

ABORDAJE ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA EN SANIDAD E INMIGRACIÓN IRREGULAR



UNIVERSIDAD PONTIFICIA

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTOR:

Ana Castrillo Crego

TUTOR

Dra. Dña. Filomena Lorenzo Domínguez

Curso 2015 – 2016

AGRADECICMIENTOS

A lo largo de la elaboración de este trabajo tuve el apoyo y la colaboración de numerosas personas a quienes les debo estos agradecimientos.

En primer lugar, agradezco a mi familia el amparo que me han ofrecido y gracias a los cuales pude optar al sueño de la enfermería.

No habría conseguido realizar este estudio sin la ayuda que me brindaron aquellos voluntarios encuestados. Gracias por vuestra contribución y dedicación para esta investigación.

Por último deseo expresar mi gratitud a la Dra. D^ª Filomena Lorenzo Domínguez, quien se involucró en mi causa para la creación de este trabajo ofreciéndome su tiempo y paciencia que marcaron su tutela. Tampoco puedo olvidar la profesionalidad con la que me motivó a lo largo de la carrera para ver más allá de la parte asistencial de esta profesión del cuidar.

“Para el hombre prudente es más fácil
prevenir que remediar”

Baltasar Gracián

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGRUAS.....	9
JUSTIFICACIÓN	10
METODOLOGÍA.....	12
DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS	13
INTRODUCCIÓN	14
1. GENERALIDADES SOBRE EL FENÓMENO MIGRATORIO AFRICANO	15
1.1. MOTIVOS DE MIGRACIÓN HUMANA.....	15
1.2. FASES DEL PROCESO MIGRATORIO	16
1.3. RUTAS DE MIGRACIÓN MÁS FRECUENTES ÁFRICA-ESPAÑA	16
2. REPERCUSIÓN DEL FENOMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA	19
2.1. VULNERABILIDAD DE LOS INMIGRANTES AFRICANOS EN SUS LUGARES DE ORIGEN	19
2.2. EL PAPEL DEL CAMBIO CLIMÁTICO	20
2.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INMIGRANTES	21
2.3.1. La atención sanitaria al inmigrante	23
3. FENÓMENOS EPIDEMIOLÓGICOS DE RELEVANCIA EN ESPAÑA	25
3.1. REEMERGENCIA EN ESPAÑA	25
3.1.1. Factores de reemergencia diferenciando entre países desarrollados de los de en vías de desarrollo	25
3.1.2. Enfermedades reemergentes en España.....	28
3.2. IMPORTACIÓN AFRICANA DE ENFERMEDADES A ESPAÑA.....	30
3.2.1. Enfermedades importadas	30
3.3. ENFERMEDADES EMERGENTES CON POTENCIAL REPERCUSIÓN EN ESPAÑA	32
3.3.1. Factores de emergencia en España	33
3.2.1. Enfermedades emergentes en España	33

4. ESTUDIO DE LA VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN ABORDAJE POR PARTE DE LA ENFERMERÍA	37
4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
4.1.1. HIGIENE DE MANOS.....	38
4.1.2. INSUFICIENTES MEDIDAS ANTI VECTORIALES.....	39
4.1.3. CONCIENCIACIÓN DISMINUIDA EN MATERIA DE VACUNAS.....	41
4.1.4. AUTOMEDICACIÓN Y ALTERACIÓN DE LA PAUTA FARMACOLÓGICA.....	42
4.1.5. DÉFICIT DEL CONTROL VETERINARIO.....	43
5. ABORDAJE DE ENFERMERÍA	44
5.1. CAMPOS DE ACCIÓN	45
5.1.1. ESCUELAS/ COLEGIOS/ INSTITUTOS.....	45
5.1.2. COMUNIDAD.....	46
5.2. MÉTODOS Y MEDIOS DE EDUCACIÓN SANITARIA.....	47
6. CONCLUSIONES	49
7. BIBLIOGRAFÍA	51
8. ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1: Tabla de elaboración propia. Dificultades para la asistencia sanitaria en inmigrantes. Fuente: Guía del ministerio: Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas.	24
Tabla Nº 2: Tabla de elaboración propia. Factores de reemergencia.	27
Tabla Nº 3: Tabla de elaboración propia. Ciclo biológico de las enfermedades reemergentes en conexión con la vía de transmisión y prevención de la misma	28
Tabla Nº 4: Tabla de elaboración propia. “Distribución geográfica de las enfermedades ligándolo con el riesgo de reemerger en España.	29
Tabla Nº 5: Tabla de elaboración propia. Clínica de las enfermedades reemergentes en España más relevantes”	29
Tabla Nº 6: Tabla de elaboración propia. Distribución geográfica de las enfermedades importadas de África.	30
Tabla Nº 7: Tabla de elaboración propia. Ciclo biológico de las enfermedades importadas de África en conexión con su vía de transmisión y prevención de la misma.	31
Tabla Nº 8: Tabla de elaboración propia. Clínica de las enfermedades importadas de África más relevantes.....	32
Tabla Nº 9: Tabla de elaboración propia. Factores de emergencia de enfermedades en España.	33
Tabla Nº 10: Tabla de elaboración propia. Elaboración de la encuesta para la investigación. ..	38

Tabla Nº 11: Tabla de elaboración propia. Comparativa de porcentajes según edades del lavado de manos previo a la manipulación alimenticia	39
Tabla Nº 12: Tabla de elaboración propia. Uso de lociones repelentes y ropas largas para prevenir las picaduras de mosquitos según franjas de edad.	40
Tabla Nº 13: Tabla de elaboración propia. Uso de mosquiteras e insecticidas u otra medidas anti vectoriales sobre el hogar y entorno según franjas de edad.....	41
Tabla Nº 14: Tabla de elaboración propia. Comparativa de porcentajes que reflejan un conocimiento del calendario vacunal entre grupos de distintas edades.....	42
Tabla Nº 15: Tabla de elaboración propia. Comparativa de porcentajes por edades en la finalización prematura de la pauta médica antibiótica.....	42
Tabla Nº 16: Tabla de elaboración propia. Comparativa de porcentajes entre grupos de distintas edades sobre el uso de repelentes parasitarios para sus animales	43
Tabla Nº 17: Tabla de elaboración propia. Temas a tratar en los centros educativos basados en los resultados de la investigación.....	46
Tabla Nº 18: Tabla de elaboración propia. Métodos y medios de educación sanitaria.	47

INDICE DE IMAGENES

Imagen Nº 1: Rutas de inmigración ilegal hacia España. Fuente: Rodrigo Silva / Antonio Alonso. Madrid 17 mar 2014 - 21:22.....	17
Imagen Nº 2: Asistencia sanitaria a inmigrantes según comunidades autónomas. Fuente: abc.es - Madrid - 26/08/2015	23
Imagen Nº 3: Distribución española de Celux Pipens. Fuente: Informe de situación y evaluación del riesgo de la fiebre por virus del Nilo occidental en España. J. Lucientes, R. Estrada, S. Delacour.....	34
Imagen Nº 4: Gráfico de elaboración propia. Distribución de la muestra según franja de edad	38
Imagen Nº 5: Gráfico de elaboración propia. Presencia de mosquitos en el entorno de la muestra	40
Imagen Nº 6: Imagen de elaboración propia. Medidas preventivas a influenciar con mayor ahínco según grupos de mayor riesgo.	44

JUSTIFICACIÓN

El auge de los movimientos migratorios constituye actualmente un fuerte impacto sobre la sociedad. La situación de España con respecto a este fenómeno se ve en gran medida afectada por la llegada de inmigrantes irregulares procedentes de África afectando a la economía, estructuras sociales y a la Sanidad siendo esta última donde la enfermería jugará un papel importante.^[1]

Bien es sabido que la función enfermera abarca más allá de la propia asistencia pues engloba las funciones de investigación, protección de la salud y educación sobre la misma las cuales serán la mejor opción de actuación sobre la sociedad para la prevención de problemas sanitarios a raíz de este fenómeno migratorio.

En lo que respecta a la salud, sabemos que viene de terminada por cuatro factores o determinantes; estilo de vida, biología humana (herencia), sistema sanitario y el medio ambiente. Por un lado, dada la magnitud del movimiento poblacional actual, vivimos en un colosal intercambio cultural. Existen diferencias de religiones e idiosincrasias que se resumen en diversos estilos de vida que conlleva, por ejemplo, a discrepancias en la noción de una enfermedad. A su vez estos éxodos favorecen la importación de enfermedades con las que no estamos familiarizados.

Por otro lado, el cambio climático se hace notable en la modificación de patrones naturales de algunos animales. Puede observarse en aves migratorias e insectos, los cuales cumplen el papel de vector y reservorio de una forma propicia. Ligado a este cambio climático está el incremento del efecto invernadero, responsable del aumento de la temperatura global capacitando la proliferación de animales y enfermedades en zonas no habituales así como el aumento de desastres naturales.

El Sistema Nacional de Salud que brinda a los habitantes españoles del derecho de una sanidad pública costeadas por el estado a través de la Seguridad Social, se ve colapsado por el aumento de población. La situación se agrava dado el contexto de crisis económica en el que nos vemos inmersos y que dificulta el reparto de recursos materiales y económicos para la creciente demografía. A su vez, el aumento del paro favorece la disminución de presupuestos para mantener dicho sistema sanitario hallándonos así en un círculo vicioso.

Dada la situación actual se hace necesario recurrir a estrategias de actuación desde diversos campos y la sanidad es uno de ellos. La repercusión del flujo migratorio sobre la salud de los españoles será de gran relevancia y agravada por las causas antes mencionadas y por la escasa concienciación sobre enfermedades poco conocidas en España que pueden afectarnos. A esto podemos añadirle la importancia que están tomando las campañas anti-vacunas promoviendo una vulnerabilidad en la sociedad y arriesgándonos a la reemergencia de enfermedades.

Dejo constancia de que la perspectiva a través de la cual elaboraré este trabajo, puede resultar, a la par que prospectiva, funesta. Es cierto, que a día de hoy ponerse en situación de una España amenazada o afectada por Dengue resulta inverosímil, pero puede no resultarlo si un cúmulo determinado de factores se fusionan. Y es que actualmente vivimos cambios sociales, políticos, climáticos y económicos nunca antes vistos, cuyas repercusiones pueden ser temidas lo que hace evitar pensar en ellas.

La observación indica cómo está el paciente, la reflexión indica que hacer, la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.
(Florence Nightingale)

Tomando como referencia la anterior cita, pretendo reflejar la repercusión de la inmigración irregular africana. Observando los determinantes de la salud, propongo realidades y supuestos que inciten la reflexión de medidas estrategias de actuación enfermera.

METODOLOGÍA

Con el motivo de analizar la repercusión de la inmigración africana irregular sobre la salud de los españoles, me basé en una revisión bibliográfica de las guías del MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) facilitadas desde su página web. De esta forma realicé un sondeo de las enfermedades con mayor probabilidad de amenaza hacia nuestro país, según las procedencias africanas más destacadas. Una vez seleccionadas dichas enfermedades, indagué sobre sus formas de transmisión y ciclos epidemiológicos revisando literatura científica facilitada por la biblioteca de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Recurrí a Internet para el acceso a bibliotecas electrónicas como *Scielo*, que me facilitó artículos de gran interés. A su vez, los buscadores *Google* y *Google Academy* fueron útiles para acceder a información proporcionada por la *OMS*, *Medline.plus* y diversos periódicos electrónicos.

Opté por seleccionar una muestra dentro de la población española para investigar posibles grupos de riesgo al no practicar adecuadamente medidas preventivas. La selección de muestra está delimitada por distintas franjas de edad. El cuestionario, realizado en formato impreso y formato online con *Google Forms*, se basa en preguntas cerradas categorizadas, con una escala creciente de valoración. En la misma se llevó a cabo un filtro para concretar respuestas y obtener resultados más aproximados los cuales se estudiaron y calcularon con el programa *Excel*.

En base a los resultados obtenidos en las encuestas, valoré la vulnerabilidad de la muestra a verse afectada en su nivel de salud. De esta forma pude proponer prioridades para influenciar a la población adecuadamente desde la actuación enfermera. Esto conlleva definir pautas de educación sobre la salud y promoción de la misma que puedan ser llevadas a cabo desde Atención Primaria por parte de la enfermería y en otros ámbitos como los centros educativos.

Consistiría pues en una investigación de carácter observacional de prevalencia, cuyo objetivo es descriptivo a raíz de la revisión bibliográfica de diversos textos y de una muestra tomada dentro de la población española, siguiendo una línea prospectiva y transversal.

DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir, desde el papel de la enfermería, un abordaje de la situación de salud afectada por la inmigración irregular africana.

OBJETIVOS ESPECÍCOS

- Conocer la situación de inmigración dada en España.
- Analizar la repercusión del auge inmigratorio en el estado de salud español.
- Detallar el efecto del cambio climático en la salud de los africanos y españoles y en patrones naturales de seres vivos que favorecen la transmisión de patógenos.
- Aproximación al grado de vulnerabilidad española debido al impacto inmigratorio.

INTRODUCCIÓN

La distancia entre el continente africano y Europa es de aproximadamente 14 kilómetros de mar abierto en el punto de mayor cercanía (situación entre Tarifa y la costa del norte de África). Es por ello por lo que el destino de mayor demanda, por parte del flujo inmigratorio africano, es España.^[2]

La necesidad de abandonar el lugar de origen se hace más imperiosa con las situaciones bélicas, políticas y económicas que asolan los países africanos. Y si añadimos la visión de España por parte de los inmigrantes, como una fuente de numerosas oportunidades laborales, sanitarias y civilizadas, obtenemos la principal causa de movimiento poblacional.

Sin embargo, el aumento de la demografía por la llegada continúa de personas extranjeras en malas condiciones de vida, suponen una serie de amenazas económicas, sociales, culturales, políticas y también sanitarias.

Como personal de enfermería es nuestro deber abogar por la buena salud de todos los usuarios de nuestro sistema sanitario, y deberemos responder ante él si se prevé una afectación al estado de salud originado por este fenómeno.

1. GENERALIDADES SOBRE EL FENÓMENO MIGRATORIO AFRICANO

“No cambies la salud por la riqueza, ni la libertad por el poder”

(Benjamin Franklin)

Tal vez esta cita muestre una de las mentalidades motoras de la inmigración que asola España. La buena salud es un bien codiciado del que no todo el mundo dispone y la libertad de expresión y acción es una facultad muy buscada por el ser humano. Si nos centramos en la situación actual de la mayoría de los países africanos, hallaremos numerosos enfrentamientos, regidos por diferencias políticas y religiosas que censuran la libertad y degradan la calidad de vida ciudadana.^[1] Esto es motivo suficiente para buscar la felicidad en lugares más propicios como países vecinos.

1.1. MOTIVOS DE MIGRACIÓN HUMANA

En base al razonamiento expuesto anteriormente vamos a analizar los factores motivacionales de este movimiento demográfico:

- **Factores de exclusión^[1]:** conflictos bélicos, pobreza, hambrunas, enfermedades y desigualdades, son los principales. Vienen determinados por una escasez de recursos materiales y económicos, alimentada por la guerra y estratificación social muy marcada en base a diferentes religiones y clases sociales.
- **Factores de atracción^[1]:** comprenden todas las oportunidades de mejora que aguardan en un lugar geográfico distinto. En este caso hablamos de España; la cual cuenta con libertad de opinión y religión, mayor número de recursos, más opciones de empleo y la capacidad de un acceso al servicio sanitario.

El problema llega cuando la situación desborda la capacidad española de abordar el fenómeno migratorio. Resulta que las posibilidades de entrar en el mundo laboral se ven disminuidas por el aumento del paro. Esto a su vez dificulta la entrada de capital en los fondos del estado para el mantenimiento de estructuras como el Sistema Nacional

de Salud. Si dicho sistema se ve escaso en recursos, su influencia en la sociedad no será tan beneficiosa. Y es que a pesar de que la inmigración clandestina rumbo a España se remonta a 1970, nunca había alcanzado magnitudes tan grandes como en los últimos años.

1.2. FASES DEL PROCESO MIGRATORIO

Ahora bien, diferenciamos a groso modo las características de una migración regular, de la irregular. Por un lado, aquellos que se desplacen en busca de nuevas oportunidades de una forma bien reglamentada es muy probable que su calidad de vida no sea tan deficitaria. Sin embargo aquellos que migran de una forma clandestina, se debe a una severa necesidad, la cual tiende a estar marcada por un déficit considerable en su calidad de vida. A su vez estos últimos deben de superar numerosas barreras para lograr su objetivo retando su propia capacidad de supervivencia.^[2] Así es como se enfrentan a un proceso que podemos dividir en dos fases:

- **Fase pre migratoria:** engloba los viajes que deben realizarse y las residencias temporales en campamentos o campos de refugiados. Destacan las adversidades por las que deben pasar exponiendo sus vidas a la mala nutrición, enfermedades, poca higiene y riesgos sociales.
- **Fase post migratoria:** se basa en las dificultades para la adaptación a su nuevo destino entre los que destacan principalmente la diferenciación de idioma y el racismo.

1.3. RUTAS DE MIGRACIÓN MÁS FRECUENTES ÁFRICA-ESPAÑA

Con la finalidad de representar gráficamente las principales rutas tomadas por los inmigrantes con la pretensión de alcanzar el país español, muestro en la **imagen Nº 1** un mapa donde quedan reflejadas dichas rutas.

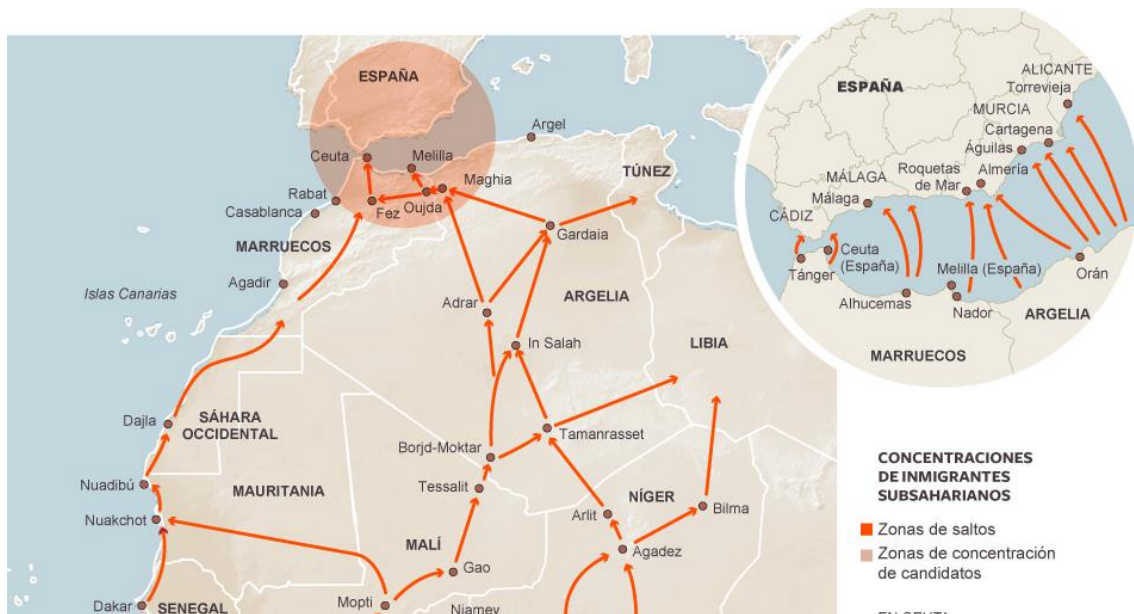


Imagen Nº 1: Rutas de inmigración ilegal hacia España. Rodrigo Silva / Antonio Alonso. Madrid 17 mar 2014

Las rutas marítimas son la única forma de desplazamiento tanto hacia la península ibérica como el archipiélago canario. Sin embargo el desplazamiento poblacional también es terrestre desde países del interior de África hasta los litorales. Este hecho amplía las procedencias de los inmigrantes a los siguientes destinos: Mauritania, Marruecos, Argelia, Túnez, Libia, Níger, Mali, Senegal e incluso Egipto.^[2]

Desde décadas Marruecos fue siempre la principal cuenca inmigratoria pero paulatinamente se fue convirtiendo en un país de obligado paso para acceder a la Península por su posición estratégica. A él se acabó uniendo Mauritania como país de paso para el acceso a las islas Canarias, por lo que podemos resumir que la mayor parte de la población es del norte africano.

Las ciudades de Ceuta y Melilla, fueron un fuerte foco de inmigración ilegal, lo que hizo levantar alambradas y cercados con la intención de retener las oleadas masivas de gente bajo un fuerte control fronterizo. Este método defensivo se debió en parte a que ambas

ciudades no pertenecen al ámbito del tratado de Schengen¹. Sin embargo los que optan por una travesía marítima, llegan a destino europeo regulado por dicho tratado.^[2]

Las condiciones de los viajes son en su mayoría reprobables. Los desplazamientos terrestres, normalmente a pie, hacen enfrentarse a la población a cambios de temperaturas bruscas^[2] donde los días son calurosos y las noches gélidas. Cuando se ayudan de vehículos estos van hacinados y lo mismo ocurre con las embarcaciones las cuales no están ni tan siquiera reglamentadas. Estas condiciones llevan a la deshidratación y la desnutrición de las personas con una vulnerabilidad mayor a padecer infecciones y enfermedades en muchos casos sin posibilidad de tratamiento pero sí contagiosas en su mayoría.

¹ Maurer B. *La política comunitaria de inmigración* - Los acuerdos de Schengen. Liga española pro-derechos humanos.

2. REPERCUSIÓN DEL FENOMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA

“No sólo hay desigualdad en la distribución de la riqueza, sino en la satisfacción de las necesidades básicas.”

(José Saramago)

Las fases migratorias previamente descritas incidirán sobre la situación de salud. Teniendo en cuenta que los desplazamientos se realizan por lugares geográficos con condiciones climáticas y sanitarias distintas a las españolas, por lo que es de esperar que enfermedades endémicas de estos países lleguen junto con sus portadores a las costas del sur de España. El problema llega cuando España, como país desarrollado, no está acostumbrado a tratar con las enfermedades de procedencia africana, Y las medidas de prevención de las mismas así como sus tratamientos médicos están poco evolucionados al considerarlas problemas que no están presentes en su día a día.

2.1. VULNERABILIDAD DE LOS INMIGRANTES AFRICANOS EN SUS LUGARES DE ORIGEN

El clima del norte de África es principalmente mediterráneo en los países litorales, sin embargo en los países que les siguen hacia el interior poseen un clima tropical seco y/o desértico. Este hecho favorece la escasez de agua y dando lugar a riesgo de deshidratación^[3] así como de déficit de higiene y la ingesta de aguas no potables en periodos de gran necesidad. Sin este bien hídrico los cultivos serán escasos y los puntos donde se encuentre serán frecuentados por personas y animales e incluso la manipulación alimentaria se verá afectada por déficit de saneamiento lo que conlleva al consumo de alimentos en mal estado o contaminados, lo que puede ser otra forma de contraer enfermedades.

Las temperaturas cálidas y húmedas propias del clima mediterráneo son excepcionales para insectos como mosquitos los cuales son bastante eficaces como vectores.^[3]

La tendencia a la ganadería como forma de vida está muy extendida en el gran continente, pero debido a los pocos recursos veterinarios, sanitarios y económicos son muy frecuentes las zoonosis, especialmente si se comparte el agua, no hay higiene o no se cocina de forma correcta la carne.

Las grandes potencias mundiales explotan los recursos naturales del continente africano en los cuales es bastante rico. Sin embargo, los indígenas de las zonas, son tan explotados como lo son sus hogares y los beneficios pasan directamente a las grandes potencias sin que una proporción vaya destinada a los nativos. El trabajo se basa en la esclavitud bajo insalubres condiciones, sin la capacidad de adquirir bienes de sus propias tierras, pasando a ser el tercer mundo del cual el resto de potencias se olvida salvo para su propio bien. Esto se nota con las enfermedades endémicas africanas, las cuales no son investigadas en el mismo grado que las enfermedades de los países desarrollados.

Las medidas preventivas contra enfermedades requieren de bienes materiales difíciles de conseguir con recursos económicos bajos.^[4] Los medios sanitarios también permanecen muy limitados en los países en vías de desarrollo a pesar de que las Naciones Unidas y otras organizaciones luchan por una igualdad entre países. Las desigualdades son muy significativas pues las medidas preventivas no pueden llevarse a cabo en el mismo grado en todas las zonas geográficas.

