

LA ASISTENCIA AL INMIGRADO EN URGENCIAS. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

José Luis Díaz Agea¹ – M^a Rosario Martín Robles²

(1) Enfermero y Antropólogo. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica san Antonio de Murcia
(2) Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

RESUMEN

La continua y creciente afluencia de inmigrantes a Europa produce cambios en la composición social que han generado y (re)configurado representaciones y discursos en el seno de la sociedad. Miedos a la invasión cultural, imaginarios en torno a la asociación de inmigración y delincuencia, hostilidades, normas que regulan la entrada y la estancia, propuestas de integración y tolerancia, todo ello en torno a un hecho social de difícil manejo. La multiculturalidad es un aspecto que debemos poco a poco asimilar y las unidades de urgencias hospitalarias proporcionan un escenario privilegiado para aproximarnos como investigadores sociales al fenómeno de la atención a las personas provenientes de otros ámbitos culturales. Pretendemos comprender, por medio del análisis sociocultural, las particularidades de la población inmigrante en el acceso y uso de la urgencia hospitalaria. Así lo hemos hecho, aplicando puntualmente la técnica de la observación participante que creemos pertinente para la consecución de tal tarea. Se han encontrado dificultades en el acceso y uso de un servicio de Urgencias hospitalario por parte de las personas inmigrantes con situaciones de falta de información, problemas de comunicación, estereotipos sociales, puntuales actitudes de rechazo y distintas concepciones sobre la salud y la enfermedad, así como el diferente concepto de la "Urgencia" por parte de los usuarios y los profesionales sanitarios.

Palabras Clave: Inmigración, urgencias, multiculturalidad, investigación antropológica, observación participante

ABSTRACT

Continuous and growing affluence of immigrants to Europe produces changes in social composition that generate new representations and discourses in the core of society. Fears to cultural invasion, myths around immigration and delinquency links, hostilities, entrance and stay norms, integration proposals and tolerance, everything around a social fact difficult to handle. Multiculture is an aspect that should be increasingly assimilated by health professionals, and hospital emergencies departments provide a privileged scenario for social researchers to approach to the phenomenon of caring people coming from other cultural environments. Our aim is to understand, by means of a sociocultural analysis, the immigrant population's particularities in the access and use of hospital emergencies, employing participant observation. Difficulties in the access and use of emergency hospital services for immigrant people have been found, including lack of information, communication barriers, social stereotypes, rejection attitudes, and different conceptions about health and illness, as well as different concepts of "emergency" in users and health professionals.

Keywords: immigration, emergencies, multiculturality, anthropological research, participant observation

INTRODUCCIÓN

La continua y creciente afluencia de inmigrantes a Europa produce cambios en la composición social que han generado y (re)configurado representaciones y discursos en el seno de la sociedad. Miedos a la invasión cultural, imaginarios en torno a la asociación de inmigración y delincuencia, hostilidades, normas que regulan la entrada y la estancia, propuestas de integración y tolerancia, todo ello en torno a un hecho social de difícil manejo. Creemos necesaria una perspectiva que evite el conflicto y promueva la asunción de que ya

pertenece, de modo ineluctable, a una sociedad donde la presencia del “otro” debe ser interiorizada, asumida más que definida y regulada.

En el ámbito sanitario, al igual que en el resto de parcelas de la vida cotidiana, la presencia de la pluralidad cultural es cada vez más evidente y requiere de una revisión asistencial más allá del “ceñirse a una legislación” sobre inmigración que no agota, ni mucho menos, todas las posibilidades sobre el proceso de atención.

La multiculturalidad es un aspecto que debemos poco a poco asimilar y las unidades de urgencias hospitalarias proporcionan un escenario privilegiado para aproximarnos como investigadores sociales al fenómeno de la atención a las personas provenientes de otros ámbitos culturales. La perspectiva de los usuarios de los servicios de Salud comienza a tenerse en cuenta. El “sentido que los pacientes” otorgan a su proceso está siendo recogido por la producción científica de orden cualitativo que se abre camino en la disciplina enfermera (gracias a su novedosa vinculación con la Antropología Social). Como argumentan Joaquín Jesús Blanca y cols: “*Casi siempre ha sido la propia enfermedad y no tanto el padecimiento del paciente la auténtica protagonista de nuestros escritos*”. ¿Pero qué importancia tiene la perspectiva del investigador? Creemos que visualizar el problema desde dentro ofrece ciertas ventajas, aunque se pague de subjetivismo o se nos acuse de falta de rigor metodológico, la oportunidad que brinda el uso de técnicas como la observación participante no debe desaprovecharse.

