



ATENCIÓN SANITARIA Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD A
PERSONAS SOLICITANTES DE PROTECCIÓN
INTERNACIONAL EN ANDALUCÍA

INFORME DE SITUACIÓN
Actualización: Septiembre 2023





AUTORÍA

Olga Leralta Piñán	Experta en Promoción de la salud y mediación intercultural. Escuela Andaluza de Salud Pública
Ainhoa Ruiz Azarola	Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública
Jaime Jimenez-Pernett	Doctor en Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública
Mariola Bernal Solano	Doctora en Antropología Médica. Consultora externa
André de Manuel	Documentalista. Consultora externa
Pilar Cabo Cires	Secretaria. Escuela Andaluza de Salud Pública

Colaboraciones

PILAR BARAZA CANO. ENFERMERA. DISTRITO PONIENTE

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ GÓMEZ. DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE

ISABEL GÓMEZ DIAZ. SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL INFANTA ELENA DE HUELVA

SARA LOUISE GÓMEZ LANGLEY. CENTRO DE SALUD TORREBLANCA DE SEVILLA

TEODORO GÓMEZ RODRÍGUEZ. DIRECCIÓN GERENCIA DEL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA

TERESA IRIARTE DE LOS SANTOS. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ALICIA MALDONADO RAMOS. DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE

ANA ROLDÁN GARRIDO. DISTRITO SANITARIO SEVILLA

SEBASTIÁN TORNERO PATRICIO. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SILVIA VALLEJO GODOY. HOSPITAL DE PONIENTE DE ALMERÍA

TABLA DE CONTENIDO

ACRÓNIMOS.....	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Marco conceptual	5
1.1.2 Modelo de determinantes de la vulnerabilidad de las personas solicitantes de protección internacional y migrantes.....	6
1.1.3 Conceptos útiles en protección internacional	9
1.2. Marco legal	10
1.3. Itinerario de integración	11
2. OBJETIVOS DEL INFORME	13
2.1. Objetivos generales y específicos	13
2.2. Población a la que se dirige.....	14
3. Intervención desde SSPA	14
3.1. Coordinación	14
3. 2. Primera identificación de necesidades sociales y de salud	15
3.3. Organización administrativa para el acceso sanitario.....	16
4. ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL	22
4.1. Actuaciones en la consulta inicial y de seguimiento	22
4.2. Adecuación de la situación vacunal.....	28
4.3. Otras actividades preventivas y de promoción de la salud	29
4.4. Derivaciones a consultas especializadas	29
4.5. Competencias: intercultural y sensible al trauma	29
5. ALFABETIZACIÓN SANITARIA	32
5.1. Alfabetización en salud de las personas solicitantes de protección internacional	33
5.2. Formación de profesionales de la salud	36
5.3. Formación de profesionales de dispositivos de acogida	35
6. RECOMENDACIONES DERIVADAS DEL INFORME SITUACIONAL.....	38
7. BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXO 1. Conceptos relacionados con la protección internacional	45
ANEXO 2. Triage para la identificación inicial de necesidad de atención urgente.....	48
ANEXO 3. Principales enfermedades infecciosas importadas y la posibilidad de ser padecidas según continente de origen.....	50
ANEXO 4. Herramienta para Valoración del Riesgo Social por parte de trabajadores/as sociales del centro de salud y/o dispositivo de acogida	52
ANEXO 5. Herramienta para Valoración del Estado de bienestar psicosocial y de salud mental/Exploración psicológica básica	52
ANEXO 6. Pruebas generales y específicas	53



ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria

AGS: Área de Gestión Sanitaria

BDU: Base de Datos de personas Usuarías del SSPA

CAR: Centros de Acogida a Refugiados

CS: Centro de Salud

DGM: Dirección General de Migraciones

DIRAYA: Sistema que utiliza el SSPA como soporte de la historia clínica electrónica

DS: Distrito Sanitario

EAP: Equipo de Atención Primaria

EDO: Enfermedad de Declaración Obligatoria

FR: Factores de Riesgo

GRUSE: Grupos Socioeducativos (en Atención Primaria)

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

NUHSA: Número de Historia de Salud de Andalucía

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz

UGC: Unidades de Gestión Clínica

1. INTRODUCCIÓN

“Los refugiados y los migrantes involucrados en grandes movimientos de personas a menudo enfrentan un calvario desesperado. Muchos corren grandes riesgos al emprender viajes peligrosos a los que tal vez no sobrevivirán. Algunos se ven obligados a emplear los servicios de grupos delictivos, incluidos los traficantes de personas, y otros pueden caer en manos de esos grupos o convertirse en víctimas de la trata. Incluso después de llegar a su destino, les espera un recibimiento y un futuro incierto”.

Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Asamblea General de Naciones Unidas Septiembre de 2016

Las personas solicitantes de protección internacional que acceden a algún tipo de asistencia sanitaria representan varios desafíos al personal sanitario en Europa. Algunos desafíos no están relacionados con sus condiciones de salud, como las barreras del idioma y las diferencias culturales. Otros desafíos son sus necesidades en salud, problemas de salud mental relacionados con experiencias traumáticas, problemas de salud de larga duración, enfermedades transmisibles, o necesidades relacionadas con su ciclo vital (embarazos, infancia y adolescencia, etc.), que deben ser atendidos con un enfoque basado en la evidencia científica.

El proceso de acompañamiento que siguen las personas solicitantes de protección internacional implica su paso, en diferentes etapas, por dispositivos de acogida o diferentes domicilios, que corresponden a diferentes centros de salud. Para el seguimiento de las intervenciones y los resultados positivos en salud es imprescindible la homogeneización de su atención y la coordinación entre recursos sanitarios.

1.1 Marco conceptual

El **Modelo de determinantes sociales de la salud**¹ parte de la definición de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud: "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". A esta definición podemos añadir las circunstancias en las que las personas se desplazan o migran y mueren. Además, esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Específicamente, la OMS define los determinantes sociales de la salud como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.

Por otra parte, la **perspectiva de género**² debe impregnar cualquier intervención sanitaria, cuya efectividad se verá sin duda mejorada. El género es uno de los principales determinantes de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres, generando desigualdad y produciendo un enorme

¹ OMS [Determinantes sociales de la salud. Los hechos probados](#). 2003.

² Lucía Artazcoz et al (2018) Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018, disponible en : <https://www.gacetasanitaria.org/es-incorporacion-perspectiva-genero-salud-comunitaria--articulo-S0213911118301572>

impacto en la vida de las mujeres y las niñas de todo el mundo. En general, en las mujeres migrantes concurren condiciones sistémicas y circunstancias de mayor vulnerabilidad, mayor desventaja social y menos oportunidades tanto en las sociedades de origen como en las sociedades de acogida. Además, en los trayectos migratorios muchas mujeres y niñas suelen ser objeto de violencia y persecución.

En el caso de crisis humanitarias también encontramos un impacto mayor en la salud de las mujeres: aumentan los índices de mortalidad y malnutrición, especialmente entre madres y recién nacidos, y la violencia de género, incluida la violación y el matrimonio precoz y forzado, por el deterioro de los mecanismos de protección. El estado de salud de las mujeres y niñas refugiadas está seriamente afectado por las experiencias sufridas en sus países, por lo que a menudo presentan patologías relacionadas con esas vivencias. También con las situaciones vividas durante el tránsito y a su llegada a Europa.

Otro enfoque relevante para abordar la atención sanitaria a personas que necesitan protección internacional es el de equidad³. Se parte de la existencia de diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social. El **enfoque de equidad** se centra, por tanto, en aquellas diferencias sobre las que se puede y debe actuar.

1.1.2 Modelo de determinantes de la vulnerabilidad de las personas solicitantes de protección internacional y migrantes

Las innumerables vulnerabilidades a las que se ven expuestas las personas solicitantes de protección internacional en forma de abusos, explotación y/o violencia antes, durante o después de su migración, pueden tener un impacto negativo en su salud y estar relacionadas con las enfermedades que padecen.

Las personas migrantes y las que necesitan protección internacional presentan mayores prevalencias de algunas enfermedades como la diabetes, y de problemas de salud mental como depresión y ansiedad por las razones, condiciones y situaciones estresantes de su historia migratoria. Por otro lado, pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas debido a su exposición durante el desplazamiento, la falta de acceso a la atención sanitaria y las malas condiciones de vida durante el proceso de migración (OMS, 2021). En la tabla 1, se resumen algunas de las duras experiencias por las que pasan y sus posibles consecuencias sanitarias.

³ Algunas referencias relevantes son:

Ministerio de Sanidad y Política Social. [Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud](#), 2010.

En este texto de Margaret Whitehead y Göran Dahlgren se aborda el marco del enfoque de equidad: [Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud](#): Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid, 2010.

En la [Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud \(MSSSI, 2012\)](#) se ofrecen herramientas para la evaluación y el rediseño de las estrategias, programas y actividades de salud desde una perspectiva de equidad.

Tabla 1. Experiencias y consecuencias sanitarias de migrantes vulnerables

Experiencias de las personas migrantes vulnerables	Posibles consecuencias sanitarias
Maltrato físico, privaciones y abandono	Hematomas, tajos, quemaduras, fracturas óseas, malnutrición, traumatismos de partes blandas, problemas dentales, malestar psíquico y problemas de salud mental
Amenazas, intimidación y malos tratos psíquicos	Depresión, angustia, hostilidad y agresión, aislamiento y retraimiento, malestar psíquico y problemas de salud mental, alteraciones del sueño
Violencia y abuso sexuales	Infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), embarazo, aborto peligroso, disfunción sexual, fistula vaginal o anal, hematomas, tajos, quemaduras, fracturas óseas, malestar psíquico y problemas de salud mental
Abuso y uso indebido de sustancias, incluidos el alcohol y las drogas	Dependencia de sustancias, sobredosis, comportamientos de riesgo, síndrome de abstinencia, malestar psíquico y problemas de salud mental
Restricción de la interacción social y del acceso a las redes comunitarias y familiares	Imposibilidad de acceder a la atención de salud, malestar psíquico y problemas de salud mental
Explotación económica	Malnutrición, deshidratación, mala higiene, comportamientos de riesgo, insuficientes fondos para pagar la atención de salud, malestar psíquico y problemas de salud mental
Inseguridad jurídica	Acceso restringido o renuencia a recurrir a los servicios de atención de salud, partos no asistidos, malestar psíquico y problemas de salud mental
Condiciones de transporte, de vida o de trabajo peligrosas	Malnutrición, deshidratación, mala higiene, hematomas, tajos, quemaduras, fracturas óseas, malnutrición, traumatismos de partes blandas, enfermedades de la piel, infecciones, dificultad respiratoria, falta de sueño, malestar psíquico y problemas de salud mental
Exclusión, discriminación, marginación social	Acceso restringido o renuencia a recurrir a los servicios de atención de salud, malestar psíquico y problemas de salud mental

Fuente: Manual de la OIM sobre Protección y Asistencia para Personas Migrantes Vulnerables a la Violencia, la Explotación y el Abuso, 2021.

El modelo de determinantes de la vulnerabilidad de las personas migrantes (DVM) de la Organización Internacional de Migraciones recoge cuatro dimensiones, -individual, familiar y del hogar, comunitaria y estructural-, y señala como algunas de las principales las experiencias de desempleo, hacinamiento, sistemas sanitarios sobrecargados, sin competencia intercultural, así como padecer un trastorno mental o una enfermedad transmisible (OIM, 2021). Las personas migrantes en mal estado de salud física o mental son más vulnerables a la violencia, explotación y abuso, lo que a su vez agrava y/o perpetúa los problemas de salud.

La situación de salud es reflejo de la situación de partida conjugada con los factores y situaciones que va a encontrar en el proceso de tránsito y en el país de destino, en el que van a estar en situación socioeconómica desfavorable.

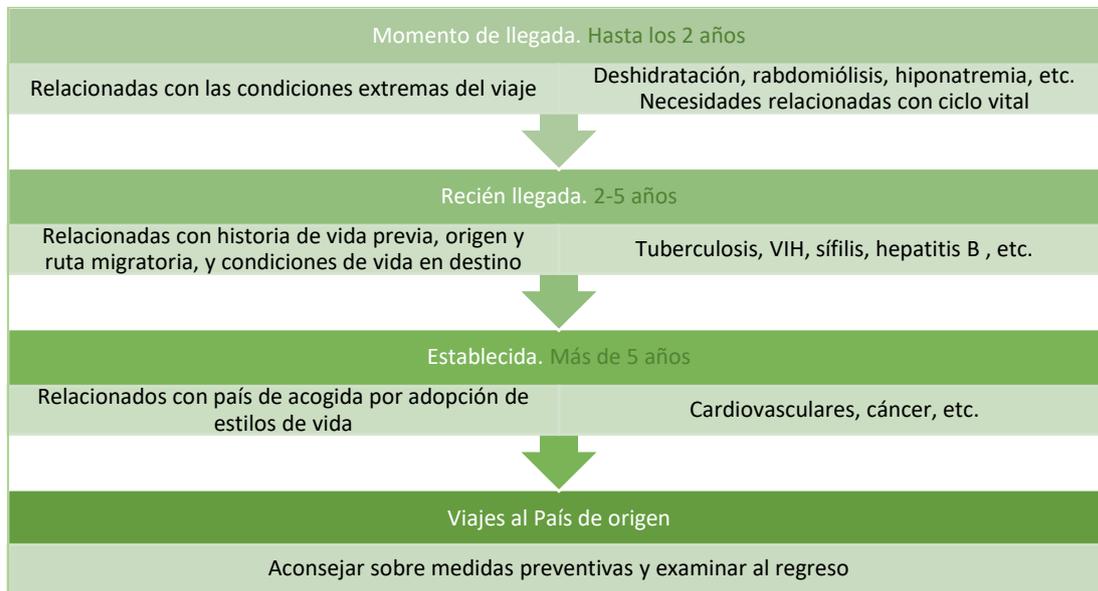
Como un mapa orientativo, se han descrito los siguientes cuatro periodos en relación a la evolución de las necesidades de salud de la población migrante o refugiada:

1. **Momento de la llegada:** Las enfermedades aparecen en migrantes habitualmente tras la llegada, especialmente si ha sido por vía marítima, relacionadas con las condiciones extremas del viaje (deshidratación, rabdomiólisis, hiponatremia o el denominado «pie de patera»

constituyen ejemplos de esta situación). Los estudios en personas recién llegadas aportan datos más fidedignos de la patología importada, evitando los sesgos que pueden condicionar otros factores en periodos posteriores, como las condiciones higiénicas sanitarias, la situación de pobreza o el trabajo precario. Además están las necesidades relacionadas con su ciclo vital (atención embarazos, salud infantojuvenil, salud sexual y reproductiva).