2.2. EL PAPEL DEL CAMBIO CLIMÁTICO

Por otro lado las personas no somos los únicos seres capaces de funcionar como portadores o reservorios, sino que ciertos animales migratorios también cumplen dicha función como el caso de los gansos. A pesar de que especialistas afirman que este cambio reduce las migraciones aviares no todas las aves se ven afectadas y por tanto algunas especies continúan con su éxodo anual entre España y África.

Además el cambio climático favorece una transformación del clima mediterráneo a clima subtropical, lo que posibilita la dispersión de insectos en nuestro país.^[3] Lo mismo ocurre en ámbito acuático, donde la temperatura media de las aguas varían con respecto a las estadísticas pasadas permitiendo un mejor desarrollo y propagación de

microorganismos patógenos como especies del género *Vibrio*.^[5] De hecho, doctores e investigadores como el Dr. Pedro Arcos alerta de la posible llegada a Asturias del mosquito capaz de transmitir el Zika en 5 años;^[6] enfermedad que estamos empezando a familiarizarnos con ella por los casos importados de Colombia y Brasil.

Este cambio climatológico puede ser causa de situaciones meteorológicas extremas que van desde sequias severas hasta inundaciones. Esto supondrá el requerimiento de servicios y recursos específicos al igual que fuertes alteraciones a nivel personal. No debemos olvidar que el medio ambiente es otro de los determinantes de la salud clave. En el apartado de anexos podemos encontrar como **Anexo Nº 4** una conceptualización esquematizada de elaboración propia que releja la amenaza epidemiología actual en el que juegan el cambio climático y las masas migratorias.

2.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INMIGRANTES

Son las ONGs, como Cruz Roja, quienes aportan el primer contacto sanitario con los inmigrantes ofreciéndoles un soporte vital básico a quien lo requiera y luchando contra alteraciones agudas como la hipotermia y deshidratación. Estas organizaciones, ajenas al Sistema Nacional de Salud, pondrán en marcha un procedimiento de cribado facilitando la actuación y organización de nuestro sistema sanitario, con las siguientes finalidades: ^[7]

- Identificación de portadores de enfermedades infecciosas
- Detección de problemas de la salud que serán costoso suponiendo una sobrecarga a nivel económico dentro de nuestro nivel sanitario. En tal caso se les niega la entrada a España.
- Certificar que los recién llegados gozan de buena salud
- Una vez detectadas las necesidades, adecuar los sistemas de salud.

Debe de basarse en procedimientos sencillos y de poco coste^[7] para que no supongan un alto esfuerzo económico a España. Podemos deducir pues, que muchas enfermedades infecciosas vienen a ser la punta del iceberg potencialmente problemático pues ciertas patologías cuentan con periodos de incubación en los que la

clínica aún no se ha manifestado y pasan desapercibidas creando portadores que pueden padecer la enfermedad posteriormente con dificultades en la asistencia sanitaria y en el freno de su transmisión.

Con la L.O. 4/2000 del 11 de Enero², se defendió la asistencia sanitaria para todo tipo de extranjero que llegase a España pero el RD – ley 16/2012³ modificó este derecho quedando reflejado en la disposición final tercera de dicho R.D.-ley, viéndose así limitada la atención sanitaria de los inmigrantes sin papeles, anulando sus tarjetas sanitarias. De esta forma solo dispondrían de cobertura sanitaria en servicios de urgencias, salvo pacientes pediátricos y gestantes, quienes dispondrían de una cobertura total. Por otro lado afirma que, aquellos que lleven empadronados en España más de 6 meses y su estado sea vulnerable o de exclusión, se les concederá una atención sanitaria.

Pero esta modificación no se llevó a cabo de la misma forma en todas las comunidades autónomas de España.^[8] Existen discrepancias entre algunas de ellas reflejadas en la **imagen Nº 2**. De hecho, responsables como la presidenta de la comunidad de Madrid, Crista Cifuentes, se opone a esta medida a través de un documento que permita la asistencia gratuita a los expatriados sin papeles alegando que “los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán todo tipo de asistencia sanitaria (...) que les dé derecho a la asistencia sanitaria”⁴.

² Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (BOE núm. 10, de 12 de Enero de 2000) Art. 10; Derecho al trabajo y a la Seguridad Social. Y art. 12; Derecho a la asistencia sanitaria.

³ 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. (BOE núm. 98, de 24 de Abril de 2012) Art. 3.

⁴ Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad. *¿Quién tiene derecho a la asistencia sanitaria?*

Radiografía de la asistencia sanitaria a irregulares, por CC.AA.



Imagen Nº 2: Asistencia sanitaria a inmigrantes según comunidades autónomas. **Fuente:** abc.es - Madrid - 26/08/2015.

Es así como el seguimiento integral de los inmigrantes en tales condiciones por parte de Atención Primaria está disminuido. No producen pues un colapso del sistema sanitario de forma directa, pero sí podrá surgir de forma indirecta.^[9] Se requerirá de una vigilancia epidemiológica de las enfermedades que puedan portar y que son susceptibles de transmisión al resto de usuarios.

2.3.1. LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE

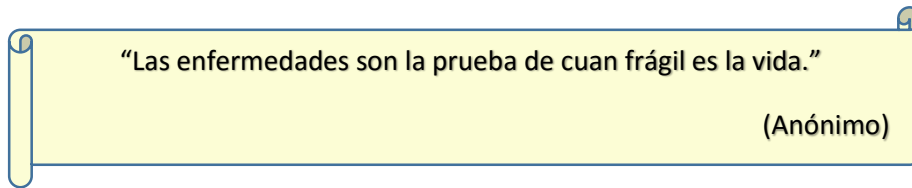
Ciertas similitudes y diferencias se observan entre los inmigrante regulares e irregulares marcando una serie de dificultades especialmente en la labor asistencial empobrecida principalmente por la marginalidad social y malas condiciones de vida. En la siguiente tabla de elaboración propia se plasman las dificultades que hallan los inmigrantes en distintas tareas de la praxis sanitaria a raíz de diversas causas socioculturales entre otras.^[1, 7]

DIFICULTADES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN INMIGRANTES		
DIFICULTADES	CAUSAS	CONSECUENCIAS
ADMINISTRATIVAS	Retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes irregulares	Dificulta revisión de Historias Clínicas y contactar con el paciente (no queda constancia de referencia)
ANAMNESIS	Diferentes dialectos Discrepancias en la noción de la enfermedad	Incapacidad de realizar una anamnesis correcta y dificultada para entrevistas clínicas
DIAGNÓSTICO CERTERO	Enfermedades inusuales en España Diferencias en el código biológico	Retraso en la elaboración de un diagnóstico certero repercutiendo en la elección del tratamiento
TRATAMIENTO EFICAZ	Costes del tratamiento Seguimiento deficitario	Evita total curación y favorece multirresistencias

Tabla Nº 1: *Tabla de elaboración propia.* Dificultades para la asistencia sanitaria en inmigrantes. Fuente: Guía del ministerio: Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas.

Los inmigrantes legales presentan ciertas ventajas sobre los irregulares como una mayor adhesión al calendario vacunal, contar con tarjeta sanitaria que les otorga mayor cobertura y mayor capital que posibilita el seguimiento de los tratamientos médicos.

3. FENÓMENOS EPIDEMIOLÓGICOS DE RELEVANCIA EN ESPAÑA



La importación de enfermedades consiste en la distribución de patógenos entre distintas áreas geográficas^[10] a las que nunca antes habían llegado o nunca se habían desarrollado. Como ya mencionan Carmen Luisa Suarez y Denis Berdasquera (2000)

Las enfermedades emergentes y reemergentes son un reflejo de la incesante lucha de los microorganismos por sobrevivir, buscando brechas en las barreras que protegen al ser humano contra la infección. Estas brechas sanitarias se han venido agrandando desde hace algunas décadas.

3.1. REEMERGENCIA EN ESPAÑA

Se trata de enfermedades que ocasionaron alteraciones en la salud pero fueron controladas y disminuidas en incidencia^[10], por lo que se olvidaron en la población y ahora pueden resurgir e incluso con mayor fuerza.

3.1.1. Factores de reemergencia diferenciando países desarrollados de los de en vías de desarrollo.

La evolución de la medicina y la epidemiología, ha permitido desarrollar sistemas preventivos, como las vacunas, las cuales permitieron disminuir el número de afectados por diversas enfermedades.

La población comete el fatídico error de creer que una disminución de incidencia de cualquier enfermedad equivale a su erradicación y creando por tanto una mentalidad errónea, de bajo riesgo lo que puede conllevar el replanteamiento de la necesidad de las vacunas, levantando campañas contra las mismas bajo el pretexto de que ya no son necesarias o que actualmente ya no se dan determinados casos infecciosos en España.

Es así como la vulnerabilidad de nuestro país está aumentando respecto a patologías como la difteria, en los últimos años.

Sin embargo, este déficit de concienciación sobre la importancia de las vacunas no es el único factor determinante tal y como plasmamos en la tabla de elaboración propia que viene a continuación donde diferenciamos los determinantes más importantes de reemergencia, distinguiendo entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, que permiten el aumento de vulnerabilidad. Existen factores comportamentales y otros que abarcan varios temas políticos y climáticos^[10] cuyas consecuencias inciden en distintos aspectos de la vida y salud dependiendo del poder adquisitivo de cada país y de las características naturales de las naciones. Podemos observar que el estado de la salud de países desarrollados se ve influido primordialmente por el comportamiento imprudente de los habitantes que no hacen un uso responsable de los recursos y oportunidades, además de convivir con una crisis económica que deteriora los sistemas y labores sanitarias. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, cabe resaltar la escasez y privación de dichos recursos y oportunidades que ligándolo a la climatología extrema y explotación de las tierras poco deja para la defensa de la salud en estas tierras.

FACTORES DE REEMERGENCIA			
EN PAÍSES DESARROLLADOS		EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO	
FACTORES DEMOGRÁFICOS			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Barreras y limitaciones para los inmigrantes como el idioma	Incomprensión, déficit de comunicación, racismo, etc.	Asentamientos humanos próximos a fauna salvaje	Aumento de zoonosis
FACTORES DE COMPORTAMIENTO (basados en una escasa concienciación de la población)			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Disminución de vacunados	Aumento de la vulnerabilidad	Incapacidad de costearse inmunidad	Aumento de la vulnerabilidad
Aumento de mascotas exóticas	Facilita dispersión de patógenos	Caza de especies portadoras o reservorios	Beneficia a la transmisión de enfermedades
Animales de compañía sin control veterinario	Fomenta la aparición de zoonosis	Ganadería sin controles veterinarios	Incrementa casos de zoonosis
Escasa higiene de los alimentos	Favorece la transmisión de patógenos	Escasa higiene personal y de los alimentos	Favorece la transmisión de patógenos y vectores
Incumplimiento de pauta farmacológica	Multirresistencia farmacológica		
FACTORES CLIMÁTICOS			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Cambio en patrones naturales de la fauna	Aumenta número de portadores y vectores animales	Catástrofes naturales (sequías, inundaciones etc.)	Facilita la dispersión de patógenos
FACTORES ECONÓMICOS			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Crisis económica	Dificulta labores sanitarias	Escasez económica	Priva de recursos y actuaciones necesarias
FACTORES POLITO-SANITARIOS			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Deterioro de vigilancia epidemiológica	Desbordamiento de sistemas	Ausencia de políticas sanitarias	Priva a los habitantes de labor sanitaria
FACTORES MERCANTILES			
Factor	Consecuencia	Factor	Consecuencia
Comercio internacional	Diseminación de patógenos	Explotación de sus tierras	Pobreza que repercute en mala calidad de vida

Tabla Nº 2: Tabla de elaboración propia. Factores de reemergencia.

3.1.2. Enfermedades reemergentes en España

Las principales enfermedades que pueden reemerger en España, se distribuyen generalmente a nivel mundial, pero guardan una fuerte relación con expatriados que arriban en nuestro país, los cuales pueden tratarse de portadores de enfermedades infecciosas que al mezclarse con españoles vulnerables, dispararán las cifras de infectados.

Uno de los criterios que he utilizado para detectar qué enfermedades tienen más riesgo de reemerger, es el ciclo biológico de cada una de ellas,^[11,12,13,14] ya que reflejará distintas formas de transmisión y el cual se compone de los siguientes elementos: un agente etiológico que causa alteraciones en el organismo degenerando la enfermedad, un reservorio capaz de permitir el desarrollo de dicho agente causal y que ocasionalmente puede transmitirlo a otros organismos convirtiéndolos en portadores y/o infectados. En algunos casos es necesario un vector para completar el ciclo, el cual distribuirá el patógeno entre distintos organismos.