Nuestro principal objetivo al diseñar este trabajo fue comprender, por medio del análisis sociocultural, las particularidades de la población inmigrante en el acceso y uso de la urgencia hospitalaria. Así lo hemos hecho, aplicando la técnica de la observación participante, que creemos pertinente para la consecución de tal tarea. Es importante tener en cuenta el análisis cualitativo que complementaría la información obtenida en estudios de corte cuantitativo como el desarrollado en zonas con importante presencia de población inmigrante, como es el caso del Centro Hospitalario de Alta Resolución El Toyo, en Almería², donde se pone de manifiesto la necesidad de adecuar los servicios de urgencia a las nuevas formas de atención multicultural con intervenciones concretas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La observación participante es una técnica de investigación etnográfica que, como definen Taylor y Bogdan³: “*involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo*”. La elección de ésta se justifica debido a la gran cantidad de información que se puede obtener en el propio entorno social donde se desarrolla la acción, viviendo y participando de la realidad se accede a un conocimiento de primera mano, que es interpretado por el investigador gracias a la particular mirada con la que observa la realidad. Es asimismo una garantía de validez el hecho de aprehender los sucesos sociales en los mismos lugares que la cotidianeidad provee y no en investigaciones de laboratorio, alejadas de la realidad. El observador y lo observado están ahora más cerca que nunca, y de su interacción nacerán las reflexiones que dan lugar al desarrollo del discurso antropológico, fundamentado así en la práctica etnográfica.

En el trabajo de campo antropológico, ésta técnica de investigación está especialmente indicada cuando se quiere ahondar y aumentar la información sobre las interacciones sociales⁴. Ha sido incluida en el diseño de esta aproximación a la realidad asistencial por permitir una

descripción de la realidad social, de las vivencias y las acciones de los sujetos que participan en los actos y rituales de la vida en sociedad. Entendemos que más que la mera aplicación de técnicas, lo que resulta verdaderamente novedoso a la hora de investigar en el ámbito sanitario es el enfoque o la *forma de ver el mundo* que otorga la formación en metodología cualitativa⁵.

Los criterios para seleccionar los sujetos, escenarios y acciones de esta observación se han centrado en situaciones asistenciales en las que intervengan inmigrantes o se haga referencia a la asistencia de los mismos, dejando de lado las que no sean relevantes para la investigación (resto de situaciones). Pasaremos, pues, a describir de qué manera hemos realizado la aplicación de esta técnica en el periodo de tiempo en el que el investigador ha actuado como tal en el escenario hospitalario.

Sobre el escenario (Selección. Entrada y acceso. Descripción del mismo). El escenario seleccionado es el servicio de urgencias de un hospital universitario de Murcia. La observación se ha realizado durante las diez horas que dura un turno nocturno (de 22 horas de un día a las 8 horas del siguiente), concretamente del día 23 de diciembre del año 2002 al 24 del mismo mes.

La **entrada y acceso** al escenario se realizan sin dificultad y se advierte previamente al supervisor de la unidad que se está realizando una investigación, además de los pormenores de la técnica a realizar, procurando que el secreto profesional no sea violentado ni ninguno de los derechos de las personas presentes en el escenario. Por esta razón los nombres de los participantes son omitidos o inventados, con objeto de ocultar su identidad.

El **rol desempeñado** por el investigador es, por su situación como integrante de la plantilla del servicio, estructuralmente importante en el desarrollo de la investigación, ya que la observación se hace más participante, si se nos permite la expresión. El observador entra a formar parte de uno de los grupos estudiados -con el inevitable sesgo de posible falta de objetividad- como parte integrante del personal asistencial. El tipo de observación es abierta, por cuanto la mayor parte de los presentes conocen su condición de antropólogo y el desarrollo de una investigación en curso. El registro de la información obtenida se realiza por medio de notas en un cuaderno de campo, inmediatamente después de la observación del hecho.

