

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE FARMACIA



**ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS
INMIGRANTES
DEL CAMPO DE GIBRALTAR**

VICTORIA VÁZQUEZ VELA
Granada, Julio 2005

ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS INMIGRANTES DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Memoria que presenta **Victoria Vázquez Vela**
para aspirar al Grado de Doctora en Farmacia

Dra. D^a M^a José Faus Dader

Dr. D. José Espejo Guerrero

Lda. Victoria Vázquez Vela

Directores de Tesis:

Dra. D^a M^a José Faus Dader.

Profesora Titular del Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Farmacia de Granada y Directora del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (CTS -131).

Dr. D. José Espejo Guerrero, Farmacéutico Comunitario y Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (CTS-131).

Granada, Julio 2005

DRA. D^a M^a JOSÉ FAUS DADER, PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE GRANADA Y DIRECTORA DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA (CTS-131).

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, Dña. Victoria Vázquez Vela, sobre el tema: Atención Farmacéutica a los Inmigrantes del Campo de Gibraltar, ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor al título de Doctor siempre que así lo considere el citado Tribunal.

Granada, a de Julio de 2005

M^a José Faus Dáder

DR. D. JOSÉ ESPEJO GUERRERO, FARMACÉUTICO COMUNITARIO Y MIEMBRO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA (CTS-131).

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, Dña. Victoria Vázquez Vela, sobre el tema: Atención Farmacéutica a los Inmigrantes del Campo de Gibraltar, ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor al título de Doctor siempre que así lo considere el citado Tribunal.

Granada, a de Julio de 2005

José Espejo Guerrero

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
I.1. DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA	12
I.1.1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN ANDALUCÍA.....	13
I.1.2. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN RÉGIMEN DE RESIDENCIA.....	15
I.1.3. RESIDENTES EXTRANJEROS POR ÁREA DE PROCEDENCIA.....	18
I.1.4. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN SEXO.....	23
I.1.5. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN EDAD.....	25
I.1.6. TRABAJADORES EXTRANJEROS.....	27
I.1.7. INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR.....	30
I.2. INMIGRACIÓN EN EL CAMPO DE GIBRALTAR	38
I.2.1. TIPOLOGÍA DE EXTRANJEROS EN EL CAMPO DE GIBRALTAR.....	40
I.3. POLÍTICAS MIGRATORIAS. NORMATIVA RELATIVA A LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE	43
I.3.1. MARCO LEGAL Y JURÍDICO EN MATERIA DE SALUD	43
I.3.1.1 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre.....	44
I.3.1.2. Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía.....	47
I.3.1.3. Otros recursos institucionales de la Junta de Andalucía.....	49
I.3.1.3.1. I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2001-2004).....	49
I.3.1.3.2. III Plan Andaluz de Salud (2003-2008).....	51
I.3.1.3.3. Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes.....	52
I.4. CARACTERÍSTICAS CULTURALES, SOCIALES Y SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE	61
I.4.1. CULTURA, SALUD Y ENFERMEDAD	61

I.4.2. INTEGRACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE:	
IMPACTO SOBRE SU ESTADO DE SALUD.....	63
I.4.3. CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN	
INMIGRANTE: APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS MÁS	
PREVALENTES.....	66
I.4.3.1. Determinantes de salud en la población inmigrante.....	67
I.4.3.2. Patologías relacionadas con la inmigración. Clasificación.....	67
I.4.3.2.1. Enfermedades prevalentes en sus países de origen.....	68
I.4.3.2.1.1. Enfermedades tropicales o exóticas.....	68
I.4.3.2.1.2. Enfermedades cosmopolitas.....	68
I.4.3.2.1.3. Enfermedades de base genética.....	86
I.4.3.2.2. Enfermedades reactivas o de adaptación.....	87
I.4.3.2.2.1. Trastornos mentales.....	87
I.4.3.2.2.2. Síntomas psico-somáticos.....	87
I.4.3.2.2.3. Toxicomanías.....	87
I.4.3.2.3. Enfermedades adquiridas en la comunidad.....	88
I.4.3.2.3.1. Orgánicas.....	88
I.4.3.2.3.2. Laborales.....	89
I.5. ACCESO DE LOS INMIGRANTES AL SISTEMA SANITARIO.....	90
I.5.1. ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE.....	90
I.5.2. BARRERAS ESPECÍFICAS DE ACCESO.....	93
I.5.2.1. Barreras propias del sistema sanitario.....	95
I.5.2.1.1. Barreras normativas y administrativas.....	95
I.5.2.1.2. Rechazo pasivo del sistema o profesionales sanitarios.....	96
I.5.2.2. Barreras propias de la población inmigrante.....	97
I.5.2.2.1. Lengua.....	97
I.5.2.2.2. Cultura y religión.....	97
I.5.2.2.3. Contexto: situación laboral y socio-económica de	
pobreza.....	98

I.6. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO	100
I.6.1. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INMIGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO	100
I.6.2. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA	104
I.7. OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRATES	107
I.7.1 DOCUMENTACIÓN Y MATERIAL INFORMATIVO DESTINADO A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO	107
I.7.2. FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS	108
I.8. EL HOSPITAL “AMIGO DEL INMIGRANTE”: HOSPITAL PUNTA EUROPA EN ALGECIRAS (CÁDIZ)	109
<u>II. OBJETIVOS</u>	112
II.1. OBJETIVO GENERAL	113
II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	113
<u>III. MÉTODO</u>	114
III.1. DISEÑO DE ESTUDIO	115
III. 1.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	115
III.1.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	115
III.1.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	116
III.2. MATERIAL Y METODOLOGÍA	119
III.2.1. PROCEDIMIENTO	120
<u>IV.RESULTADOS</u>	132
IV.1. Grupo 1: Inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar	133

IV.2. Grupo 2: Farmacéuticos comunitarios de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar.....	170
IV.3. Grupo 3: Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar y Farmacéuticos Hospitalarios de los centros ubicados en dicha zona.....	197
IV.4. Grupo 4: Personal de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes en la provincia de Cádiz.....	199
<u>V. DISCUSIÓN</u>.....	202
V.1. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	204
V.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	206
V.3. CONSIDERACIONES FINALES.....	229
V.3.1. PROPUESTAS.....	234
<u>VI. CONCLUSIONES</u>.....	236
<u>VII. BIBLIOGRAFÍA</u>.....	240
<u>VIII. ANEXOS</u>.....	I
VIII.1. CUESTIONARIOS A GRUPOS.....	II
VIII.2. TRADUCCIONES DEL CUESTIONARIO A INMIGRANTES	XII
VIII.2.1. Lengua inglesa.....	XIII
VIII.2.2. Lengua francesa.....	XVI
VIII.2.3. Lengua árabe.....	XIX
VIII.3. MAPA COMARCA CAMPO DE GIBRALTAR Y SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ.....	XXIII

I. INTRODUCCIÓN

“La ley es poderosa pero más poderosa es la necesidad” (Goethe)

I. INTRODUCCIÓN

La inmigración es un fenómeno que importa e interesa al conjunto de los ciudadanos, que manifiestan ante él una gran sensibilidad. Ocupa el tercer lugar entre las preocupaciones de los ciudadanos españoles, tras el terrorismo y el paro, según todos los estudios de opinión solventes conocidos. En la agenda de la Unión Europea figura ya el objetivo de alcanzar una política común al respecto, conscientes todos los países miembros de la importancia que el fenómeno de la inmigración representa hoy, no sólo para el desarrollo económico de todos ellos sino también para el futuro de su cohesión social (1).

En Andalucía, las noticias relacionadas con la inmigración ocupan lugares destacados a diario en los diversos medios de comunicación. Instituciones como el Parlamento, el Defensor del Pueblo y los Ayuntamientos, colectivos sociales como los Sindicatos, las organizaciones de empresarios y las ONG's adoptan posturas y emiten pronunciamientos sobre la inmigración (1).

Nos encontramos, pues, ante un asunto que requiere una respuesta sistemática, estructurada y organizada. Pero estamos también, ante un tema que por afectar a la propia estructura social, a los hábitos de vida, a la expresión cultural y a la convivencia, necesita ser asumido por el conjunto de la población y no sólo por sus Instituciones.

La población inmigrante constituye un sector definido que encuentra especiales dificultades para el ejercicio de muchos de los derechos fundamentales. Esa circunstancia se ve agravada si nos referimos a los inmigrantes que llegan a Andalucía sin cumplir los requisitos legales exigidos, por lo que se ven abocados a situaciones de precariedad y exclusión social.

En el debate social sobre la inmigración existen diversidad de opiniones, pero en general, se tiende a criminalizar a los inmigrantes indocumentados sin indagar las causas que les han llevado a tan precaria situación jurídica y social. No se reconoce

la contribución económica que aportan al país de acogida y se ignora el drama personal que les acompaña (2).

Lamentablemente, la situación en la que viven los inmigrantes indocumentados en los países de acogida es muy precaria. Desprovistos del permiso de residencia legal y del permiso de trabajo, no son titulares ni beneficiarios de la Seguridad Social y se les niega el acceso a los servicios sociales básicos. Los inmigrantes ignoran a menudo la asistencia social mínima a la que tiene derecho o tienen miedo de exigir a los países de acogida que actúen de acuerdo con las obligaciones internacionales a las que se han comprometido. Ante esta situación, las ONG's cumplen un papel fundamental informando y proporcionando asistencia médica y medicamentos gratuitamente a los inmigrantes, a pesar de que algunos países penalizan la asistencia a inmigrantes indocumentados (2).

El derecho a la prestación de asistencia sanitaria debería contemplarse como un derecho fundamental a todo ser humano, como parte integrante del derecho a la vida y a la integridad física de la persona reconocidos en nuestra Constitución. La universalización de la atención sanitaria es una asignatura pendiente hoy día.

Este estudio se refiere por lo tanto, y fundamentalmente, a las personas extranjeras procedentes de países menos desarrollados que han venido a trabajar a nuestro país –llamados inmigrantes económicos- y que por su situación administrativa irregular, económica, laboral, etno-cultural, de falta de información o educación, lingüística, social, etc. podrían verse excluidas del sistema, con el consiguiente riesgo añadido para su salud y para la salud pública del conjunto de la población en la que residen.

Para ello se realiza una aproximación a la demografía de la inmigración, se define el marco legal y jurídico de la inmigración en materia de salud, así como las políticas socio-sanitarias llevadas a cabo en la comunidad autónoma de Andalucía, pionera en garantizar la atención sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa irregular a través de la Tarjeta de reconocimiento Temporal de asistencia sanitaria, documento oficial que emiten las entidades colaboradoras en el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, que veremos más adelante. En el análisis del marco legal

se describen las leyes y normativas aparecidas en los últimos años así como otros recursos institucionales de la Junta de Andalucía.

Se analizan las características sanitarias de la población inmigrante, la accesibilidad y las barreras específicas de acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria en la actualidad, su impacto económico y consecuencias en el ámbito de la Salud Pública. Se hace una revisión bibliográfica de artículos publicados e investigaciones realizadas en torno a la inmigración y salud, analizando alguno de sus principales resultados y los indicadores, tendencias y necesidades. Y por último, se describen las actuaciones con respecto a la atención médico-sanitaria a inmigrantes, la formación del personal sanitario del Sistema Sanitario Público y las últimas publicaciones de carácter sanitario relativas a la inmigración, con lo que se pretende mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales a la hora de abordar una atención específica hacia esta población y normalizar su acceso al sistema sanitario público andaluz.

Todo ello con el fin de garantizar una adecuada atención sanitaria al inmigrante, pero ¿cómo se garantiza la continuidad asistencial en cuanto a la accesibilidad a los medicamentos, cumplimiento y / o seguimiento farmacoterapéutico?. ¿Existe la necesidad de una adecuada atención farmacéutica al inmigrante?, y aún más, ¿conoce el farmacéutico las necesidades de la población inmigrante?, ¿han recibido información sobre la asistencia sanitaria en este colectivo?...

Muchos estudios abordan la salud de los inmigrantes desde la óptica de la atención médico-sanitaria y de salud pública, sobre las patologías prevalentes en esta población, su diagnóstico, precauciones en la prescripción, promoción de la salud en grupos específicos etc. Otras investigaciones se centran en cómo mejorar el acceso y la asistencia sanitaria que reciben en atención primaria y en hospital. Sin embargo, son pocos los estudios bajo el prisma de la atención farmacéutica, es decir, seguimiento de la farmacoterapia, medidas para mejorar la asistencia farmacéutica que reciben estos pacientes, acceso o dificultades de acceso a la prestación farmacéutica o necesidades y / o dificultades de los farmacéuticos en la atención a este colectivo.

Este trabajo pretende poner de manifiesto la importancia del seguimiento de éstos pacientes tras acceder a los servicios de salud y recibir la atención médica necesaria, pues todos los esfuerzos realizados por los profesionales sanitarios que los atienden pierden su peso cuando éstos pacientes no hacen un uso racional de los medicamentos, con el consiguiente riesgo para su salud individual y comunitaria. Los motivos pueden ser diversos, económicos, culturales, lingüísticos, religiosos etc.