PATOLOGÍA	AGENTE ETIOLÓGICO	CICLO BIOLÓGICO			TRANSMISIÓN	PRINCIPAL PREVENCIÓN	
		Reservorio	Portador	Vector			
SARAMPIÓN ^[13, 16]	Virus RNA g. morbillivirus f. paramyxoviridae sp. V. del sarampión	Humanos	Humanos	No	Aérea (flügger) Contacto íntimo	Vacunas	
DIFTERIA ^[13, 16]	Bacilo g. Corynebacterium sp. diphtheriae Sus toxinas	Humanos	Humanos	No	Aérea (flügger) Contacto directo (difteria cutánea)	Vacunas	
TUBERCULOSIS ^[7, 13, 16]	Bacteria BAAR g. Mycobacterium sp. tuberculosis	Humanos	Humanos	No	Aérea (flügger)	Actitud del enfermo y portador	
FIEBRE TIFOIDEA ^[15, 16]	Bacilo g. Salmonella sp. Typhi	Humanos	Humanos	No	Fecohídrica	Higiene manos Saneamiento de aguas	
FIEBRE RECURRENTE BORRELIOSIS ^[13,15,16,17]	epidémica	Espericoqueta g. Borrelia sps. B. Hispánica, B. Crocidurae B. microti	Humanos	Humanos	garrapata	Ciclo biológico	Medidas anti vectoriales
	endémica	Espiroqueta g. borrelia sp. Recurrentis	Humanos	Humanos	Piojos	Ciclo biológico	Medidas anti vectoriales
RABIA ^[13, 14, 16]	Virus f. Rhabdoviridae g. Lyssavirus Sp. V. de la rabia	Mamíferos varios	Mamíferos varios	No	Contacto directo	Vacuna Control veterinario	

Tabla Nº 3: Tabla de elaboración propia. Ciclo biológico de las enfermedades reemergentes en conexión con la vía de transmisión y prevención de la misma

Otro criterio a tener en cuenta para la selección de las patologías anteriores fueron los factores de reemergencia, es decir qué las relaciona con este fenómeno. Para facilitar su comprensión, elaboré una tabla donde también podemos observar su distribución geográfica.^[11,13]

PATOLOGÍA		DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	RELACIÓN CON REEMERGENCIA
SARAMPIÓN ^[13, 16]		Mundial	Disminución de vacunados Movimientos migratorios
DIFTERIA ^[13, 16]		Mundial	Disminución de vacunados. Movimientos migratorios.
TUBERCUOSIS ^[7, 13, 16]		Mundial	Auge del SIDA. Inadecuado seguimiento farmacológico
FIEBRE TIFOIDEA		Mundial	Movimientos migratorios
FIEBRE RECURRENTE BORRELISOS ^[13, 15, 26, 17]	Epidémica	África del Norte Focos en España	Movimientos migratorios
	Endémica	África tropical Focos en España	Movimientos migratorios
RABIA ^[13, 14, 16]		Mundial, exceptuando la Antártida	Movimientos poblacionales

Tabla Nº 4: Tabla de elaboración propia. “Distribución geográfica de las enfermedades ligándolo son el riesgo de reemerger en España.

Finalmente, la clínica determina también el grado de gravedad de las patologías.^[11,12] Sin embargo no le di tanta relevancia en este trabajo. Prácticamente comparten cuadros similares con alguna que otra diferencia a nivel cutáneo o neurológico que se hace más notable al aparecer las complicaciones. Además, las estadísticas de mortalidad difieren mucho entre países desarrollados y no desarrollados. De hecho en España el índice de mortalidad por estas enfermedades no supera el 1% por contar con los recursos necesarios.

PATOLOGÍA		CLÍNICA	
SARAMPIÓN ^[13]		Cuadro gripal + exantema Graves complicaciones	
DIFTERIA ^[13]		Secuencia de fases	
TUBERCULOSIS ^[13]		Fase Latente	Fases Activa
		Asintomática pero crea portadores	Afección respiratoria
FIEBRE TIFOIDEA ^[13]		Fiebre progresiva. Afección sistémica. Complicaciones severas	
FIEBRE RECURRENTE BORRELISOS ^[13]	Epidémica	Episodios recurrentes de fiebre. Crisis graves.	
	Endémica	Episodios recurrentes de fiebre. Crisis graves. Riesgo de recaídas.	
RABIA ^[13, 14]		Secuencia en fases. Graves complicaciones (coma y muerte)	

Tabla Nº 5: Tabla de elaboración propia. Clínica de las enfermedades reemergentes en España más relevantes”

Toda la información recaudada en este apartado se refleja en un cuadro sinóptico de elaboración propia localizado en el **Anexo Nº 1** de este trabajo.

3.2. IMPORTACIÓN AFRICANA DE ENFERMEDADES A ESPAÑA

España puede verse afectada por enfermedades exóticas^[11, 12] que creímos ajenas a nuestro país hasta el día de hoy. Este hecho constituye un serio problema dado que por haberse considerado de poca relevancia para países desarrollados, ahora contamos con escasas investigaciones y avances que frenen o prevengan las infecciones.

3.2.1. Enfermedades importadas

Las enfermedades catalogadas como importadas o con riesgo de importación a España desde África son de alto o medio grado de endemidad en países africanos pudiendo alterar la salud pública española mediante el auge migratorio. En el apartado “Rutas de migración más frecuentes África-España” se establecieron los puntos de partida más destacados de toda la masa migratoria que recibimos del gran continente.^[4, 11]

PATOLOGÍA		DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
MALARIA O PALUDISMO ^[7, 11, 13]		África del norte
HEPATITIS A y E ^[7, 16]		África
DENGUE ^[11, 13, 18]		África del Norte
FIEBRE AMARILLA ^[19, 20]		
ZIKA ^[14, 21]		
ESQUISTOSOMIASIS ^[7, 22]	UNILOCUAR	España y África
	HEMATOBIUM	África del Norte. Gran relevancia en Egipto
FIEBRE DEL VALLE DEL RIFT ^[11, 13]		África concretamente en Mauritania y Egipto
LEISHMANIASIS CUTÁNEA ^[11, 17]		África del Norte principalmente Argelia

Tabla Nº 6: Tabla de elaboración propia. Distribución geográfica de las enfermedades importadas de África.

Una vez analizadas las localizaciones de las enfermedades de alta y media endemicidad estudie sus ciclos biológicos^[11,12,13,15] para determinar el mayor riesgo de importación y que he recogido en el siguiente cuadro de elaboración propia.

PATOLOGÍA	AGENTE ETIOLÓGICO	CICLO BIOLÓGICO			TRANSMISIÓN	PRINCIPAL PREVENCIÓN	
		reservorio	portador	vector			
MALARIA PALUDISMO ^[7, 11, 13]	Parásito f. <i>Plasmodiida</i> g. <i>Plasmodium</i> sp. <i>P. malariare</i>	Humanos	Humanos	Mosquitos <i>Anopheles</i>	Ciclo biológico	Control anti vectorial Vacuna	
HEPATITIS A y E ^[7,16]	Virus RNA. g. <i>Hepatovirus</i> f. <i>picornavivirus</i>	Humanos Primates	Humanos Primates	No	Fecohídrica / Entérica	Vacunas Higiene Saneamiento de aguas	
DENGUE ^[11, 14, 18]	Virus g. <i>flavivirus</i> f. <i>flaviviridae</i>	Humanos	Vector Humanos	(África) Mosquito <i>Aedes Aegypti</i>	Ciclo biológico	Medidas anti vectoriales	
FIEBRE AMARILLA ^[19, 20]			Vector Humanos	(España) <i>Aedes Albopictus</i>	Ciclo biológico		
ZIKA ^[14, 21]			Vector Humanos	(España) <i>Aedes Albopictus</i>	Ciclo biológico (investigación)		
ESQUISTOSOMIASIS ^[11, 22]	Unilocular	Parásitos cestodos g. <i>Equinococcus</i> sp. <i>granulosus</i>	Perros lobos dingos oveja caballo y cerdo	Reservorio	No	Contacto con tierras infestadas, heces	Saneamiento de aguas Medidas anti vectoriales
	Hematobium	Parásito g. <i>Schistosoma</i> Sp. <i>S. Haematobium</i>	Caracoles: g. <i>Bulinus</i> Y caracoles: f. <i>planorbarius</i> g. <i>ferrissia</i>	Reservorio Aguas infestadas	No	Contagio con aguas infestadas	Saneamiento de aguas Medidas anti vectoriales
FIEBRE DEL VALLE DEL RIFT ^[11, 13]	Virus RNA g. <i>phlebovirus</i> f. <i>Bunyaviridae</i>	Rumiantes sobre todo bovinos	Humanos y reservorio	África: Mosquito <i>Anopheles</i> y <i>Aedes Incitoshi</i> España: <i>Culex Pipiens</i>	Ciclo biológico Contacto directo con fluidos de reservorio y portador	Medidas anti vectoriales Vacuna fase experimento	
LEISHMANIASIS CUTÁNEA ^[11, 17]	Parásito c. <i>Kinetoplastea</i> sp. <i>Leishmania trópica</i>	Humanos roedores marsupiales perros oso hormiguero	Reservorio	Mosca Phlebotomus f. <i>Psychododae</i> g. <i>Lutzomyia</i>	Ciclo biológico	Medidas anti vectoriales	

Tabla Nº 7: Tabla de elaboración propia. Ciclo biológico de las enfermedades importadas de Áfricas en conexión con su vía de transmisión y prevención de la misma.

A la clínica no le he dado mucha relevancia como en el apartado anterior pero sí me ha parecido oportuno recoger la sintomatología más característica de cada enfermedad en el cuadro anexo.

PATOLOGÍA		CLÍNICA
MALARIA / PALUDISMO ^[13]		Cuadro gripal, diarrea y vómitos con graves complicaciones como las neurológicas.
HEPATITIS A y E ^[7, 16]		Afección intestinal, artritis y Rash
DENGUE ^[11, 14, 18]		Cuadros gripales con severas complicaciones
FIEBRE AMARILLA ^[19, 20]		
ZIKA ^[14, 21]		Cuadro gripal. En estudio
ESQUISTOSOMIASIS ^[11, 13]	UNILOCULAR	Quistes calcificados en distintos niveles
	HEMATOBIUM	Afectaciones uretrales y renales
FIEBRE DEL VALLE DEL RIFT ^[11, 13]		Cuadro gripal con posibles complicaciones
LEISHMANIASIS CUTÁNEAS ^[11 17]		Lesiones cutáneas dolorosas. Pápula nódulos, úlcera y lesiones satélites indoloras.

Tabla Nº 8: Tabla de elaboración propia. Clínica de las enfermedades importadas de África más relevantes.

La información recogida en este punto puede verse resumida en el cuadro sinóptico de elaboración propia recogido en el apartado de anexos como **Anexo Nº2.**

3.3. ENFERMEDADES EMERGENTES CON POTENCIAL REPERCUSIÓN EN ESPAÑA

La aparición de nuevos microorganismos patógenos conlleva la aparición de nuevas afecciones^[10] para el ser humano que puede verse favorecido por la adaptación de los microorganismos al entorno y su capacidad de derrocar las defensas humanas. También se considera emergente aquella enfermedad causada por un agente que se ha desarrollado en un punto geográfico distinto al habitual gracias a medidas facilitadoras que he recogido en la **tabla Nº 9** de elaboración propia.

Se entiende pues por emergencia, aquellas enfermedades cuya incidencia se ha visto aumentada en las dos últimas décadas^[10], creando problemas a nivel sanitario en el presente y comprometiendo el futuro.

3.3.1. Factores de emergencia en España

FACTORES DEMOGRÁFICOS ^[2, 10]	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de masas • Masificación de urbes
FACTORES DE COMPORTAMIENTO ^[2, 3]	<ul style="list-style-type: none"> • Variedad de estilos de vida • Hábitos insalubres
FACTORES INDUSTRIALES ^[1, 2, 10]	<ul style="list-style-type: none"> • Acción negativa humana sobre los ecosistemas naturales • Cambio de patrones naturales en la fauna • Disminución de zonas verdes y silvestres
FACTORES ECONÓMICOS ^[2, 10]	<ul style="list-style-type: none"> • Asentamientos humanos cerca de fauna y flora silvestre • Disminución de recursos para investigación, prevención y tratamiento.
FACTORES DE COMERCIO ^[10]	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de mercancías distribuye patógenos más fácilmente
FACTORES DE ADAPTACIÓN ^[10]	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de adaptación por parte de los microorganismos • Resistencia farmacológica
FACTORES POLÍTICOS ^[10]	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de sanidad • Disminución de vigilancia • Déficit del control epidemiológico

Tabla Nº 9: Tabla de elaboración propia. Factores de emergencia de enfermedades en España.

