

3. Rubio-Tapia A, Hernan ML, Ludvigsson JF, Kelly DG, Mangan TF, Wu TT, et al. Severe spruelike enteropathy associated with olmesartan. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:732-8.

María Curieses Luengo*, Eva Barreiro Alonso,
Marta Izquierdo Romero
y Francisco Javier Román Llorente

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcuriesesluengo@gmail.com
(M. Curieses Luengo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.008>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desafíos en salud primaria para migrantes internacionales: el caso de Chile



Challenges in primary health care for international migrants: The case of Chile

Sr. Editor:

La migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo¹ y en Chile². Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que su movimiento tenga gran impacto en la salud pública³. A nivel mundial se estima que existen alrededor de 200 millones de personas migrantes internacionales⁴. Cifras del año 2011 muestran que en América Latina y el Caribe (ALC), unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país⁵. En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de ALC, siendo la búsqueda de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de ALC y que se conoce como migración Sur-Sur⁶.

En atención al fenómeno global de migración internacional y sus implicancias en salud pública primaria, realizamos un estudio cualitativo dedicado a indagar esta temática. El estudio se llevó a cabo en Chile, dado el aumento en flujo migratorio en los últimos años⁵. Este estudio tuvo como foco de análisis los desafíos de atención de salud percibidos por parte de Trabajadores de Salud Primaria (TSP) hacia migrantes internacionales. Desde un paradigma constructivista, se realizó un estudio de caso múltiple con emplazamiento en 8 comunas de Chile (4 en el norte y 4 en la zona central), seleccionadas según datos censales de 2012 por contar con la mayor densidad de inmigrantes y los mayores niveles de vulnerabilidad social del país (desempleo, discapacidad y educación primaria). Mediante la técnica de bola de nieve se reclutó a 101 TSP y autoridades locales comunales (tabla 1), quienes participaron mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales, previo consentimiento informado.

Dentro de los hallazgos, los TSP destacaron los siguientes 4 desafíos principales en salud primaria para migrantes internacionales en Chile: 1) pese a que se han establecido normativas y se han generado estrategias de atención en salud para población migrante, estas no son estables ni conocidas por todos; 2) las estrategias de atención diseñadas no son fáciles de implementar en las diversas realidades comunales; 3) la ausencia de registros oficiales de migrantes regulares e irregulares dificulta la planificación efectiva

y oportuna de intervenciones específicas, y 4) los TSP reportan que no poseen herramientas que les permitan brindar una atención que sea culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad migrante internacional que hoy reside en Chile.

Estos hallazgos sitúan a los TSP en una posición de vulnerabilidad, ya que se ven exigidos desde la autoridad sanitaria (a sumar a sus tareas diarias estrategias de salud para migrantes internacionales, con los mismos recursos económicos), desde nivel central (a implementar normativas sin haber tenido participación en su redacción ni haber recibido capacitación) y desde la población migrante (a entregar atenciones en adecuadas culturalmente, sin haber recibido capacitación previa).

A partir de estos resultados, se concluye que existen 3 necesidades concretas y prioritarias a resolver con urgencia: 1) capacitación acerca de las normativas vigentes de salud primaria para migrantes internacionales; 2) capacitación en la implementación de dichas normativas y otras intervenciones de salud que han demostrado ser efectivas, y 3) sensibilización en competencia cultural en salud como herramienta fundamental de atención directa en salud.

Tabla 1 Descripción sociodemográfica de participantes de este estudio

Participantes total n = 101	Información sociodemográfica
Directores de Centros de Salud Primaria (n = 17)	
15 entrevistas individuales	Sexo: 11 mujeres y 4 varones
	Rango de edad: 27-64; promedio: 47,60 años
1 entrevista bi-personal	Sexo: 2 mujeres
	Rango de edad: 35-39; promedio: 37,50 años
Autoridades locales de salud (n = 16)	
14 entrevistas individuales	Sexo: 9 mujeres y 5 varones
	Rango de edad: 28-58; promedio: 43,86 años
1 entrevista bi-personal	Sexo: 2 mujeres
	Rango de edad: 46-47; promedio: 46,50 años
Trabajadores de Salud Primaria TSP (n = 68)	
8 grupos focales	Sexo: 57 mujeres y 11 varones
	Rango de edad: 26-67; promedio: 39,01 años

Los resultados de este estudio pueden ser pertinentes para otros países, en especial para aquellos con reciente aumento de flujo de extranjeros. El nivel primario de salud es una valiosa puerta de entrada a la sociedad para migrantes internacionales y cumple un rol fundamental en salud pública. En concordancia con esto, los TSP necesitan apoyo real en esta materia para beneficio de la salud poblacional de un país y continente en su conjunto.