Por último, no podemos obviar que el profesional farmacéutico es un eslabón en el circuito de la atención sanitaria a pacientes, y es por ello que se debe contemplar como profesional sanitario integrante en un equipo multidisciplinar de salud, con el que colabora con un mismo objetivo, la mejora de la salud de los pacientes y la promoción de la educación para la salud. Así lo manifiesta el documento consenso en Atención Farmacéutica publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (3), *“Atención farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente”*. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que *“proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”*.

Para la integración socio-sanitaria de la población inmigrante se requiere pues un esfuerzo importante de todos los profesionales de la salud siendo necesaria la colaboración y coordinación entre los distintos niveles de la red sanitaria.

I.1. DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

Cuando hablamos de inmigrantes nos referimos a extranjeros que vienen a nuestro país a trabajar. Cuando hablamos de extranjeros nos referimos, sin embargo, a todas las personas extranjeras, sean inmigrantes o no, vengan a residir, a estudiar o a trabajar.

La definición de población extranjera residente en España (1), es el número de extranjeros y extranjeras que legalmente residen en España al estar en posesión de un permiso de residencia en vigor, que puede ser de dos tipos:

Régimen Comunitario: Contempla a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa y Suecia) o del Espacio Económico Europeo (Estados de la Unión Europea, Noruega, Islandia y Liechtenstein).

Régimen General: Contempla a los nacionales de los países ajenos a la Unión Europea y al Espacio Económico Europeo.

Es importante tener en cuenta esta tipología, ya que el tipo de permiso de residencia condiciona el acceso al permiso de trabajo y, en todo caso, los ciudadanos extranjeros del Régimen Comunitario, al tener ciudadanía europea, tienen derechos que se corresponden con los de los españoles.

Por otro lado, extranjeros de nacionalidades ajenas a la Unión Europea y al Espacio Económico Europeo pueden disponer de un permiso de residencia de Régimen Comunitario al ser familiares o estar casados con ciudadanos europeos, lo que incluye un factor de variación en la comparación entre tipo de régimen y nacionalidades.

Uno de los factores principales que pueden permitir el conocimiento de la realidad de la inmigración en Andalucía son los datos de carácter estadístico, ya que permiten

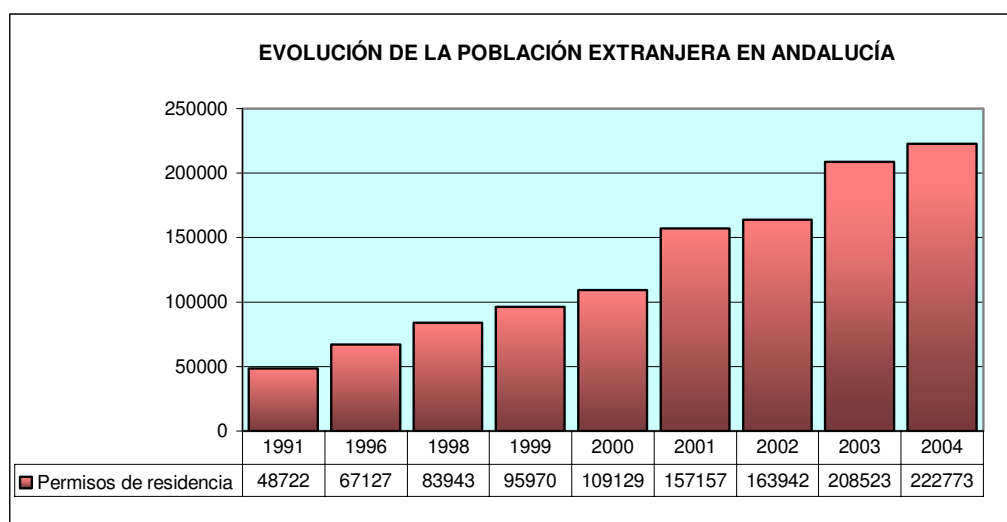
visualizar cuál es la situación en un determinado momento. Sin embargo es difícil acceder a datos actualizados que ofrezcan una visión de una realidad continuamente cambiante.

De las fuentes de datos disponibles, se ha seleccionado para el presente análisis los **datos de Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a fecha de 31 de Diciembre de 2004**, que ofrece la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración y el Observatorio Permanente de la Inmigración, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (4), así como los **datos de los trabajadores extranjeros en alta en la Seguridad Social a fecha de 14 de Enero de 2004** publicados en el Anuario de Extranjería 2003 (5), por no encontrarse disponibles los datos globales correspondientes al año 2004. Algunos comentarios sobre las estadísticas han sido recogidos de documentos relativos a la demografía de la inmigración en Andalucía, de la Fundación Progreso y Salud (6,7).

I.1.1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN ANDALUCÍA

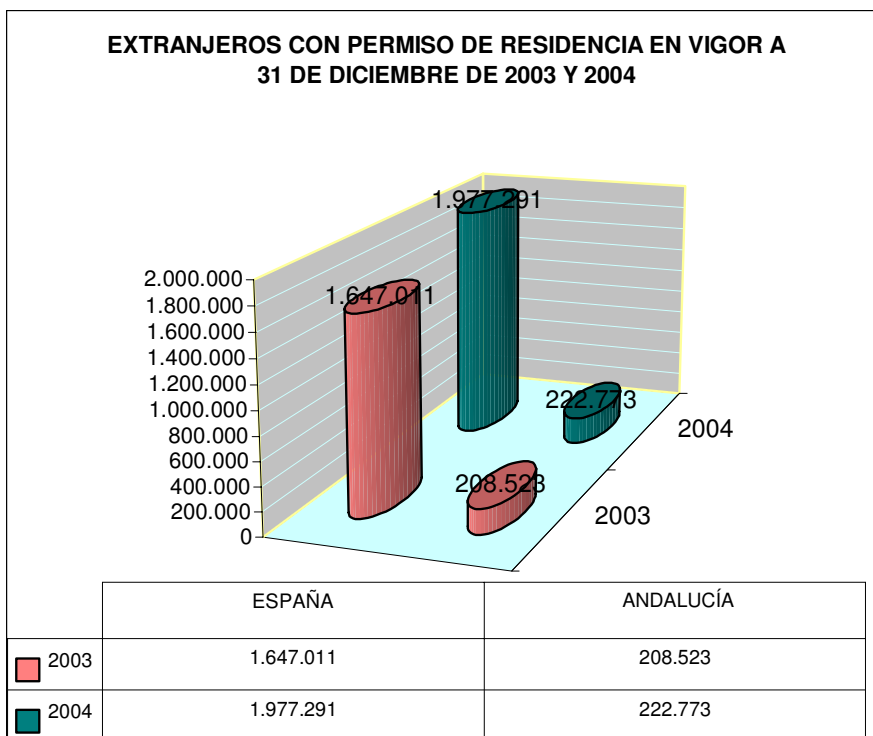
La población extranjera con permiso de residencia desde 1991-2004 se ha cuadruplicado en nuestra comunidad autónoma, pasando de casi 50.000 a más de 222.000 personas.

GRÁFICO 1



Mientras que en España en el último año (2003-2004) el número de extranjeros ha crecido en un 20,05%, en este último año en Andalucía apenas un 6,83% según los datos oficiales.

GRÁFICO 2



A fecha de 31 de Diciembre de 2004 había en España 1.977.291 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, lo que supone un incremento del 20,05% con respecto al año 2003. La cifra ha aumentado a lo largo del año 2004 en términos absolutos en 330.280 personas. Y en Andalucía se produce un incremento de 14.250 extranjeros en este último año, un 6,83 % con respecto al año anterior.

Nos vamos a referir a residentes extranjeros como aquellos que tienen tarjeta o autorización de residencia en vigor, según los datos oficiales, a fecha de 31 de diciembre de 2004.

I.1.2. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN RÉGIMEN DE RESIDENCIA

(A fecha de 31 de diciembre de 2004)

Según régimen de residencia en vigor a fecha de 31 de diciembre de 2004, en España 1.305.041 extranjeros (el 66% del total) estaban incluidos en el Régimen General y 672.250 (34%) en el Régimen Comunitario.

El Ministerio del Interior define los regímenes:

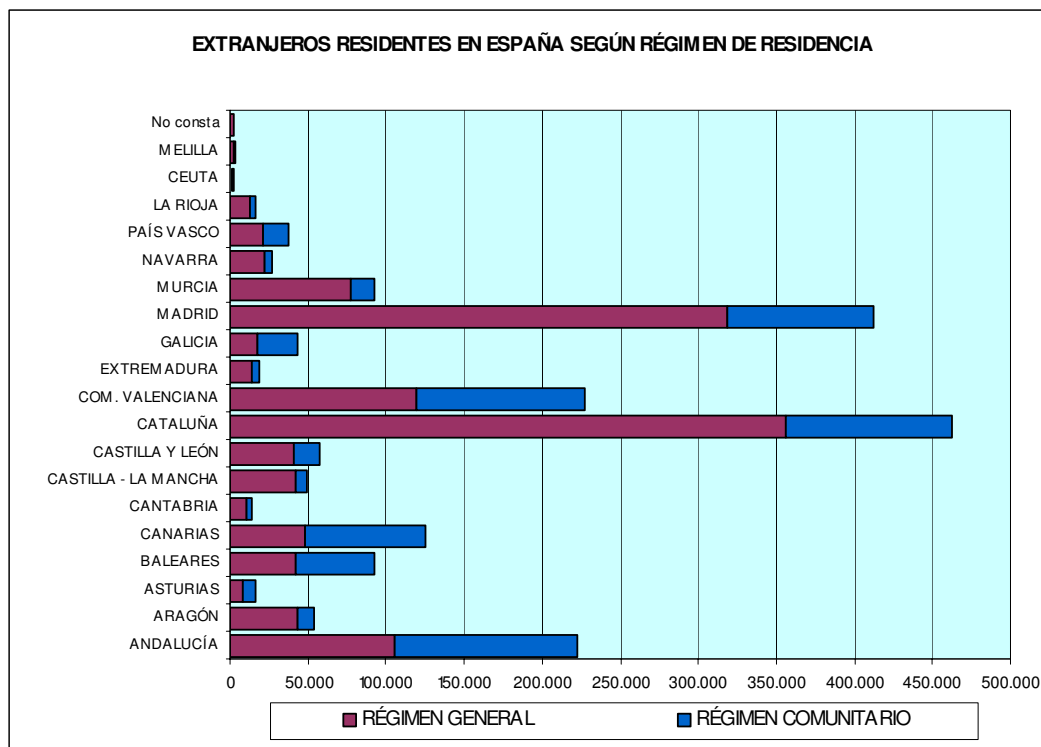
“A los extranjeros nacionales de países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, así como a sus familiares y a los familiares de españoles les es de aplicación el Régimen Comunitario y son documentados con una tarjeta de residencia, mientras que los extranjeros incluidos en el Régimen General deben obtener el correspondiente permiso de residencia, que puede ser temporal o permanente”.

El fenómeno migratorio no es homogéneo en todo el territorio nacional, existiendo zonas geográficas de mayor concentración. En Andalucía residen un total de 222.773 extranjeros, lo que supone el 11,27% del total de extranjeros que residen en España, ocupa el cuarto lugar en número de extranjeros con respecto al total nacional (tras Madrid en primer lugar, Cataluña en segundo y la Comunidad Valenciana en tercer lugar).

De los residentes extranjeros en Andalucía, según régimen de residencia, el 52,72% están en Régimen Comunitario y el 47,28% en el R. General. Por tanto, ocupa el primer lugar en residentes en régimen comunitario y el cuarto lugar en número de residentes en régimen general.

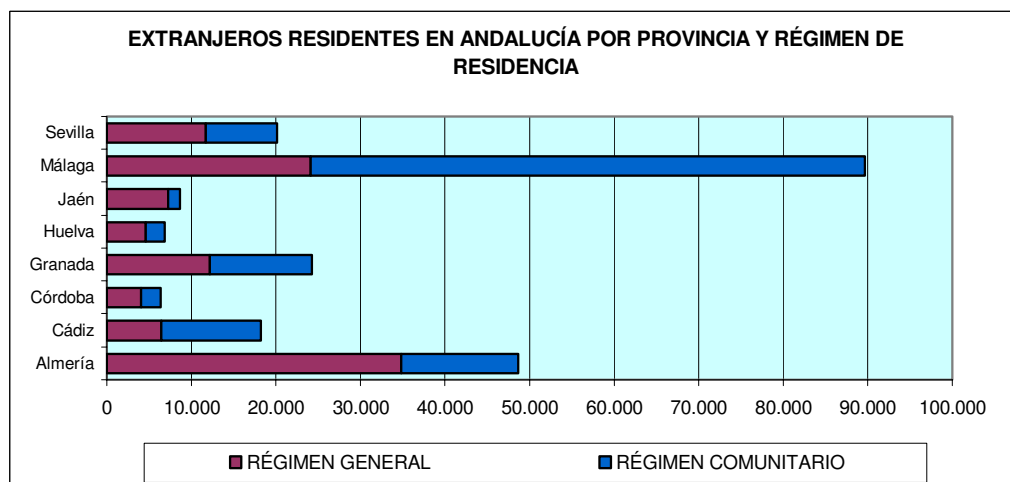
Como se aprecia en el gráfico 3, en Andalucía se da una distribución aproximada al 50% entre ambos regímenes y destacan Baleares, Canarias y Galicia, como comunidades autónomas con mayor proporción de extranjeros comunitarios y, Madrid y Cataluña, con mayor proporción de los de régimen general, referidos al total de extranjeros en estas comunidades.