Ahora bien, profundicemos en algunas de las enfermedades que pueden emerger en España y que guarden relación con la llegada de población africana a nuestro país.

3.3.2. Enfermedades emergentes en España

A. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL (VNO)

Enfermedad originada por un virus perteneciente al género *flavivirus*. Su círculo biológico es prácticamente enzoótico (ave-mosquito-ave).^[23] Sin embargo mamíferos como los caballos y las personas podemos convertirnos en hospedadores accidentales.

Como ya quedó previamente reflejado, requiere de la actuación de un mosquito como vector que está muy distribuido por la península ibérica y que pertenece al género *Culex* con especies variadas según hábitats. En España el más común es el *Culex Pipiens* y cuya distribución española puede observarse en la **imagen Nº 3**.

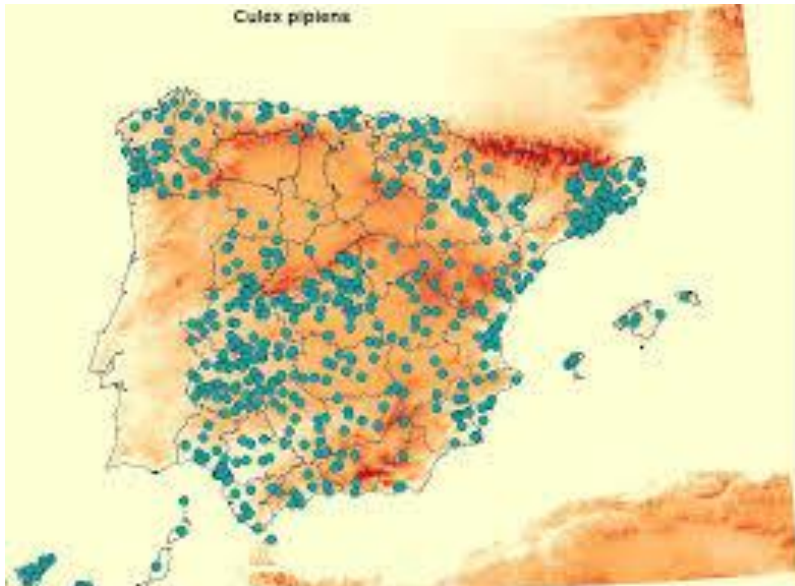


Imagen Nº 3: Distribución del Culllex Pipien en España. **Fuente:** Informe de situación y evaluación del riesgo de la fiebre por virus del Nilo occidental en España: J. Lucientes, R. Estrada, S. Delacour.

En lo que respecta a este virus, cobran más importancia las aves dado que son el hospedador principal. Las personas quedamos relegadas a hospedadores accidentales.^[23] Por ello la migración de aves como ocurre con los gansos las hace propensas a adquirir esta enfermedad y por tanto aumenta el riesgo de afectarnos a las personas.

Como decíamos anteriormente, los caballos también son susceptibles a la infección por VNO. La convivencia estrecha entre aves y equinos aumenta nuestra vulnerabilidad. Es cierto que se disponen de medidas veterinarias preventivas como las vacunas, las cuales no están disponibles en humanos. Sin embargo este control no puede llevarse al mismo nivel con los gansos silvestres ni con otras 43 especies de aves que funcionan como hospedadores principales.^[23]

A pesar de no presentar una gravedad extrema siendo frecuentes los casos asintomáticos (8%) no debemos olvidar que en España cumple todos los requisitos para la propagación del VNO. Hay una amplia dispersión del vector principal, las condiciones climáticas son las idóneas, las rutas de aves migratorias relacionan a España con áreas endémicas y la misma localización geográfica de nuestro país por estar próximos a dichas zonas endémicas

B. VIH

Ampliamente distribuido a nivel mundial pues se estima que 40,3 millones^[7] de personas conviven con este virus. Con el auge de los movimientos demográficos a causa de la inmigración especialmente la ilegal, la demografía española ha aumentado exponencialmente en variedad étnica. Este aumento resulta directamente proporcional al aumento de casos diagnosticados de VIH.

Uno de los factores más importantes para convertirse en grupo de riesgo, es ser un grupo poblacional en movimiento^[7], dado que esto se traduce en la presencia de fuertes determinantes que alteran la salud. Podemos destacar: la precariedad económica, social y sanitaria que priva al acceso de programas de salud y el desarraigo social y afectivo así como barreras culturales.

La principal vía de transmisión de este virus es el contacto sexual sin protección.^[24] Además gran número de mujeres inmigrantes que arriban a España sin estudios ni recursos ven como única salida para sobrevivir meterse en el mundo de la prostitución lo que supone una fuente de infección importante al poder ser portadoras de enfermedades infecciosas.

A parte de la variedad étnica que encontramos actualmente en España, podemos destacar también la influencia que tiene el libertinaje sexual como el turismo sexual y el aumento de relaciones homosexuales, especialmente las masculinas. Este último dato cobra gran relevancia dado que la transmisión más efectiva del virus es vía anal seguido del vaginal.

Fuera del ámbito sexual, encontramos la vía de transmisión sanguínea que puede darse en casos de poca asepsia del material compartido en casos de drogadicción. También en el campo de la sanidad pueden ser posibles las transfusiones sanguíneas infectadas por un deficiente control de los concentrados o de los donantes.

La transmisión vertical, que implica la infección del feto por parte de la madre, es otra de las formas de contracción del virus bastante común en personas que no tiene un seguimiento médico adecuado.^[24]

4. ESTUDIO DE LA VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN ABORDAJE POR PARTE DE LA ENFERMERÍA

“El hombre cauto jamás deplora el mal presente; emplea el presente en prevenir las aflicciones futuras”

(William Shakespeare)

Con motivo de descubrir las flaquezas de la población en lo que respecta a la prevención de enfermedades analizadas en este trabajo, desarrollé una encuesta con dicho objetivo. La muestra ha sido escogida entre españoles de forma aleatoria, estratificada por franjas de edad. Para su elaboración se interroga a la muestra con la intención de indagar sobre el grado en el que toma las medidas preventivas más destacadas en lo que respecta a todas las patologías estudiadas en este trabajo.

Se consiguió reunir una muestra de 118 individuos de diferentes edades quienes respondieron de forma acorde a las preguntas del cuestionario del cual elaboré dos modalidades:

- En papel impreso.
- Formato online.

Para la elaboración de este ejercicio establecí un objetivo central basado en una hipótesis principal a la que quise llegar mediante el análisis de 5 hipótesis intermedias, descritas en la **tabla Nº 10**. De esta forma investigué 25 variables interrogantes que pueden observarse en la encuesta adjuntada en el apartado de anexos como **Anexo Nº**

3.

OBJETIVO DE LA ENCUESTA		Aproximación al grado de vulnerabilidad española
HIPÓTESIS	GENERAL	Déficit de toma de medidas preventivas por parte de la población
	INTERMEDIA	Escasa higiene de manos
		Insuficientes medidas anti vectoriales
		Déficit del control veterinario
		Concienciación disminuida en materia de vacunas
		Automedicación y alteración de la pauta farmacológica

Tabla N° 10: Tabla de elaboración propia. *Elaboración de la encuesta para la investigación.*

Una vez recaudadas todas las respuestas, resalto el número de personas que realizaron íntegra y correctamente el cuestionario según edades:

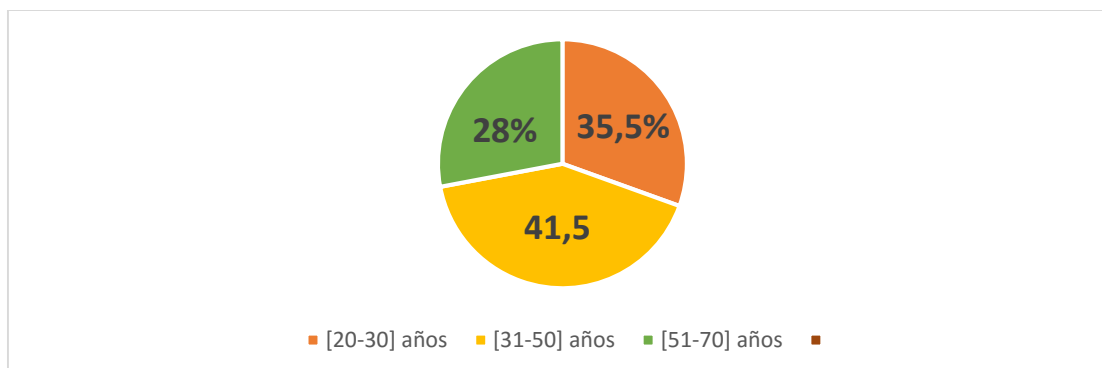


Imagen N° 14: Gráfico de elaboración propia. *Distribución de la muestra según franja de edad*

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron sometidos a su estudio, obteniendo una visión general de óptimas condiciones de vida entre habitantes de nacionalidad española. No obstante se han hallado acciones con un grado de mayor imprudencia o situaciones que conviene mejorar para el bien de los usuarios del sistema sanitario.

Este apartado lo desarrollo a través del seguimiento de las 5 hipótesis intermedias previamente delimitadas.

4.1.1. HIGIENE DE MANOS

Desde un punto de vista colectivo, el lavado de manos se lleva a cabo en gran medida por parte de toda la muestra, especialmente tras el contacto con animales y residuos. Así mismo esta actividad higiénica obtiene altos porcentajes en el uso de jabones u otras sustancias sustitutas en las tres franjas de edad.

En cambio el uso de geles hidroalcohólicos no está tan extendido. El 40,8% representa quienes nunca lo usan y un 27,9 % quienes lo usan en pocas ocasiones. Dejando así solo un 4,6% lo usan bastante y el 13,8% en cierto modo.

El uso de estas soluciones entre jóvenes y adultos de 30 años a 70 años es bastante equitativo.

La capacidad pues de trasmisión patógena fecal – oral puede verse prevenida en su mayor parte.

La diferencia más importante hallada en esta parte de higiene, fue el grado de lavado de manos previamente a la manipulación alimenticia entre las distintas edades. Mientras que los adultos de entre 31 y 50 años mantienen esta medida en un 79,6%, los menores y mayores le destinan un porcentaje menor.

	[20-30] años	[31-50] años	[50 – 70] años
En absoluto	0%	0%	0%
No mucho	2,7%	0%	0%
No sabe	19,44%	6,12%	9,1%
En cierto modo	38,9%	14%	27,27%
Bastante	38%	79,6%	63%

*Tabla Nº 11: **Tabla de elaboración propia.** Comparativa de porcentajes según edades del lavado de manos previo a la manipulación alimenticia*

4.1.2. INSUFICIENTES MEDIDAS ANTI VECTORIALES

Dado que la muestra fue realizada de forma aleatoria, no se ha establecido un entorno definido y la presencia de insectos en el mico se ha visto muy variada. No obstante se hace notable la valoración de una escasa presencia de mosquitos y/o moscas.

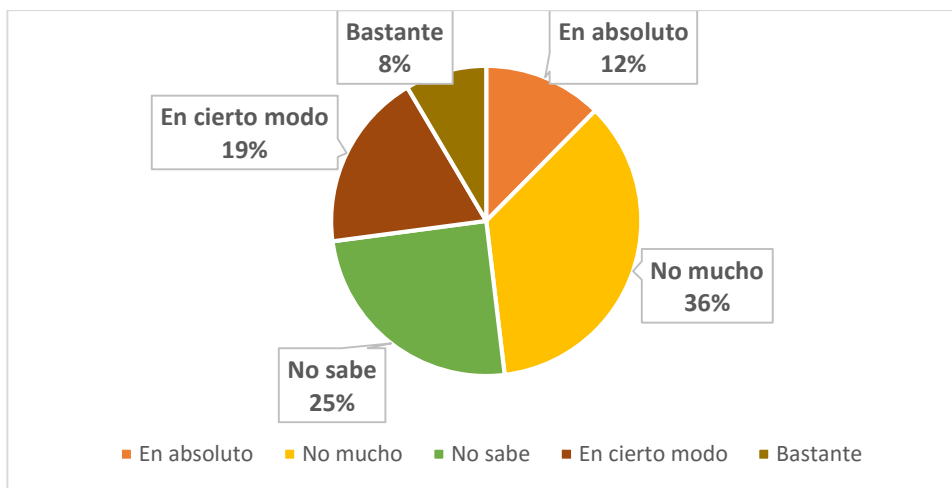


Imagen Nº 5: Gráfico de elaboración propia. Presencia de mosquitos en el entorno de la muestra

Este hecho hace que las medidas preventivas tomadas por parte de la población con respecto a los mosquitos sean escasas. Especialmente cuando se refieren a una aplicación sobre la propia persona como el uso de lociones repelentes y ropas largas.

