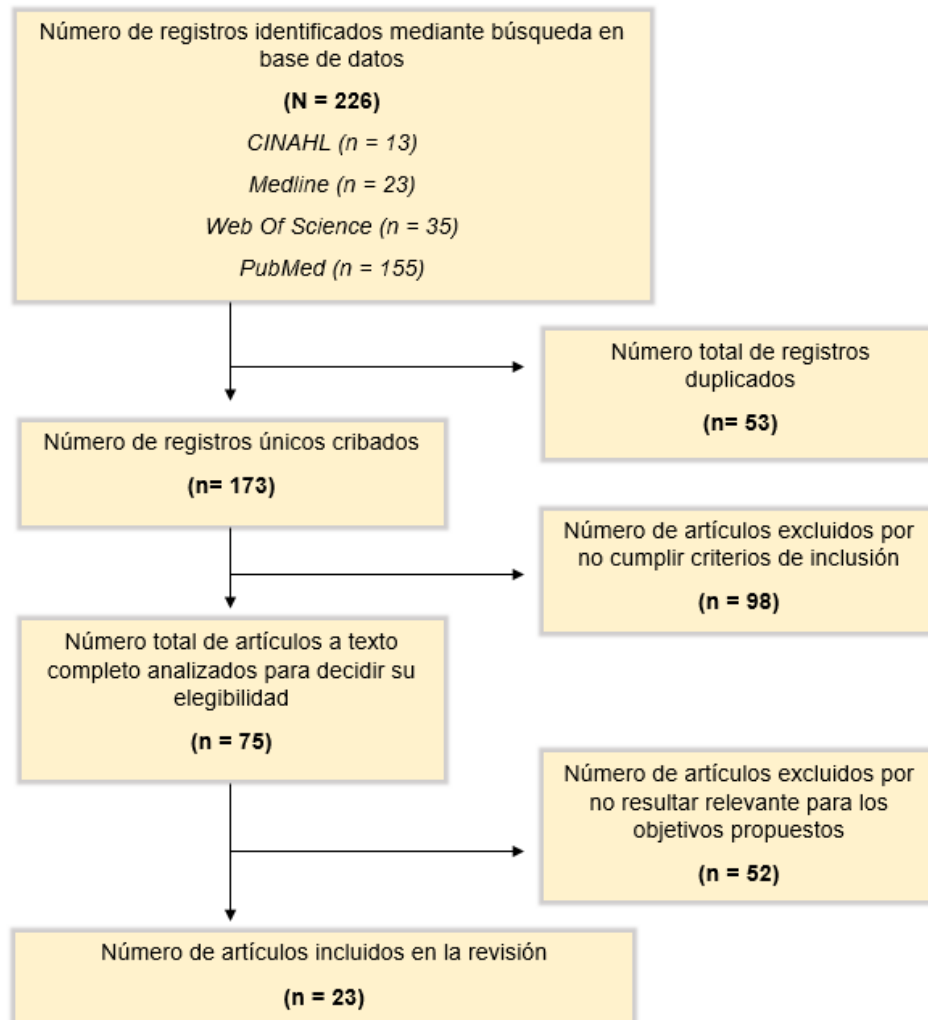


Tabla 2. Resumen de las principales características de los artículos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Autor/País/Año	Tipo de estudio, tamaño muestral, sexo, edad y objetivos	Resultados/Conclusiones
Gea Sánchez, et al. ¹⁸ ESPAÑA 2017	Revisión de alcance de artículos científicos (N=16) con el objetivo de identificar, describir y analizar la evidencia reciente sobre el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud por parte de las mujeres inmigrantes en situación irregular en España.	La población inmigrante irregular utiliza menos los servicios sanitarios respecto a los nativos españoles, utilizan menos servicios de urgencias psiquiátricas a pesar de experimentar mayores dificultades laborales y familiares, utilizan más los servicios de emergencias con mayor frecuencia de la población autóctona.