GRÁFICO 3



Entre las provincias de Andalucía (gráfico 4), solamente **Granada** presenta una distribución equilibrada entre los dos regímenes. **Málaga** sobre todo, y **Cádiz** –con menor peso- presentan una clara mayoría de extranjeros comunitarios y **Almería** y **Jaén** destacan con mayor proporción de extranjeros en régimen general.

GRAFICO 4



Al analizar los datos referidos a la población extranjera en Andalucía por provincias (1), destaca en primer lugar **Málaga**, con mayor número de extranjeros residentes de países comunitarios. Y en segundo lugar, **Almería**, con mayor número de extranjeros de nacionalidades extracomunitarias. **Jaén y Huelva**, provincias andaluzas con campañas agrícolas de temporada, ven aumentada su población tanto por emigrantes nacionales temporeros como por un paulatino crecimiento de inmigrantes extranjeros en calidad de trabajadores de temporada o fijos. La provincia de **Granada** se caracteriza por tener una población inmigrante estable, ocupada sobre todo en el sector servicios y en determinadas campañas agrícolas. Señalar la incidencia de población estudiante procedente de países árabes, pero al tener un estatuto distinto al permiso de residencia habitual, sus datos no están reflejados. En la provincia de **Sevilla** es mayor el número de extranjeros y extranjeras de nacionalidades no comunitarias y su actividad se centra en el sector servicios, en concreto, venta ambulante, pequeño comercio y servicio doméstico, con escaso peso en el sector agrícola. La provincia de **Córdoba** es la que, cuantitativamente, tiene menor peso, pese a que recibe inmigrantes durante la recogida de la aceituna y ser un referente importante para el mundo islámico. La provincia de **Cádiz** es la quinta provincia en número de extranjeros, pero en el ámbito de una Andalucía que es la frontera sur de Europa, es noticia diaria relacionada con la inmigración por la constante llegada de embarcaciones a su costa, las detenciones y las muertes de inmigrantes. Las características propias de la inmigración en Cádiz están motivadas, sobre todo, por su situación de cercanía a la costa africana, lo que está obligando a los habitantes de la zona a dar respuestas por sí mismos a los problemas humanos provocados por la llegada continua de inmigrantes clandestinos. Pero, en general, el papel de frontera de Europa está condicionando la realidad de la inmigración en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía.

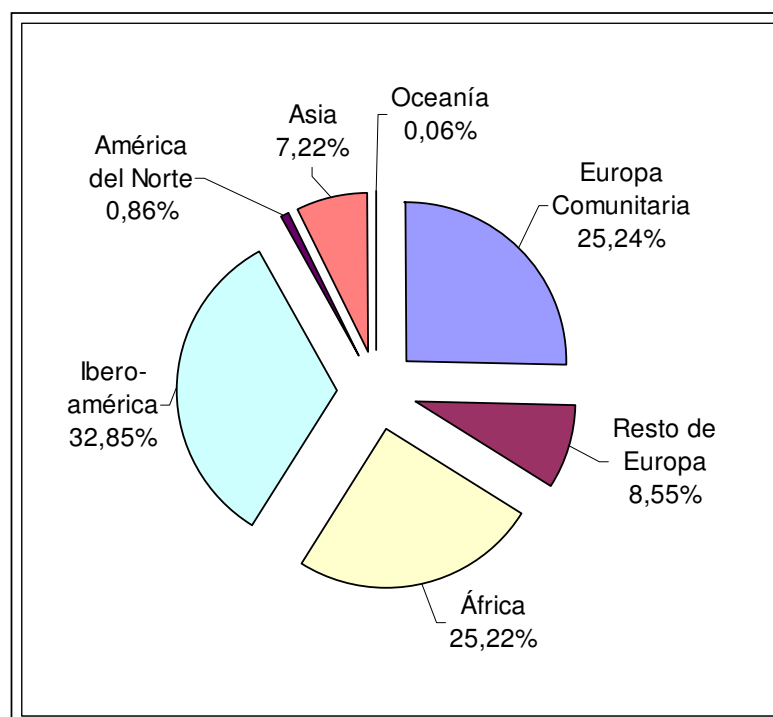
Este primer análisis nos permite visualizar cómo se distribuyen los extranjeros en Andalucía, las características demográficas de los trabajadores extranjeros en Andalucía y los regímenes de alta en la Seguridad Social será analizado posteriormente.

I.1.3. RESIDENTES EXTRANJEROS POR ÁREA DE PROCEDENCIA

(A fecha de 31 de diciembre de 2004)

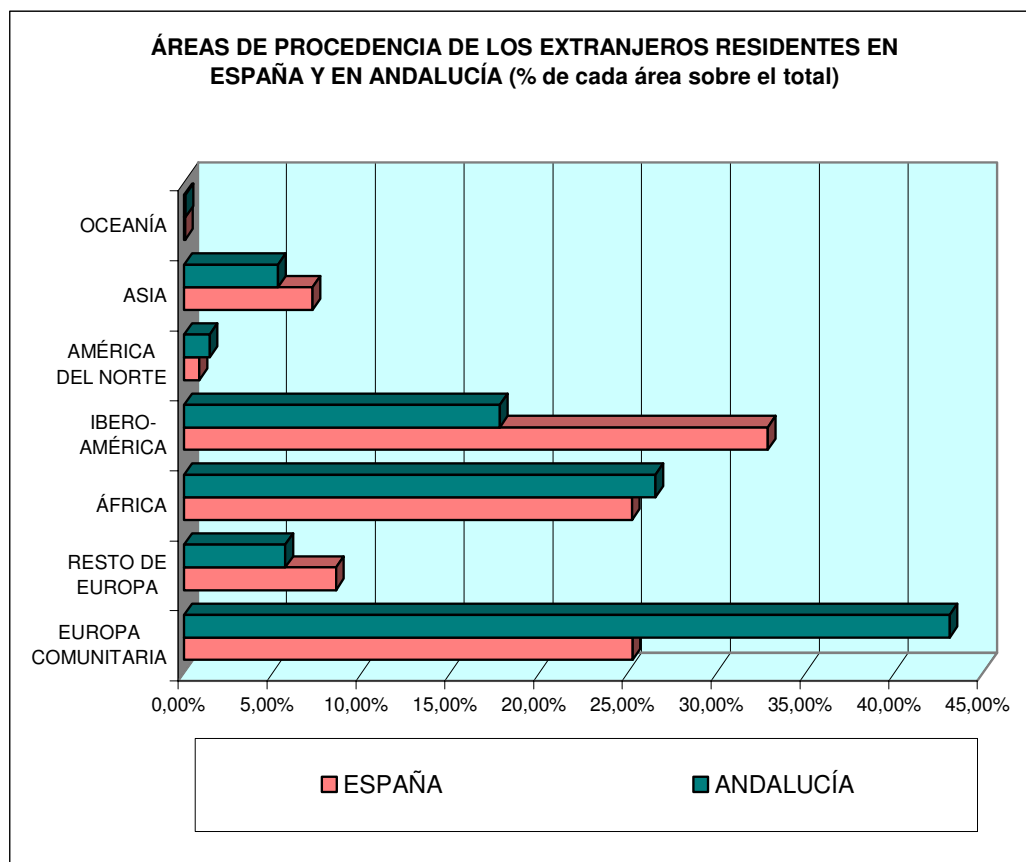
Los residentes extranjeros, según el área de procedencia, se encuentran en la siguiente proporción en la totalidad del territorio nacional:

GRÁFICO 5



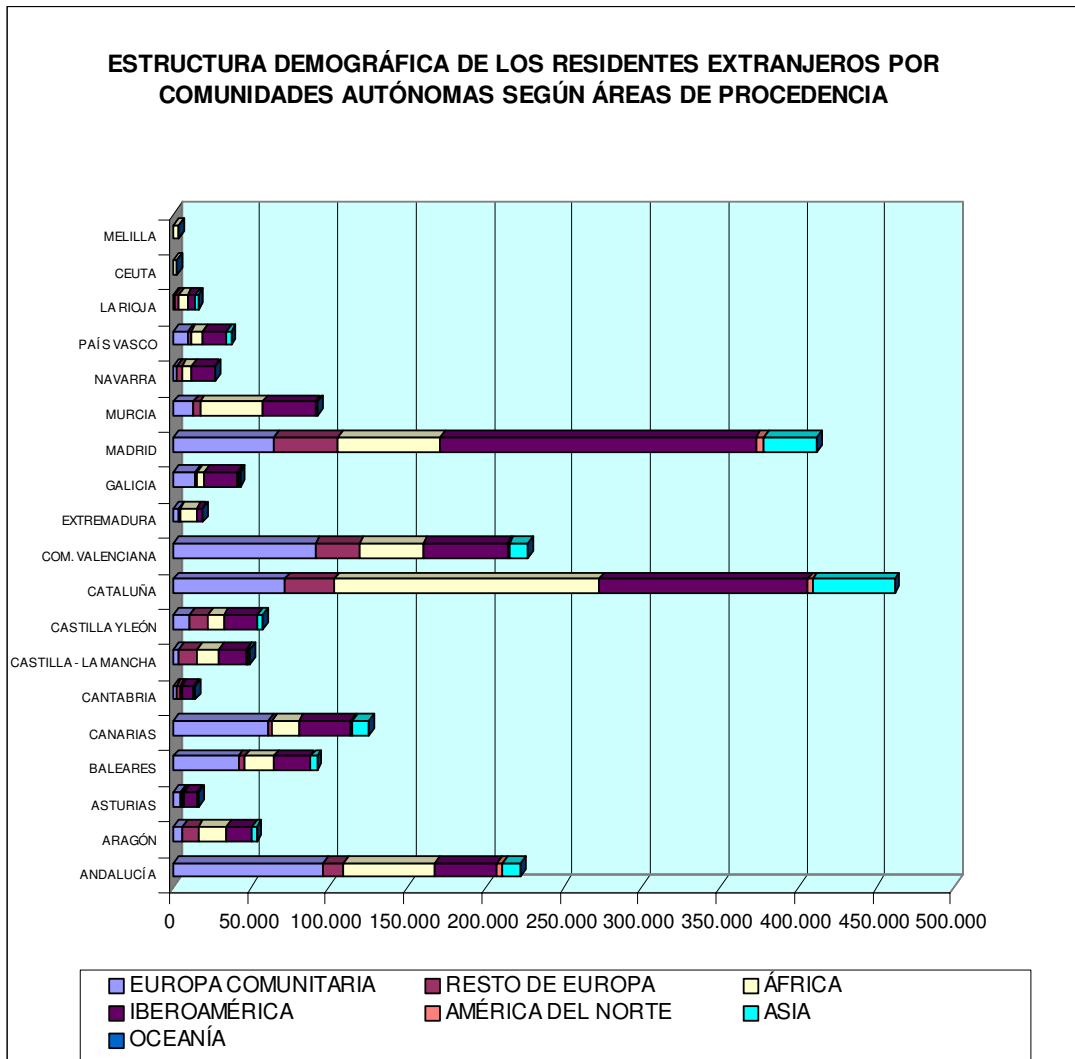
Puede apreciarse en el **GRÁFICO 6** la diferente estructura entre España y Andalucía por área de procedencia de los residentes extranjeros. Nuestra comunidad autónoma destaca por una mayor presencia de extranjeros procedentes de la Europa Comunitaria y de África. Los iberoamericanos son los menos representados porcentualmente en Andalucía en comparación con la proporción de su totalidad en España. Se puede decir que en general, hay tres grupos principales de extranjeros que residen en España y en Andalucía, los Europeos Comunitarios, los Africanos y los Iberoamericanos.