2. **Persona migrante recién llegada:** Abarcaría hasta los primeros 2-5 años de estancia en el país de acogida. Esta etapa estaría condicionada, por una parte, por la historia de vida previa de la persona, su origen y ruta migratoria, y por las condiciones de vida en destino. Pueden presentar enfermedades infecciosas, como tuberculosis, VIH/SIDA, ITS, algunas filarías, lepra (neuropatía), hepatitis B (hepatocarcinoma), esquistosomiasis (carcinoma de vejiga, fibrosis hepática o pulmonar) o Chagas (cardiopatía o megasíndromes digestivos). Y también pueden presentar patologías crónicas y/o problemas agudos no infecciosos como los relacionados con la malnutrición, patología digestiva, lesiones físicas y traumatológicas, atención prenatal y materno infantil, salud sexual y reproductiva, violencia de género y problemas de salud mental. Por ello es imprescindible tener en cuenta los aspectos relacionados con políticas migratorias, estatus legal, el acceso a servicios como los sanitarios y las consecuencias de la interrupción de la atención sanitaria durante el proceso migratorio (especialmente en desplazamientos precipitados por efecto de conflictos o desastres).
3. **Persona migrante «establecida»:** A medida que se avanza en el proceso de integración social de la persona migrante, es posible que los problemas de salud se aproximen a los propios del país de acogida, y vengan condicionados por la adopción de estilos de vida propios de éstos (sedentarismo, tabaquismo) y por el grado de acceso y utilización de los servicios sanitarios, tanto asistenciales como preventivos. No obstante, este es un escenario simplificado, ya que los determinantes sociales y de vulnerabilidad que afectan a esta población pueden hacer de este proceso y de la diversidad e intensidad de los problemas de salud que presenten, algo mucho más complejo.
4. **Viajes al país de origen:** una vez concluida la integración en el país de acogida, y ante la mejora de las condiciones socioeconómicas, son frecuentes los viajes al país de origen para visitar a amistades y familiares, siendo importante también en este momento aconsejar sobre medidas preventivas y realizar un estudio de enfermedades importadas al regresar de estos viajes.

Figura 1. Mapa orientativo de evolución en el tiempo de las necesidades de salud de esta población



1.1.3 Conceptos útiles en protección internacional

Para el presente informe, utilizamos el concepto genérico de *Personas solicitantes de protección internacional*, entendiendo que la protección internacional incluye tanto *el derecho de asilo*, que se concede a los refugiados, como *la protección subsidiaria*, que se concede a los extranjeros que no son refugiados, pero se encuentran en determinadas situaciones de riesgo.

Según la definición textual y actualizada por el Ministerio del Interior, **el derecho de asilo**, reconocido en el artículo 13.4 de la Constitución Española, es la protección dispensada a los nacionales no comunitarios o a los apátridas a quienes se reconozca la condición de refugiado en los términos establecidos en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria y en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951 y su Informe.

La condición de refugiado reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna de las causas de exclusión, denegación o revocación establecidas en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria.

El derecho a la protección subsidiaria es el dispensado a las personas de otros países y a los apátridas que, sin reunir los requisitos para obtener el asilo o ser reconocidas como refugiadas, pero respecto de las cuales se den motivos fundados para creer que si regresasen a su país de origen en el caso de los nacionales o, al de su anterior residencia habitual en el caso de los apátridas, se enfrentarían a un riesgo real de sufrir alguno de los daños graves previstos en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del



Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria, y que no pueden o, a causa de dicho riesgo, no quieren, acogerse a la protección del país de que se trate, siempre que no exista alguna de las causas de exclusión o denegación establecidas en la mencionada Ley.

La protección concedida con el derecho de asilo y la protección subsidiaria consiste en la no devolución ni expulsión de las personas a quienes se les haya reconocido, así como en la adopción de las medidas contempladas en la normativa española, la de la Unión Europea y en los Convenios internacionales ratificados por España.

Por otro lado, como **alfabetización sanitaria o alfabetización en salud** se entiende la amplia gama de habilidades y competencias que desarrollan las personas durante su vida para buscar, comprender, evaluar y utilizar la información y los conceptos de salud, para tomar decisiones, reducir los riesgos sanitarios y aumentar su calidad de vida.

Cuando se trata de tomar decisiones sobre su salud, con desconocimiento del idioma y/o de la estructura del sistema sanitario del país de acogida, son lo/as profesionales quienes deben asumir la responsabilidad de guiarles en un proceso de alfabetización continuada, teniendo en cuenta las necesidades, el contexto sociocultural, la cultura de cuidados y el sistema sanitario en el país de origen. También tendrán que tener en cuenta la adaptación de nuestro sistema sanitario para garantizar las mejores condiciones socio-sanitarias y los mejores resultados en salud. De los muchos factores que influyen en el nivel de alfabetización sanitaria de estas personas solicitantes de protección internacional, los dos más importantes son las barreras lingüísticas y culturales.

En el Anexo 1 se puede encontrar un glosario con definiciones adicionales de interés.

1.2. Marco legal

- ✓ **La Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados** y su **Protocolo Adicional de Nueva York de 1967** sientan las bases y los instrumentos legales fundamentales que han permitido, desde su aprobación, proteger a millones de personas refugiadas en todo el planeta.
- ✓ Ambos documentos establecen **quién es una persona refugiada, así como la protección legal, asistencia y derechos sociales que deben asegurarle los Estados firmantes**. También fijan las obligaciones de las personas refugiadas con respecto a los Estados de acogida.
- ✓ **La adhesión de España a estas normas viene recogida en el Instrumento de adhesión de España de 22 de julio de 1978 (BOE núm. 252, de 21 de octubre de 1978. Corrección de errores en BOE núm. 272, de 14 de noviembre)** donde consta que las personas refugiadas tienen derecho a una asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la que recibe la ciudadanía española.
- ✓ La **Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria** define el asilo como la protección dispensada por España a las personas con nacionalidad de otros estados no comunitarios o a las apátridas a quienes se reconozca la condición de persona refugiada.
- ✓ Una vez presentada la solicitud de asilo, los derechos y deberes de las personas solicitantes se recogen en el artículo 18 de la citada Ley y entre ellos figura el derecho a la atención sanitaria.



- ✓ La **Disposición adicional cuarta del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto**, que regula la condición de persona asegurada y beneficiaria a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, recoge que: “Las personas solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el **artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo**. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a los solicitantes de protección internacional con necesidades especiales.”

En España, en el año 2021, fueron poco más de un 10% las solicitudes de protección internacional que se resolvieron positivamente con estatuto de refugio o con protección subsidiaria (Informe anual de CEAR, 2022). Una cifra que dista del 35% de la Unión Europea para el mismo año. Las personas a las que se les deniega la protección internacional, pasan a condición de migrantes en situación administrativa irregular.

1.3. Itinerario de integración

La llegada de personas solicitantes de protección internacional a Andalucía requiere la planificación de su atención sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Corresponde a la Dirección General de Migraciones (DGM) el desarrollo y la gestión del sistema de acogida de estas personas, y para ello cuenta, entre otros recursos, con:

- Centros de Acogida a Refugiados (CAR) dependientes de la Dirección General de Migraciones (DGM). En Andalucía hay uno situado en Sevilla.
- Otros dispositivos de acogida, subvencionados por la DGM, y que gestionan entidades como CEAR, ACCEM, CEPAIM, Andalucía Acoge y Cruz Roja.

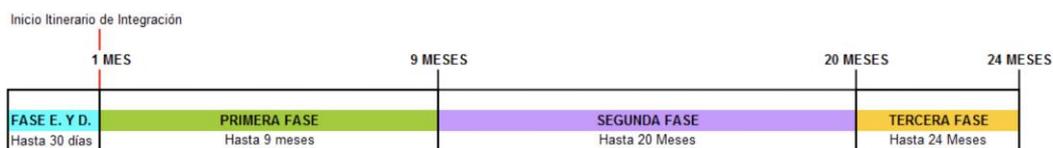
El sistema de acogida e integración se desarrolla mediante un itinerario cuya finalidad es facilitar la progresiva autonomía de las personas que atiende, para ello se instrumenta en tres etapas o fases:

Figura 2. Fases del sistema de acogida e integración

GENERAL



VULNERABLES



Primera Acogida

Acogida en centro

Integración

Autonomía

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/subvenciones/anos_anteriores/area_integracion/2016/sociosanitaria_cetis/manuales_comunes/Manual_de_Gestion_Sistema_acogida_2016.pdf

La **duración total del itinerario suele ser de 18 meses, ampliable a 24** en el caso de personas en situación de especial vulnerabilidad.

Los **colectivos especialmente vulnerables** se refieren a:

- Menores o solicitantes de asilo no acompañados o mal acompañados
- Personas que se han visto obligadas a emigrar de manera precipitada y con exposición a mayores riesgos para la salud (conflictos, desastres naturales, etc.)
- Personas con diversidad funcional
- Personas con enfermedades físicas graves
- Personas con problemas de salud crónicos y comorbilidades
- Personas con problemas de salud mental y/o situaciones de estrés postraumático
- Mujeres embarazadas en tránsito o sin intervención sanitaria previa
- Personas víctimas de trata de seres humanos
- Personas que han sufrido abusos
- Personas que han sufrido agresión física y/o sexual
- Personas del colectivo LGTBI+
- Personas de edad avanzada

La duración de cada fase es orientativa y se evaluará teniendo en cuenta el grado de autonomía adquirido. Salvo casos puntuales, todo el itinerario se lleva a cabo en una misma provincia. Las fases consisten en:

Primera acogida. Primera evaluación de las necesidades y solicitud de acceso al sistema de acogida. Con objeto de garantizar la cobertura de necesidades básicas y urgentes, se podrá acceder a recursos de alojamiento provisionales. Este servicio es gestionado por las entidades Cruz Roja, CEAR, ACCEM, CEPAIM, Andalucía Acoge, Médicos del Mundo.

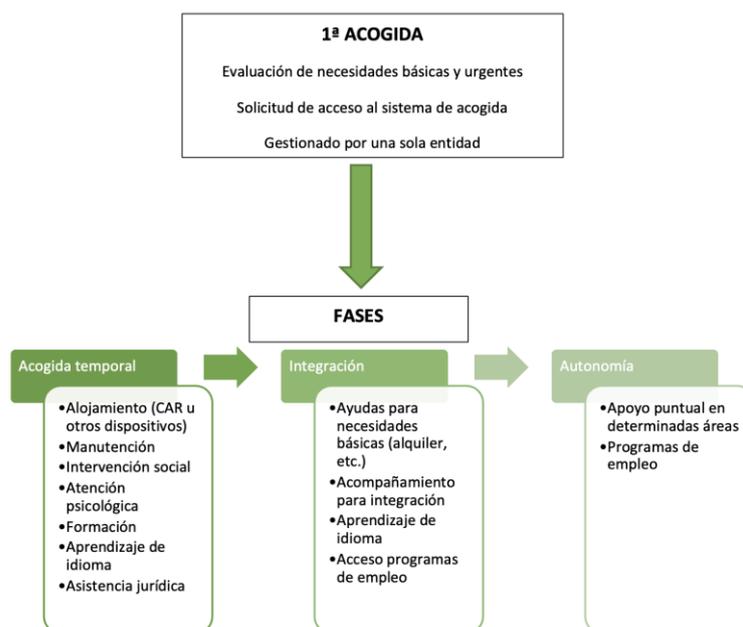
Primera fase. Acogida temporal. Es la estancia en los dispositivos de acogida: en los CAR o en los dispositivos de las entidades. Se ofrece a las personas de esta fase, además del alojamiento y la manutención, otras actuaciones como intervención social, atención psicológica, formación, aprendizaje del idioma, interpretación y traducción, y asistencia jurídica.

Segunda fase. Integración. Las personas finalizan su estancia en el dispositivo de acogida y requieren seguir recibiendo apoyo a través de ayudas para necesidades básicas, alquiler, acompañamiento para su integración, aprendizaje del idioma y acceso a programas de empleo.

Tercera fase. Autonomía. Se proporciona apoyo puntual en determinadas áreas, y se sigue trabajando a través de programas de empleo.

Por otro lado, se han de tener en cuenta a las personas solicitantes o beneficiarias de protección internacional que no están dentro de estos programas de acogida, bien porque han abandonado los mismos o porque han solicitado esa condición sin ayudas, por tener otros medios o apoyos familiares en España.

Figura 3. Fases del itinerario de acogida, integración y autonomía.



2. OBJETIVOS DEL INFORME

2.1. Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Describir la situación actual del acceso, prevención, promoción y atención a la salud de las personas solicitantes de protección internacional en el SSPA, conocer sus necesidades de salud a través del SSPA y las ONG responsables de la acogida, y proponer recomendaciones para desarrollar intervenciones de calidad dirigidas a este colectivo vulnerable que contribuyan a:



- a. Facilitar la toma de decisiones de gestores de servicios y profesionales que intervienen en la atención sanitaria a las personas con necesidad de protección internacional para ofrecerles una asistencia de calidad.
- b. Favorecer el desarrollo de vías de coordinación entre el SSPA y ONG para agilizar y evitar errores en diagnósticos y provisión de cuidados.
- c. Introducir elementos de alfabetización sanitaria y formación para las competencias profesionales en el contexto asistencial.

2.2. Población a la que se dirige

La población diana de este informe son todas aquellas personas solicitantes de protección internacional que residen en Andalucía. No obstante, la información aquí contenida puede ser extensible y aplicada, en caso de que proceda, al resto de la población migrante independientemente de su situación administrativa.

3. Intervención desde SSPA

A las Delegaciones Territoriales con competencias en Salud les corresponde establecer mecanismos de contacto y coordinación entre las entidades que gestionan el apoyo a personas solicitantes de protección internacional y las instituciones sanitarias.

Además, las gerencias y dirección asistencial de los Distritos de Atención Primaria (DS), Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) y Hospitales son los garantes de que las Unidades de Gestión Clínica (UGC) donde residen las personas solicitantes de protección internacional desarrollen, en colaboración con las entidades y ONG, las actuaciones necesarias y favorezcan la formación de profesionales. Estas actuaciones se pondrán en marcha teniendo en cuenta el volumen de población en cada ámbito y los dispositivos existentes, para poder optimizar la atención. Así mismo, las entidades y ONG establecerán apoyo y cauces de coordinación con las UGC implicadas, siendo muy importante la participación de todos los servicios existentes, especialmente Medicina Preventiva y Salud Pública, Epidemiología, Promoción de Salud, Atención a la Ciudadanía y Trabajo Social así como los servicios hospitalarios con los que haya mayor implicación, como Salud Mental, Medicina Infecciosas, Medicina Tropical, etc.

Esta sección describe procesos de coordinación, de identificación de necesidades sociales y de salud, y de la organización administrativa para el acceso sanitario.

3.1. Coordinación

En el ámbito local, en aquellos casos en que las personas en esa situación están acompañadas por ONG o entidades, establecer reuniones de coordinación entre centros de salud (CS) y dispositivos de acogida para las siguientes acciones:

3.1.1. Toma de contacto y creación de un grupo de trabajo compuesto por representantes de la UGC y de la organización encargada de la acogida del grupo de personas solicitantes de protección internacional.



La atención se realizará de forma coordinada y conjunta a través de referentes del CS y de las entidades. Se incorporarán también profesionales de la Epidemiología y la Salud Pública del DS/AGS, profesionales de Atención a la Ciudadanía y Trabajadore/as Sociales.