La **descripción del espacio físico** dónde se desarrolla la observación es la que sigue:

La unidad se divide en varias zonas bien delimitadas:

1. Zona de recepción. Los pacientes son evaluados y tratados en primera instancia por un médico y una enfermera. Hay tres consultas, una sala de espera para pacientes, una sala de espera de familiares, el servicio de atención al usuario, un control de celadores y un control de administrativos, así como una sala de reanimación. Un aseo.
2. Zona de reconocimientos o consultas. Llamada de "boxes". Posee 16 reconocimientos incluyendo trauma cirugía otorrino y oftalmología. Además de 2 largos pasillos y una sala de espera para pacientes y un control de enfermería en la zona media y otro en la sala de espera, existe una sala de "estar" para el personal. 4 aseos.
3. Zona de observación con 21 camas provistas de monitor con telemetría. Cada reconocimiento o Box posee una mesa, dos sillas, un taburete, una camilla y un mostrador

con un fregadero y unas estanterías con medicación, así como tomas de oxígeno, vacío, etc. Normalmente la silla es ocupada por el paciente o por el acompañante. La camilla por el paciente en su exploración. La silla principal y la mesa son utilizadas por el médico y el taburete por la enfermera cuando realiza alguna técnica sobre el paciente. La distribución y utilización de estos espacios da cuenta de la posición estructural y jerárquica de los que participan en el proceso de atención, teniendo un papel de sometimiento y pasivo el *paciente* y un papel activo y preponderante el personal sanitario, que se encuentra jerarquizado con arreglo a su posición estructural (médico, enfermera, técnico, auxiliar, celador, etc.).

Asimismo, el hecho de que la sala de espera de familiares se encuentre muy separada de la zona dónde aguardan los pacientes, e incluso casi fuera del recinto nos sugiere que el papel otorgado a los acompañantes es secundario en el proceso de atención, siendo alejados y suponiendo simbólicamente una amenaza potencial para los profesionales que ven en la presencia continuada de familiares motivos de índole problemática y de riesgo de impaciencia, preguntas acerca del estado del paciente que resultan difíciles de responder en una fase temprana, entorpecimiento de la labor asistencial, reclamaciones, elevación del tono de voz, alboroto, etc.

La observación en el día elegido se realizará fundamentalmente en el área de boxes, sin dejar de lado aquello que pueda mostrarse de interés para el investigador en cualquier otra zona del servicio de Urgencias.

Los **participantes objeto de la observación** se pueden agrupar en aquellos que forman de alguna manera un colectivo con un papel activo (profesionales sanitarios y no sanitarios) y aquellos que constituyen un grupo de pacientes (tanto inmigrantes como no inmigrantes). Como anteriormente hemos comentado, el colectivo de profesionales está claramente estructurado en jerarquías con funciones claramente delimitadas que, sin embargo, se diluyen y son desconocidas en su exactitud para una parte no despreciable de la población que confunde a unos profesionales con otros. Habitualmente, los trabajadores están identificados con la palabra médico, enfermero, auxiliar, celador, etc., escrita sobre el uniforme, pero aún así, sobre todo en la población anciana e inmigrante tales distinciones son obviadas, llamando frecuentemente *médico* al personal masculino y *enfermera* al femenino, aún cuando la mayor parte del equipo médico es aquí de género femenino.

El objetivo principal de la acción de los sujetos que se investigan es el diagnóstico y tratamiento de padecimientos y enfermedades que se consideran de índole urgente o que entran en la noción de urgencia.

COMPORTAMIENTOS OBSERVADOS

Caso 1

P. M. S. es un ciudadano de origen nigeriano, de 33 años de edad, que acude a las 22:30 horas al servicio de urgencias por presentar molestias abdominales recurrentes. Lleva viviendo en Murcia tres años y no domina el idioma castellano demasiado bien. Su aspecto es bueno, sus modales correctos y diversos símbolos de riqueza afloran a la vista inmediatamente (reloj de oro, cadena de oro, anillos y joyas). Se dedica al comercio y es un inmigrante legal con

afiliación a de la seguridad social. Acude con un amigo de su misma nacionalidad que no sabe castellano. Le son practicados varios análisis y se impacienta al comprobar que debe estar en urgencias varias horas, no dando demasiada relevancia a su problema.

Al realizar la exploración se le descubre que tiene una tasa de glucosa en sangre muy elevada, a lo que responde que él es diabético y que padece esta enfermedad desde el año 2001. En la entrevista admite que se está medicando con insulina, pero que sólo se la inyecta cuando nota un “fuerte dolor de barriga” y no se la pone si se encuentra bien, evidentemente no cumple correctamente el tratamiento prescrito y la causa de su dolor la asocia a la enfermedad crónica que padece y de la que no está bien informado o no es consciente de su importancia. No conoce ni sigue la dieta que le correspondería y el estilo de vida que lleva como comerciante sin horarios fijos entorpece el tratamiento de su enfermedad. Las recomendaciones acerca de la diabetes le son desconocidas a pesar de ser un gran frecuentador del servicio de urgencias, ya que ha acudido por problemas similares cinco veces en este mes. En otras ocasiones se le ha enviado al especialista (endocrinólogo) y no ha acudido.