GRÁFICO 6



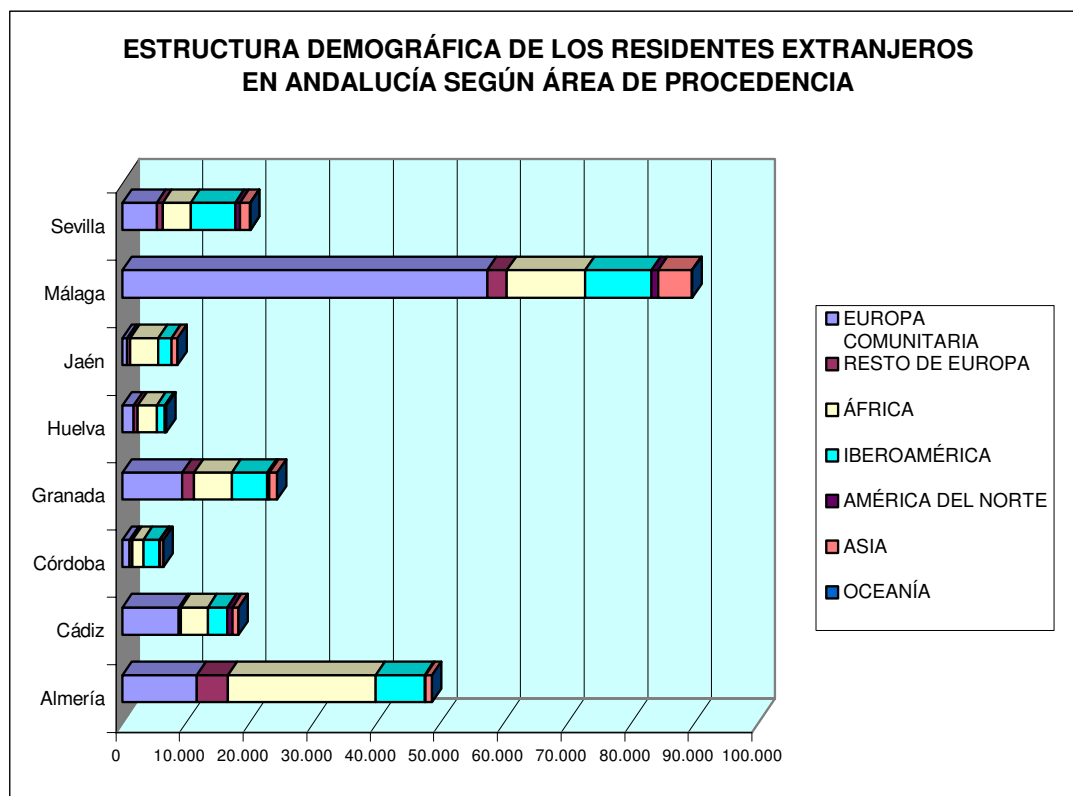
En el **GRÁFICO 7** puede verse la diferente estructura y composición por áreas de procedencia entre las comunidades autónomas en las que residen el total de extranjeros. Puede apreciarse un mayor asentamiento en Madrid de los procedentes de Iberoamérica, en Cataluña de los procedentes de África y en Andalucía de los Europeos Comunitarios.

GRÁFICO 7



Los tres grupos principales de extranjeros que residen en Andalucía, los Europeos Comunitarios, los Africanos y los Iberoamericanos, no se distribuyen de manera uniforme en las provincias:

GRÁFICO 8



Existe una **mayor presencia de Europeos Comunitarios, con un 43,11 %** sobre el total de extranjeros en Andalucía, le siguen los Africanos con un 26,54% y los iberoamericanos 17,78%. La mayor concentración de los grupos principales residen en la franja costera aunque por razones distintas, los europeos comunitarios por residir en municipios turísticos de la costa (la mayoría en Málaga), y, los africanos y otros extranjeros, por tratarse de zonas de cultivos agrícolas intensivos, localizados mayoritariamente en Almería.

Destacar que en **Málaga** se concentran el 40,22% de los extranjeros residentes en Andalucía, con mayor presencia de Europeos comunitarios que corresponde al 59,66% del total autonómico. Por otro lado en **Almería** se concentra el 21,84% del total de los extranjeros en Andalucía, con el 39,26 % de todos los extranjeros procedentes de **África** y el 38,59% de los procedentes de la **Europa no comunitaria** (Bulgaria, Moldavia, Rumania, Rusia, Turquía etc.) de la totalidad de Andalucía (tabla 1).

TABLA 1

COMUNIDAD AUTÓNOMA / PROVINCIA	TOTAL	%	EUROPA COMUNITARIA	RESTO DE EUROPA	ÁFRICA	IBERO-AMÉRICA	AMÉRICA DEL NORTE	ASIA	OCEANÍA	NO CONSTA
Almería	48.656	21,84%	11.669	4.899	23.216	7.690	137	1.008	19	18
Cádiz	18.204	8,17%	8.784	376	4.207	3.052	808	937	33	7
Córdoba	6.391	2,86%	1.104	468	1.685	2.504	76	533	15	6
Granada	24.280	10,90%	9.378	1.831	5.917	5.586	319	1.231	15	3
Huelva	6.869	3,08%	1.754	604	2.992	1.277	30	203	6	3
Jaén	8.663	3,89%	697	463	4.427	2.074	44	949	5	4
Málaga	89.620	40,22%	57.299	3.125	12.267	10.414	1.053	5.308	93	61
Sevilla	20.090	9,01%	5.349	928	4.405	7.007	722	1.649	23	7
ANDALUCÍA	222.773	100	96.034	12.694	59.116	39.604	3.189	11.818	209	109

De las áreas de procedencia más destacadas, los extranjeros residentes en Andalucía están representados en su mayoría por las nacionalidades siguientes:

DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO: **Reino Unido**, representa el 40,98% de los Europeos Comunitarios residentes en Andalucía (señalar que suponen el 17,67% de la población extranjera residente en Andalucía).

DEL RESTO DE EUROPA: **Rumania**, el 44,86 % de los procedentes de la Europa no Comunitaria (2,56% con respecto al total de extranjeros en Andalucía)

DE ÁFRICA: **Marruecos**, el 83,21% de todos los africanos residentes en la comunidad Andaluza (y el 22,08 % con respecto al total de extranjeros en Andalucía).

DE IBEROAMÉRICA: **Ecuador**, el 25,89% y el 4,60% respectivamente.

DE ASIA: **China**, el 50,02% y el 2,65% respectivamente.

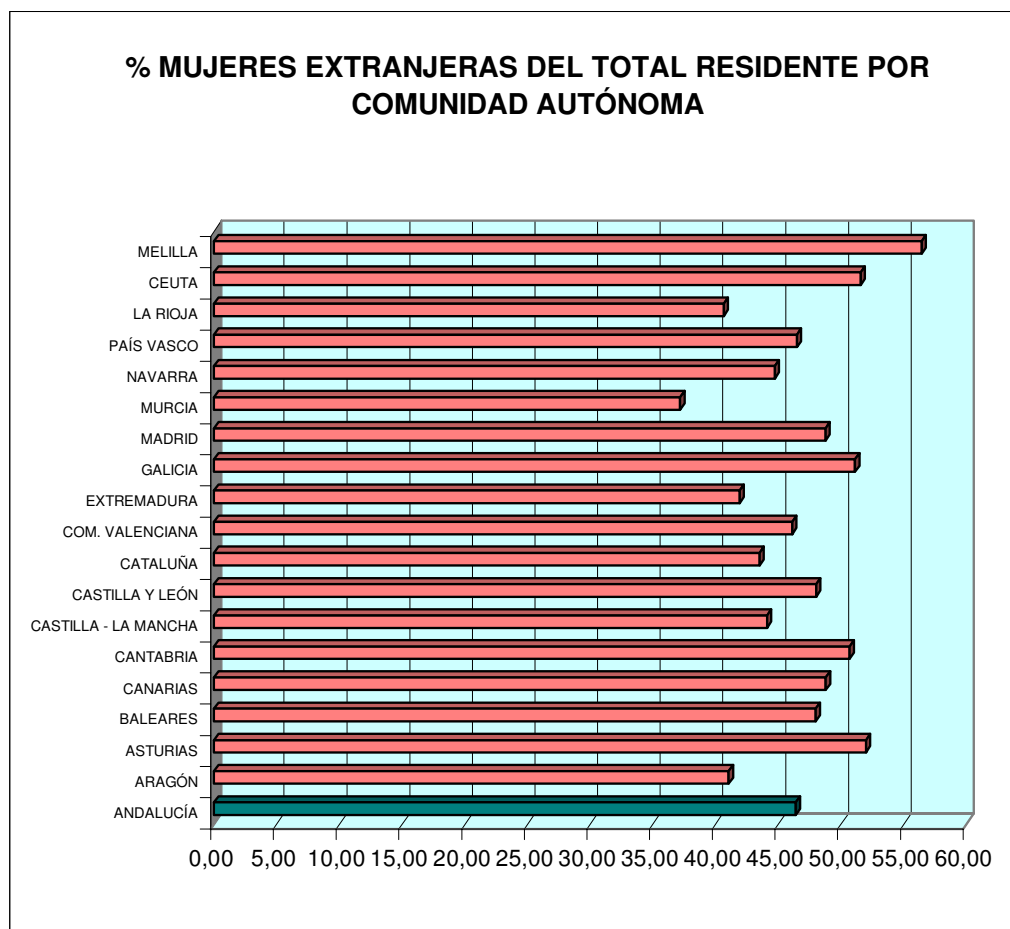
I.1.4. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN SEXO

(a 31 de diciembre de 2004)

Es notable el incremento de la feminización de la población extranjera en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma. En España el 54,07% de los residentes extranjeros son varones y el 45,93% mujeres, a fecha de 31 de diciembre de 2004. Andalucía también ha tenido un notable incremento porcentual con un 46,39 % actualmente.

Las comunidades autónomas que destacan con una mayor proporción de mujeres que de hombres, son: Melilla, Asturias, Ceuta, Galicia y Cantabria, con más del 50% de mujeres. Andalucía ocupa el puesto 11 en índice de feminización.

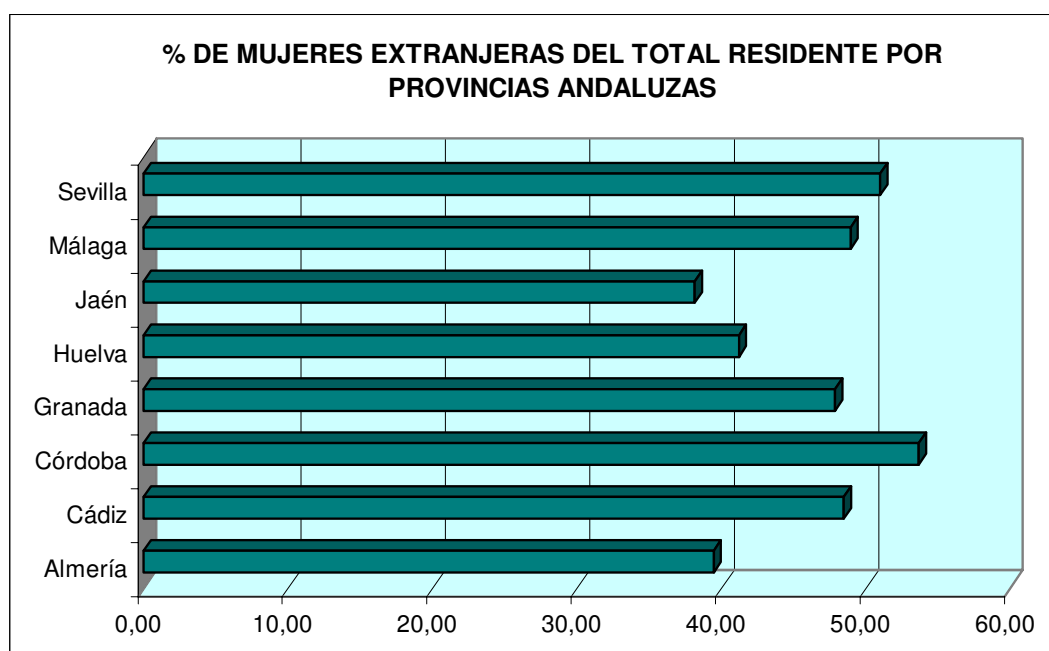
GRÁFICO 9



En Andalucía, **los índices más bajos** se dan en las provincias con mayor peso de extranjeros de alta laboral en el régimen especial agrario: **Almería, Jaén y Huelva**. Los mayores índices de mujeres se dan en las provincias donde se asienta la población europea: **Málaga y Sevilla**. **Córdoba** destaca por ser la provincia en la que menos extranjeros residen pero la que cuenta con una mayor proporción de mujeres.

Tanto en el régimen comunitario como en régimen general, la proporción de hombres es mayor que la de mujeres. Todos estos datos hacen patente que existe todavía una inmigración económica protagonizada sobre todo por hombres, a pesar de las evidencias existentes en los últimos años de un incremento constante de la presencia de mujeres inmigrantes, debido tanto a los procesos de reagrupación familiar como a los proyectos migratorios individuales.