	[20-30] años	[31-50] años	[51-70] años
En absoluto	25%	30,61%	39,4%
No mucho	41,66%	20,4%	30,3%
No sabe	19,44%	26,53%	3 %
En cierto modo	5,55%	16,32%	12,12%
Bastante	8,33%	6,12%	15,15%

Tabla Nº 12: Tabla de elaboración propia. Uso de lociones repelentes y ropas largas para prevenir las picaduras de mosquitos según franjas de edad.

La toma de medidas anti vectoriales sobre los hogares en vez de sobre el cuerpo, se hace más escasa en la las edades jóvenes de la muestra. Los resultados pueden observarse en la **tabla Nº 13**. Los jóvenes no recurren bastante a ello aunque sí de forma ocasional. Aun así, juntando ambas variables de uso (bastante y en cierto modo) se obtiene un porcentaje de 52,81% en jóvenes y de 53,05% desde la treintena hasta los 50 años. Siendo en realidad el grupo de entre 50 y 70 años los que más recurren a estas medidas con un 75,73%.

	[20-30] años	[31-50] años	[51-70] años
En absoluto	16,7%	14,3%	12,12 %
No mucho	19,4%	20,4%	9,1%
No sabe	11,1%	12,24%	3%
En cierto modo	36,11%	22,44%	42,4%
Bastante	16,7%	30,61%	33,33%

Tabla Nº 13: Tabla de elaboración propia. *Uso de mosquiteras e insecticidas u otra medidas anti vectoriales sobre el hogar y entorno según franjas de edad.*

El contacto directo con garrapatas se ve muy disminuido entre los habitantes españoles según la muestra estudiada. Tan solo guardan cierta cercanía una pequeña porción de quienes poseen mascota o viven próximos a alguna especie animal.

4.1.3. CONCIENCIACIÓN DISMINUIDA EN MATERIA DE VACUNAS

La mentalidad de la muestra, desde una perspectiva general, está muy a favor de la vacunación tanto humana como animal. Solo un 3,1% del colectivo se muestra contraria a la vacunación. No obstante conocer los beneficios de las vacunas no se liga al conocimiento sobre ellas. El 38% de la muestra admitió conocer bastante bien el calendario, a pesar de que los profesionales sanitarios influyen positivamente en la motivación para optar esta medida inmunitaria. Los que significa que informamos sobre la vacunación pero la población no asume el contenido del calendario vacunal quizás por las discrepancias entre comunidades autónomas en lo que respecta a dicho calendario.

En la **tabla Nº 14** se observa que los adultos de entre 31 y 50 años mantienen un mayor conocimiento sobre el calendario vacunal establecido. En segundo lugar se encuentran sus mayores y finalmente los jóvenes carecen de la suficiente información sobre las vacunas incluidas, posiblemente por ser esta franja de edad la que tiene niños a su cargo y están pendientes del calendario vacunal.

	[20-30] años	[31-50] años	[51-70] años
En absoluto	19,44%	6,1%	18,18%
No mucho	27,8%	12,24%	12,12%
No sabe	22,22%	4,1%	12,12%
En cierto modo	11,11%	16,32%	27,27%
Bastante	19,44 %	61,22%	30,30%

Tabla Nº 14: *Tabla de elaboración propia.* Comparativa de porcentajes que reflejan un conocimiento del calendario vacunal entre grupos de distintas edades.

Los restantes puntos guardan un equilibrio entre los distintos estratos de edad sin mostrar ninguna situación destacada.

4.1.4. AUTOMEDICACIÓN Y ALTERACIÓN DE LA PAUTA FARMACOLÓGICA

Por norma general, según el estudio realizado, la toma de antibióticos no es frecuente entre la población investigada y se consideran buenos seguidores de la pauta siendo solo un 7% quien finaliza los tratamientos antes del tiempo establecido. Y un 5,5 % los que alguna vez han reutilizado antibióticos auto medicándose.

No existen grandes diferencias entre edades respecto a la toma de antibióticos tanto de forma correcta como alejada de la pauta médica. A lo sumo, la mayor diferencia hallada en la investigación es la mostrada en la **tabla Nº 15**.

	[20-30] años	[31-50] años	[51-70] años
En absoluto	33,33%	51%	57,6%
No mucho	5,55%	10,2%	12,1,2%
No sabe	22,22%	18,36%	9,1%
En cierto modo	30,55%	14,29%	12,24%
Bastante	8,33%	6,12%	2,04%

Tabla Nº 15: *Tabla de elaboración propia.* Comparativa de porcentajes por edades en la finalización prematura de la pauta médica antibiótica.

El grupo más joven de la encuesta muestra el mayor porcentaje de finalización de pauta antibiótica aunque únicamente se trata de un 8,33%. A su vez en los dos grupos restantes, altos porcentajes niegan dicha finalización prematura lo que les convierte en los estratos que mejor cumplen las recetas de antibiótico.

En definitiva, este apartado muestra una buena concienciación por parte de toda la muestra.

4.1.5. DÉFICIT DEL CONTROL VETERINARIO

De toda la muestra investigada, 69 personas poseen un contacto cercano con animales. De todas ellas, un 32,5 % acude a veterinario con la intención de vacunar, habiendo confirmado un buen seguimiento veterinario el 50% de la muestra. La diferencia del 17,5% entre ambas cifras puede deberse al frecuente contacto con animales de los cuales no se tienen tutela (silvestres o ajenas) o el cuidado de animales de granja con insuficiente conocimiento sobre su vacunación. Lo mismo ocurre con el uso de pipetas u otras medidas preventivas.

La discrepancia más notable entre los tres grupos se encuentra en el uso de pipetas u otras técnicas de prevención parasitaria. Queda esta diferenciación reflejada en la **tabla Nº 16**. Podemos apreciar que los más jóvenes recurren bastante al uso de productos anti parásitos para sus animales seguidos del grupo de mediana edad (31-50 años). Sin embargo los más longevos de la muestra optan por un uso ocasional. En cambio es el grupo de edad intermedia (de 31 a 50 años) el que no recurre a estos métodos en un 34,37%.

	[20-30] años	[31-50] años	[51-70] años
En absoluto	10%	34,37%	23,52%
No mucho	10%	3,12%	5,88%
No sabe	20%	12,5%	5,88%
En cierto modo	10%	9,37%	47%
Bastante	50%	40%	17,64%
Total de personas	20 personas	32 personas	17 personas

Tabla Nº 16: Tabla de elaboración propia. Comparativa de porcentajes entre grupos de distintas edades sobre el uso de repelentes parasitarios para sus animales

5. ABORDAJE DE ENFERMERÍA

“Fuertes razones, hacen fuertes acciones”

(William Shakespeare)

Trabajando sobre el material desarrollado en este documento en lo que respecta a la epidemiología de las enfermedades tratadas, distinguimos una serie de medidas preventivas para dichas patologías. En los resultados de la investigación se observó una óptima concienciación para la protección de la salud exceptuando ciertos puntos que deberían matizarse promoviendo una mayor potenciación de actuaciones preventivas. En la **imagen Nº 6** de elaboración propia se muestran las situaciones claves donde incidir con mayor fuerza en relación a los grupos de mayor riesgo.

No solo hay que pretender cambios sino también conseguir que estos duren o que las acciones correctas continúen sin devaluarse.

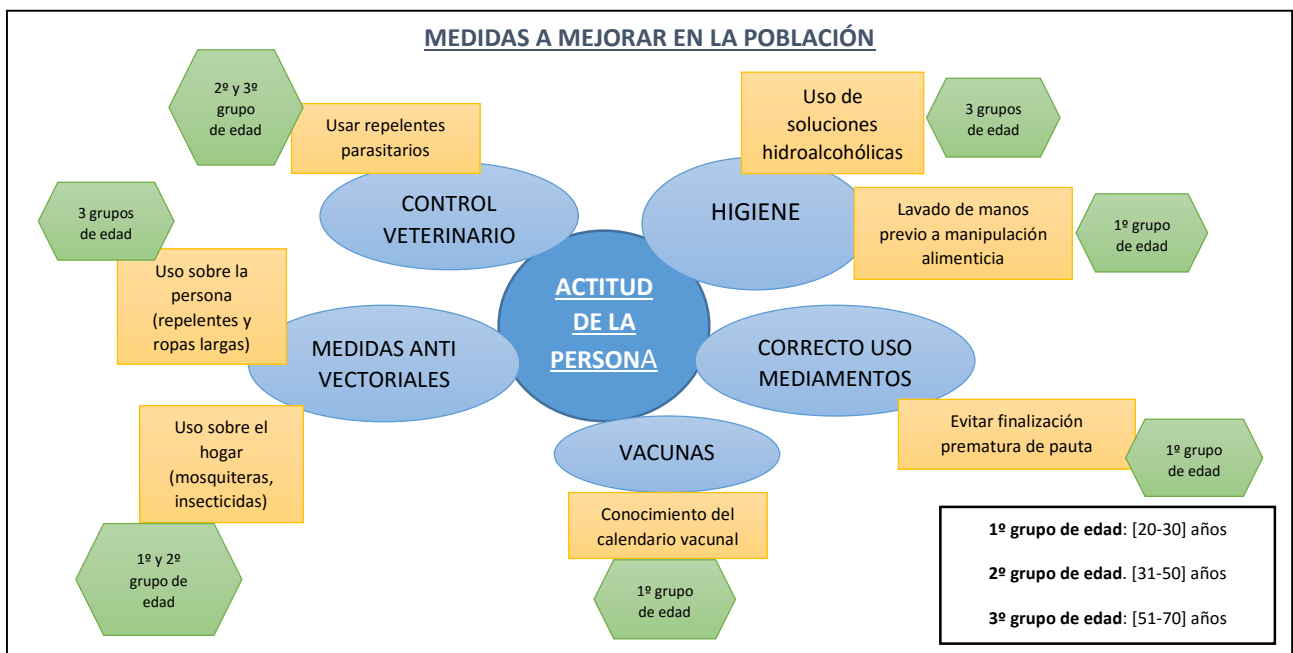


Imagen Nº 6: Imagen de elaboración propia. Medidas preventivas a influenciar con mayor ahínco según grupos de mayor riesgo.

Se puede afirmar pues que la actitud de la persona es el factor donde mayor se debe recalcar nuestra función protectora de la salud. Modificar los comportamientos

delimitados ha de ser entonces el objetivo primordial y por ello mismo la educación para la salud es la mejor opción.^[25]

La educación sanitaria ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia pasando desde la perspectiva clásica donde solo se tenían en cuenta factores internos (de la persona) a una perspectiva comunitaria donde entran en juego factores externos^[16] como ambiente, el sistema sanitario y la sociedad.

En pocas palabras se debe tener en cuenta la acción de los cuatro determinantes de la salud que se hará notable en la elección de un modelo educacional denominado modelo pragmático donde no solo se intentará aumentar conocimientos y la motivación, sino que también se tienen en cuenta las contingencias individuales que pueden influir en el proceso de cambio y se cooperará con las políticas y principios económicos.^[25,26,27]

5.1. CAMPOS DE ACCIÓN

En base al estudio epidemiológico y bajo mi criterio he seleccionado unos ámbitos de actuación para desarrollar el proceso educativo que he diferenciado en dos niveles; uno a nivel de centro escolares y el segundo en la comunidad.