3.1.2. El establecimiento de referentes

Cada centro establecerá personas referentes en los centros de salud y dispositivos de acogida, especificando nombre, cargo, teléfono y correo de contacto.

- Referentes para la gestión de la cobertura sanitaria: Servicio/Unidad de Atención a la Ciudadanía y Trabajador/a Social.
- Referentes para la asistencia sanitaria: Equipo de Atención Primaria (EAP); profesionales de Salud Mental; y profesionales de Medicina Preventiva y Salud Pública, Epidemiología, y Medicina Infecciosa o Tropical.
- Referentes de dispositivos de acogida.
- Referentes técnicos en DS/AGS: de coordinación en UGC de Prevención y Promoción de Salud.
- Referentes intercentros: cargos intermedios como referentes CAP y equipos directivos como referentes de DS y AGS. Crear comisión de DS/AGS en los que presenten mayor volumen de población migrante.
- Referentes en Servicios Centrales del SAS

Estas personas referentes se encargarían de, por este orden:

1. Notificar a la UGC: Llegada de residentes informando de su edad y sexo, si se tiene conocimiento de su estado de salud previo y si requieren una atención especial.
2. Tramitar documentos de alta en el sistema sanitario público: Identificación inequívoca del paciente, comprobando posibles duplicidades.
3. Acogida en el centro de salud: A través de profesionales referentes se fija una cita para el inicio del proceso de asistencia sanitaria y alfabetización.

3.1.3. Determinación de canales de comunicación entre sistema sanitario y organizaciones

- Correo electrónico: como medio habitual, con precaución de no enviar información de usuario/a que pueda incumplir la protección de datos.
- Teléfono: en casos que requieran una atención urgente.
- Reuniones presenciales periódicas entre las personas referentes.

Teléfonos del Servicio de Tele-traducción del SSPA:

- Desde red corporativa: 211080
- Desde externo: 953011080

3.2. Primera identificación de necesidades sociales y de salud

a. Explorar:

Datos sociodemográficos	Características de proceso migratorio	Problemas de salud
Procedencia geográfica, edad, sexo, grupo étnico, religión, familia, etc.	Incluyendo ruta de acceso a Andalucía	Que requieran atención inmediata

b. **Identificar** personas en situación de **especial vulnerabilidad** (Consultar en apartado previo 1.3 Itinerario de migración)

La identificación de necesidades sociales se realiza por parte del dispositivo de acogida o por Trabajadore/as Sociales del EAP.

La identificación de necesidades en salud, en esta primera exploración, puede llegar a darse en el transcurso entre la llegada al dispositivo de acogida y la atención sanitaria inicial programada en el centro de salud, al identificar situaciones que requieran de una mayor urgencia en la atención sanitaria. Por ejemplo, cuadros de fiebre elevada (> 38°C), problemas respiratorios, o dolor intenso. Estas situaciones pueden implicar el uso de los servicios de urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Esta primera identificación la llevan a cabo habitualmente desde los dispositivos de acogida, por lo que es importante que todo el personal de los dispositivos (equipo conserjería, personal técnico, equipo limpieza, etc.) de acogida disponga de herramientas y de unas nociones básicas sobre aquellas señales a considerar para intervenir en primeros auxilios y/o acelerar la atención sanitaria por su condición de urgentes. En anexo 2 puede consultarse, y utilizar si procede, un documento de triaje elaborado y aplicado por el DS Málaga-Guadalhorce. También puede ocurrir que, al estar recién llegado/a y hasta que se va estableciendo un vínculo de confianza, la persona entrevistada no de información real de su estado de salud hasta posteriores exploraciones, que pueden darse ya en el centro de salud.

3.3. Organización administrativa para el acceso sanitario

En este apartado se detallan los procedimientos a seguir para: tramitar la cobertura sanitaria, asignar los profesionales referentes, y acceder al sistema de citas.

3.3.1. Tramitación de la cobertura sanitaria

Para las personas solicitantes de protección internacional, la cobertura sanitaria se tramita a través de uno de los dos procedimientos siguientes:

A. Personas solicitantes de asilo.

La Constitución reconoce el derecho de asilo en el artículo 13.4. La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria define el asilo como la protección dispensada por España a los nacionales de otros estados no comunitarios o a los apátridas a quienes se reconozca la condición de refugiado.

Se les requiere la siguiente documentación que será remitida al DS o AGS correspondiente a su domicilio:

- Acreditación de identidad (NIE, pasaporte, etc.)
- Solicitud Tarjeta sanitaria/alta/modificación de datos en BDU
- Solicitud de asilo dirigida al Ministerio de Interior

En el registro de los datos de localización se registrará su domicilio andaluz.

La validación en BDU quedaría con alta en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con título 80 NA de solicitante de protección internacional. El tipo de farmacia que les asigna BDU es el TSI 003 (40%).

Figura 4. Tramitación para personas solicitantes de asilo



B. Personas acogidas a la Directiva 2001/55/EC del Consejo relativa a la protección temporal de personas desplazadas que se trasponen en Orden PCM/169/2022.

Han de pasar por un procedimiento de urgencia en el que se les requiere la siguiente documentación que será remitida al DS o AGS correspondiente a su domicilio:

- Acreditación de identidad, tal como aparece en el Resguardo de solicitud de protección temporal, donde también estará el NIE.
- Solicitud Tarjeta sanitaria/alta/modificación de datos en BDU.
- Resguardo de la presentación de la solicitud de protección temporal expedida por la policía o la resolución de concesión expedida por el Ministerio del Interior.

En el registro de los datos de localización se registrará su domicilio andaluz.

La validación en BDU quedaría con alta en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con título 58 de protección temporal. El tipo de farmacia que les asigna BDU es el TSI 003 (40%).

Puede ocurrir que existan **casos en los que en el momento del registro en BDU todavía no hayan acudido a la policía** para solicitar el asilo temporal. En estas situaciones pueden registrarse por un tiempo limitado como un **desplazamiento temporal en la asistencia sanitaria pública andaluza** según la Orden de la Dirección General de Asistencia Sanitaria 5/2013 como se explica en el apartado C.

Figura 5. Tramitación para protección temporal de personas desplazadas



Nota importante: En cada proceso de alta, se deberá prestar especial atención a la detección de duplicados. El documento es provisional y no permite solicitar citas ni tener profesional asignado.

Para aquellos casos en que las opciones anteriores les sean denegadas, se tramitará su cobertura como personas cuya situación cumple con el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud o, en su defecto, con la Orden de la Dirección General de Asistencia Sanitaria 5/2013.

A las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español se les requiere la siguiente documentación:

- Acreditación de identidad: NIE o pasaporte
- Solicitud Tarjeta sanitaria/alta/modificación de datos en BDU



- Acreditar llevar más de 3 meses en España, con certificado de empadronamiento o con acreditación de residencia efectiva mediante documentos oficiales de cualquier administración del Estado. En caso de estar residiendo en un dispositivo de acogida institucional, podrá obviarse este requisito.
- Certificación de no exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria.
- Declaración de no terceros obligados

Si cumple con los requisitos, se registrará en BDU como **residente en el Sistema Nacional de Salud** con título 85 y se expedirá la tarjeta sanitaria. Se deberá renovar cada dos años si persiste la situación de residencia efectiva.

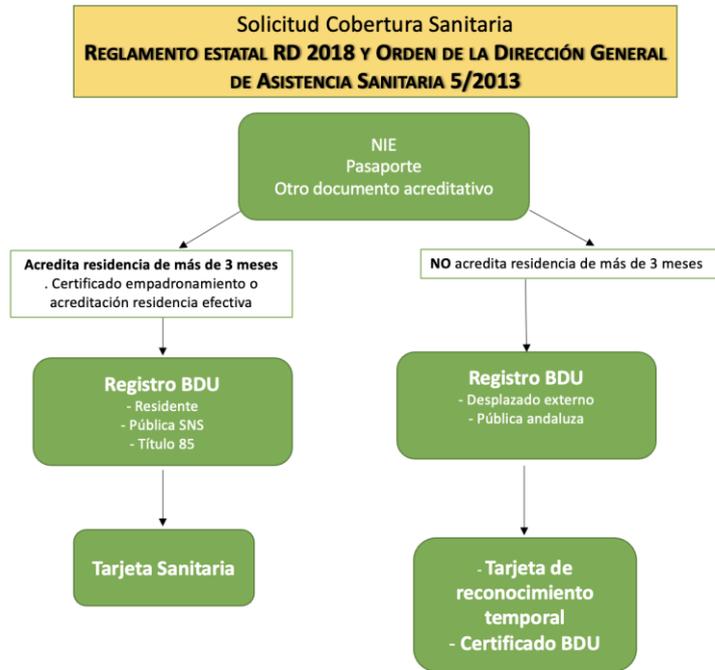
Si no cumple con los requisitos, se tramitará el documento “**Reconocimiento de cobertura sanitaria a personas inmigrantes en situación irregular y sin recursos**” (disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemamaxarquia/download/reconocimiento-de-cobertura-sanitaria-a-personas-inmigrantes-en-situacion-irregular-y-sin-recursos/?wpdmdl=3033>) junto con la siguiente información:

- Acreditación de identidad: No es necesaria pero sí recomendable poder cotejar datos a través de documentos disponibles, aunque hayan expirado
- Solicitud Tarjeta sanitaria/alta/modificación de datos en BDU o certificado de situación
- Si son ciudadano/as de estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo, Suiza o país con el que España tenga convenio bilateral de Seguridad Social, deberán presentar documento emitido por dicho país o declaración jurada que acredite que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria desde el país de procedencia
- La normativa requiere una declaración jurada de no tener recursos económicos

Se registrará en BDU como **desplazado externo en la asistencia sanitaria pública andaluza**. Con un domicilio habitual en el país de origen y un domicilio de desplazamiento que comunique el/la solicitante. Si no tienen domicilio estable, se puede utilizar aquel de la ONG que se hace cargo de su integración. Una vez validado el registro, se procederá en el centro de atención primaria a entregarle el Documento de Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia que se imprime desde BDU o un certificado de datos también de BDU. El tipo de farmacia que les asigna BDU es el TSI 003 (40%) en menores de 65 años y TSI 002 10% con el límite mensual mínimo establecido para mayores de 65 años.

El reconocimiento se hará por periodos de entre 1 a 12 meses, prorrogables si persisten las circunstancias que lo motivaron.

Figura 6. Tramitación para personas que no cumplen requisitos anteriores



En los casos de **menores en situación irregular** se han detectado numerosas situaciones de discriminación. Por ello, en enero de 2023 el Defensor del Pueblo ha iniciado una actuación para solicitar información sobre los requisitos administrativos exigidos para el acceso al sistema sanitario de menores extranjeros en situación irregular así como las medidas previstas para adaptar los requisitos solicitados a la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación y a la doctrina del Tribunal Supremo que prohíbe el trato discriminatorio en el acceso a derechos fundamentales de los menores extranjeros.

**Para todos los casos de tramitación de cobertura sanitaria,
será el dispositivo de acogida el responsable de informar de la situación de las solicitudes**

3.3.2. Asignación de profesionales sanitarios

Al asignar un EAP al alta, tener en cuenta:

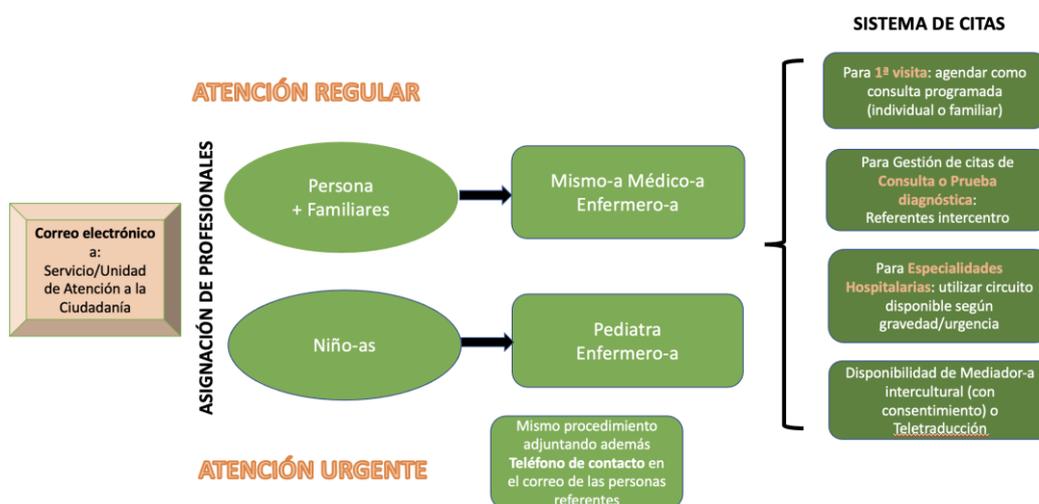
- En el caso de que sean familias se asignan lo/as mismo/as profesionales de referencia.
- Para menores de 14 años asignar profesionales de pediatría y enfermería de referencia.

Para facilitar y agilizar este proceso, se recomienda establecer un circuito por correo electrónico dirigido al Servicio/Unidad de Atención a la Ciudadanía, para que, a la menor brevedad posible, se hayan realizado los trámites administrativos. Es deseable establecer una guía de atención preferente para las personas cuya necesidad se haya priorizado.

3.3.3. Sistema de citas

- Una vez adscritas las personas a un equipo, se asignará una cita de primera visita presencial. Dado que pueden requerir más tiempo del habitual, se recomienda citar en consulta programada. Para ello es necesario que se establezcan previamente los espacios en las agendas para esta población, contando con que puedan programarse juntas las citas para los miembros de la unidad familiar.
- Para un circuito ágil de gestión de las citas, tanto de consulta como de pruebas diagnósticas, se establecerán referentes intercentros al menos en las primeras visitas, hasta que posteriormente se integren en la citación normalizada.
- Respecto a la citación con especialidades hospitalarias, si fuera necesaria, se agilizará por los circuitos ya disponibles en función de la gravedad y urgencia del problema de salud.
- Si existen diferencias idiomáticas y culturales, el dispositivo de acogida o profesionales en los centros sanitarios pueden proponer a las personas la posibilidad de acompañamiento y mediación intercultural. Para hacer uso de este recurso, que no es obligado, deben dar su consentimiento al menos de forma verbal. En caso de que por criterios de confidencialidad se rechace esta opción, se pondrá el uso del servicio de tele traducción.