Gea Sánchez, et al. ¹⁹ ESPAÑA 2017	Estudio cualitativo exploratorio con N= 12 (100% mujeres) y edad 19-52 años con el objetivo de describir el acceso y la utilización de los servicios sociales y de salud por parte de mujeres latinoamericanas indocumentadas que trabajan y viven en áreas rurales y urbanas de Lleida, y las barreras que estas mujeres pueden enfrentar.	Los participantes indicaron una disminución en su estado de salud después de la migración. Las participantes de entorno rural refirieron el proceso de obtención de tarjeta sanitaria como sencillo y refirieron como barrera la distancia entre el lugar de residencia y los hospitales, lo que conllevaba una inversión de tiempo y dinero que no se podían permitir. Todas ellas refirieron la precariedad laboral como barrera principal para la utilización de servicios sanitarios y tenían un seguimiento y adherencia al tratamiento limitados una vez superada la fase aguda de su dolencia.
Gil Salmerón, et al. ²⁰ ESPAÑA 2021	Estudio cualitativo exploratorio mediante entrevista estructurada con el objetivo de examinar las diferencias en el estado de salud, el comportamiento de salud y la utilización de la atención sanitaria en una muestra de personas sin hogar inmigrantes y autóctonas españolas. N= 86 (76,7% hombres) Edad media 41,9 años.	El 38,5% de los participantes inmigrantes describieron su salud como "ni buena ni mala" y el 30,8% como "buena". El 28,8 y el 32,7% de participantes inmigrantes percibió su salud mental como "mala" y "ni buena ni mala" respectivamente. El 38,5% de inmigrantes informaron no tener seguro de salud. El 48% pudieron acceder al SNS sin problemas durante el último año, pero el 28% si refieren dificultades para ello. Hasta el 19,2% refirieron no haber acudido nunca al dentista.

<p>Guionnet, et al.²¹ ESPAÑA 2014</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo mediante ESE a mujeres inmigrantes (N= 26) VIH+ con el objetivo de explorar las barreras y facilitadores para el seguimiento médico entre las mujeres y usar los hallazgos para crear una guía para profesionales de la salud con estrategias y herramientas para alentar a las mujeres inmigrantes a continuar con su atención médica y tratamiento.</p>	<p>Las mujeres inmigrantes explicaron que tenían una relación de gran desigualdad con sus médicos debido a la autoridad que representan por lo que sentían que no podían cuestionar sus recomendaciones. Para las participantes subsaharianas la brecha lingüística supuso una gran barrera. Las participantes latinoamericanas manifestaron necesidad de combinar la oración con el tratamiento farmacológico, mientras que las subsaharianas refirieron combinarlos con remedios tradicionales.</p>
<p>Pérez-Urdiales, et al.²² ESPAÑA 2021</p>	<p>Tesis doctoral donde se seleccionan las partes 2 y 3, ambos estudios cualitativos transversales. Parte 2 ESE a N= 11 profesionales de la salud con el objetivo de determinar la percepción de los profesionales sanitarios que trabajan en clínicas gratuitas sobre las barreras y facilitadores en el acceso de las mujeres inmigrantes e inmigrantes indocumentadas a los servicios sanitarios en la CA de Euskadi. Parte 3: ESE a N=14 mujeres inmigrantes con edad de 25 a >60 años con el objetivo de analizar las percepciones y experiencias de mujeres inmigrantes subsaharianas sobre el acceso a servicios sanitarios adecuados en el País Vasco.</p>	<p>Los profesionales sanitarios refirieron que el país de origen de las inmigrantes influye en la accesibilidad y capacidad de las mujeres para identificar servicios de salud, principalmente por la barrera idiomática, que las víctimas de violencia de género tienen menos posibilidades de buscar atención sanitaria y consideraron que el temor a ser identificados como indocumentados y poder ser deportados y la baja información sobre acceso a atención médica resultó otra dificultad para el acceso. Las inmigrantes percibieron recibir trato diferenciado e incluso maltrato por parte de profesionales y, especialmente, de personal administrativo debidos a diversos factores (recriminar no conocer el idioma español, asociar una determinada patología con la raza subsahariana, entre otros) en las mujeres que han acudido alguna vez a servicios de atención médica.</p>
<p>Auli, et al.²³ ESPAÑA 2015</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico mediante ESE con el objetivo de determinar en detalle la percepción de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, y las circunstancias contextuales, en trabajadoras sexuales comerciales (TSC) nigerianas en Barcelona. Mujeres N= 8 con edad de 20 a 40 años</p>	<p>El estatus de inmigrante ilegal, el nivel educativo, la vulnerabilidad socio-económica de las participantes y el contexto cultural tuvieron efectos mixtos en el conocimiento, la exposición, la prevención y el tratamiento de las ITS y el VIH por parte de los TSC. Eran conscientes del mayor riesgo de ITS asociado con la profesión que ejercen.</p>

Mateos-Fernández, et al. ²⁴ ESPAÑA 2020	Estudio mixto con el objetivo de describir y evaluar una Actuación Basada en Arte (ABI) de emergencia en un contexto comunitario con inmigrantes indocumentados recién llegados. N = 11 (hombres) Edad: 18-42 años	Manifestaron sentirse bien o muy bien en su nueva situación en España. Pese a padecer lesiones físicas como consecuencia del viaje migratorio, solo informaron de problemas menores de salud, como hongos y algo de dolor. Las experiencias traumáticas durante el viaje, la compleja situación en su país de origen (guerras, pobreza extrema, desesperanza, ...), y el sentimiento de soledad al llegar a destino produjeron dolor migratorio, resultando como consecuencia foco de estrés y ansiedad en la entrevista pre-intervención, si bien en la post resultó un discurso más reflexivo.