GRÁFICO 10



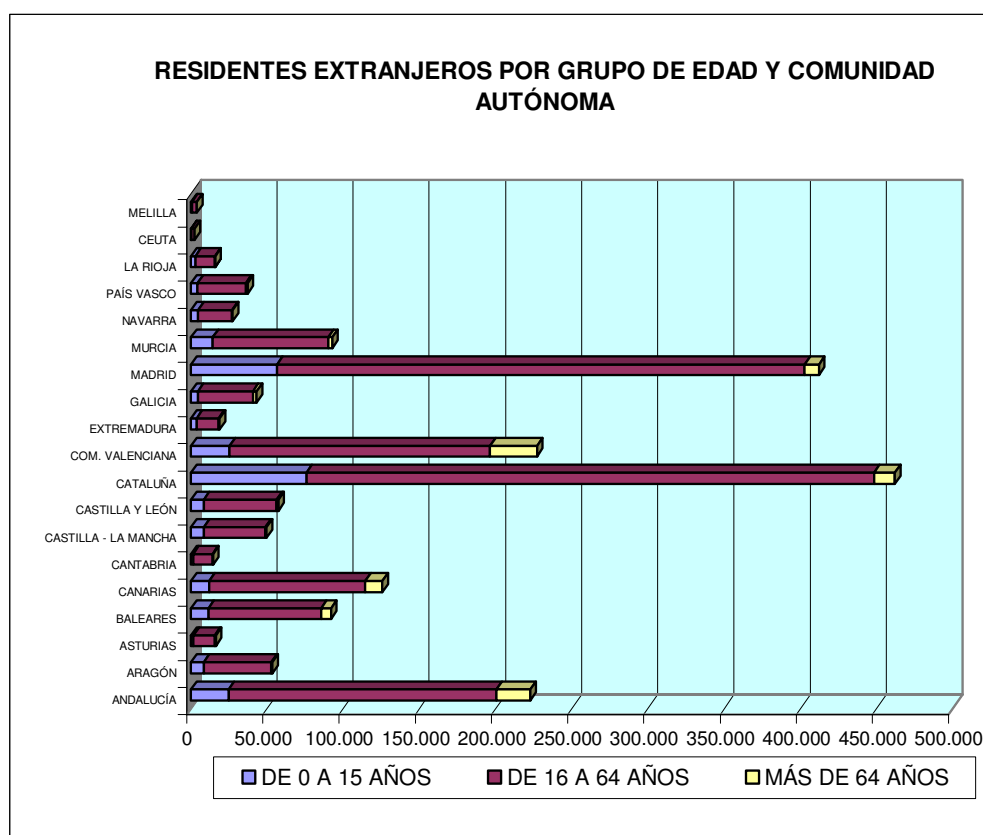
I.1.5. RESIDENTES EXTRANJEROS SEGÚN EDAD

(a 31 de diciembre de 2004)

Según grupo de edad, el 13,60 % de los extranjeros residentes en España son menores de 16 años, el 81,01% tiene entre dieciséis y sesenta y cuatro años, y el 5,39% son mayores de sesenta y cuatro años.

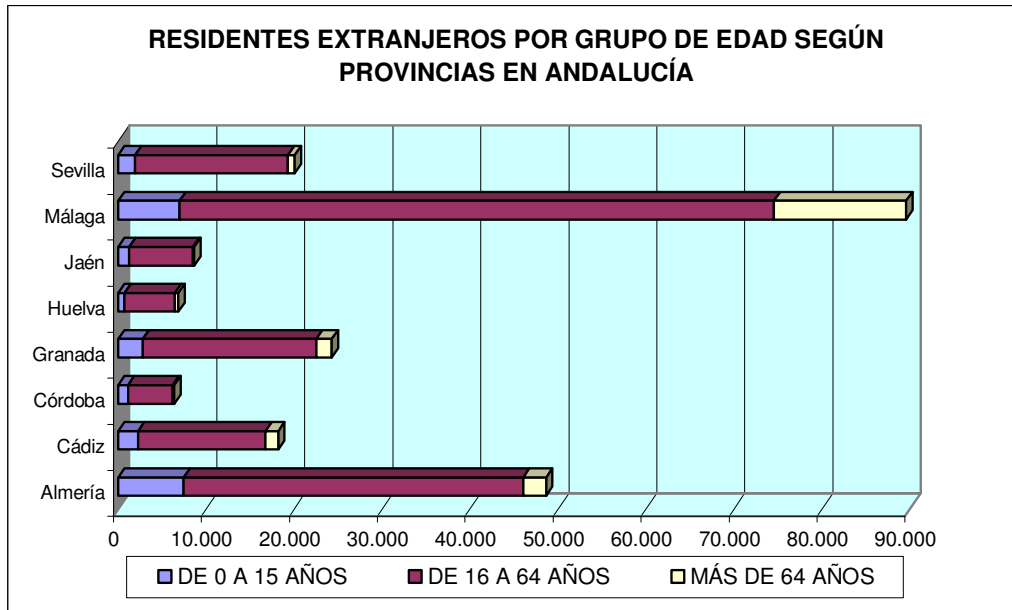
Andalucía ocupa el tercer lugar en número total de residentes extranjeros **menores de 15 años**, el segundo entre **16-64 años** y también el segundo lugar en **mayores de 64 años**, muy cerca de la Comunidad Valenciana que ocupa el primer lugar. Tanto en Andalucía como en el resto de España, en la distribución de la población extranjera según grupos de edad, existe una mayor concentración de extranjeros en edades activas (16-64 años), ya que la mayoría de la población inmigrante viene a España a buscar un puesto de trabajo.

GRÁFICO 11



Entre las provincias de Andalucía, destacan Córdoba y Jaén, con población extranjera más joven que el resto (la edad media es de 31 años en ambas provincias), y Málaga, con mayor peso de extranjeros mayores de 64 años (con una edad media de 44 años, la mayor media de edad de todas las provincias andaluzas).

GRÁFICO 12



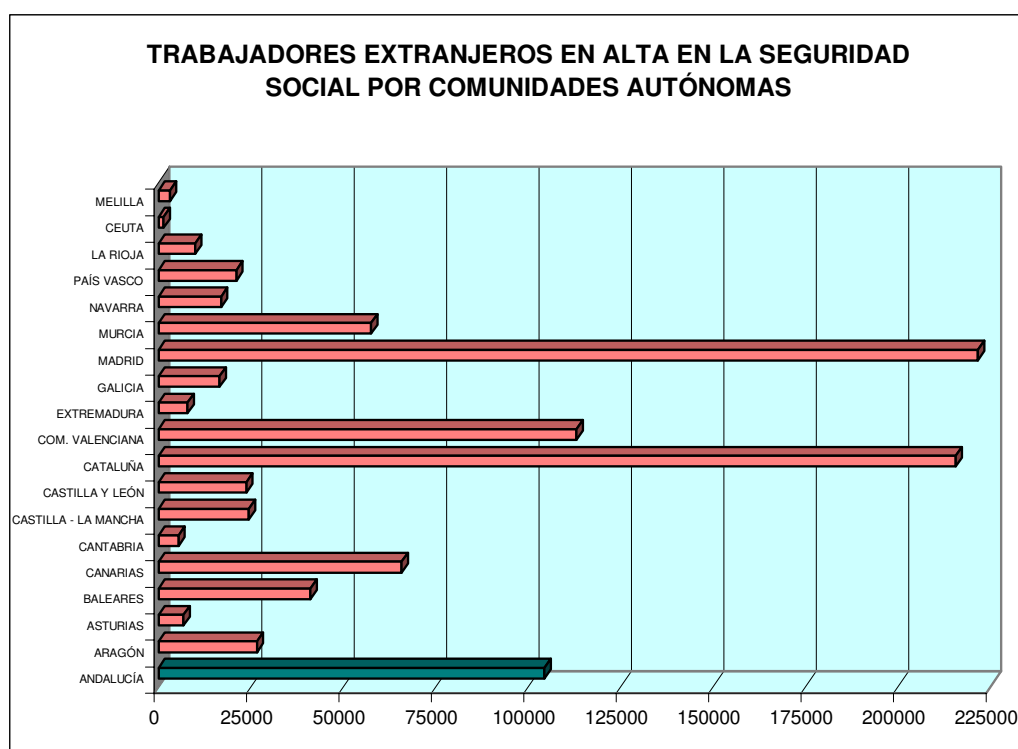
I.1.6. TRABAJADORES EXTRANJEROS

(En alta en la Seguridad Social a fecha de 14 de enero de 2004)

Un dato muy significativo de la integración de la población extranjera es su situación respecto a la actividad económica, en este sentido uno de los indicadores a tener en cuenta es el alta en la Seguridad Social. La afiliación a la Seguridad Social, S.S., es obligatoria para todas las personas incluidas en el campo de aplicación de la S.S. y única para toda la vida del trabajador.

Andalucía ocupa el cuarto lugar del estado en número de trabajadores extranjeros en alta en la Seguridad Social (tras Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana), con 104.387 extranjeros en alta en todos los regímenes.

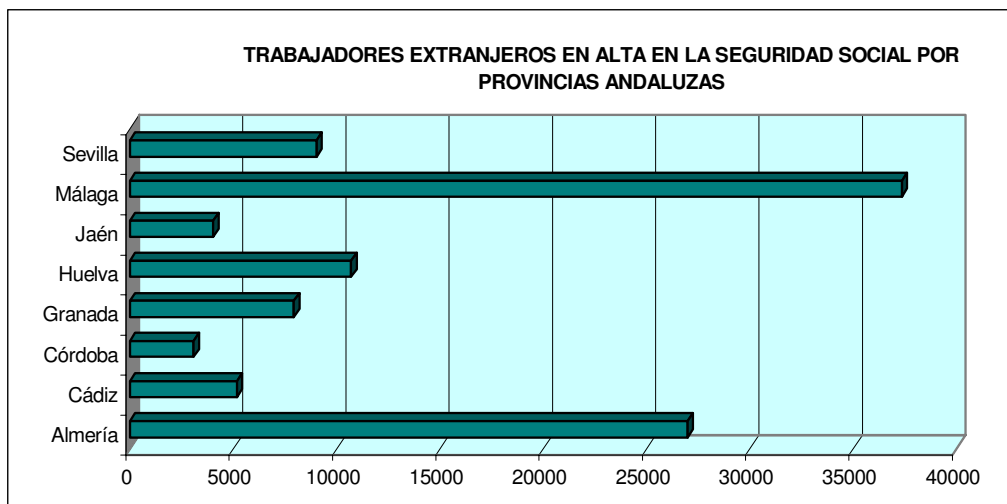
GRÁFICO 13



Por provincias cabe destacar **Málaga y Almería** donde se encuentran el 35,80 % y 25,87 % respectivamente del total de trabajadores de alta en S.S. de Andalucía. Más

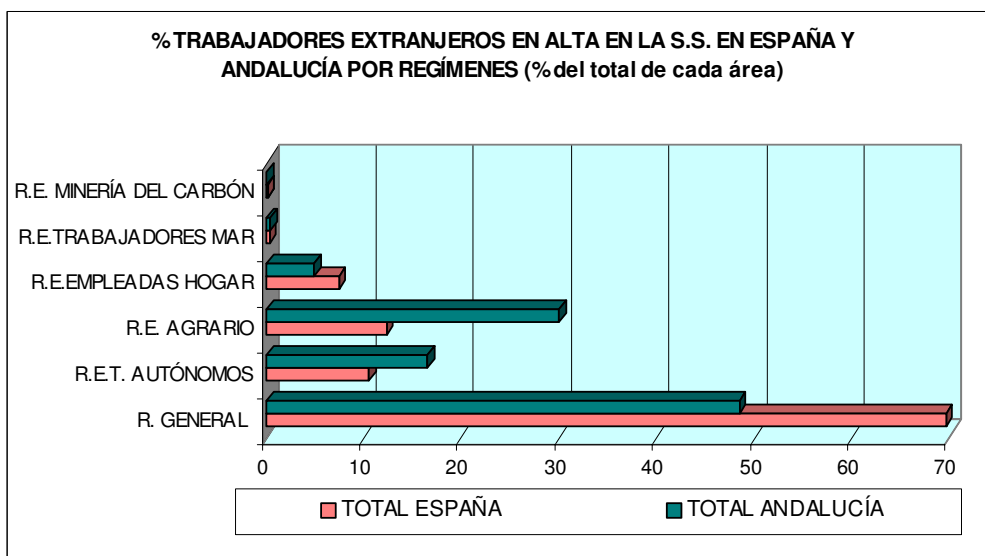
del 61 % de todos los trabajadores extranjeros de Andalucía en alta en S.S. se encuentran entre estas dos provincias.

GRÁFICO 14



En Andalucía se encuentran 25,99% de todos los trabajadores extranjeros de alta en el Régimen Especial Agrario de todo el estado, el 16,72% de los del régimen de autónomos, el 12,49% del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, el 7,39% y 7% respectivamente del Régimen General y del Régimen Especial de Empleadas de Hogar.