Figura 7. Procedimiento de Asignación de profesionales y Sistema de citas

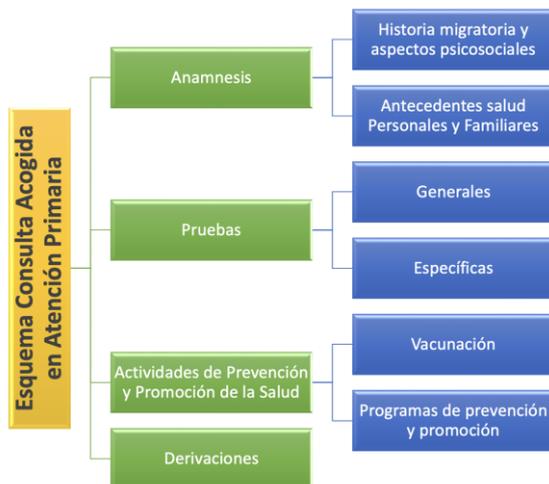


4. ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS SOLICITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Desde un abordaje centrado en la persona, se trata de prestar una atención rápida y adecuada, así como asegurar que los dispensadores directos de atención sanitaria comprendan los riesgos. Las actuaciones a realizar en materia de atención sanitaria se estructuran en torno a las siguientes áreas:

- 4.1 Actuaciones en la consulta inicial y de seguimiento
- 4.2 Adecuación de la situación vacunal
- 4.3 Otras actividades preventivas y promoción de la salud
- 4.4 Derivación a consultas especializadas

Figura 8. Esquema de consulta de acogida en Atención Primaria



4.1. Actuaciones en la consulta inicial y de seguimiento

Consideraciones previas

- Recomendable realizarla, en la medida que sea posible, en acto único
- Lo/as pacientes pueden acudir solo/s o acompañado/as con personal del dispositivo de acogida
- Pueden llegar con o sin motivo particular de consulta
- Especialmente en colectivos con mayor movilidad, es recomendable realizar la primera valoración lo antes posible
- Debe promoverse un clima de confianza y acogedor
- Aunque suelen tener alta capacidad de resiliencia, fortalezas y un trato respetuoso, puede ocurrir que tengamos que lidiar con actitudes y sentimientos que pueden no ser las deseadas, como desconfianza inicial, sentimientos de ira, enfado y frustración, escasa capacidad de atención y retención de información, alto nivel de ansiedad, etc.

- Actuar desde la calma y el respeto, entendiendo su actitud, no como algo personal, sino relacionada con las experiencias vividas y/o la situación de vulnerabilidad sentida
- Es necesario conocer su percepción, cuáles son sus miedos y sus preocupaciones. Muchas veces, las personas migrantes no se sienten escuchadas o sienten que su opinión no es tenida en cuenta
- Preguntar el motivo de por qué se siente o reacciona de una determinada manera. La biografía del paciente te puede dar claves muy importantes para comprender sus reacciones y actitudes, así como para establecer una relación de ayuda
- Ante una situación de ansiedad, mantén la calma, solo así podrás transmitirle tranquilidad
- Explica al/la paciente que el centro de salud es un espacio seguro donde se garantiza la discrecionalidad y la confianza
- Explica la figura del o la trabajador/a social sanitaria, ya que muchas personas migrantes desconocen su existencia y sus funciones
- Muéstrate disponible para seguir hablando siempre que lo necesite. Sentirse escuchado/a y acompañado/a es un apoyo muy valioso
- Recuerda indicar cuándo y de qué manera te puede localizar
- Trata de comprender las diferentes posiciones de poder y/o desigualdad de la que parte cada persona y tenlo presente a la hora de atender

Contenido de la consulta inicial

En primer lugar, debe atenderse el **motivo de consulta** en caso de que exista. La atención al motivo de consulta reforzará la relación sanitaria entre profesional sanitario/a y la persona que solicita la asistencia, siendo muy importante el establecimiento de vínculos de confianza.

Tanto si tienen motivo de consulta como si no, se identifican posibles problemas de salud que requieran una **atención urgente o preferente** (Ejemplo de triaje en Anexo 2).

La llegada de migrantes no supone una amenaza para la seguridad sanitaria de los países que los acogen. En cuanto a las enfermedades importadas, especialmente las enfermedades tropicales, no tienen repercusión sobre la salud pública, ya que las posibilidades de transmisión son bajas en nuestro medio y no suelen estar presentes los vectores adecuados. En todo caso, los fenómenos de desplazamientos masivos por turismo o negocios suponen el mismo riesgo o mayor. Para las enfermedades para las que sí existe un vector en el país de acogida (como por ejemplo dengue o paludismo) existe un refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica específicos de esas enfermedades emergentes, que son **Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)**, y de la distribución de los vectores. En el Anexo 3 se pueden consultar las principales **enfermedades infecciosas** importadas junto a la posibilidad de ser padecidas según continente de origen, y la lista de EDO para la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Se aprovecha esta consulta inicial para citar en una visita posterior con el fin de **realizar seguimiento** de los problemas de salud detectados. Se garantizará el seguimiento de pacientes en las consultas programadas que se determinen necesarias en cada caso, procurando mantener la longitudinalidad en la asistencia.



Se recomienda realizar en **acto único** de acuerdo para cada persona migrante y, si es posible y procede, con familiares con el fin de cubrir todos los objetivos de asistencia:

- **Determinar el estado de salud de partida:** anamnesis y exploración física básica, incluir un cuestionario en el gestor de informes de la historia de atención primaria.
- **Iniciar la identificación de necesidades en salud:** solicitud de pruebas de cribado de enfermedades o de otras pruebas diagnósticas en función de la anamnesis, la exploración inicial y el país de procedencia.
- **Evaluar el estado de salud mental:** si el tiempo es insuficiente, al menos identificar problema agudo o situación de estrés. Es importante contar con la valoración de psicólogo/as de las ONG.
- **Derivar** a otros niveles asistenciales en caso necesario.
- **Ofrecer actividades de prevención y promoción** de la salud necesarias.

Este proceso inicial debe **realizarse de manera coordinada** entre, por un lado, el EAP para una atención integral, y por otro, el personal de las entidades colaboradoras para solventar posibles dificultades en relación a barreras idiomáticas o culturales.

Se recomienda que los resultados de esta valoración queden registrados y puedan ser accesibles desde cualquier servicio del SAS. Mientras no exista la posibilidad de registro en la historia electrónica, se **entrega un informe impreso** para que la persona solicitante de protección internacional disponga del mismo ante la posibilidad de traslado programado o imprevisto.

Todas las actuaciones desarrolladas en este proceso asistencial deben ser informadas a la persona incluida en el protocolo, **solicitándole autorización**, al menos **verbal**, para su realización.

La **información fundamental a recoger** en esta consulta inicial y sucesivas se detalla a continuación:

A) ANAMNESIS SOBRE HISTORIA DE MIGRACIÓN Y ASPECTOS PSICOSOCIALES.

Consideraciones previas

Antes de comenzar, con el objetivo de **evitar situaciones de revictimización**, es importante:

- Una buena **coordinación entre las entidades de acogida y servicios de salud**, compartiendo información sobre la situación de la persona previo consentimiento informado, al menos de forma verbal, de la persona a la que se vaya a atender
- Respetar el **derecho a no recordar**

Contenido de la anamnesis sobre historia de migración y aspectos psicosociales

País y lugar de origen Etnia Ruta migratoria Lengua materna y otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar idioma idóneo para la comunicación • Identificar aspectos culturales y antropológicos respecto a sus creencias, actitudes y prácticas sobre los procesos de salud, enfermedad y atención
Motivo de migración Características del viaje	<ul style="list-style-type: none"> • País de origen y ruta migratoria. Condiciones del viaje y características de la migración (forzada, voluntaria) • Estancia previa en centros o campos de refugiados

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar posibles agresiones físicas, vejaciones, privación de afecto o de cuidados necesarios, abuso sexual o trata de personas • Tiempo de estancia en España. Última estancia en su país (viajes)
Historia social	<ul style="list-style-type: none"> • Red social (situación de los familiares) y condiciones de vulnerabilidad • Condiciones de vivienda y convivientes • Situación administrativa, laboral y económica
Nivel escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Escolarización • Nivel de formación • Identificar problemas de aprendizaje
Valoración de riesgo social	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de identificar a personas en riesgo de exclusión social (sin hogar, sin o con precaria red social y familiar, etc.). Esta valoración puede ser realizada por profesionales de Trabajo Social del EAP y coordinada con el dispositivo de acogida (Consultar Anexo 4).
Valoración de estado de bienestar psicosocial y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Además de la primera valoración y apoyo psicológico recibido por parte de las ONG, se puede requerir una intervención específica de su EAP o Trabajador/a Social (del dispositivo de acogida o del CS), así como una derivación a la USMC (consultar Anexo 5). En la población de solicitantes de protección internacional es necesario explorar especialmente la presencia de trauma.

B) ANAMNESIS SOBRE ANTECEDENTES DE SALUD PERSONALES Y FAMILIARES

Consideraciones previas

Antes de comenzar, con el objetivo de **evitar duplicidad de exploraciones**, se procura realizar la entrevista en acto único y:

- Como en la anterior anamnesis, será de gran ayuda una buena **coordinación entre las entidades de acogida y servicios de salud**, para tener disponibles las pruebas que les hacen a la llegada.
- Consultar la Historia de Salud Única para evitar repetición de pruebas o exámenes
- Consultar con paciente el resultado de exámenes de salud realizados previamente, por los problemas de salud diagnosticados y por los tratamientos realizados
- En caso de que sea posible, se solicitarán los informes que lo acrediten

Contenido de la anamnesis sobre antecedentes de salud personales y familiares

General	<ul style="list-style-type: none"> • Edad y sexo • Antecedentes personales y familiares. Enfermedades previas con especial atención a infecciosas y patología crónica, cirugías previas, alergias, transfusiones • Inmunizaciones previas. Valorar si tiene antecedentes de administración de vacuna frente a la tuberculosis (BCG) y frente a COVID-19 • Alergias medicamentosas o alimentarias • Hábitos tóxicos y prácticas de riesgo • Uso de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres en edad reproductiva, especialmente entre lo/as más jóvenes, y diagnóstico de ITS • Historia farmacológica (remedios propios, fitoterapia, etc.) y tratamientos previos, especialmente en TB y ITS (sobre todo sífilis) • Antecedentes de transfusiones o inyecciones parenterales en el país de origen • Historia de pruebas complementarias realizadas
En mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Historia ginecológica y obstétrica y episodios de enfermedades inflamatorias pélvicas • Anticoncepción: valoración del uso de recursos no farmacológicos (remedios propios, naturales, etc.) • Interrupciones voluntarias de embarazo • Violencia de género, violación y abuso sexual • Trata de seres humanos • Mutilación genital femenina
En infancia y adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger antecedentes del embarazo y parto, vacunas en la infancia y antecedentes familiares • Conocer si el embarazo fue controlado, ante la posibilidad de infecciones de transmisión perinatal • Datos sobre el parto, peso-talla al nacer y si hubo reanimación neonatal • Realización de las pruebas metabólicas para la detección precoz de errores congénitos (fenilcetonuria e hipotiroidismo) • Existencia de enfermedades previas, febriles, diarrea, vómitos, etc., o si ha precisado tratamiento parenteral o profilaxis antimalaria • Existencia de antecedentes familiares de anemias hemolíticas o déficit de lactasa. • Escrutinio hipoacusia del recién nacido/niño • Detección de problemas en el desarrollo y problemas emocionales

C) EXPLORACIÓN

Consideraciones previas

Se realizará una exploración clínica habitual y, en especial, se valorará:

General	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional • Coloración de mucosas • Exploración cutánea exhaustiva • Cicatrices. En caso positivo, hacer en el acto la descripción de las mismas y anotar la referencia sobre el mecanismo de producción. Este informe se le facilitará al usuario para poder aportárselo a su abogado/a. • Adenopatías y visceromegalias • Salud bucodental. Derivar al gabinete de odontología procesos agudos y menores de 15 años. • Déficits sensoriales • Exploración psicológica básica (Ver Anexo 5). Respetando el derecho a no recordar, se realizará con la adecuada coordinación entre servicios de asistencia sanitaria y ONG de acogida. Esta exploración permitirá la detección de problemas mentales y desórdenes psicosociales como estrés post traumático, depresión, adicciones y abuso de sustancias, antecedentes de abuso sexual, explotación y tráfico de seres humanos.
En mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama (éste último según edad) • Mutilación genital femenina • Violencia de género
En infancia y adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Para exploración física y psicológica consultar: Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (2019)

D) PRUEBAS

Consideraciones previas

- ✓ La petición de pruebas complementarias irá orientada según la sintomatología actual y la prevalencia de enfermedades infecciosas, genéticas y crónicas según el país de procedencia y ruta migratoria.
- ✓ Se recomienda establecer perfiles analíticos básicos a los que se pueden añadir o eliminar pruebas en función de los resultados de la evaluación inicial.
- ✓ La previsión de estancia en nuestro ámbito de actuación ha de ser valorada para adaptar a la solicitud de determinadas pruebas y/o seguimientos.
- ✓ Es fundamental informar en todo momento del objeto de las pruebas a realizar y consecuencias, para obtener su **consentimiento informado** al menos de forma verbal. En los casos de menores, en líneas generales, se puede afirmar que el menor emancipado y el menor mayor de dieciséis, tienen reconocida capacidad legal para decidir. En cuanto al menor de dieciséis con suficiente madurez, puede actuar de forma autónoma con base en la capacidad natural del niño. Cuando no posea suficiente capacidad natural actuarán los representantes legales (Blasco, 2015).

- ✓ En anexo 6 se pueden consultar las pruebas generales y específicas, con sus correspondientes observaciones, que se aplican actualmente en algunos ámbitos sanitarios andaluces. No obstante, se trata de una lista orientativa ya que los criterios para realizar tales pruebas se encuentran en proceso constante de actualización.
- ✓ Para consultar los protocolos actualizados de cada una de las enfermedades transmisibles consultar [Centro Nacional de Epidemiología, Vigilancia en Salud Pública \(RENAVE\)](#).

4.2. Adecuación de la situación vacunal

Los calendarios de vacunación para las personas solicitantes de protección internacional o refugiadas son iguales que el calendario de vacunación acelerado para cualquier población que esté incorrectamente vacunada.

Consideraciones previas

- Como hemos recomendado previamente en relación a la historia de salud, es importante entregar siempre un informe impreso del módulo de vacunas de Diraya.
- Si se aporta informe de vacunación, las dosis de vacunas que figuren serán consideradas como válidas, no siendo necesario volver a comenzar el ciclo de vacunaciones independientemente del tiempo transcurrido desde la última vacuna, es decir, «dosis puesta, dosis válida». Por el contrario, **la duda o el testimonio oral de vacunación no garantiza** la administración ni posibilita el conocer el tipo de vacuna administrado.
- Para consultar calendarios o coberturas vacunales del **país de origen**:
 - <https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=vaccine-schedule&location=>
 - <https://immunizationdata.who.int/>
 - Países de la Unión Europea: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu>
- Para consultar el **calendario actualizado** de vacunación y el **calendario acelerado** para personas con vacunaciones no actualizadas **para Andalucía**:
 - <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>
 - https://www.andavac.es/wpcontent/uploads/2023/01/Calendarios_acelerados_de_vacunaciones_Andalucia_2023.pdf

Dado que la competencia del sistema inmune va cambiando con la edad, el número de dosis de vacunas necesarias para inducir una respuesta protectora a largo plazo puede variar, necesitándose en ocasiones un mayor o menor número de dosis.