Boga, et al. ²⁵ ESPAÑA 2020	Análisis descriptivo a mujeres (N= 611) con el objetivo de describir los resultados de un programa de cribado prospectivo de enfermedades importadas realizado en pacientes inmigrantes.	Las enfermedades importadas más frecuentes fueron la parasitosis intestinal, sífilis, VIH, VHC crónico y VHB, TBC latente, paludismo y Chagas. En el 15,4% de los pacientes el cribado no encontró ninguna patología. Se identifican diferencias de prevalencia entre la muestra según país de origen.
Cobo, et al. ²⁶ ESPAÑA 2016	Análisis descriptivo de N= 2426 (83,7% hombres) y edad media: 31,1 años, con el objetivo de evaluar los datos sobre las principales EI importadas y los problemas de salud pública derivados del riesgo de transmisión de enfermedades tropicales y comunes en la población inmigrante.	Las enfermedades importadas más frecuentes fueron la parasitosis intestinal, protozoos intestinales, sífilis, VHC, VHB, TBC, paludismo y Chagas. Se identifican diferencias de prevalencia entre la muestra según país de origen.
Delcor, et al. ²⁷ ESPAÑA 2016	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de describir las EI en inmigrantes subsaharianos recién llegados después de una visita de salud estandarizada en un Centro de Salud Internacional en Barcelona, España a N= 180 (98,9% hombres) con mediana de edad de 17 años.	Se diagnosticó al menos una EI patógena en el 72,8% de los pacientes: 60,6% infección tuberculosa latente, 36,8% parásitos intestinales (protozoos o helmintos intestinales), 28,1 % helmintos, 14,8 % antígeno de superficie de hepatitis B positivo, 1,2 % virus anti-hepatitis C positivo, 1,2 % virus de la inmunodeficiencia humana positivo y 1,2 % paludismo. Las co-infecciones estuvieron presentes en el 28,4%

Hladun, et al. ²⁸ ESPAÑA 2014	Estudio cuantitativo observacional transversal centrado en inmigrantes de países de renta baja y media que acudieron por primera vez al centro público de Atención Primaria a N=3132 (58,2% hombres) y edad >15 años, con el objetivo de describir la prevalencia de determinadas enfermedades y un conjunto de signos clínicos relevantes para aclarar el grado de diferencias demográficas y la existencia de predictores de riesgo.	VHB 18,1% (Europa 35%, África 33%), VHC 3,3% (del total Mediterráneo Oriental el 8,2% de positividad), SIFILIS 3,1%, TBC 5,8% y TBC latente 28,1%. Mediterráneo oriental obtuvo mayor tasa de TBC activa (8%). El sexo femenino mostró menor probabilidad de VIH. El grupo de edad de menos de 25 años y aquellos de 25 a 29 años tenían probabilidades más bajas de infección por VHB. Los grupos de edad menores de 25 años y de 30 a 34 años tenían menores probabilidades de sífilis.
Lazarus, et al. ²⁹ ESPAÑA 2019	Revisión sistemática y metanálisis de 26 estudios con el objetivo de estimar la prevalencia del VHC entre los grupos de inmigrantes en España.	La prevalencia de anticuerpos contra el VHC fue del 1,6 %. Los inmigrantes originarios de países europeos tuvieron la prevalencia combinada más alta (7,1 %). En la población migrante general, la prevalencia fue más alta entre los migrantes de África subsahariana (3,1 %) y más baja entre los migrantes latinoamericanos (0,2 %).