El médico que le atiende es una residente de segundo año de medicina de familia y, debido al problema de comunicación, se comienza a poner nerviosa. Intenta explicarle de nuevo al nigeriano que el control de su enfermedad debe ser ambulatorio y no en urgencias. Que su enfermedad es crónica y que debe ir al endocrino que es otro médico que sabe mejor sobre su enfermedad (pero que debe atenerse a una cita previa en horario incompatible con su trabajo). La residente comenta el caso con otro doctor y éste le dice *que no se complique la vida* y que le baje la glucosa y le mande al endocrino que es quién debe realizar la educación sanitaria y el control de su enfermedad, junto con el centro de salud. Intenta convencer a Prince y éste dice a todo que sí, mostrándose poco conversador y sin realizar preguntas acerca de su patología, sólo quiere marcharse y que le quiten el dolor de barriga.

Se evidencia una desmotivación por ambas partes, paciente y médico. Da la impresión de que tanto uno como otro quieren terminar cuanto antes. Debido a que el grueso de la atención se realiza de madrugada el cansancio de ambos se pone de manifiesto.

La enfermera comenta: *“...este lleva viniendo cada dos por tres y no se va a controlar en la vida. Yo ya lo he visto dos veces. Es difícil educar a este tipo de pacientes cuando no te entienden...”*.

Al paciente parece importarle más salir cuanto antes y desesperado comenta: *“¿cuánto tiempo?”* Señalando su dorado reloj.

La enfermera que le asiste explica de nuevo lo que anteriormente le ha dicho la residente reforzando la educación sanitaria que desde el punto de vista del modelo médico debe hacerse, sin realizar cambios en el discurso anterior, que evidentemente se ha mostrado ineficaz. Tanto el médico como la enfermera realizan su labor asistencial con Prince en la sala de traumatología, ya que las consultas están ocupadas. Esta sala es muy espaciosa y posee tres camillas separadas por cortinas y dos mesas. Entra y sale gente continuamente y la intimidad brilla por su ausencia. Se le administra suero y un analgésico, además de insulina y se le da el alta a las cinco de la mañana, habiendo desaparecido los síntomas orgánicos que le aquejaban, además de tener unas cifras aceptables de glucosa a las que no parece dar importancia.

El médico residente comenta: *“pasado mañana está otra vez aquí, seguro...”*.

Caso 2

C. N. es una joven colombiana de 21 años sin papeles que acude por dolor abdominal. Debe esperar casi una hora en la sala de espera de recepción debido a que hay bastante demora debido al volumen de pacientes y la escasez de médicos en ese momento. Un doctor residente le realiza la primera exploración y entrevista evidenciando que su patología es de índole obstétrico-ginecológica, ya que se relaciona con un sangrado en el primer trimestre del embarazo. Dado que en este hospital no existe servicio de ginecología ni obstetricia se deriva al hospital materno-infantil de El Palmar. La joven está asombrada de que no se le pueda tratar su padecimiento y que después de pasar hora y media en urgencias se tenga que ir a otro hospital, pero no se queja. No estaba informada de los servicios que ofrece el Hospital. Le acompañan otras dos mujeres y, muy preocupadas, se marchan enseguida hacia su hospital de referencia.

Caso 3

N. S. tiene 24 años y proviene de Casablanca (Marruecos), vive en Barcelona y está en Murcia de visita. Viste totalmente al modo occidental y es muy extrovertida. Lleva tres años en España y conoce muy bien el idioma. No tiene papeles. Acude sola al servicio de urgencias y es atendida por presentar un absceso en la espalda. Se avisa al cirujano que resulta ser de origen Palestino. Ambos se saludan en árabe pero mantienen la conversación en castellano. Tras practicarle una incisión y drenarle el absceso ayudado por un enfermero, le prescribe un antibiótico y el enfermero le hace una cura y coloca un apósito sobre la herida. La joven no se muestra pudorosa ni tímida en presencia de tres sanitarios, a pesar de que se ha tenido que desvestirse de cintura para arriba. Comenta estar muy contenta con el trato recibido y dice que dentro de tres días volverá a Barcelona.