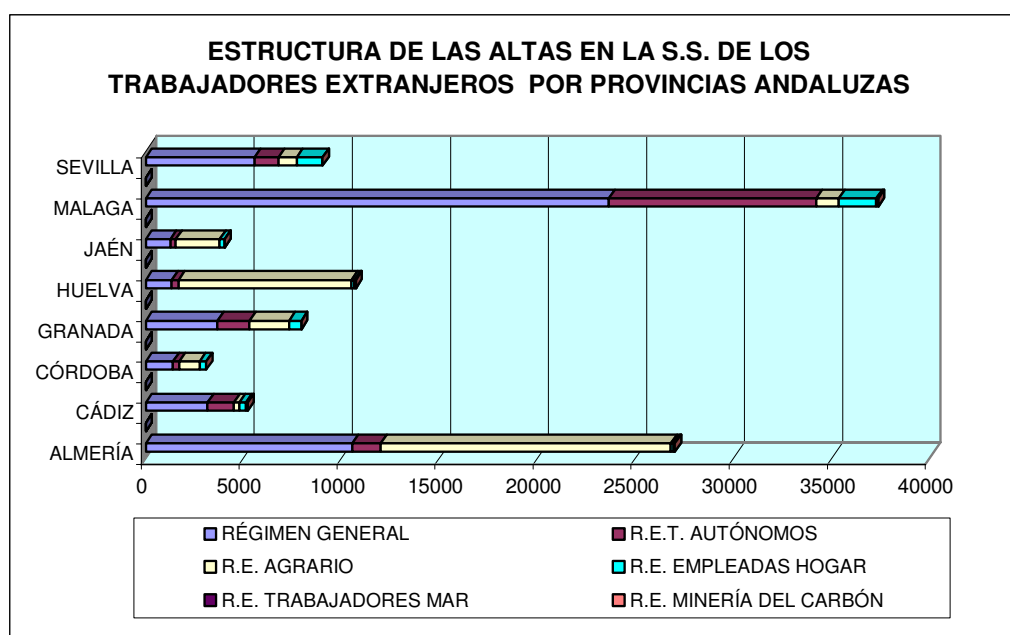
GRÁFICO 15



La distribución provincial dibuja un perfil muy diferenciado por regímenes, siendo **Málaga** la primera provincia en número de trabajadores en alta en la Seguridad Social, y es la que más tiene en el Régimen General, Régimen Especial (R. E.) **Autónomos** y en el R. E. de **Empleadas de Hogar**. **Almería**, la segunda provincia en número de trabajadores extranjeros en alta en la S.S., es la que más altas tiene en el **R. E. Agrario**, y le sigue la provincia de Huelva en número de trabajadores en este régimen.

Aunque el número de trabajadores extranjeros de alta en el régimen especial de trabajadores del mar en el conjunto del estado es minoritario, cabe destacar que en Andalucía se encuentran aproximadamente el 12,5 % del total.

GRÁFICO 16



Los Europeos Comunitarios se emplean más en profesiones liberales o sector comercio, los Iberoamericanos obtienen sus principales empleos en la hostelería y servicio doméstico, la población de la Europa del Este, es la que mayor proporción se encuentra trabajando en la construcción y el resto de los inmigrantes (africanos, entre los que predominan marroquíes) trabajan más en el sector primario (agricultura intensiva).

I.1.7. INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

Los inmigrantes que se encuentran en nuestro país, responden a algunas de estas dos situaciones administrativas (8):

Inmigrantes en situación regular

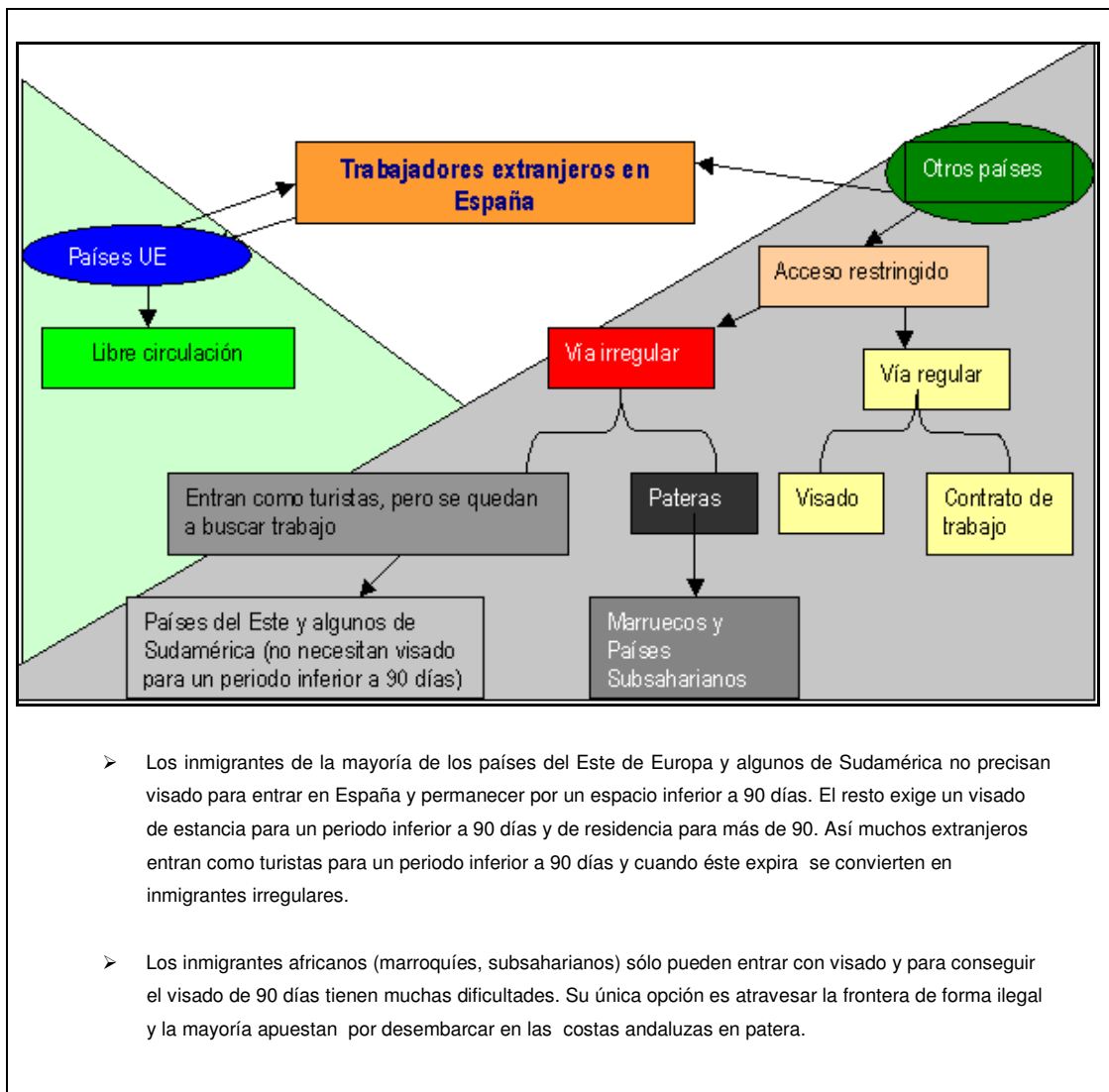
Se entiende por inmigrantes regulares aquellas personas extranjeras que residen en España con permiso o tarjeta de residencia en vigor y se encuentren inscritas en el padrón municipal (según establece la Ley 4/2000, modificada por la 8/2000) (8).

Inmigrantes en situación irregular

La situación administrativa irregular viene dada por no cumplir alguno de los requisitos legales exigidos que autorizan el establecimiento para la residencia, según la legislación en vigor, en el país de acogida. Esta circunstancia puede darse en cualquier persona inmigrante por haber entrado de forma irregular en el país o por no haber renovado el permiso de residencia.

Por tanto, se considera en situación irregular a las personas extranjeras no comunitarias que, no siendo turistas ni residentes –de alta en el padrón y con permiso de residencia–, no tengan permiso de residencia y trabajo en nuestro país. Se excluyeron de este grupo, por lo tanto, a los estudiantes extranjeros, los refugiados o asilados políticos, cada uno con un régimen propio y diferente, independientemente de su nacionalidad (8). Otras formas de nombrar este colectivo es “inmigrantes sin papeles”, “indocumentados”, “clandestinos” o “ilegales” .

El esquema de la entrada de extranjeros en España es el siguiente:



En Andalucía, tiene gran importancia la inmigración irregular por tratarse de frontera de la Unión Europea y ser lugar de paso o de destino de esta población, conformada por inmigrantes sin permiso de residencia. Aunque es difícil hablar de una población que apenas aparece en las estadísticas oficiales, es un hecho su existencia y se apuntan estimaciones sobre su número.

El Ministerio de Interior y el Instituto Nacional de Estadística cruzan sus datos para obtener una panorámica más real de la inmigración pero muchos inmigrantes consiguen pasar desapercibidos ante dichas autoridades.

Las cifras oficiales de extranjeros en situación irregular se estiman del cruce de los datos del Ministerio del Interior sobre los inmigrantes con permiso de residencia en vigor, referidos a finales de cada año y los datos del Padrón Municipal, elaborado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) referidos al uno de enero de cada año.

Por tanto, los últimos datos oficiales comparables para realizar la estimación de inmigrantes irregulares en España, corresponden a los datos del 31 de diciembre de 2003 del Ministerio del Interior sobre extranjeros con permiso de residencia en vigor (1,64 millones de extranjeros) y los datos del Padrón Municipal del INE a 1 de enero de 2004 (3,03 millones de extranjeros, un 7% de la población española). Este análisis estima una bolsa de irregulares de 1,3 millones de extranjeros aproximadamente (9).

No obstante la directora del INE estimó a comienzos del 2005 que los inmigrantes empadronados representarían al 8% de la población española (9).

Según el avance de datos del padrón de enero de 2005 ofrecido por el INE, el número de extranjeros empadronados ascendía a 3,5 millones, y la diferencia con el número de extranjeros con permiso legal de residencia a 31 de diciembre de 2004 (1,97 millones), se extrae el dato de que aproximadamente hay 1,5 millones de extranjeros empadronados de forma irregular, es decir que no tienen permiso legal de residencia (10).

La cifra de inmigrantes empadronados en Andalucía, a 1 de enero de 2004, es de 321.570 y con permiso de residencia en vigor, a 31 de diciembre de 2003, 208.523. Por tanto, en Andalucía se estiman unos 113.047 irregulares. Andalucía es la cuarta región con mayor número de inmigrantes empadronados, por detrás de Madrid, Cataluña y Valencia, en este orden. Y también ocupa el cuarto lugar en cuanto al número de irregulares en términos absolutos, por detrás de Madrid, en primer lugar, Valencia y Cataluña. El análisis del porcentaje de irregularidad sobre el total de la

población extranjera en Andalucía revela que el 35% de los inmigrantes que viven en Andalucía son irregulares (9).

El trámite para el empadronamiento, que permite acceder a prestaciones sociales como son la educación o la sanidad, se realiza al presentar el pasaporte y un justificante de la residencia en el país (contrato de alquiler, recibo de luz, agua, cualquier documento que declare la dirección del domicilio habitual), no es necesario demostrar que se tiene permiso de residencia o trabajo, así que entre los empadronados hay muchos inmigrantes que han accedido y se encuentran en España de forma irregular. Aunque los datos del padrón hay que interpretarlos con ciertas reservas, pues existen factores que pueden sobrevalorar como infravalorar las cifras. La sobrevaloración, por factores como las duplicidades derivadas del cambio de domicilio dentro del territorio nacional, inmigrantes que han abandonado España para retornar a sus países de origen o han emigrado a otros países, sin haberse dado de baja en el Padrón. Y en cuanto a la infravaloración, la falta de incentivos para empadronarse de ciertos colectivos de extranjeros comunitarios, el temor de muchos extranjeros sin permiso de residencia a inscribirse en el padrón o el desconocimiento de los derechos que implica dicha inscripción (11). En el caso de Andalucía, no hace falta empadronarse para acceder a los servicios sanitarios, como veremos más adelante, con lo cual puede aumentar el número de inmigrantes irregulares no inscritos en el padrón municipal.

Por otro lado, el análisis de las nacionalidades revela que la bolsa de inmigrantes irregulares en España estaría encabezada por ecuatorianos (301.409), rumanos (153.272), colombianos (141.435), argentinos (87.504), marroquíes (86.786), búlgaros (45.485) y ucranianos (31.169). Pero en términos relativos, los rumanos son los extranjeros que mayores patrones de irregularidad presentan, ya que un 73% de éstos extranjeros se encuentran en situación irregular. En el mismo caso se encuentran un 66% de los argentinos, 65% de los búlgaros, un 63% de ecuatorianos, 59% de ucranianos y 56 % de colombianos (9).

Las razones de la creciente bolsa de irregulares en España, según la relatora especial de la Organización de las Naciones Unidas para los Derechos de los

Migrantes, Gabriela Rodríguez Pizarro, tras su visita a España en Septiembre de 2003, se resume en dos puntos esenciales (12):

1. La entrada clandestina, agravada por órdenes de expulsión que no son ejecutadas. Esta primera razón es debida a la imposibilidad de documentar a todos los inmigrantes, de no existir consulado de su país o por alegar venir de un país distinto para no ser devueltos. Al no ser ejecutadas las órdenes de expulsión de algunos inmigrantes, generalmente son internados a la espera de la ejecución, transcurrido el plazo para la misma, quedan en libertad con la orden de salir del país, algo que normalmente no hacen.
2. La “irregularidad sobrevenida” por retrasos en los trámites, retraso en la concesión o renovación de los permisos de residencia o trabajo. Considera que los cambios en las leyes de extranjería y el aumento constante de los expedientes desbordan a la administración, se retrasan los trámites burocráticos y colocan a muchos inmigrantes en situación de irregularidad.