Llenas, et al. ³⁰ ESPAÑA 2012	Estudio descriptivo transversal a N=371 pacientes (39,6% mujeres) atendidos en la Unidad VIH del HU 12 de Octubre (Madrid), con el objetivo de Conocer las características clínico-epidemiológicas de los inmigrantes con infección VIH atendidos en una unidad monográfica en Madrid.	El 53,1% procedían de Latinoamérica, el 24,5% de África Subsahariana, el 8,6% del Caribe, el 5,4% de Europa del Este y Asia Central, el 5,4% de Europa centro-occidental, el 2,4% del Norte de África y Oriente Medio, el 0,3% de Norteamérica y el 0,3% del Sur y Sudeste Asiático. El 88,6% de los pacientes habían sido diagnosticado de infección VIH en España.
Monge, et al. ³¹ ESPAÑA 2016	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de explorar aspectos clave para el control de la infección por VIH desde las perspectivas médico-sanitaria, social y de salud pública, incidiendo en la situación y en las particularidades de la población inmigrante.	En las personas de Europa Occidental, Latinoamérica, y en los españoles, la transmisión se da predominantemente por sexo entre hombres (57,1%), en los subsaharianos, en cambio el 82,7% de las infecciones se adquirieron por transmisión heterosexual. Destacan los europeos del Este por tener la mayor proporción de casos adquiridos por uso de drogas inyectadas (11,8%). La mayoría de estas El son contraídas en origen, por lo que los programas de prevención españoles no tienen impacto en esta población.
Monge, et al. ³² ESPAÑA 2015	Estudio descriptivo transversal a N=700 pacientes de América Latina (n=317) y África subsahariana (n=383) que asistieron a un Centro Europeo de Referencia de Medicina Tropical, y edad media de 29 años, con el objetivo de determinar la prevalencia de infecciones en inmigrantes asintomáticos.	VIH 2,3 % subsaharianos, 0,3 % latinos. VHB 14% subsaharianos, 1,6 % latinos, VHC 1,3% subsaharianos, 0% latinos, TBC latente 71% subsaharianos, 32,1% latinos, sífilis y parásitos intestinales sin diferencias significativas, Malaria 4,6% subsaharianos, esquistosomiasis 5,9% subsaharianos, Chagas 48,5% de latinos.

<p>Oliván-Gonzalvo, et al.³³ ESPAÑA 2021</p>	<p>Estudio observacional y descriptivo de diseño transversal en N = 622 hombres con edad entre 13 y 17 años, con el objetivo de examinar el estado de salud y EI en una cohorte de menores inmigrantes no acompañados (UIM) del continente africano en el momento de su estancia residencial en España, y detectar si existen diferencias según la zona geográfica de procedencia.</p>	<p>En los de origen magrebí, la prevalencia de caries, ferropenia y problemas dermatológicos fue significativamente mayor. En los de origen subsahariano, la prevalencia de infección por VHB pasada y presente, tuberculosis latente, parasitosis intestinal, eosinofilia y sobrepeso fue significativamente mayor.</p>
<p>Pérez Morente, et al.³⁴ ESPAÑA 2019</p>	<p>Estudio observacional, transversal y analítico a N=374 inmigrantes (69% mujeres) y edad media 28 años, con el objetivo de Describir el perfil sociodemográfico, las características de la atención clínica recibida, los indicadores de riesgo y la prevalencia de ITS en la población inmigrante que acude a un centro especializado en ITS de la provincia de Granada, así como analizar la asociación entre la presencia o no de ITS con variables sociodemográficas e indicadores de riesgo</p>	<p>Un 70% de los casos tuvo un diagnóstico positivo de ITS: VHP 36,6%, candidiasis 26%, Gardenella 16% y sífilis 5,5%. Un 36,1% eran profesionales o ex profesionales del sexo.</p>
<p>Ramos, et al.³⁵ ESPAÑA 2015</p>	<p>Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de conocer las EI que motivaron el ingreso en la población extranjera adulta hospitalizada N= 32.020 y edad > 14 años entre los años 2000 a 2012 en función del área geográfica de nacimiento.</p>	<p>El 9,6% de ingresos tuvieron como diagnóstico principal una EI. Los principales motivos de ingreso de los subsaharianos fueron por malaria, TBC y VIH, de los latinoamericanos por infección urinaria, de los norteafricanos por infección respiratoria y de los europeos del este por hepatitis y sus complicaciones. Hay que considerar a los inmigrantes como una población heterogénea con diferente perfil de ingreso hospitalario por EI.</p>