Caso 4

En la cama Nº 1 de la sala de observación se encuentra ingresado M. M. Es de nacionalidad argelina, no posee papeles y no habla nada de español. No tiene acompañantes. Ha sido objeto de una agresión y muestra síntomas de embriaguez. No se tienen datos de dónde vive ni proporciona ningún número de contacto de ningún amigo. Las lesiones que le han producido son muy evidentes (fractura de húmero, heridas en la cara, cabeza, ojo hinchado y policontusiones) y dolorosas pero carecen de gravedad. Se le han practicado numerosas pruebas radiológicas, incluida TAC cerebral. El personal que trabaja en la sala de observación se queja del mal olor que desprende el argelino, lo que es patente al acercarse a la cama. Debido a su estado se determina por parte del facultativo responsable que se quede toda la noche en observación y que al día siguiente sea dado de alta.

La responsable de atención al usuario hace acto de presencia diciendo que ha llamado la policía judicial interesándose por el estado de M., ya que tiene, al parecer, antecedentes delictivos.

Pasa toda la noche durmiendo. A las siete de la mañana es despertado y el médico le comenta que se tiene que ir de alta. M. no entiende nada y se muestra desorientado. Se baraja la posibilidad de avisar a un traductor de árabe al 112 pero al final no se le llama. A la media hora suena el teléfono y resulta ser la policía judicial interesándose por el paciente. Comentan que no está detenido sino que sólo quieren "saber por dónde anda".

Ante la imposibilidad de que el paciente entienda las recomendaciones sobre los cuidados que tiene que seguir y debido a su estado de semiembriaguez se decide su ingreso en el hospital. “...En este estado no le puedo dar el alta...” “Mohamed!!!!, ¿Me comprendes? ¿Du yu espik inglis? ¿Par le vu fransé? Grita la doctora apoyada por una enfermera, obteniendo por respuesta un movimiento negativo con la cabeza.

Ya en la sala de estar del personal se suceden los comentarios acerca de la situación del inmigrante:

- “...Hay que fastidiarse... encima que no pagan un duro a la seguridad social le pagamos la estancia en el hotel...” “si no tiene criterios de ingreso no debería ingresar, aquí todos por igual”.
- “No veas como está el tema de la inmigración, es que ya no se puede ni ir tranquilo por la calle. Este moro ha estado en la cárcel por robo y ahora lo tenemos que mantener aquí ocupando una cama, y los pobres abueletes a esperar cama sentados en una silla”.
- “Y no te pierdas a los ecuatorianos, que van conduciendo sin carné y borrachos...y la policía no hace nada. Y a mí por una multa de “la Ora” me han sacado cinco mil pesetas...”.
- “A esta gente habría que mandarlos a su país a que roben allí”.
- “Y el gasto que producen...que este por lo menos se ha llevado ciento cincuenta mil entre scanner, placas, medicación y atención. Es la ruina de la seguridad social.”

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis e interpretación del observador y ámbitos de interés.

Evidentemente, con sólo unas horas de Observación participante no se puede llegar a unas conclusiones que merezcan la validez metodológica necesaria para legitimar unos resultados. Sin embargo, podemos presentar las impresiones recogidas por el investigador, referidas al contexto espacio-temporal en el que transcurre la aplicación de esta técnica de investigación cualitativa. Tales ámbitos de interés se pueden exponer esquemáticamente del siguiente modo:

1. **El espacio:** La amplia dispersión del espacio determina comportamientos de desorientación entre los pacientes y familiares que continuamente deben ser informados de dónde se encuentran y hacia dónde deben dirigirse. A pesar de estar convenientemente señalizado el espacio, a veces se pueden producir malentendidos, puesto que existen dos controles de enfermería y sólo en uno hay presencia permanente de personal. Así, cuando alguien por megafonía es requerido para que acuda al control de enfermería, éste puede encontrarse con que llega a un lugar que no es el que le han indicado. Hay por lo general un trasiego de gente de un lado a otro, mientras la megafonía informa de algún asunto o requiere la presencia de algún paciente, familiar o empleado en algún lugar concreto, el ambiente puede ser más o menos ordenado o más o menos caótico dependiendo de la cantidad de personas que se encuentren en ese momento en el servicio.