Por último, el porcentaje de población extranjera en España (7,3 %) ha pasado en sólo cinco años de valores muy alejados del promedio de la Unión Europea a valores similares, aunque todavía inferiores a los de países como Alemania, Austria, Bélgica, Francia o Grecia, en los que el citado porcentaje se sitúa en torno al 10% (11).

A MODO DE RESUMEN

Extranjeros residentes en Andalucía

- En Andalucía residen oficialmente 222.773 (a 31-12-04) extranjeros, el 11,27% del total nacional, ocupando el cuarto lugar entre las comunidades autónomas con mayor número de extranjeros en España.
- Aproximadamente la mitad en régimen comunitario y la otra mitad en régimen general, siendo la comunidad autónoma con mayor número de extranjeros en régimen comunitario.
- Tres grupos principales de extranjeros residen en el territorio nacional, Iberoamericanos, Africanos y Europeos comunitarios. En Andalucía están más representados porcentualmente los Europeos Comunitarios, en primer lugar, y los Africanos, en segundo.
- La mayoría de los extranjeros se asientan en la franja costera de Andalucía, aunque por razones distintas, los Europeos Comunitarios en su mayoría en municipios turísticos de Málaga, y los Africanos y Europeos extracomunitarios principalmente, en Almería en zonas de cultivo agrícola intensivo.
- En Andalucía reside el 19,25% del total de europeos del estado. De ellos la nacionalidad más representada es la de los procedentes del Reino Unido (17,67% de los extranjeros residentes en Andalucía).
- De los no comunitarios cabe destacar los procedentes de Marruecos. En Andalucía suponen el 22,08 % de la población extranjera que reside en esta comunidad.
- Otras nacionalidades con representación significativa en Andalucía son: los rumanos, ecuatorianos y chinos, aunque en todos los casos con menores aportaciones porcentuales que en el resto de España.
- Se está igualando la distribución por sexo, es notable el aumento de la feminización. Siguen predominando los hombres en aquellas provincias andaluzas cuya inmigración es sobre todo para campañas agrícolas: Almería, Huelva y Jaén. En el resto, se sigue una distribución entre sexos casi paritaria, e incluso empieza a ser mayor la proporción de mujeres (como es el caso de Sevilla y Córdoba).
- Por grupos de edad, Andalucía tiene residiendo mayor proporción de extranjeros mayores de 64 años que el resto del estado, por detrás de la

Comunidad Valenciana en primer lugar, y éstos proceden del régimen comunitario (Europeos). Málaga es la provincia con mayor proporción de extranjeros y en especial de Europeos mayores de 64 años. Tanto en Andalucía como en el resto de España, existe mayor concentración de extranjeros en edades activas (16-64 años).

Trabajadores extranjeros en Andalucía

- Andalucía ocupa el cuarto lugar del estado en número de trabajadores extranjeros en alta en la Seguridad Social con 104.387 extranjeros de alta en todos los regímenes.
- Es la comunidad autónoma que más trabajadores extranjeros tiene en alta en el Régimen Especial Agrario de Seguridad Social (con el 25,99% sobre el total nacional).
- El 16,72% de los trabajadores extranjeros de alta en el régimen en Régimen Especial Autónomos y 12,5 % en el R. E. de Trabajadores del mar (aunque sea un régimen minoritario), sobre el total del estado.
- El 61% de los trabajadores en alta en la S.S. en Andalucía se concentran en Málaga y Almería. Todo parece indicar que los extranjeros vienen a trabajar en primer lugar en la agricultura intensiva de **Almería** y en segundo lugar en los servicios domésticos para la población europea de mayor edad que se asienta en **Málaga**, la provincia que más altas de extranjeros tiene en los regímenes especiales de la S.S. de Autónomos y de Empleadas de Hogar.

Inmigrantes en situación administrativa irregular

- En España se estima una bolsa de 1,3 millones de inmigrantes en situación administrativa irregular y Andalucía se sitúa en la cuarta posición en número de inmigrantes irregulares con 113.047, por detrás de Madrid, Comunidad Valenciana y Cataluña.
- El número de irregulares va en aumento, por las dificultades para frenar la llegada de los inmigrantes, ejecutar su expulsión y el retraso en los trámites burocráticos. España, con un porcentaje de 7,3% de población extranjera sobre el total de la población, se aproxima a los porcentajes de países de la Unión Europea como Alemania, Austria, Bélgica, Francia o Grecia, con un 10%, situados a la cabeza en cifras de inmigración.

I.2. INMIGRACIÓN EN EL CAMPO DE GIBRALTAR

La comarca del Campo de Gibraltar está situada al sudeste de la provincia de Cádiz. La **Mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar** se compone de los siguientes municipios: **Algeciras, La Línea de la Concepción, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Jimena de la Frontera y Castellar de la Frontera**. Es en esta zona, donde se localiza el mayor paso de transeúntes y asentamiento de inmigrantes de la provincia de Cádiz.

La población del Campo de Gibraltar se cifra, según el padrón municipal de habitantes a fecha 1 de enero de 2004, del Instituto Nacional de Estadística, en 244.468, repartidos de la siguiente forma por sus diferentes municipios (13):

SEGÚN PADRÓN MUNICIPAL a 1 de ENERO de 2004			
	TOTAL POBLACIÓN	TOTAL POBLACIÓN EXTRANJERA	% POB EXT SOBRE EL TOTAL
CÁDIZ PROVINCIA	1.164.374	21.409	1,84%
TOTAL MUNICIPIOS CAMPO GIBRALTAR	244.468	10.468	4,28%
ALGECIRAS	109.665	4124	3,76%
LOS BARRIOS	19.260	690	3,58%
CASTELLAR de la FTRA	2.813	116	4,12%
JIMENA de la FTRA	9.355	625	6,68%
LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN	61.875	2.151	3,48%
SAN ROQUE	24.757	1.911	7,72%
TARIFA	16.743	851	5,08%

La población extranjera empadronada en la Mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar supone el 48,90% del total de población extranjera reflejada en los datos del padrón provincial. Asimismo los extranjeros empadronados representan porcentualmente el 4,28% de la población total empadronada en la comarca campogibraltareña y el 0,90% de la población total empadronada en la provincia gaditana.

Como dato a señalar, cruzando los últimos datos comparables, es decir, los datos del padrón provincial, a fecha de 1 de enero de 2004 (13) sobre la población extranjera

(21.409), y los datos de Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor (15.867), a fecha de 31 de Diciembre de 2003 (4) en la provincia de Cádiz, se obtiene una bolsa de inmigrantes irregulares de 5.542.

Atendiendo a la nacionalidad, destacar la importancia de países como Gran Bretaña, seguido de lejos por otros países comunitarios. Y entre los países no comunitarios, destacamos la gran presencia de africanos, con predominio de marroquíes y el creciente peso de los países centro y sudamericanos (13).

Es necesario hacer referencia a la creciente presión de los flujos inmigratorios que llegan a la comarca. Este fenómeno afecta a Europa, a España y especialmente al Campo de Gibraltar, que constituye la puerta sur de entrada al Viejo Continente.

Históricamente, la situación geográfica de la comarca ha propiciado el desarrollo de movimientos de población y comerciales, mas o menos ortodoxos, propios de cualquier zona fronteriza. Estos movimientos se ven afectados por el Convenio de Aplicación del Acuerdo de Schengen en vigor desde 1993. La firma del Acuerdo de Schengen, en 1985, conlleva una supresión gradual de los controles en las fronteras comunes de las partes contratantes, creando entre ellos un territorio sin fronteras, el denominado “espacio Schengen”, cuyos objetivos fundamentales son la supresión de las fronteras entre los países comunitarios firmantes, la seguridad, la inmigración y la libre circulación de personas (14). Esto se traduce en un incremento de la importancia de las fronteras exteriores para el control de circulación de personas y su entrada en vigor produce un cambio sustancial en los flujos migratorios. Esta cooperación internacional se amplía a quince países entre ellos España en 1991 (en la actualidad forman parte del territorio Schengen: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Finlandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal y Suecia) (14). A España se le encomendaba el rol de “guardián de la frontera sur de Europa”(15). Como consecuencia de este tratado se lleva a cabo una política común en materia de visados, se les exige un visado a todos los ciudadanos de 110 países entre ellos los de África. Esto supone romper un acuerdo bilateral entre España y Marruecos de no exigencia del visado, que venía regulando su relación. A partir de entonces aumenta el número de marroquíes rechazados en las fronteras y el número de inmigrantes en el territorio en situación documental irregular (16).

La política europea se torna entonces cada vez más restrictiva para la admisión de extranjeros en territorio comunitario, aunque no acaba con uno de los problemas más notable de la sociedad actual, que es la inmigración. Algeciras, como frontera sur de la Europa Comunitaria, se ve afectada por un flujo inmigratorio que no cesa, y que, ya sea a través de canales legales o ilegales, se produce continuamente .

I.2.1 TIPOLOGÍA DE EXTRANJEROS DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Los residentes extranjeros en el Campo de Gibraltar son un grupo heterogéneo. El perfil de éstos es diferente en función del país de procedencia o del tipo de permiso al que acceden. Básicamente se dan dos situaciones: la de aquellos europeos y norteamericanos que vienen buscando un lugar de descanso y ocio, o bien de trabajo; y la de aquellos que llegan procedentes mayoritariamente de África (Marruecos) buscando unas condiciones de vida y trabajo más dignas. Por tanto, se puede decir que estamos ante dos tipos de inmigración, una **inmigración social** (en su mayoría son extranjeros procedentes de países desarrollados, pero también se incluyen refugiados políticos, personas desplazadas y demandantes de asilo) y una **inmigración económica**,

“Inmigrante Económico” (17), se consideró a todo aquél procedente de cualquier país (excepto los de la Unión Europea, por encontrarse bajo régimen comunitario), cuyo motivo principal que le impulsa a emigrar es la búsqueda de trabajo, según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, y llegan buscando oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. Los que van a ocupar nuestro interés son los denominados **inmigrantes económicos** procedentes en su mayoría de países en vías de desarrollo (**África, Latinoamérica, Europa del Este y Sudeste Asiático**).

La tipología de los extranjeros en el Campo de Gibraltar podemos agruparla como sigue (18):

- Personas de paso, transeúntes sin visado, venidas del continente Africano por las “rutas alternativas”; rutas diversas y cada una de ellas entrañando su riesgo: pateras, camiones, pesqueros, contenedores, motos acuáticas, embarcaciones neumáticas, barcos de pasajeros, autobuses, vehículos particulares,....
- Personas de paso que vienen en barco con sus visados o permisos correspondientes, o los que circulan de tránsito hacia otros países europeos. Además están los que hacen el viaje en sentido contrario, es decir desde algún Estado Europeo incluida España hacia el Continente Africano.
- Marroquíes transeúntes que desde las provincias de Cádiz y Málaga, también Gibraltar, vienen a esta ciudad a tramitar algún tipo de documentación a su Consulado.
- Personas migrantes asentadas, solas o con sus familias, en los Municipios del Campo de Gibraltar.
- Personas migrantes residiendo temporalmente, en periodos de meses, en algún Municipio del Campo de Gibraltar.
- Estudiantes universitarios / as.

La situación administrativa abarca todas las variables, **situación regular, irregular o en trámite**. Abarcando todas las edades.

La provincia de Cádiz, en el ámbito de una Andalucía que es frontera sur de Europa, es noticia frecuente de la afluencia de embarcaciones (pateras) a su costa, las detenciones de inmigrantes o las muertes del estrecho. Las características propias de la inmigración en Cádiz están motivadas sobre todo por su situación de cercanía a las costas africanas, lo que le convierte en puerta de la inmigración no sólo hacia Andalucía y España sino hacia el resto de la Unión Europea (19). En el Campo de Gibraltar la inmigración de asentamientos no es el hecho más destacable, la inmigración de tránsito hacía otras regiones españolas y hacía Europa, es la verdadera protagonista de estas corrientes migratorias (20). Una corriente protagonizada mayoritariamente por hombres, aunque con un porcentaje de mujeres progresivamente más importante, con edades que oscilan entre los 20 y los 40 años. No obstante, no hay que olvidar que dicha vía y sistema de entrada es utilizado de manera muy minoritaria en comparación con las entradas, que por otras vías menos traumáticas, se producen en el territorio nacional, como los aeropuertos (19) (las personas acceden al país a través de los aeropuertos con su pasaporte y su visado de turista de modo legal, y cuando éste expira se convierten en “ ilegales”) (15).

Las pateras constituyen menos del 15% del total nacional (19). Pero aún así, las cifras de personas que arriesgan su vida de esta forma son reveladoras. Para aproximarnos a conocer esta realidad comentamos los datos de inmigración irregular por medio de embarcaciones a fecha de 31 de diciembre de 2003 y 2004, a través del Estrecho de Gibraltar (Litoral de Andalucía, Ceuta, Melilla y Murcia), son a fecha de 31 de diciembre de 2003 de un total de 363 embarcaciones (con 9.794 detenidos) y a 31 de Diciembre de 2004, 445 embarcaciones (7.245 detenidos). Esto supone el 51,07% en 2003 y 46,22% en 2004 de los detenidos llegados en pateras en todo el territorio nacional (21).