<p>Ramos, et al.³⁶ ESPAÑA 2011</p>	<p>Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de analizar las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de una serie de personas inmigrantes N=1071 (60,5% hombres) y edad mediana 31 años atendidas en una unidad de EI en función de su lugar de origen.</p>	<p>Las EI transmisibles fueron la primera causa de consulta (53,8%), más común entre los originales de África del norte y Europa del este. Los diagnósticos más comunes fueron TBC latente (más frecuente en los procedentes de Europa del este: 27,4%), infección respiratoria (12,5%), infecciones de transmisión sexual (10,6%) (más frecuentes en los de África del norte: 17,1%), hepatitis crónica (más frecuente en los de Europa del este: (26,3%) y África subsahariana (16,9%)) y TBC activa (más frecuente en los del África subsahariana (15,7%)). La segunda causa de consulta fueron las EI comunes (29%).</p>

Rovirola, et al. ³⁷ ESPAÑA 2014	Revisión bibliográfica N= 41 con el objetivo de describir las características socio-epidemiológicas, clínicas y de microbiología/epidemiología molecular de la infección VIH en la población inmigrada.	La mayor prevalencia de VIH la presentan los sujetos procedentes de África subsahariana y los hombres que tienen sexo con hombres y travestis y transexuales trabajadores del sexo de América Latina. También las mujeres gestantes. El retraso diagnóstico y las resistencias al tratamiento son más frecuentes en sujetos de África Subsahariana.
Salinas, et al. ³⁸ ESPAÑA 2015	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de conocer la prevalencia de TBC en inmigrantes adolescentes indocumentados hombres N= 845 (99,5% origen africano) y edad mediana 16,2 años, utilizando una estrategia con la prueba de la tuberculina (PT) para el cribado inicial y el QuantiFERON1-TB Gold In-Tube (QFT-GIT) como prueba confirmativa.	El 17% de los participantes fue positivo. La alta prevalencia de infección tuberculosa latente en los inmigrantes de origen subsahariano hace recomendable la implementación de programas de cribado en esta población.
Sanchez, et al. ³⁹ ESPAÑA 2018	Estudio epidemiológico observacional con el objetivo de revisar la epidemiología y la dinámica de la tuberculosis en la población inmigrante, sus características clínicas diferenciadoras y las acciones programáticas para abordar el problema.	En los países de baja incidencia, la TBC se diagnostica principalmente en inmigrantes provenientes de países con alta incidencia. La TB en inmigrantes se debe principalmente a una reactivación de una infección tuberculosa latente (ITL) adquirida antes del proceso migratorio. Los inmigrantes que viajan de forma frecuente a sus países de origen tienen un mayor riesgo presentar una TB debido a una infección aguda durante el viaje. En el conjunto de la Unión Europea los pacientes inmigrantes con TB suelen ser hombres de entre 25-44 años, con afectación pulmonar, VIH negativo y sin tratamiento previo.
Santiago, et al. ⁴⁰ ESPAÑA 2012	Estudio epidemiológico observacional a N= 2526 (100% mujeres) y edad mediana 28,6 años, con el objetivo de determinar el perfil serológico de las madres extranjeras frente a VIH, VHB, VHC, virus de la rubéola, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum, y Trypanosoma cruzi.	Un 0,5% de las madres extranjeras presentaron anticuerpos frente al VIH (18,9% de origen subsahariano), un 2% presentó antígeno HBs (10,9% en asiáticas), un 0,9% VHC. El país con menor protección frente a rubéola fue China, con tan solo un 76,1% de gestantes inmunes (23,9% no protegidas) La prevalencia de las enfermedades infecciosas de transmisión madre-hijo varía en función del país de origen de las gestantes. Conocer estas diferencias puede contribuir a un mejor control de las infecciones de transmisión vertical.