5.1.1. ESCUELAS/ COLEGIOS/ INSTITUTOS

Aunque es una edad que no tenemos constancia de ser un grupo de riesgo significativo, sí me ha parecido oportuno desarrollar esta etapa al caracterizarse esta por ser el periodo de crecimiento y desarrollo en todas las dimensiones humanas (biológicas, psicológicas y sociales). La capacidad de aprendizaje es muy grande como la asimilación de conceptos y receptividad de nuevos conocimientos. En base a los resultados obtenidos en el estudio he realizado una tabla donde expongo los temas más relevantes a tratar sin olvidar el papel que juega la enfermera escolar en este ámbito.^[6,28]

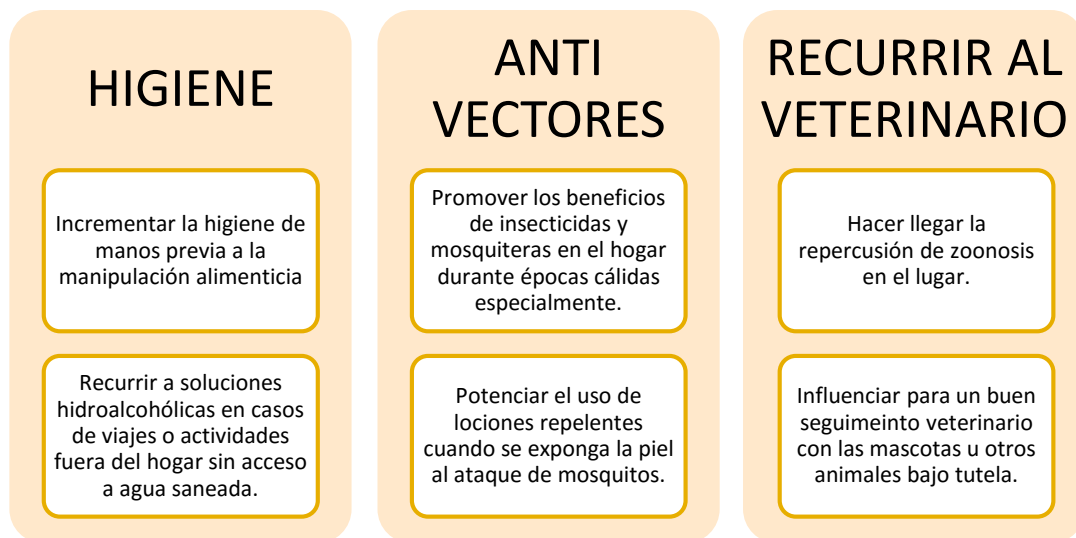


Tabla Nº 17: Tabla de elaboración propia. Temas a tratar en los centros educativos basados en los resultados de la investigación

Dentro del espacio destinado a promover una buena higiene, la cual se tiene en menor consideración en el grupo de edad de entre 20 y 30 años, conviene resaltar que una fuente de infecciones son los dispositivos móviles inteligentes, los cuales conviene limpiar de forma periódica ayudándose de geles desinfectantes como las sustancias hidroalcohólicas.

5.1.2. COMUNIDAD

Su cobertura es amplia, pues llegaría a todos los usuarios del sistema sanitario a través del primer nivel asistencial y con ayuda de los medios de comunicación. Sobre este servicio recae fuertemente la promoción del calendario vacunal y su aplicación.

Bien es cierto que desde la Constitución de 1978, las comunidades autónomas han adquirido mayor capacidad de autogobierno^[26] en competencias como la sanidad con el fin de adecuar efectiva y eficientemente sus actuaciones a las necesidades específicas de cada territorio autónomo.

Sin embargo el calendario vacunal podría, según muchos partidarios, unificarse para todo el Estado sin distinción territorial. De esta forma la comprensión del mismo se vería más facilitada y la prevención de enfermedades más solidificada.

La endemicidad de patologías entre comunidades autónomas no es desmedida^[27] y dada la situación laboral y estudiantil que facilita un alto flujo de viajeros entre comunidades, no sería descabellada esta unificación.

Dada la especialidad, por parte de los profesionales sanitarios, en salud comunitaria, se hace posible el abordaje de todos los temas resaltados en la **imagen Nº 6**.

5.2. MÉTODOS Y MEDIOS DE EDUCACIÓN SANITARIA

Para conseguir las metas propuestas anteriormente se requiere del uso de técnicas que lo faciliten y permitan. Entre ellas se distinguen varias categorías que engloban diferentes medios.^[28] Desde mi punto de vista, dados los grupos de edad sobre los que deberemos actuar establecí como esenciales los siguientes:

	MEDIDAS	FUNDAMENTACIÓN
MÉTODOS DIRECTOS ^[6, 26]	Diálogo (entrevista clínica)	Permite detectar situaciones de riesgo y la vida del paciente. Más capacidad de relacionar consejos y conocimientos en base a las necesidades halladas.
	Clases/aulas	Aprovecha la alta capacidad de aprendizaje e influencia de las edades tempranas. También se extendería hacia profesionales de la educación.
	Charlas complementadas con talleres didácticos	Los talleres capacitan poner a prueba los conocimientos dados en la charla fijando la información y compartiendo experiencias entre individuos de un colectivo
MÉTODOS INDIRECTOS ^[6, 26]	Internet (redes sociales, YouTube...)	Medio sustituto de la televisión para muchos jóvenes.
MÉTODOS AUDIO VISUALES ^[6, 26]	Televisión	Incluir en contenidos televisivos (series, programas) fragmentos de guiones de la historia dedicados a buenos hábitos sanitarios sin necesidad propagandística

Tabla Nº 18: Tabla de elaboración propia. Métodos y medios de educación sanitaria.

No he introducido la distribución de folletos en los medios indirectos por la gran probabilidad de la falta de lectura y por no tener un poder motivacional fuerte como la influencia ejercida por personajes televisivos, de internet o por la cooperación entre compañeros en las aulas.

6. CONCLUSIONES

1. Las situaciones conflictivas y explotación de los recursos por parte de grandes potencias en los países subdesarrollados, favorecen la escasez en dichos lugares incidiendo en un aumento de hambrunas, enfermedades y pobreza como ocurre en numerosos países africanos.
2. Los movimientos migratorios irregulares de origen africano son un gran reto para la sanidad pública española, suponiendo una puerta de entrada de patógenos, facilitando los fenómenos de reemergencia y emergencia en España. En añadidura, la importación de enfermedades infecciosas aumenta la vulnerabilidad de los españoles frente a agentes exóticos a los que no estamos familiarizados.
3. Las formas de transmisión más frecuentes de las enfermedades infecciosas importadas, reemergente y emergentes son vía aérea (evitable con vacunas la mayoría de ellas), a través de vectores (prevenible con repelentes entre otros), feco-hídricas (eludible con una buena higiene y saneamiento de aguas), de transmisión enzoótica (soslayadas con controles veterinarios) y finalmente por contacto directo que pueden impedirse con otras medidas de preventivas, pudiéndose todas ellas, transmitirse a la población a través de la educación con el fin de proteger la salud pública.
4. La población española mantienen una óptima concienciación en lo que respecta a medidas preventivas dificultando la transmisión de enfermedades importadas o aumentadas en incidencia por el auge migratorio.
5. Recurrir a geles hidroalcohólicos no es una acción muy extendida entre edades de 20 – 70 años por lo que su uso debería potenciarse de forma ocasional, especialmente a la hora de realizar viajes o llevar a cabo actividades fuera del hogar sin posibilidad de contar con aguas saneadas, como en el senderismo. También puede destinarse para eliminar cualquier agente patológico de fuertes fuentes de infección como los móviles táctiles tan bien distribuidos en la sociedad.

6. La unificación de un calendario vacunal, para evitar las discrepancias entre comunidades autónomas favorecen una mejor comprensión de las vacunas incluidas en el mismo. A pesar de que las diferencias fueron establecidas con el fin de adecuar el calendario a las necesidades específicas de cada territorio, las discrepancias entre endemicidad de la enfermedades no es desmesurada. De tal forma que, unificando el calendario, aumentaríamos el grado de prevención primaria puesto que, la situación laboral y estudiantil de España, favorece un alto flujo de viajeros entre las distintas Comunidades Autónomas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Reátogui MO. Trabajo fin de Grado; Inmigración y Salud [Internet]. Almería: Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; División de Enfermería y Fisioterapia; 2013 [acceso el 30 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2513/1/Trabajo.pdf>
2. Cebrián JA, Charef M. La inmigración irregular española procedente de Marruecos [Monografía de Internet]. Madrid: Fundación ciudadanía y valores. 2012 [citado el 5 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://digital.csic.es/handle/10261/62432>
3. López-Vélez R, Molina R. Cambio climático en España y riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas por artrópodos y roedores. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2005 [acceso el 12 de diciembre de 2015]; 79(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272005000200006&script=sci_arttext
4. Norman F, Monge B, Navarro M, Rodríguez B, Guionnet A, López-Vélez R. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs). [Monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y Política social. IMGRAF; 2009 [accesos 15 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInflImporPaisesOrigen.pdf>
5. Patz JA, Olso SH, Uejio CK, Gibbs HK. Emergencia de enfermedades como consecuencia del cambio climático global y los cambios del uso de la tierra. MED Clin N Am [Internet]. 2008 [citado el 2 de febrero de 2016]; 92: 1473–1491. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13145867&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=509&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=509v92np6a13145867pdf001.pdf

6. Arcos P. El cambio climático hará que el mosquito del Zika llegue a España en 5 años. Faro de Vigo [Internet]. 13 de febrero del 2016; Sección de sociedad [citado el 16 de Febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.farodevigo.es/sociedad/2016/02/13/pedro-arcos-gonzalez/1403831.html>
7. López-Vélez R, Navarro M, Jiménez C. Estudio de inmigración salud pública: enfermedades infecciosas [Monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones Paseo del Prado; 2007 [acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>
8. El ABC. Así es la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' según la comunidad en la que residen. Abc. [Internet]. 2015 [acceso el 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.abc.es/sociedad/20150826/abci-asistencia-sanitaria-comunidades-201508251319.html>
9. Oliva J, Pérez G. Inmigración y salud. Gac Sanit [Internet]. 2009 [citado 18 de Febrero de 2016]; Vol. (23): 1-3. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/inmigracion-salud/articulo/S0213911109003392/>
10. Suárez CL, Berdasquera D. Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia. Med Gen Integr [Internet]. 200 [citado el 27 de Diciembre de 2015]; 16(6):593-7. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi11600.pdf
11. López-Vélez R, Martín E, Pérez JA. Guía de enfermedades infecciosas importadas. [Monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones Paseo del Prado; 2008 [acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/GuiaEnfInflmp.pdf>
12. Herrero JM, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, López-Vélez R. Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e

inmigrantes viajeros. [Monografía de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas sociales. IMGRAF; 2009 [acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estrategiasBasicasEnInflImpor.pdf>

13. Who.es [sede web]. Ginebra: Who.int; 1948 [actualización 28 febrero del 2016; citado el 29 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
14. Madrid.org [sede web]. Comunidad de Madrid: Hospital universitario Ramón y Cajal; [actualización 28 de febrero de 2016; acceso el 30 de enero de 2016]. Boletín enfermedades emergentes [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=BEE-12-15.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352899352092&ssbinary=true>
15. MedlinePlus.com [Internet]. EE.UU: Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.); 1998 [actualizado el 26 de febrero de 2016; citado el 11 de diciembre de 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>
16. Piédrola Gil G. Medicina preventiva y salud pública. 10ª edición. Barcelona: Masson; 2001.
17. Sánchez A. Zoonosis transmitidas por mascotas; Diez males de compañía. *Muy Salud*. 2016; (5): 86-91.
18. Santos S, Sierra MJ, Oliva L, Sánchez A, Suárez B, Simón F. Posibilidad de introducción y circulación del virus del dengue. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2014 [consultado el 3 de enero de 2016]; (88): 555-567. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_5/RS885C_SSS.pdf
19. Fernández CE, Manzur JL, Diosque MA, Yedlin GE, Echenique HC, Sosa SA. Enfermedades infecciosas: fiebre amarilla; diagnóstico de la fiebre amarilla; guía para el equipo de salud [Internet]. 2ª edición. Cdad autónoma de BS, AS.,

- República de Argentina: Dirección de epidemiología-Ministerio de salud de la nación; 2010. [citado el 4 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000064cnt-01-guia-fiebre-amarilla.pdf>
- 20.** Prieto L, Górgolas M. Fiebre amarilla: cuando el pasado es presente y será futuro. El país [Internet]. 19 de febrero del 2016 [acceso el 29 de febrero del 2016]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2016/02/16/planeta_futuro/1455622941_852852.html
- 21.** Ariza LM. Toda la verdad sobre el virus del Zika. Muy interesante. 2016; 418 (1): 36-41
- 22.** Blog.Ciencias-Médicas [sede web]. Méndez A; 15 de julio del 2012 [acceso el 1 Marzo del 2016] Esquistosomiasis o bilharzia. Disponible en: <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/1774>
- 23.** Sánchez A, Amela C, Santos S, Suárez B, Simón F, Sierra MJ. Informe de actuación y evaluación del riesgo de la Fiebre por virus del Nilo Occidental en España. [Monografía de internet]. Madrid: Centro de publicaciones Paseo del Prado; 30 de Abril de 2013 [acceso el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/analisisituacion/doc/evVNO_04_13.pdf
- 24.** Casaboni J, Alberny M, Cots JM. Sida y enfermedades de transmisión sexual. En: Martín A, Cano JF, editor. Atención Primaria conceptos organización y práctica clínica. 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1155-1192
- 25.** Berman A, Snyder SJ. Fundamentos de Enfermería. Volumen 1. 9ª edición. Madrid: Pearson; 2013
- 26.** Frías A. Enfermería comunitaria. 1ª edición. Barcelona: Masson; 2000
- 27.** Pallarés J, Mata M. Infecciones frecuentes en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, editor. Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica. 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1193-1234

- 28.** Cost JM, Llor C, Serrano M. Prevención de enfermedades transmisibles. En: Casado V, Serrano M, Bonal P, coordinadores. Medicina de familia: guía para estudiantes. 1ª edición. Barcelona: Ariel; 2005. p. 501-524.