Para la **vacunación infantil y en menores**, consultar la [Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados \(2019\)](#) donde se recoge el número de dosis mínimas necesarias para considerar correcta la vacunación, así como las pautas de vacunación aceleradas según la edad. Antes de iniciar la vacunación sólo se recomienda realizar serología frente a VHB.

4.3. Otras actividades preventivas y de promoción de la salud

Además de la vacunación, es importante la incorporación de esta población solicitante de protección internacional a otros programas de prevención y promoción de la salud incluidos en la cartera de servicios de los centros sanitarios tales como:

- Atención a la mujer embarazada y talleres de lactancia / Programa de educación maternal
- Programas pediátricos incluidos en cartera de servicio:
 - Detección de metabopatías a niños menores de 12-24 meses (excepto fibrosis quística en mayores de 2 meses)
 - Prevención de raquitismo en menores de 12-18 meses
 - Programa PADI de Acceso a salud bucodental, niños/as entre 6 y 15 años
 - Incorporación al programa de salud infantil y adolescente
 - Prevención de la mutilación genital femenina
 - Atención Temprana
 - En caso de requerir adaptación en su centro educativo por su problema de salud, informar a la enfermera referente de centros educativos de su zona (anterior Forma Joven)
- Si se considera necesario y adecuado, fomentar la participación en Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)
- Promoción de grupos de ayuda mutua
- Promoción de la salud en enfermedades crónicas
- Talleres para la integración
- Facilitar materiales educativos y divulgativos en diferentes idiomas

Consultar el apartado 5.1 para conocer propuestas de formatos y contenidos de los programas.

4.4. Derivaciones a consultas especializadas

Si procediese la derivación a **especialidades hospitalarias**, tal como se señaló en el previo apartado 3.3, se agilizará por los circuitos ya disponibles en función de la gravedad y urgencia del problema de salud.

En cuanto a la derivación a los servicios de **salud mental**, siendo este un problema destacado entre la población de solicitantes de protección internacional, consultar el [Programa de Atención a Población al Inmigrante en Salud mental \(PAPSI-SM\)](#) elaborado en Andalucía en 2012.

4.5. Competencias: intercultural y sensible al trauma

Competencia Intercultural

Según la definición de la UNESCO (2019) la competencia cultural se refiere a "*la capacidad de comprender, apreciar y trabajar con personas de diferentes culturas y perspectivas culturales, y de responder de manera efectiva y apropiada a situaciones interculturales. Incluye habilidades para identificar y desafiar prejuicios culturales y estereotipos, y para reflexionar críticamente sobre la propia cultura y su impacto en la percepción de otras culturas*". Los cuidados culturalmente sensibles

implican unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia otras tradiciones de salud y hacia las necesidades culturales, religiosas y lingüísticas de otras personas.

Es necesario partir del concepto cultural de salud y enfermedad que tiene cada persona. Una enfermedad lo es en tanto en cuanto una sociedad así lo define, es una construcción social. Garantizar un tratamiento diferenciado en función de las creencias, tabúes, visiones y tradiciones basado en la empatía, respeto, comprensión, escucha activa, confianza, convencimiento de la riqueza y el aprendizaje basado en la diversidad cultural.

Tener algunos conocimientos sobre la cultura a la que pertenecen aquellas personas a las que se asiste puede ser un gran facilitador para la comunicación, el establecimiento de confianza y para el éxito de la asistencia prestada. En este sentido, pueden servir de apoyo trabajos realizados en contexto español como el programa de formación [Mediación intercultural en el ámbito de la salud](#) de 2009 o la [Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios](#) de 2011.

Si bien puede ser facilitador contar con nociones sobre la cultura a la que pertenecen aquellas personas a las que se asiste, ningún proveedor de asistencia sanitaria puede estar familiarizado con todas y además existen variaciones entre las comunidades de una misma cultura. Por ello es siempre recomendable preguntar a las personas migrantes, desde el respeto, cómo entienden su propia salud y bienestar, cuáles son sus prácticas en salud -sin obviar el papel de la medicina tradicional- y cuáles son sus expectativas de asistencia y tratamiento. De esta forma se podrá dialogar y negociar.

El **modelo explicativo** es un modo práctico de hacerlo, y puede ayudar a los proveedores de atención de salud a no aplicar estereotipos culturales.

Entre otras, se pueden formular las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema? ¿Cómo lo describiría con sus propias palabras?
2. ¿Cuándo comenzó el problema, y de qué manera?
3. ¿Por qué cree usted que el problema comenzó en ese momento?
4. ¿Cómo le afecta este problema?
5. ¿Qué es lo que más le preocupa del problema?
6. ¿Qué tipo de asistencia desea recibir de los proveedores de atención de salud?
7. ¿Hay algún tipo de tratamiento particular que, a su juicio, debería recibir? ¿Qué espera del tratamiento?

Ante prácticas culturales que puedan afectar a su salud, evitar los juicios morales y las muestras faciales de rechazo y desaprobación, y tratar de entender las razones que las motivan. Asegurar que entiende y acepta el diagnóstico de su situación de salud y las pautas de tratamiento.

Como señala el Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes de Andalucía (2007), la competencia cultural no sólo contribuye a una mejora en el proceso de los cuidados en salud y a una mayor satisfacción del paciente, sino que también puede ser coste-eficiente y efectiva debido a que:

- Permite al profesional obtener una información más específica y más completa para hacer un diagnóstico más apropiado.



- Facilita el desarrollo de planes de tratamiento seguidos por los usuarios y apoyados por sus familias.
- Reduce los retrasos en la atención sanitaria y permite un mayor y mejor uso de los servicios sanitarios.
- Hace hincapié en la comunicación y la interacción clínica entre el paciente y el profesional.
- Hace hincapié en la compatibilidad entre la medicina occidental y la medicina alternativa.

Enfoque trauma informado

“Un enfoque sensible al trauma reconoce los efectos que pueden haber tenido los acontecimientos traumáticos en las creencias, actitudes y comportamientos de las personas migrantes vulnerables, especialmente en relación con su propio cuerpo, con la atención de salud y con quienes la dispensan. Incorporando en su práctica habitual una asistencia atenta al trauma, lo que supone entender los modos en que las experiencias traumáticas pueden haber afectado al comportamiento y las percepciones de las personas migrantes vulnerables, los profesionales sanitarios mejorarán la asistencia y el apoyo prestados a estos migrantes” (OIM, 2021).

Dado que las personas migrantes vulnerables pueden haber experimentado situaciones profundamente traumáticas, todos los proveedores de servicios deberían ofrecer una atención sensible al trauma. Aunque puede aplicar a cualquier población migrante, las razones específicas que llevan a desplazarse a las personas solicitantes de protección internacional hacen que en esta población pueda haber una mayor prevalencia de trauma.

Los hechos traumáticos suelen entrañar, por definición clínica, una amenaza repentina para la vida o la integridad física. Al igual que otros factores de estrés, afectan a las personas de maneras diferentes, y lo que es traumático para una puede no serlo para otra. Los acontecimientos traumáticos pueden dejar una secuela de desconfianza, ansiedad, miedo, renuencia a recurrir a los servicios y rechazo de los diagnósticos, el asesoramiento y el tratamiento, pudiendo influir en el modo en que las personas interactúan con los proveedores de servicios. Un aspecto clave es adoptar un enfoque basado en las fortalezas que se centre en el futuro y construya resiliencia. Dos conceptos inherentes a la asistencia sensible al trauma son el empoderamiento y la atención holística en salud. La figura 9 muestra algunas recomendaciones sobre qué hacer y qué no hacer.

Figura 9. Recomendaciones de conducta para una asistencia sensible al trauma

Qué hacer ...

- Capacitar al personal sobre el trauma y los efectos que puede tener ✓
- Crear un entorno acogedor ✓
- Informar a las personas migrantes en el idioma y de la forma que prefieran, utilizando intérpretes, si es necesario ✓
- Capacitar al personal en el tratamiento adecuado de los síntomas de trauma, incluidas la reviviscencia y la disociación ✓
- Capacitar al personal para prestar la primera ayuda psicológica ✓
- Ser conscientes de que toda interacción puede tener un impacto positivo o negativo en las personas migrantes vulnerables ✓
- Explicar a fondo las medidas adoptadas para proteger la confidencialidad a fin de tranquilizar a las personas migrantes vulnerables ✓
- Examinar el principio del consentimiento informado junto con las personas migrantes vulnerables y garantizar el respeto de este principio por todos los profesionales sanitarios ✓
- Ofrecer a las personas migrantes vulnerables la oportunidad de formular preguntas y plantear sus preocupaciones con respecto a la asistencia que reciben ✓
- Cerciorarse de que las personas migrantes vulnerables entiendan plenamente todos los procedimientos de notificación obligatoria, incluidos los relacionados con el suicidio, el daño infligido a otros, y la salvaguarda o protección de los niños, niñas o adolescentes ✓
- Buscar formas de empoderar a las personas migrantes vulnerables, incluso para la adopción de decisiones sobre la asistencia que reciben ✓
- Explicar detalladamente todo examen o tratamiento necesario antes de comenzarlo y obtener el consentimiento informado de las personas migrantes vulnerables ✓
- Respetar el deseo de una persona migrante vulnerable de interrumpir un examen o tratamiento en cualquier momento ✓
- Ser conscientes de que el relato de experiencias o acontecimientos traumáticos puede generar nuevos traumas ✓
- Velar por que todo el personal conozca el apoyo de salud mental disponible y los servicios que pueden utilizar las personas migrantes vulnerables, para que efectúe las remisiones que correspondan ✓

Qué no hacer ...

- Insistir innecesariamente en recabar información sobre la experiencia del trauma ✗
- Utilizar un lenguaje moralizante o agravar la vergüenza y el estigma que rodean la historia, las experiencias o las preocupaciones sanitarias de las personas migrantes ✗
- Hacer suposiciones sobre los efectos de los acontecimientos traumáticos en la persona ✗
- Utilizar una jerga o un lenguaje técnico que puedan ser difíciles de entender ✗
- Presuponer que las personas migrantes vulnerables querrán conversar sobre los efectos del trauma en su salud, o recibir tratamiento al respecto ✗
- Presuponer que el trauma se debe sólo a la experiencia de la migración o se generó durante un viaje migratorio ✗
- Diagnosticar un trastorno mental sin tener las competencias y la capacitación adecuadas, o sin tener esa función en la asistencia a una persona migrante vulnerable ✗

Fuente: Manual de la OIM sobre Protección y Asistencia para Personas Migrantes Vulnerables a la Violencia, la Explotación y el Abuso, 2021.

5. ALFABETIZACIÓN SANITARIA

Para diseñar e implementar intervenciones en alfabetización sanitaria de forma óptima se proponen las siguientes estrategias:

- Realizar actividades coordinadas y complementarias con ONG.

- Realizar, además de actividades de formación teórica, talleres prácticos y experienciales con técnicas de aprendizaje, y espacios para conocer y compartir experiencias.
- Identificar barreras que dificultan, por un lado, el acceso de esta población a los servicios, y por otro, a profesionales de ONG y EAP poder captar, comunicarse y atender esta población, y proponer estrategias para eliminarlas.
- Diseñar material informativo y divulgativo específico en diferentes lenguas, contando con la participación activa de personas migrantes y profesionales de ONG.
- Facilitar espacios para traductores voluntarios.
- Establecer grupos de trabajo integrando personas del colectivo en diferentes situaciones administrativas, profesionales de ONG y del CS (todos los perfiles), para diseño de actividades, seguimiento, evaluación y detección de necesidades.
- Contar con recursos de la zona (mapa de activos) así como asociaciones y entidades que se puedan beneficiar de las actividades y que puedan colaborar en la integración.
- A través de las Enfermeras referentes de los centros educativos existentes en cada UGS, trabajar con aquellos que reúnan a más población migrante.
- Favorecer la participación y atender las necesidades específicas de los colectivos de especial vulnerabilidad como mujeres, mayores, menores, personas con diversidad funcional, personas LGTBI+.
- Comenzar a trabajar con atención especializada: Atención a la Ciudadanía, Urgencias y Medicina Preventiva y Salud Pública, Infecciosa, y Salud Mental.

El proceso de alfabetización debe contemplar formación en contenidos generales dirigidos al acceso y conocimientos del SSPA en general, y contenidos específicos y adaptados a los **diferentes destinatarios**:

- Personas solicitantes de protección internacional
- Profesionales del SSPA
- Profesionales de ONG

Los siguientes apartados se han elaborado a partir de información recogida a través de entrevistas con las principales ONG que atienden a este colectivo en Andalucía (ACCEM, CEAR, CEPAIM, Cruz Roja, Federación Andalucía Acoge, Médicos del Mundo):

5.1. Alfabetización en salud de las personas solicitantes de protección internacional

1. Necesidades de Formación

- La formación en salud que se está impartiendo actualmente está basada en las necesidades detectadas por los profesionales de los dispositivos de acogida y CS. Se trata de una priorización de necesidades para la utilización de los recursos disponibles
- Está enfocada, principalmente, a la fase de llegada y primera acogida, con el objetivo de capacitar y empoderar a las personas solicitantes de protección internacional para que puedan

acceder y utilizar de forma autónoma y adecuada los recursos que necesiten de los servicios sanitarios

- La participación de los-as propio-as usuario-as y líderes comunitarios en el diseño de formación queda pendiente.

2. Aspectos organizativos y metodología

La formación se está desarrollando de forma presencial. Si bien la pandemia de covid-19 supuso la impartición temporal vía online de algunos cursos, otros se interrumpieron entonces y no se han vuelto a ofrecer. Las características organizativas y metodológicas actuales son variadas en cuanto a:

- Quién imparte la formación:
 - Personal del dispositivo de acogida
 - Personal contratado por el dispositivo de acogida
 - Profesionales de salud, en base a voluntariado
 - Personal de asociaciones, en base a voluntariado
 - Personal de administración (ej. Unidad Promoción Salud del Ayuntamientos)
- Espacios donde se imparte la formación:
 - En la sede de la ONG
 - En los pisos o centros de acogida
 - En los CS de la zona
- Idiomas en los que se imparte:
 - Suelen agrupar lingüísticamente y utilizan traductores. Es común el árabe y el francés.
- Frecuencias y formatos:
 - Las clases de español suelen ser diarias y en ellas también se tratan temas relacionados con la salud y el sistema sanitario. Son además un activo en salud por las redes sociales y los vínculos que se crean
 - La mayoría de los talleres sobre funcionamiento del sistema sanitario, hábitos saludables y/o gestión de patologías suelen tener una regularidad de una o dos veces al año, y de una sesión
 - Han habido iniciativas de formar a agentes de salud mediante cursos de varias sesiones
 - Miembros de asociaciones suelen desplazarse a dar charlas sobre temas relevantes
 - Siendo gran parte de esta formación impartida por voluntario-as, se da el problema de la discontinuidad

La buena coordinación entre profesionales de los dispositivos de acogida, CS/DS y Ayuntamientos es esencial para detectar necesidades, seleccionar contenidos y diseñar formatos y secuencia de los talleres formativos.