Declaramos que el proyecto original fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo de Chile y por el Comité de Ética de la Comisión Nacional de Investigación Ciencia y Tecnología, Gobierno de Chile. Por otra parte se han seguido los protocolos de trabajo establecidos, aprobados y financiados por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile (Fondecyt 11130042).

Financiación

Fuente de apoyo financiero: Proyecto Fondecyt N.º 11130042 «Desarrollando Inteligencia en Salud Pública para inmigrantes en Chile: un estudio multi-métodos».

Bibliografía

1. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv.* 2010;46:5–7.
2. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: Are there different stories to tell? *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:4403–32.

3. Akhavan S, Bildt CO, Franzén EC, Wamala S. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *J Immigr Health.* 2004;6:103–18.
4. United Nations Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
5. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; Disponible en: <http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011.English.pdf>
6. Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. 2002 9th february 2011. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>

Margarita Bernales^{a,*}, Báltica Cabieses^{a,b}, Ana María McIntyre^a y Macarena Chepo^a

^a *Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

^b *Department of Health Sciences, University of York, York, Reino Unido*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: margaritabernales@udd.cl (M. Bernales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.014>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Osteoporosis y el modelo FRIDEX: cómo y cuándo intervenir farmacológicamente en la prevención primaria de fracturas



Osteoporosis and the FRIDEX model: When and how to make a pharmacological intervention in the primary prevention of fractures

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el editorial de A. López¹ donde se analiza el abordaje de la osteoporosis en nuestro medio y sobre el que deseáramos realizar algunos comentarios y aportaciones.

En primer lugar, manifestar nuestro acuerdo en cuanto a sus opiniones sobre la tendencia actual en la edad de inicio en el tratamiento con medicamentos antiosteoporóticos (MAO) de la osteoporosis densitométrica (OpDx) y en la discordancia entre la posición destacada de nuestro país en el *ranking* de países en prescripción de MAO, según el informe del Parlamento del Reino Unido, cuando somos un país con una incidencia media-baja de fracturas de cadera entre los países desarrollados¹⁻³. También compartimos su posición

de no aconsejar que se determinen los valores de FRAX[®] para intervención por aproximaciones, ni adoptar valores de intervención de otros países cuando tenemos estudios de seguimiento real de población latina autóctona¹⁻³.

Referente a su afirmación «...la comunidad científica internacional ha optado por el nuevo paradigma del FRAX[®]...» nosotros la matizaríamos. Por ejemplo, en nuestro país algunas guías de práctica clínica (GPC) de sociedades de atención primaria (AP) como la CAMFiC (2014) o la GuíaSalud del Ministerio de Sanidad (próximamente) sí han incorporado el FRAX[®]. No obstante, otras sociedades siguen optando por intervenir con MAO cuando detectan una OpDx (http://www.seiommm.org/uploads/sfMedia/guiaseiommm_v4_2014_c.pdf), aunque esta opción ha demostrado moderada-baja fiabilidad diagnóstica en nuestro país². También hay otras publicaciones que aconsejan intervenir con valores de FRAX[®] propuestos para poblaciones con mayor riesgo de fracturas que la nuestra, circunstancia que también hemos desaconsejado¹⁻³.

Estamos en desacuerdo con el autor cuando comenta «... el modelo FRIDEX desatiende la edad para la intervención...». Fundamentalmente porque la edad ya está incluida en el propio formulario FRAX[®] y, según el modelo FRIDEX⁴, una mujer sin factores de riesgo según FRAX[®] y sin incluir el *T-score* de la densitometría central (DXA), deja de ser de bajo riesgo a los 69 años. Si tuviera una fractura osteoporótica lo sería a partir de los 61 años. De alto riesgo