8. ANEXOS

Anexo Nº1: Tabla de elaboración propia. Enfermedades de posible reemergencia en España.

ENFERMEDADES REEMERGENTES EN ESPAÑA									
PATOLOGÍA	AGENTE CAUSAL	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	CICLO BIOLÓGICO			TRANSMISIÓN	CLÍNICA	RELACIÓN CON REEMERGENCIA	PRINCIPAL PREVENCIÓN
			Reservorio	Portador	Vector				
SARAMPIÓN	Virus RNA g. Morbillivirus, f. Paramyxoviridae sp. Virus del sarampión	Mundial	Humanos	Humanos	No	Aérea (flügger)	Cuadro gripal + exantema. Graves complicaciones.	Disminución de vacunados. Movimientos migratorios.	Vacunas
			Humanos	Humanos	No	Contacto directo Aérea (flügger)	Secuencia en fases Afección cutánea y mucosas respiratorias migratorias.	Disminución de vacunados. Movimientos migratorios.	Vacunas
DIFTERIA	Bacilo g. <i>Corynebacterium</i> sp. <i>S. Diphtheriae</i> . Sus exotoxinas	Mundial	Humanos	Humanos	No	Contacto directo (difteria cutánea)	Fase latente (asintomática) Fase activa Afección pulmonar	Auge del SIDA. Inadecuado seguimiento farmacológico.	Actitud del enfermo y portador (seguimiento correcto de pauta antibiótica)
TUBERCULOSIS	Bacteria BAAR g. <i>Mycobacterium</i> sp. <i>M. tuberculosis</i>	Mundial	Humanos	Humanos	No	Aérea (flügger)	Fase progresiva Afección sistémica Complicaciones severas	Movimientos migratorios.	Higiene manos Saneamiento de aguas
FIEBRE TIFOIDEA	Bacilo Salmonella sp. <i>S. Typhimurium</i> o Typhi	Mundial	Humanos	Humanos	No	Fecohídrica	Episodios recurrentes de fiebre Crisis graves	Movimientos migratorios	Medidas anti vectoriales
FIEBRE RECURRENTE	Espiroqueta g. Borrelia sps. B. Hispánica B. <i>crocidurae</i> B. <i>microti</i>	África del norte España	Humanos	Humanos	Garapata omnívoras Roedores	Ciclo biológico	Episodios recurrentes de fiebre Crisis graves Riesgo de recaídas	Movimientos migratorios	Medidas anti vectoriales
Borreliosis	Espiroqueta, g. Borrelia, Sp. B. <i>Recurentis</i>	África tropical Focos en España	Humanos	Humanos	Plojos	Ciclo biológico	Episodios recurrentes de fiebre Crisis graves Riesgo de recaídas	Movimientos migratorios	Medidas anti vectoriales
RABIA	Virus f. Rhabdoviridae, g. Lyssavirus sp. Virus de la rabia	Mundial exceptuando la Antártida	Mamíferos varios	Mamífero	No	Contacto directo	Secuencia en fases Grana afección nerviosa Graves consecuencias	Movimiento poblacional. Escaso control veterinario.	Vacuna Control veterinario

ANEXO 1. Tabla de elaboración propia. Enfermedades de posible reemergencia en España

Anexo Nº 2: Tabla de elaboración propia; Enfermedades importadas desde África.

ENFERMEDADES IMPORTADAS DE ÁFRICA A ESPAÑA								
PATOLOGÍA	AGENTE CAUSAL	PRINCIPAL DISTRIBUCIÓN	CICLO BIOLÓGICO		TRANSMISIÓN	CLÍNICA	PRINCIPAL PREVENCIÓN	
			Reservorio	Portador				Vector
MALARIA/ PALUDISMO	Parásito f. Plasmodium g. Plasmodium sp. P. malariae	África del Norte	Humanos	Humanos	Mosquito <i>Anopheles</i>	Ciclo biológico	Anemia. Afección nerviosa y digestiva	Control anti vectorial Inmunización activa
HEPATITIS A Y E	Virus RNA. De la Hepatitis A y E g. heparovirus f. Picornavivirus	África	Humanos Primates	Humanos Primates	No	Fecohídrica o entérica	Afección intestinal y hepática.	Inmunización pasiva y activa Higiene y saneamiento de aguas.
DENGUE	Virus <i>arbovirus</i> g. <i>flavivirus</i> f. <i>flaviviridae</i>	África del Norte	Humano	Vector	África <i>Aedes Aegypti</i>	Ciclo biológico Contacto directo	Cuadros con gripales con severas complicaciones	Medidas anti vectoriales
FIEBRE AMARILLA ZIKA				Humanos	España <i>Aedes Albopictus</i>	Ciclo biológico Ciclo biológico En investigación		
ESQUISTOSO- MIASIS	Parásitos c. Cestodo. g. <i>Echinococcus</i> sp. <i>E.granulosus</i>	España y África	Mamíferos varios	Mamíferos Humanos	No	Contacto de aguas infestadas	Quistes calcificados en distintos niveles	Saneamiento de aguas Mediad anti vectoriales
	Parásito s g. <i>Schistosoma</i> sp. <i>S.haematobium</i>	África del Norte. Gran relevancia Egipto	Caracoles g. <i>Bulinus</i> Caracoles f. <i>planorbium</i> g. <i>Ferrissia</i>	Caracoles Humanos			Afectación uretral y renales	
FIEBRE DEL VALLE DEL RIFT	Virus RNA. g. <i>Phlebovirus</i> , f. <i>Bunyaviridae</i>	África (Mauritania y Egipto)	Bovinos y rumiantes	Humanos reservorio	África Mosquito <i>Anopheles</i> y <i>Aedes Inicatoshi</i> España: <i>Culex Pipiens</i>	Ciclo biológico Contacto directo con fluidos de reservorios	Cuadro gripal posibles complicaciones severas	Medidas anti vectoriales Vacuna (experimental)
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	Parásito. Protozoo. c. Kinetoplastea. sp. Leishmania tropica.	África del Norte principalmente Argelia	Humanos roedores marsupial perros armadillos hormiguero	Reservorio	Moscas <i>Phlebotomus</i> f. <i>Psychododae</i> g. <i>Lutzomyia</i>	Ciclo biológico	Lesiones cutáneas dolorosas. Pápula, nódulo, úlcera, lesiones satélites indolores	Medidas anti vectoriales

ANEXO 2. Tabla de elaboración propia. Enfermedades importadas desde África a España

Anexo Nº 3: Cuestionario de elaboración propia. Cuestionario de valoración.

ENCUESTA DE VALORACIÓN

En primer lugar **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN** rellenando esta encuesta. Le tomará en torno a 5-7 minutos. La finalidad de este cuestionario es puramente académico y de **CARÁCTER ANÓNIMO** rigiéndose bajo la ley Orgánica 15/1999 que defiende la **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**.

ESTA ENCUESTA SE DESARROLLARÁ DE FORMA ANÓNIMA

Edad:

En cada una de las preguntas siguientes, **RODEE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR SE ADECUÉ** a su opinión sobre la importancia del asunto en cuestión.

La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opiniones.

Pregunta	Escala de importancia				
	En absoluto	No mucho	NS/NC	En cierto modo	Bastante
¿Cree mantener una buena higiene personal?	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia se lava usted sus manos?	1	2	3	4	5
¿Usa jabón o cualquier otro sustituto para su higiene de manos?	1	2	3	4	5
¿En qué medida recurre al uso de soluciones hidrocoloides (gel de alcohol)?	1	2	3	4	5
¿Tiene por costumbre lavarse las manos tras el uso del servicio?	1	2	3	4	5
¿Procura tener una higiene óptima antes de la manipulación de alimentos (cocinar, comer...)?	1	2	3	4	5
¿Lava usted la verdura y fruta previamente a su manipulación y/o ingesta?	1	2	3	4	5
¿En qué grado protege la comida de los animales domésticos y/o insectos como moscas y mosquitos?	1	2	3	4	5
¿En qué medida se presentan mosquito en su hogar en verano?	1	2	3	4	5
¿Toma medidas anti insectos en su casa (mosquiteras, insecticidas...)?	1	2	3	4	5
¿En qué grado sufre picaduras de mosquitos en verano?	1	2	3	4	5
¿Hace uso de lociones repelentes de mosquitos, uso de ropas largas u otra mediad para evitar las picaduras?	1	2	3	4	5
¿Ha tenido algún contacto directo con garrapatas o ha portado alguna de ellas?	1	2	3	4	5
¿Posee estrecha relación con animales? (mascotas, ganadería, fauna silvestre, zoológicos...)	1	2	3	4	5
CONTESTAR SOLO EN CASO DE POSEER <u>MASCOTA</u> O DEDICARSE A LA <u>GANADERÍA</u>					
¿Cree que sigue correctamente los controles veterinarios de sus animales?	1	2	3	4	5
CONTESTAR SOLO EN CASO DE POSEER <u>MASCOTA</u> O DEICARSE A LA <u>GANADERIA</u>					
¿Acude al veterinario SOLO en casos de enfermedad o urgencia en el animal?	1	2	3	4	5
CONTESTAR SOLO EN CASO DE POSEER <u>MASCOTA</u> O DEDICARSE A LA <u>GANADERÍA</u>					

¿En qué grado sus animales presentan garrapatas?					
CONTESTAR SOLO EN CASO DE POSEER MASCOTA O DEDICARSE A LA GANADERÍA ¿Recurre usted al uso de pipeteas para prevenir parásitos en su animal u otro método repelente?	1	2	3	4	5
CONTESTAR SOLO EN CASO DE POSEER MASCOTA ¿Se lava las manos tras tener un contacto previo con el animal y/o deposiciones del mismo?	1	2	3	4	5
CONSTAR SOLO EN CASO DE POSEER MASCOTA ¿En qué grado acude al veterinario con la intención de vacunar a su animal?	1	2	3	4	5
¿Está usted a favor de la vacunación animal y humana?	1	2	3	4	5
¿Ha sido informado por los sanitarios de las ventajas que le brinda vacunarse?	1	2	3	4	5
¿Está usted vacunado de alguna patología que no sea la gripe? (tétanos, sarampión, difteria...)	1	2	3	4	5
¿Conoce qué vacunas están incluidas en el calendario vacunal?	1	2	3	4	5
¿Sigue usted su calendario vacunal?	1	2	3	4	5
¿Ha enfermado usted de alguna patología que pudo prevenirse con la vacunación? (Sarampión, Rubeola, Paperas, Varicela...)	1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia toma antibióticos?	1	2	3	4	5
¿Reutiliza usted antibióticos sobrantes sin facultad médica?	1	2	3	4	5
¿Considera que sigue de forma correcta las terapias medicamentosas pautadas por el médico?	1	2	3	4	5
¿Alguna vez finalizó prematuramente su tratamiento antibiótico sin orden médica que lo acreditase?	1	2	3	4	5

Anexo Nº 4. Gráfico de elaboración propia. Conceptualización de la amenaza epidemiológica actual a raíz de la inmigración irregular y cambio climático