3. Contenidos de las formaciones

Los temas incluyen:

- Sobre sistema sanitario:
 - Accesibilidad al sistema sanitario público de las personas solicitantes de protección internacional

- Derechos y deberes en el SSPA. Tratamiento diferenciado dada la excepcionalidad de su situación, teniendo en cuenta que el final del proceso es la autonomía y el acceso normalizado
- Funcionamiento del SSPA. Información sobre procesos básicos, como el cambio de profesionales asignados, y sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias, el 112 de emergencias, y las citas programadas
- Centro de salud. Cartera de servicios que ofrece. Circuitos y acceso a las consultas y programas. Perfiles profesionales y funciones. Explicar las intervenciones básicas que se hacen en el CS
- Sobre promoción y prevención de salud:
 - Higiene general
 - Higiene del sueño
 - Alimentación saludable y nutrición
 - Sexualidad y planificación familiar
 - Salud materno-infantil
 - Salud mental y gestión de la ansiedad (duelo migratorio). Bienestar emocional
 - Salud mental. Ludopatías; Otras adicciones.
 - Prevención de enfermedades infecciosas: TBC, ITS (VIH), etc.
 - Anemia falciforme
 - Medicación y autocuidados. Información sobre cómo gestionar tratamientos y hábitos para patologías que pueden desconocer (ej. Diabetes). Mejorar adherencia a tratamiento
 - Formación básica en Primeros auxilios y Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
 - Formación de agentes de salud. Estrategias de formación entre iguales (interrumpido tras covid-19)
 - Clases de español (incluye temario sobre temas de salud y sistema sanitario)

Como intervención, en el caso de una ONG, una enfermera, de forma voluntaria, se traslada y atiende consultas particulares sobre nutrición, tratamientos, rehabilitación, etc.

4. Herramientas/Recursos

- Se utilizan los espacios disponibles y en los horarios disponibles (ejemplo: CS en viernes tarde)
- Son grandes facilitadoras las personas referentes en cada CS y/o dispositivo de acogida
- Buena parte del trabajo de alfabetización que realizan profesionales y miembros de asociaciones recaen en el voluntariado

5.2. Formación de profesionales de dispositivos de acogida

En general, esto/as profesionales tienen formación previa en contenidos de mediación intercultural, características de la población a atender y problemas sociales. Los equipos son multidisciplinares y están entrenados para atender aspectos relacionados con la salud, ya sea detectando, acompañando o tramitando la cobertura.

Por sus funciones de acogida y contacto frecuente con usuario-as, el personal de las ONG establece un vínculo próximo de confianza que resulta fundamental para el enlace con el sistema sanitario. En este sentido, desde estas ONG exponen las dificultades encontradas en la atención sanitaria tanto en primaria



como especializada por el desconocimiento de los médicos de los protocolos exigidos por el Ministerio y por falta de competencia cultural. Algunas de las consecuencias son los obstáculos y retrasos para obtener en los plazos establecidos los certificados médicos necesarios para el acceso a recursos de acogida o financiación de gastos sanitarios.

Los contenidos de la formación de profesionales de dispositivos de acogida incluyen:

1. Cuestiones básicas de Atención Sanitaria:

- Accesibilidad al sistema sanitario de las personas solicitantes de protección internacional
- Problemas de salud: infecciosos, salud mental, etc.
- Promoción de salud y prevención de enfermedad en personas solicitantes de protección internacional (infecciosas, salud mental, etc.)
- Primeros auxilios y RCP
- Programas de prevención de Violencia de Género
- Formación en Igualdad de Género
- Desigualdades sociales y salud

2. Cuestiones propias de los servicios de salud

- Cartera de servicios que ofrece
- Circuitos y acceso a las consultas y programas. Cambios en asignaciones
- Hospital de referencia: servicios y acceso
- Visita al centro de salud

3. Metodología y formatos

- La formación que reciben suele estar gestionada de forma interna por la propia organización. En algunos casos, cuentan con la posibilidad de proponer temas formativos si detectan alguna necesidad especial, y son impartidos tanto por personal cualificado propio como de otras organizaciones, universidades, sistema sanitario, etc.
- En el caso de una ONG, no cuentan con formación pero sí con servicio de asesoramiento.

5.3. Formación de profesionales de la salud

La atención a personas solicitantes de protección internacional tiene semejanzas, pero también difiere en matices de la atención a otras personas migrantes por motivos económicos. Los procesos migratorios en los casos de solicitantes de asilo suelen ser, en su mayoría, muy traumáticos y sus procesos administrativos también son diferentes. De ahí la necesidad de hacer un plan de formación específico para profesionales de la salud.

Propuestas de formación para profesionales de la salud a partir de las necesidades detectadas :

1. Organización de la formación profesional

- Fomentar, por ejemplo, desde los DS/AGS o en Contrato Programa
- Integrarla en los planes de formación de cada centro, y que las cuestiones de accesibilidad y propias del centro se desarrollen en el primer trimestre de incorporación de lo/as profesionales



- Designar a un/a profesional de CS, DS o AGS, en base a su capacitación y mayor implicación, como responsable de formación pudiendo desplazarse a los dispositivos de acogida para colaborar en la misma
- Generar espacios compartidos para intercambiar información y experiencias entre profesionales de distintas entidades, tanto sanitarias como del ámbito sociosanitario y de dispositivos de acogida. Para ello se identifica la Red Isir como espacio de trabajo

2. Contenidos y aspectos metodológicos

Los temas para la formación dirigida a profesionales sanitarios son múltiples. En función de la necesidad de formación se pueden combinar y elaborar diferentes currículos de formación. Es imprescindible incorporar la perspectiva de género.

Los **contenidos básicos** propuestos son:

- Características de la población solicitante de protección internacional / refugiada: demografía, situación actual en el mundo, contextos de los países de origen y rutas migratorias, aspectos psicosociales y culturales del proceso migratorio, etc.
- Accesibilidad al SSPA de las personas solicitantes de protección internacional/refugiadas
- Conocimiento del protocolo Ministerio y procedimientos de tramitación (pruebas de Mantoux a la llegada; expedición de certificado de convivencia; historia médica; etc.)
- Gestión de la documentación para la asistencia socio-sanitaria (reembolsos, certificado de convivencia, parte de lesiones, etc.)
- Elaboración de historia médica completa y con sensibilidad cultural (necesaria para financiar gastos sanitarios/sociales, asistencia por razones humanitarias si asilo es denegado, etc.)
- Características de los dispositivos de acogida: normas de funcionamiento, atención social y emocional, etc. Visita a los dispositivos.
- Necesidades de salud más frecuentes y protocolos de atención, especialmente en:
 - Problemas de salud mental
 - Problemas de salud infantil
 - Vacunación
 - Patología digestiva
 - Problemas de salud infecciosos
 - Salud bucodental
 - Mutilación Genital Femenina
 - Detección de Violencia de Género y/o trata y prostitución
- Promoción de salud en personas solicitantes de protección internacional/refugiadas
- Cuidando al profesional en la gestión de sus emociones

3. Asistencia sensible al trauma

- Competencias y conocimientos específicos para identificar señales de trauma
- Competencias y conocimientos para atender sus necesidades del mejor modo posible
- Capacidad de comunicar con claridad y de adaptar los estilos de comunicación
- Capacidad de ganarse la confianza

4. Competencial intercultural

- Identificar las necesidades de comunicación, poder ofrecer acceso a intérpretes si existen barreras lingüísticas, y estar dispuestos a adaptar el formato y el estilo de la comunicación. Uso de los servicios de teletraducción.
- Estar alerta a las razones culturales, sociales o personales que puedan explicar el comportamiento, las creencias o las reacciones de las personas migrantes vulnerables
- Considerar el papel de prejuicios, estereotipos, discriminación y racismo
- Entre las razones culturales, ser especialmente conscientes de la importancia de las creencias religiosas y/o espirituales en los síntomas, el tratamiento y la recuperación de la persona migrante vulnerable
- Utilizar el modelo explicativo para intentar comprender cómo entiende la persona migrante la enfermedad
- Respetar la preferencia de la persona migrante con respecto a la persona que lo examine
- Integrar la competencia intercultural para generar una historia médica completa y correcta

5. Metodológicamente, los formatos y aspectos importantes a considerar son:

- Metodología didáctica. Métodos y dinámicas de trabajo en grupo.
- Formación presencial, semipresencial y virtual
- Cursos cortos (menos de 20 horas)
- Cursos largos (más de 20 horas)
- Formación en cascada
- Considerar la colaboración con ONG como recursos de formación

6. Herramientas y recursos:

- Mapas de recursos
- Agendas de contactos

6. RECOMENDACIONES DERIVADAS DEL INFORME SITUACIONAL

Próximos pasos a partir de este informe:

- Elaborar un protocolo/guía dirigida a unificar y normalizar actuaciones que garanticen a personas con necesidad de protección internacional el acceso, la atención, la prevención de enfermedades, y la promoción de la salud en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA)
- Elaborar, a partir de este informe, un protocolo/guía cuya población diana se extienda a toda la población inmigrante de países extracomunitarios
- Generar, a partir de este informe, documentos abreviados y en formato digital para un uso y manejo rápido, tanto para profesionales y personal de ONG como para las personas usuarias
- Incorporar la participación activa de personas solicitantes o beneficiarias de protección internacional que hayan pasado o estén pasando por esta situación en la elaboración de estos documentos
- Desarrollar la perspectiva de humanización en las guías o protocolos que se deriven de este informe
- Diseñar estrategias de difusión

- Dado que los criterios para la selección de pruebas clínicas generales y específicas a realizar se encuentran en constante proceso de actualización, se recomienda la valoración por un grupo de personas expertas de la información contenida en este documento para decidir qué debería reflejarse en una guía clínica
- Realizar sesión de trabajo con el Servicio de Atención Sociosanitaria de la Dirección General competente en esta materia de la Consejería de Salud y Consumo, la Secretaría General de Salud Pública, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y lo/as referentes de otras guías en elaboración (Menores Extranjeros No Acompañados, Trata de seres humanos, Inmigrantes embarazadas) con el objetivo de unificar criterios técnicos, procedimentales y asistenciales
- Revisar y actualizar el Manual de Atención Sanitaria a Población Migrante (2007)

Necesidades y propuestas de mejora en el funcionamiento del SSPA:

- Homogeneizar los requisitos y formas de presentar la tramitación de cobertura sanitaria (documentos específicos, envío por e-mail o presencial, entrega en CS o DS, etc.)
- En los casos que sea posible, para facilitar la tramitación, prescindir del requisito de empadronamiento individual cuando estén residiendo en dispositivo de acogida institucional (por la demora del certificado)
- Cuando se entrega la solicitud de cobertura sanitaria, proveer el certificado de datos con el AN y el EAP asignado
- Homogeneizar los procesos de primera visita, especialmente las pruebas pertinentes (Mantoux por ejemplo) y la expedición de certificados de no tener enfermedades infecciosas (certificados de convivencia), documentos necesarios para acceder a los recursos ofrecidos por el dispositivo de acogida
- Establecer herramientas para garantizar la accesibilidad de información por todos los servicios de salud andaluces y una homogeneización en el uso de términos. Como propuesta en este sentido se recomienda hacerlo:
 - A través de un gestor de informes crear un proceso en la historia (clip de proceso) utilizando una terminología común y del que puedan colgarse las hojas de seguimiento
 - Incluir los cuestionarios de evaluación inicial (trajes, check-list, etc.) en hoja de seguimiento
 - Facilitar indicadores para el uso del gestor de informe
- Crear un repositorio de información actualizada de asistencia sanitaria a inmigrantes con documentos del SSPA y de sociedades científicas (a alojar en red ISIR o dónde se determine)
- Sopesar el alta temporal ya que no da acceso a servicios especializados y se expide factura si se requiere la intervención concreta de un servicio
- Incorporar al/a profesional de mediación intercultural en los equipos sanitarios y en la administración pública. Actualmente este trabajo, fundamental para una atención de calidad, centrada en la persona y eficiente, recae prácticamente en las ONG cuyos recursos permiten sólo cubrir los casos más urgentes
- Incorporar figura profesionalizada del/a acompañante en el itinerario asistencial (primeras visitas, pacientes con discapacidad, visitas con información difícil, ingresos hospitalarios, visitas a CPD o CTA...) con competencias interculturales

- Desarrollar y mejorar los servicios de teletraducción disponibles ya que los médicos no los utilizan por implicar demasiado tiempo dado que lo-as traductore-as pueden no estar disponibles y faltan idiomas necesarios
- Formar en competencia intercultural a los equipos sanitarios para un diagnóstico correcto y para la eliminación de actitudes paternalistas, discriminatorias y prejuicios. Una historia médica correcta es fundamental para poder ser asistido por razones humanitarias si se deniega el asilo o para financiar gastos sanitarios
- Agilización y/o Priorización de las citas para consultas especializadas de personas solicitantes de protección internacional, en casos que requieren urgencia médica o por la presentación de certificado en plazo
- Reforzar recursos en salud mental comunitaria y hospitalaria, y formación en competencia intercultural de los equipos. La demora en las citas apenas cubre la demanda en población especialmente vulnerable por trauma, ausencia de red familiar/social, y situación socioeconómica.
- Establecer estructura de trabajo en red que mejore la coordinación entre CS y ONG (ejemplo mesas de participación ciudadana, reuniones regulares, etc.)