2. **La comunicación:** en la mayoría de los casos observados existe un problema de comunicación entre el colectivo sanitario y la población inmigrante no hispana que influye y es determinante en el proceso de atención en urgencias. Este problema comunicativo eleva las barreras ya de por sí existentes en el acceso a los servicios sanitarios por parte de la población foránea.
3. **La idea de lo “urgente”.** En general, se evidencia a lo largo de la observación que la noción de urgencia no es la misma para profesionales y usuarios. Los primeros se quejan de que la mayoría de los casos atendidos no son urgentes y los segundos de que se tarda mucho tiempo en atender aquello que es una “urgencia” y les sorprende que en la unidad se esperen de tres a cinco horas para resolver su problema. **La noción de urgencia y el concepto de salud/enfermedad** puede ser otra barrera en la atención al inmigrante. Al provenir de otros ámbitos socioculturales distintos al occidental y al jugar con representaciones diferentes sobre conceptos como *gravedad, salud, enfermedad* pueden suponer la ineficacia de la práctica médica, las recomendaciones y los intentos de implantar una terapia si antes no se tienen en cuenta variables de índole sociocultural y no solamente biomédicas. (Nos remitimos al caso N° 1 de la observación realizada).
4. **La información sobre la oferta de los servicios sanitarios** es fundamental para que su utilización sea la correcta y se eviten situaciones como la relatada en el caso N° 2. En el ámbito de la inmigración en particular se observa un gran desconocimiento de las normas de utilización de dichos servicios (atención primaria y especializada, urgencias, dónde acudir según que patologías, etc.). Campañas de educación sanitaria para inmigrantes no estarían de más para subsanar dicho problema.
5. **Rechazo.** Situaciones que relacionan delincuencia e inmigración refuerzan los sentimientos de rechazo. También contribuyen factores como la ilegalidad en la estancia y el consumo de servicios sanitarios en competencia con aquellos que se sienten partícipes del mantenimiento del estado del bienestar. Entre el personal sanitario en general no se observan en la práctica actos discriminatorios basados en el racismo salvo en las opiniones vertidas acerca de la inmigración y de la situación “fuera de la legalidad” de algunos inmigrantes. Los peor valorados son los de procedencia magrebí, seguidos de los ecuatorianos. Gran influencia tiene el aspecto económico y el hecho de disponer o no de número de la seguridad social influye en los sentimientos de rechazo.

Las conclusiones que se deducen de la observación no pueden ser generalizadas, ya que con la aplicación de una única técnica en un momento dado sólo nos ofrece una fotografía del instante en el que actúan los sujetos sociales. No obstante, afirmamos que las técnicas de Investigación Cualitativas son pertinentes en el análisis de las situaciones asistenciales que involucran a profesionales y usuarios provenientes de otros contextos culturales. Trabajos de índole cualitativa realizados en el ámbito de la enfermería obstétrico-ginecológica han puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios no estamos preparados para la atención multicultural con nuestro actual modelo de actuación⁶.

La Antropología Social ofrece herramientas no desdeñables para ello. Para concluir, debemos afirmar que estamos de acuerdo con Madueño Pulido y cols. en que es primordial *“La necesidad de reciclaje del personal sanitario para una mejor atención y comprensión de un paciente que por sus características especiales requiere de una educación de salud, desde la base de la pirámide para una mejor gestión de los recursos de nuestro sistema sanitario”*⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1 Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Hervás Padilla J, Alba Fernández CM. El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo. *Index de Enfermería* 2006; 52-53: 20-24.

2 Cristóbal Cañadas C, Fernández Torres A, Fernández Martínez MM, Blanco González AM, Ramos Martín A, del Pino Alcaraz M. Uso correcto de los Servicios de Urgencias. Apuesta por la Educación Sanitaria al Páciente Inmigrante desde la Enfermería de RAC en el Chare El Toyo (Almería). *Ciber Revista -Esp-* 2006 nov. (46) Disponible en URL:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2006/noviembre/usoserviciosurgencias.htm>

3 Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994. p. 31.

4 Kottak CP. Antropología una exploración de la diversidad humana. Métodos de campo. Madrid: Macgraw-Hill; 1994.

5 Cuesta Benjumea C. Desafíos de la investigación cualitativa. *Nure Investigación* 2006 ene-feb; 3(1). Disponible en URL: http://www.fuden.es/firma_obj.cfm?id_firma=37&ID_FIRMA_INI=1

6 Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en URL: http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_9-13.php

7 Madueño Pulido AB, Godoy Sánchez F, Rodríguez Miranda M, Robles Hernández A, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz F. Urgencias en inmigración: la adaptación. *Tempus Vitalis -Esp-*2002 2(3). Disponible en URL: <http://www.tempusvitalis.com/Especial01/03.htm>

José Luis Díaz Agea
diazagea@hotmail.com