Si bien extiende las competencias del SSPA, es importante conocer:

- Para casos complejos y especialmente vulnerables en los que la solicitud de asilo es denegada (con un plazo de 15 días para salir del recurso de alojamiento), es necesario crear alternativas como la creación de plazas especiales, o la consideración de autorizar la residencia por razones humanitarias debido a temas de salud
- Necesidad de simplificar y facilitar los procesos de justificación de gasto sanitario/farmacológico (Ministerio)

7. BIBLIOGRAFÍA

- Agüera C., Maldonado A., Espinosa de los Monteros B., et al. Procedimiento para la prevención y la actuación ante la Mutilación Genital Femenina en la provincia de Málaga, 2020.
- Asociación mujeres entre dos mundos (2016). Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Disponible en https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf
- Autores varios. Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Observatorio del Pluralismo Religioso en España, Madrid; 2011. https://www.observatorioreligion.es/upload/35/85/Guia_Hospitales.pdf
- Blasco Igual, MC. El consentimiento informado del menor de edad en materia sanitaria. *Rev. Bioética y Derecho* [online]. 2015, n.35 [citado 2023-02-16], pp.32-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-8872015000300004&lng=es&nrm=iso ISSN18865887.
- Boletín Oficial Junta de Andalucía (BOJA). Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia

- epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). 24 de noviembre de 2015;(228):10. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/228/BOJA15-228-00005-19570-01_00080483.pdf
- Calendario Vacunaciones Andalucía 2023 [Internet]. Plan de Vacunaciones de Andalucía (Andavac). [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>
 - Cano PB. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. 1 de enero de 2007 [citado 1 de febrero de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/79120176/Manual_de_atenci%C3%B3n_sanitaria_a_inmigrantes_gu%C3%ADa_para_profesionales_de_la_salud
 - Centers for Disease Control and Prevention. CDC 2020 Yellow Book Home | Travelers' Health | CDC [Internet]. [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home-2020>
 - Collazos F., Qureshi A., & Casas M. (Edits.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, 2009, Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa. https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452
 - Comisión de Coordinación para el Control de la Tuberculosis de Sevilla. Borrador Recomendaciones sobre valoración y detección de tuberculosis en personas inmigrantes. Sevilla. 2017.
 - Comisión Española de Ayuda al Refugiado (2022). Informe Anual 2022. <https://www.cear.es/informe-cear-2022/>
 - Comité Permanente entre Organismos. 2015. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf
 - Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo. Guía de actuación en atención primaria para población inmigrante. 2014, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20140320/guia-atencion-primaria-inmigrantes.pdf>
 - European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Ebola virus disease outbreak in Equateur Province, Democratic Republic of the Congo [Internet]. 2018 [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/15-05-2018-RRA-Ebola-Dem-Rep-Congo.pdf>
 - European Centre for Disease Prevention and Control. 2022 [citado 1 de febrero de 2023]. Early warning, alert and response to acute public health events in refugee-hosting countries [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/early-warning-alert-response-public-health-events-refugee-hosting-countries>
 - European Centre for Disease Prevention and Control. Current threats and outbreaks [Internet]. [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/threats-and-outbreaks>
 - European Centre for Disease Prevention and Control. Italian Institute of Public Health. Handbook on using the ECDC preparedness checklist tool to strengthen preparedness against communicable

- disease outbreaks at migrant reception/detention centres. [Internet]. LU: Publications Office; 2016 [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/979277>
- Gutiérrez Hernández B., Carrillo Palacios L. y Alboreca Fernández, B. (2018). La situación de las personas solicitantes de protección internacional y refugiadas LGTBI. ACCEM. Disponible en: <https://www.accem.es/archivos/libro/files/downloads/Estudio-LGTBi.pdf>
 - Federación Andalucía Acoge. Material formativo para la prevención de la violencia de género en las mujeres migrantes, 2021. Disponible en: https://acoge.org/wp-content/uploads/2022/02/Material-formativo-para-la-prevencion-de-la-VG-en-mujeres-migrantes_compressed.pdf
 - Idáñez D., Martín O-H. y Vázquez J. Guía de asistencia inicial al inmigrante en Atención Primaria, 2007, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/02/Manual_Asistente_Inmigrante.pdf
 - Junta de Andalucía. Procedimientos Generales y Específicos: Índice de protocolos de vigilancia y alerta ante enfermedades - [Internet]. [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/procedimientos-red-alerta.html>
 - Kaplan Marcusan, Adriana; Aliaga Figueras, Neus; Álvarez Rossat, Carolina. Prevención y atención de la mutilación genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía (2a edición). Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Fundación Wassu, 2018. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesionales%20prevención%20MGF\(1\).pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesionales%20prevención%20MGF(1).pdf)
 - Masvidal Aliberch RM, Canadell Villaret D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado 27/03/2023]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/68/atencion-al-nino-y-la-nina-inmigrantes>
 - Médicos del Mundo. Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios, Gobierno de Aragón, 2021. https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/guia_para_la_atencion_de_personas_migrantes_o_de_origen_extranjero_dirigida_a_sociosanitario.pdf
 - Ministerio del Interior. Protección internacional. <https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestiones/oficina-de-asilo-y-refugio/proteccion-internacional/>
 - Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Guía de actuación ante la llegada de personas refugiadas desde Ucrania [Internet]. 2022. 202d. C. [citado 1 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/ucrania/docs/Guia_de_actuacion_desplazados-Ucrania_21.03.2022.pdf
 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF), Madrid, 2015. [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5_feb2015.pdf
 - OIM. Manual de la OIM sobre Protección y Asistencia para Personas Migrantes Vulnerables a la Violencia, la Explotación y el Abuso [Internet]. 2021 [citado 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://publications.iom.int/es/node/3141>

- OMS, Informe Mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen. Organización Mundial de la Salud, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360465>
- Pérez-Arellano JL, Carranza-Rodríguez C. Estrategias de cribado en población inmigrante recién llegada a España. *Enfermedad Infecc Microbiol Clin*. 1 de enero de 2016; 34(1):45-52.
- Red Europea de Migraciones (EMN) (2012). Glosario 2.0 sobre Migración y Asilo. Luxemburgo: Comisión Europea. Disponible en: https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/redeuropeamigracion/glosario/EMN_Glossary_ES_Version.pdf
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de la enfermedad por virus zika, 2019.
- Rivera, Del Moral, López et al (2019). Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (MENAs), Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2019. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Gu%C3%ADa_MENA2019_DEF_0.pdf
- Ruiz Enciso G. Niños y niñas migrantes y refugiados: retos y dificultades para el sistema sanitario en la actualidad. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 533-549.
- Ruiz I. y Agüero, C. (coords.). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género 3ª ed. [Recurso electrónico]. [citado 6 de febrero de 2023]. [Sevilla]: Consejería de Salud y Familias, 2020. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf
- Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil (coord.) [et al.]. Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, 2012. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/programa_de_atencion_a_poblacion_inmigrante_en_salud_mental.pdf
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2011. Guía de atención primaria al paciente inmigrante. Disponible en: <http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsT treball/Docs/Cocoopsi/CASTguiapacientinmigrant.pdf>
- Valerio L, Badenas M, Massagué C, Carrasco C, Solsona L, Roca C, et al. CAMFiC. Guía de Atención Primaria al paciente inmigrante (2ª ed). 2011.
- WHO, Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030626>
- WHO, Global Tuberculosis Report, 2022 [Internet]. [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240061729>
- WHO Immunization Data portal [Internet]. [citado 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=vaccine-schedule&location=>
- WHO Promoting the health of refugees and migrants: experiences from around the world. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067110>

Recursos sobre Violencia de Género:

- ✓ Comité Permanente entre Organismos. 2015. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espagnol.pdf
- ✓ Federación Andalucía Acoge. Material formativo para la prevención de la violencia de género en las mujeres migrantes, 2021. Disponible en: https://acoge.org/wp-content/uploads/2022/02/Material-formativo-para-la-prevencion-de-la-VG-en-mujeres-migrantes_compressed.pdf
- ✓ OIM. Manual de la OIM sobre Protección y Asistencia para Personas Migrantes Vulnerables a la Violencia, la Explotación y el Abuso [Internet]. 2021 [citado 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://publications.iom.int/es/node/3141>
- ✓ Ruiz I. y Agüero, C. (coords.). Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género 3ª ed. [Recurso electrónico]. [citado 6 de febrero de 2023]. [Sevilla]: Consejería de Salud y Familias, 2020. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo Andaluz para Actuacion Sanitaria 2020.pdf>

Recursos sobre Mutilación Genital Femenina:

- ✓ Agüera C., Maldonado A., Espinosa de los Monteros B., et al. Procedimiento para la prevención y la actuación ante la Mutilación Genital Femenina en la provincia de Málaga, 2020. <http://www.medicosdelmundo.es/blogosfera/andalucia/files/2020/12/prevencion-y-actuacion-ante-la-MGF-Noviembre-2020.pdf>
- ✓ Asociación mujeres entre dos mundos (2016). Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Disponible en https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf
- ✓ Kaplan Marcusan, Adriana; Aliaga Figueras, Neus; Álvarez Rossat , Carolina. Prevención y atención de la mutilación genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía (2a edición). Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Fundación Wassu, 2018. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesional%20prevención%20MGF\(1\).pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesional%20prevención%20MGF(1).pdf)
- ✓ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF), Madrid, 2015. [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

- ✓ Lozano I y Crespo N. La Mutilación genital femenina en España. Prevención e intervención. 2013. Unión Nacional de Asociaciones de Familiares (UNAF).

ANEXO 1. Conceptos relacionados con la protección internacional⁴

1. *Personas refugiadas.*

La Convención de Ginebra de 1951 establece que una persona refugiada es aquella que "*debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opinión política se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país*".

Las personas que huyen de conflictos armados o situaciones de violencia generalizada son también consideradas genéricamente como refugiadas.

2. *Solicitantes de asilo.*

Personas que han solicitado el asilo, es decir, una forma de protección garantizada por un Estado en su territorio basada en el principio de no devolución, que conlleva el reconocimiento internacional o nacional de los derechos del refugiado. Se concede a toda persona incapaz de ver garantizada tal protección en su país de nacionalidad y/o residencia, por temor a ser perseguida por razón de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opinión política.

3. *Personas con protección subsidiaria.*

Personas extranjeras o apátridas a las que un estado ha reconocido el derecho a la protección subsidiaria. No reúnen los requisitos para ser reconocidas como personas refugiadas, pero se dan motivos fundados para creer que si regresase a su país de origen o de residencia habitual se enfrentarían a un riesgo real de sufrir daños graves: pena de muerte, tortura o tratos inhumanos o degradantes, amenazas graves contra la vida o la integridad como consecuencia de situaciones de violencia indiscriminada.

4. *Apátridas.*

Personas que no son consideradas como nacional por ningún Estado, conforme a su legislación.

5. *Personas reubicadas.*

Personas con un estatuto de un Estado miembro de la Unión Europea que les garantiza protección internacional trasladada a otro Estado miembro en el que se les conceda una protección similar. También pueden ser solicitantes de protección internacional trasladadas desde el Estado miembro responsable de examinar su solicitud a otro Estado miembro donde se examinará dicha solicitud.

6. *Personas reasentadas.*

⁴ Definiciones adaptadas de EMN (2012). Glosario 2.0 sobre Migración y Asilo. Luxemburgo: Comisión Europea.

Personas refugiadas y desplazadas que han sido trasladadas a algún Estado miembro de la Unión Europea con el objetivo de ofrecer protección internacional y soluciones duraderas en su territorio. El programa de reasentamiento incluye acciones emprendidas por los Estados miembros y el ACNUR para evaluar las necesidades de reasentamiento y trasladar a las personas afectadas a sus territorios, con vistas a otorgarles un estatuto jurídico seguro y promover su integración efectiva.

7. *Migrantes en situación administrativa irregular.*

Persona migrante que no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para entrar, residir o trabajar en un determinado país.

8. *Niñas, niños y adolescentes migrantes o solicitantes de asilo no acompañados o mal acompañados.*

Persona nacional de un tercer país o apátrida menor de dieciocho años que llega al territorio de un Estado sin ir acompañada de una persona adulta responsable, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, o que se queda sin compañía después de su llegada.

9. *Víctimas de trata.*

Personas sometidas a trata de seres humanos, definida como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o la transferencia de control sobre estas personas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, el fraude, el engaño, el abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que posea el control sobre otra persona, con el fin de explotarla. La explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena, u otras formas de explotación sexual, el trabajo o los servicios forzados, incluida la mendicidad, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre, la explotación para realizar actividades delictivas o la extracción de órganos.

10. *Centro de Acogida (CAR).*

Emplazamiento con las instalaciones necesarias para acoger a personas migrantes, refugiadas o solicitantes de asilo y proveer a sus necesidades inmediatas.



ANEXO 2. Triage para la identificación inicial de necesidad de atención urgente



CUESTIONARIO INICIAL DE SALUD

FECHA:

IDENTIFICACIÓN (datos de filiación o código que asignemos por confidencialidad)

CENTRO DE ACOGIDA:

1- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI, ¿Cuál?

2- ¿PADECE ALGUNA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI, ¿Cuál?

3- Si es mujer, ¿ESTÁ EMBARAZADA?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI
- De cuántas semanas o fecha de última regla?
- ¿Está teniendo algún problema durante el embarazo? Especifique:

4- ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN TRATAMIENTO DE FORMA CONTINUADA?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI
 - Por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedad del corazón...)
 - Por dolor crónico
 - Por tuberculosis, VIH u otras enfermedades infecciosas
 - Por ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental

5- ¿ESTÁ PENDIENTE DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI, ¿Cuál?

6- ¿ESTÁ PENDIENTE DE RECIBIR O HA INTERRUMPIDO UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI
 - Tratamientos para el cáncer
 - Tratamiento inmunosupresor
 - Tratamiento VIH
 - Otro:

7- ¿PRESENTA SÍNTOMAS EN EL MOMENTO ACTUAL?

- NO (siga a la pregunta siguiente)
- SI
 - Fiebre
 - Respiratorios (tos, falta de aire o ahogo, dolor en la garganta, dolor en el pecho, exceso de moco)
 - Diarrea o vómitos
 - De la piel
 - Otros



8- SI ES MAYOR DE 5 AÑOS ¿ESTÁ VACUNADO FRENTE AL COVID?

- NO
- SI, ¿Aporta certificado de vacunación? (Sí/No)

9- SI ES MENOR DE 18 AÑOS ¿APORTA UNA CARTILLA DE VACUNACIÓN INFANTIL?

- NO
- SI

FORMULARIO CUESTIONARIO INICIAL DE SALUD

 Limpiar Limpiar pantalla para mecanizar cada nuevo registro  Ir a hoja de datos

FECHA: CENTRO:

NOMBRE: GÉNERO: FECHA NACIMIENTO:

Nº PASAPORTE/DOCUMENTO: NUHSA:

¿PADECE ENFERMEDADES?: ENFERMEDADES: ¿LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD?:

¿ESTÁ EMBARAZADA?: SEMANAS GESTACIÓN: ¿PROBLEMAS EN EL EMBARAZO?:

¿TOMA TRATAMIENTO?: TRATAMIENTOS: OTROS TRATAMIENTOS:

¿PENDIENTE CIRUGIA?:

¿PENDIENTE TRATAMIENTO HOSPITAL?: TRATAMIENTO HOSPITAL: OTROS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS:

¿SINTOMAS ACTUALES?: TIPO DE SINTOMAS: OTROS SÍNTOMAS:

¿ALERGIA MEDICAMENTOS?: ¿A QUÉ MEDICAMENTOS?:

¿ALERGIA ALIMENTOS?: ¿A QUÉ ALIMENTOS?:

¿VACUNADO DE COVID?: ¿DOCUMENTADO?: ¿CARTILLA DE VACUNACIÓN INFANTIL?:

OBSERVACIONES:



Eliminar último

Para borrar el último registro mecanizado en la base de datos



Guardar

Guardar en la base de datos cada registro mecanizado



GRABAR FICHERO

ANEXO 3. Principales enfermedades infecciosas importadas y la posibilidad de ser padecidas según continente de origen.

	Europa*	Asia	América**	África
Meningitis meningocócica	-	+	+	+
Cólera	-	+	+	+
Peste	0	+	-	+
Fiebres virales hemorrágicas	-	+	+	+
Lepra	-	+	+	+
Tuberculosis	+	++	++	++
Hepatitis	+	++	+	++
Enfermedades de transmisión sexual	+	+	+	++
SIDA	-	++	+	++
Parasitosis intestinal	-	+	+	++
Esquistosomiasis	0	+	-	+
Estrongyloidosis	0	+	+	+
Filariasis hemolinfáticas	0	+	-	++
Filariasis cutáneas	0	-	-	++
Malaria	0	+	+	++
Cisticercosis	+	+	++	+
Leishmaniasis	+	+	+	+
Enfermedad de Chagas	0	0	+	0
Enfermedad del sueño	0	0	0	+

- * Inmigrantes procedentes de Europa del Este.
- ** Inmigrantes procedentes de Latinoamérica y del Caribe.
- 0 No existe en esa zona.
- Posible, aunque raramente observada.
- + Posible.
- ++ Muy posible.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de inmigración y salud pública: Enfermedades infecciosas importadas. Informes, estudios e investigación, 2007.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>

"ORDEN de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria"

- Alertas en Salud Pública:

- a) Aparición súbita de riesgos que requieran intervención inmediata de los servicios de salud pública
- b) Aparición de brotes epidémicos o agrupaciones inusuales de casos, con independencia de su naturaleza y causa
- c) Enfermedades de declaración obligatoria urgente

Listado de EDOs

Urgente
Ordinaria

- Anisakiasis
- Aspergilosis (**origen nosocomial**)
- **Botulismo**
- **Brucelosis**
- Carbunco
- **Cólera**
- Criptosporidiasis
- Dengue
- **Difteria**
- Encefalitis transmitida por garrapata
- Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana (EETH)
- Enfermedad de Lyme
- **Enfermedad invasiva por Haemophilus Influenzae**
- **Enfermedad meningocócica**
- **Enfermedad neumocócica invasora**
- Enfermedad por virus Chikungunya
- **Fiebre Amarilla**
- **Fiebre del Nilo occidental**
- Fiebre exantemática mediterránea
- Fiebre Q
- Fiebre recurrente por garrapatas
- **Fiebres hemorrágicas víricas**
- Fiebre Tifoidea/Paratifoidea (**transmisión alimentaria**)
- Giardiasis
- Gripe
- Hepatitis A (**transmisión alimentaria**)
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis vírica, otras
- Herpes genital
- Herpes zóster
- Hidatidosis
- Infección genital por Chlamydia trachomatis
- Infección gonocócica

- Infección nosocomial por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)
- **Infección nosocomial por enterobacterias productoras de carbapenemasas**
- Infección nosocomial por Acinetobacter baumannii multirresistente (**pan-resistente**)
- Infección nosocomial por Staphylococcus aureus meticilina resistente
- **Infección nosocomial por otros microorganismos reemergentes o inusuales**
- **Infección por Escherichia Coli enterohemorrágica**
- Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Intoxicación aguda por Plaguicidas
- **Legionelosis**
- Leishmaniasis
- Lepra
- Leptospirosis
- Linfogranuloma venéreo
- **Listeriosis**
- **Meningitis bacterianas, otras**
- **Meningitis infecciosas, otras**
- **Meningitis víricas, otras**
- Paludismo
- **Parálisis flácida en menores de 15 años**
- Parotiditis
- **Peste**
- **Poliomielitis**
- **Rabia**
- **Reacción postvacunal grave**
- **Rubeola**
- **Rubeola congénita**
- **Sarampión**
- **SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave)**
- Shigellosis
- Sífilis
- Sífilis congénita
- Tétanos
- Tétanos neonatal
- **Tifus exantemático**
- Tos ferina
- Toxoplasmosis congénita
- **Triquinosis**
- Tuberculosis
- **Tularemia**
- Varicela
- **Viruela**
- Yersiniosis
- **Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo en el territorio de Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública**

Fuente: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/v-anexos/1-tablas/tabla-1-listado-de-enfermedades-de-declaracion-obligatoria>

ANEXO 4. Herramienta para Valoración del Riesgo Social por parte de trabajadores/as sociales del centro de salud y/o dispositivo de acogida

Tabla I. Criterios de riesgo social específicos para la población inmigrante
<ol style="list-style-type: none"> 1. Irregularidad y/o ausencia de documentación personal mínima: DNI-pasaporte, tarjeta de residente, etcétera. 2. Problema laboral y/o económico que le exponga a la indigencia. 3. Aislamiento, desarraigo y/o ausencia de red social o familiar de apoyo y que dificulten la atención de problemas de salud. 4. Existencia de patología que exija especial control y seguimiento desde el sistema sanitario, con el objetivo de servir como agente de conexión. 5. Problema de vivienda que genere o mantenga problemática sanitaria y que dificulte el desarrollo normalizado de los convivientes: carencia, hacinamiento, ausencia-precariedad de servicios, subarrendos, etcétera. 6. Menores no escolarizados, explotación laboral de menores, menores cuidadores. 7. Factores culturales que dificulten la normalización del acceso a los servicios sanitarios. 8. Vivir en zonas de riesgo social elevada. Estigmatización y rechazo por parte de la población autóctona. 9. Problemas de comunicación.

Fuente: *Manual de atención sanitaria a inmigrantes (2007)*

ANEXO 5. Herramienta para Valoración del Estado de bienestar psicosocial y de salud mental/Exploración psicológica básica

El Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes (2007) recomienda valorar como exploración psicológica básica:

- Estado de ánimo y autoestima.
- La presencia de ansiedad y diferenciar si la misma es:
 - Adaptativa: como respuesta de alerta ante situaciones objetivas de peligro.
 - Neurótica: respuesta ante estímulos externos o internos que producen conductas de desajuste y bloqueo.
 - Psicótica: la respuesta que se produce es mucho más intensa y va acompañada de ruptura del sentido de la realidad tanto a nivel de interpretación, percepción e interacción.
 - Secundaria a proceso orgánico: puede ser producida por alteraciones orgánicas como hipertiroidismo, hiperglucemia, angina de pecho, etcétera.
- La presencia de síntomas psicóticos que suponen ruptura con la realidad, como los delirios, alucinaciones y fenómenos de extrañamiento de la persona sobre sí misma o del mundo exterior. Hay que tener en cuenta las diferencias con los *delirium*, alucinosis, etc., que se producen por intoxicaciones o como manifestaciones de origen orgánico (tumores cerebrales...).
- La presencia de insomnio y la calidad del sueño.

- Observar el lenguaje no verbal, en especial la expresión facial, la mirada y los gestos, ya que nos ayudarán a paliar la dificultad lingüística y detectar la existencia de síntomas de sufrimiento mental como la ansiedad, la tristeza, etcétera.
- Capacidad de adaptación.
- Posibles sentimientos de rechazo, ira o aislamiento.
- Posible marginación o incomunicación.
- La existencia de apoyo sociofamiliar, etcétera.
- Antecedentes personales y/o familiares de enfermedades mentales.
- En la mujer, hay que explorar la existencia de posibles discriminaciones de género.
- En los niños y niñas será importante la valoración del desarrollo psicomotor, utilizando el Test de Denver y su evolución posterior.

ANEXO 6. Pruebas generales y específicas

A continuación, se muestran las pruebas generales y específicas que se aplican actualmente en algunos ámbitos sanitarios andaluces, así como un esquema de la consulta de acogida en atención primaria. No obstante, se trata de una información orientativa ya que los criterios para realizar las citadas pruebas se encuentran en proceso constante de actualización.

Para consultar los protocolos actualizados de cada una de las enfermedades transmisibles consultar [Centro Nacional de Epidemiología, Vigilancia en Salud Pública \(RENAVE\)](#).

PRUEBAS GENERALES

- **Hemograma, recuento y fórmula.** Se pretende la detección de:
 - Anemias y Hemoglobinopatías
 - Anemia falciforme.
 - Talasemia.
 - Eosinofilia periférica.
- **Bioquímica básica:** Perfil básico, hepático y renal. Estudio de déficits nutricionales como hierro y vitaminas. Estudio tiroideo y dislipemias.
- **Sistemático de orina:** Descartar esquistosomiasis ante hallazgo de hematuria y eosinofilia.
- **Estudio de parásitos en heces:** Esencial en la detección de parasitosis intestinales.
 - Su indicación depende de si procede de una zona de alto riesgo, del tiempo de estancia en nuestro país o si aparece eosinofilia.
 - Se recomienda su realización de forma rutinaria a todo migrante procedente del continente africano, con estancia inferior a 3 años.
 - Se recomienda estudiar al menos 3 muestras de días consecutivos.
- **Test de la tuberculina (PPD/Mantoux)/IGRA y Radiografía de tórax:** Búsqueda de casos de enfermedad tuberculosa activa para un diagnóstico precoz y valoración de la infección latente.
- Para los casos de personas que hayan podido vivir situaciones de hacinamiento que dificulten el mantenimiento de unas buenas condiciones de higiene se recomienda tener presente las **infestaciones por escabiosis y pediculosis**
- **Serología:**

GENERALES

Enfermedad	Prueba	Observaciones
Sífilis	Serología	- > 15 años o menor con: Historia de actividad sexual o abuso sexual Antecedente materno de infección Posibilidad de infección por otras trepanomatosi no venéreas. - Cribado en mayores de 15 años en todos los casos
Hepatitis A		- Investigar estado de vacunación en población adulta para determinar si es necesario vacunar, por la alta prevalencia de infección pasada en estas edades <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hepatitis pasada ▪ En caso de patología hepática ▪ Prácticas de riesgo ▪ Viajes a país de origen
Hepatitis B	Serología (AntiHBc, AgHBs, AntiHBs)	- Si infección actual, HBeAg o carga viral - Si cumple criterios de inmunización y no hay evidencia de vacunación previa se recomienda realizar serología AntiHBs
Hepatitis C	Serología	- Si positivo, estudio carga viral y genotipo
VIH	Serología (VIH-1 y VIH-2) Consentimiento previo	
Sarampión, Rubeola, Parotiditis (TV) y Varicela (VVZ)	Serología	
ITS	Cribado completo	- Prácticas sexuales de riesgo - Abusos - Antecedentes ITS previas

PRUEBAS ESPECÍFICAS SEGÚN EDAD, PAÍS DE ORIGEN O FACTORES DE RIESGO:

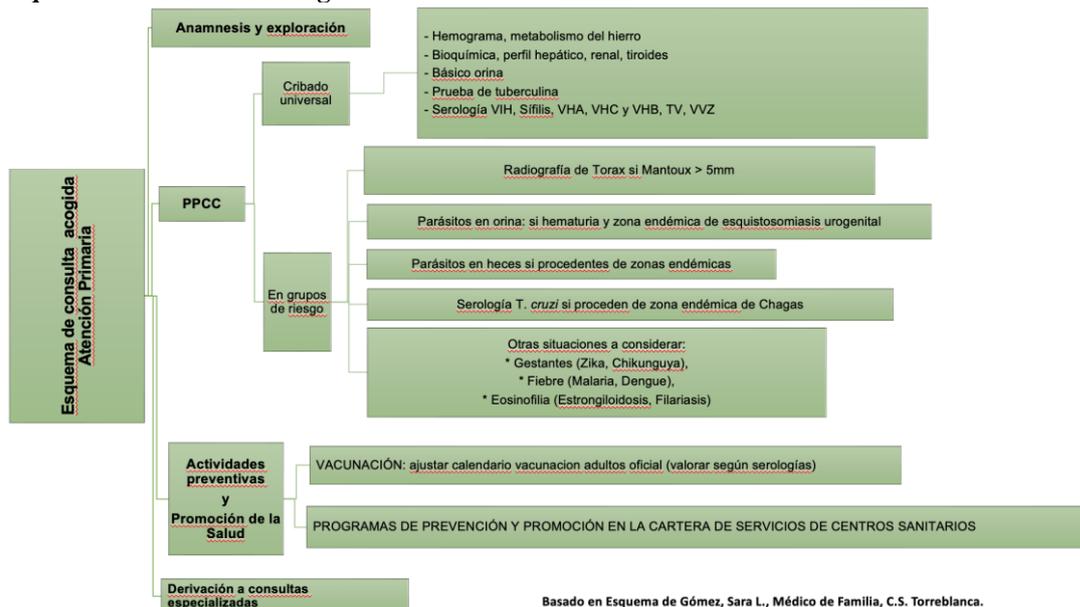
- **Estudio de parásitos en orina:** si hematuria y zona endémica de esquistosomiasis urogenital

ESPECÍFICAS SEGÚN EDAD, PAÍS DE ORIGEN O FACTORES DE RIESGO

Enfermedad	Prueba	Indicación	Observaciones
Estrongiloidosis	Serología específica	Migrantes subsaharianos con eosinofilia	Si sospecha clínica-epidemiológica derivar a Atención Especializada para realizar pruebas específicas.
Filariasis	Frotis sanguíneo + test de Knott	Migrantes subsaharianos con eosinofilia	realizar pruebas específicas.
Enf. Chagas	Serología T. cruzi	Si procedentes de zona endémica	Solicitar desde AP
Malaria	Frotis sanguíneo y gota gruesa **Importante para descartar parasitación por Plasmodium +	Fiebre 4-5 días	Si sospecha clínica-epidemiológica derivar a

	falciparum, que puede ser causante de cuadros graves. Recordar siempre ofrecer la quimioprofilaxis antipalúdica en los viajes de retorno al país de origen.	Embarazadas y niño/as entre 3 y 5 años originarios de países endémicos y llegados hace menos de 3-6 meses	Atención Especializada para realizar pruebas específicas. Considerar siempre descartarla en caso de fiebre en usuario procedente de zona endémica
Chikunguya	<p>Enviar muestras a laboratorio de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase aguda (<7 días): PCR y detección de IgM ▪ Fase convalecencia (>=7): anticuerpos IgM e IgG. Repetir a los de 15 días. <p>Si síntomas neurológicos: enviar LCR y suero.</p>	<p>Fiebre >38.5º y artralgia + residir o haber visitado áreas endémicas en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas (África, Sudeste asiático, India, América Central y Sudamérica, Caribe, islas del Océano Índico, Oeste y Sur del Pacífico)</p>	No se ha demostrado transmisión directa de persona a persona
Zika	<p>Enviar muestras a laboratorio de referencia.</p> <p>Suero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 a 5 días: PCR ▪ 5 y 7 días: PCR y serología ▪ >7 días: serología <p>Orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 y 20 días: PCR <p>Embarazadas: viremia puede ser más larga, PCR podría realizarse pasados los primeros 5 días.</p>	<p>Exantema maculopapular con o sin elevación de la Tª y al menos uno de los siguientes síntomas: artralgias, mialgias, conjuntivitis + Residir o haber visitado áreas epidémicas en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas (Asia, islas del Pacífico, Caribe, México, América Central y Sudamérica y África)</p>	Transmisión por transfusión sanguínea y por vía sexual. Se recomienda si ha habido relaciones sexuales con método barrera hasta 3 meses después de la salida del país endémico para hombres, y 2 para mujeres. (RENAVE, 2019)
Dengue		Si sintomatología sospechosa	

Esquema de consulta de acogida en Atención Primaria



Basado en Esquema de Gómez, Sara L., Médico de Familia, C.S. Torreblanca.