El fenómeno de la inmigración ilegal es un fenómeno creciente, en definitiva, nos encontramos ante un fenómeno complejo y en alza, que seguirá afectando a la comarca Campogibaltareña.

I.3. POLÍTICAS MIGRATORIAS. NORMATIVA RELATIVA A LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE

I.3.1.MARCO LEGAL Y JURÍDICO EN MATERIA DE SALUD

La atención sanitaria al inmigrante puede ser considerada como propia de la salud internacional, definida como la Salud Pública a escala mundial, necesitando de un abordaje inter y transdisciplinario.

Pero la atención sanitaria varía según el tipo de inmigración (22):

- Extranjeros comunitarios: tienen los mismos derechos que los españoles y sus características sociales, económicas y culturales, les permiten acceder a nuestro sistema sanitario de forma fácil y normalizada, cuando lo precisan. En esta población no se plantea la atención sanitaria como un problema de Salud Pública, ya que su proceso de salud-enfermedad es similar al nuestro.
- Extranjeros no comunitarios o los llamados “ Inmigrantes económicos” : se plantean diversos tipos de problemas a la hora de acceder al sistema sanitario público. Tenemos que diferenciar:
 - Inmigrantes regularizados: con permiso y contrato de trabajo y por tanto acogidos al régimen general, lo que les da derecho a una asistencia sanitaria plena y completa, como cualquier otro español, aunque existan otros tipos de barrera.
 - Inmigrantes no regularizados en los que existen numerosos motivos que limitan el acceso a una asistencia sanitaria regular y normalizada.

Varios instrumentos internacionales consagran el acceso a la sanidad pública para toda persona residente en el territorio de un Estado miembro, sin hacer referencia alguna a su condición de extranjeros o nacionales en el país de residencia y sin establecer distinciones entre los extranjeros documentados y los “sin papeles” (2).

En este sentido, el artículo 25 de la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (23) dice lo siguiente:

*"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la **asistencia médica** y los servicios sociales necesarios..."*

En el contexto español, para poder analizar la situación actual con respecto a la atención sanitaria a inmigrantes es necesario conocer la legislación española a este respecto. La atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios en España viene regulada por la Ley de Extranjería, Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre, Ley Orgánica 11/2003 de 29 de Septiembre y Ley Orgánica 14/2003 de 20 de Noviembre.

NORMATIVA:

I.3.1.1 Ley orgánica 4 /2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre, Ley Orgánica de 11/2003 de 29 de Septiembre y Ley Orgánica 14/2003 de 20 de Noviembre (24)

Las reformas de la Ley orgánica 4 /2000 de 11 de enero, no modifican el articulado sobre el derecho a la asistencia sanitaria (artículo 12), que establece lo siguiente:

Art. 12: Derecho a la Asistencia Sanitaria

1. *Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles* (es decir, los inmigrantes con permiso regular de residencia empadronados tendrán los mismos derechos de asistencia sanitaria que los nacionales. En el caso de estar empadronado y no disponer de cobertura sanitaria de seguridad social, al igual que los españoles tendrán derecho a cobertura sanitaria gratuita los que demuestren que no tienen recursos económicos mediante certificado de

hacienda o de los servicios sociales del Ayuntamiento en el que estén inscritos).

2. *Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. (En todas las situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente).*
3. *Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los menores tienen cobertura de asistencia sanitaria total, además de la legislación estatal están protegidos por la legislación autonómica “Ley de los Derechos y la Atención al Menor de Andalucía” (Art. 10) (25), y en el marco internacional por los tratados internacionales suscritos por España como la “Convención sobre los Derechos del Niño” (Art. 24) (26).*
4. *Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.*

Entre los requisitos sanitarios que se exige a cualquier ciudadano no comunitario para entrar en territorio español está el presentar un certificado expedido en el país de procedencia o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios competentes, a fin de acreditar que no padecen ninguna de las enfermedades cuarentenables contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste, fiebre amarilla), por suponer un peligro para la Salud Pública. De este modo, cualquier ciudadano no comunitario, que desee obtener un visado de residencia en nuestro país, debe presentar el citado certificado sanitario. En definitiva, a los inmigrantes se les exige para obtener el permiso de residencia o trabajo, que acrediten que poseen cobertura sanitaria y que presenten un certificado médico que avale que no padecen alguna de las enfermedades cuarentenables (Art. 13 apdo. C, art. 25, art. 27 de la L. O. 4/2000, de 11 de enero, reformada por la L. O. 8/2000 de 22 de diciembre).

En la tercera reforma de la Ley Orgánica la Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero, *Ley Orgánica 14/2003, de 20 de Noviembre* también se mantiene el articulado sobre el derecho de la asistencia sanitaria, pero sí podemos destacar, en relación a los centros de internamiento, que se incluye en esta Ley Orgánica nuevos artículos relacionados con los derechos y obligaciones de los extranjeros sometidos a internamiento (art. 58 apartado 5. “*cuando la devolución no se pudiera ejecutar en el plazo de 72 horas se solicita la medida de internamiento prevista para los expedientes de expulsión*”), y se establece en el art.62 bis. “*el derecho a recibir asistencia médica y sanitaria adecuada y ser asistidos por los servicios de asistencia social del centro*”. El internamiento se mantendrá por el tiempo imprescindible para los fines de expediente, sin que en ningún caso pueda exceder de los cuarenta días, ni acordarse nuevo internamiento por cualquiera de las causa previstas en un mismo expediente (27).

Analizando la realidad del problema de la inmigración, nos encontramos con que a los extranjeros que no se les permita el ingreso en el país serán retornados a su punto de origen en el plazo más breve posible, si el retorno fuera a retrasarse más de 72 horas son internados hasta que llegue el momento del retorno (resolución de expulsión), sin poder excederse del plazo de 40 días. Los inmigrantes que transcurridos el plazo de 40 días no han podido ser expulsados, aunque estén obligados a abandonar el país, al no poder mantenerlos detenidos, quedan puestos en libertad (25), de forma “irregular” en nuestro país, con el temor de ser detenidos y sin una continuidad de la asistencia sanitaria que hasta el momento se les había garantizado. Se les entregan los informes médicos sobre su estado de salud pero no disponen de la medicación ni de personal sanitario que les atienda, a no ser alguna de las situaciones que se especifica en el articulado de derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en España: 1) Estar inscrito en el padrón municipal, 2) situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente, 3) los menores de 18 años y 4) las embarazadas, durante el embarazo, parto o puerperio.

En la práctica por tanto, existen varios factores que impiden a los inmigrantes indocumentados acceder a los servicios médicos. El principal de todos es el miedo de los inmigrantes a acudir a las administraciones públicas y revelar su situación irregular. Muchos inmigrantes no conocen su derecho a la asistencia sanitaria, y los

que lo conocen, la obligación de empadronarse en el registro municipal supone un obstáculo para mucho de ellos por miedo a ser descubiertos y expulsados del país.

Según Fernando Garrido, de la asociación Algeciras Acoge (16), *“la Ley de Extranjería no sólo no resuelve los problemas relacionados con la inmigración, sino que además se empeña en ignorar la realidad”*.

Por último comentar que a finales del año 2004, se produjeron modificaciones en materia de inmigración. El 31 de diciembre de ese mismo año el Gobierno de la nación aprobó el **Reglamento de Desarrollo de la Ley de Extranjería** (29), su principal novedad: la apertura de un proceso extraordinario de normalización de trabajadores extranjeros. Aunque no se modifican aspectos sobre la asistencia sanitaria a los inmigrantes, los nuevos trabajadores extranjeros que puedan darse de alta en la seguridad social, tendrán acceso al sistema sanitario público y recibirán atención sanitaria en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles.

I.3.1.2.Ley de Salud en Andalucía

En Andalucía, la situación es diferente, ya que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria plena y normalizada de la población inmigrante no regularizada y de aquellos que, aún estando en situación legal, no disponen de un puesto de trabajo ni derecho a la prestación de desempleo.

Ley 2/1998 de 15 de junio, de salud de Andalucía (30):

La presente ley en su **título I**, establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación alguna.

Título I

Artículo 1.

La presente ley tiene por objeto:

1. La regulación general de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española.

Artículo 2.

Las actuaciones sobre protección de la salud, en los términos previstos en la presente ley, se inspirarán en los siguientes principios:

1. Universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios.

Artículo 3.

Sin perjuicio de lo previsto en los artículos 1 y 16 de la Ley General de Sanidad, son titulares de los derechos que esta ley, y la restante normativa reguladora del Sistema Sanitario Público de Andalucía, efectivamente defina y reconozca como tales, los siguientes:

1. Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía.
2. Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.
3. Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
4. Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el Estado español.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo, se garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia.

Se pretende con ello evitar las desigualdades en salud por cualquier causa, recogido también en el Plan Andaluz de Salud, y se plantean como retos preservar la salud individual de la población inmigrante, así como la captación y seguimiento de esta población en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través del establecimiento de estrategias específicas para ello.

I.3.1.3. Otros recursos institucionales en la Junta de Andalucía:

Recursos que configuran el marco de actuación en Andalucía en materia de inmigración.

- **I.3.1.3.1. I Plan Integral para la inmigración en Andalucía 2001-2004.**
- **I.3.1.3.2. III Plan Andaluz de Salud (2003-2008).**
- **I.3.1.3.3. Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes.**

I.3.1.3.1. I Plan Integral para la inmigración en Andalucía 2001-2004 ⁽¹⁾

Aprobado por Decreto 1/2002 de 9 de enero, del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, recoge de manera coordinada todas las actuaciones que en materia de inmigración se acometen por los órganos administrativos públicos de Andalucía, así como los órganos de participación de las entidades de base social como es el Foro para la Inmigración en Andalucía, Parlamento, corporaciones locales y conjunto de la sociedad andaluza. El presente plan se elabora para el periodo 2001-2004 y el ámbito de actuación de este plan es el de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el marco de sus competencias. No obstante, no podemos olvidar, que la principal responsabilidad en materia de inmigración corresponde a la Administración de Estado, y que del correcto ejercicio de sus competencias, dependen las condiciones en que se produce la llegada y estancia de los inmigrantes en nuestro país.

Está inspirado en nueve principios rectores: Igualdad, Integralidad, Globalidad, Coordinación, Participación, Interculturalidad, Descentralización, Normalización y Socialización, y la finalidad última de este Plan es la plena integración del inmigrante en el país de acogida.

En el área de intervención socio-sanitaria se articulan los siguientes objetivos específicos:

- 1) Potenciar la captación de la población inmigrante para atender los problemas de salud que presenten, al objeto de preservar la salud individual y comunitaria, por medio de la atención individualizada. Con este objetivo se pretende asegurar el acceso de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad y como medidas se definen la captación de éstos desde las Zonas Básicas de Salud para incluirlas en programas de salud.
- 2) Promover la captación de inmigrantes y determinar las necesidades de salud de cada persona que lo precise. Por tratarse de la población inmigrante un colectivo receloso de acudir a las instituciones públicas y desconocer las posibilidades de ser atendidos sanitariamente.
- 3) Posibilitar a la población inmigrante que lo requiera intérpretes que le faciliten el encuentro con el Sistema Sanitario Público Andaluz.
- 4) Mejorar la información de los inmigrantes sobre el Sistema Sanitario Público Andaluz, sus programas de prevención y vías de acceso al mismo.
- 5) Mejorar la información de los profesionales socio-sanitarios sobre la atención sanitaria a inmigrantes (Guía de atención sanitaria al inmigrante).
- 6) Facilitar el acceso de las mujeres inmigrantes a los programas de educación sexual y salud reproductiva para mejorar su salud. Con el fin de compensar las desigualdades, proteger la salud de las mujeres inmigrantes y evitar prácticas como la mutilación genital en niñas y mujeres jóvenes.
- 7) Impulsar programas orientados a la promoción de la salud y dirigidos especialmente a los drogodependientes inmigrantes.

- 8) Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas, a través de la incorporación al programa de Intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos.

Documento Técnico de Seguimiento del Primer Plan para la Integración en Andalucía 2001-2004 ⁽¹⁹⁾

Constituye un primer proceso de análisis y evaluación del Plan durante el periodo correspondiente al año 2001. De las conclusiones y recomendaciones de dicho Documento se desprende que en el área o ámbito socio-sanitario es preciso seguir avanzando en un modelo de intervención basado en el concepto de Salud Pública como elemento fundamental de calidad de vida, que no sólo se circunscriba a la propia atención socio-sanitaria.

I.3.1.3.2. III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) (PAS) ⁽³¹⁾

El III Plan Andaluz de Salud plantea como marco político para el desarrollo de sus líneas estratégicas una alianza entre el Gobierno Andaluz, los Ayuntamientos, los profesionales y los ciudadanos, a favor de la salud de los andaluces.

Una de las metas del PAS es reducir las desigualdades ante la salud:

- Contribuir desde el sector sanitario, a través de acciones intersectoriales, al desarrollo de políticas redistributivas de carácter universal, con especial atención a los colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social.

El plan hace referencia a la población extranjera residente en Andalucía y contiene objetivos y estrategias para las necesidades específicas de este colectivo. En la línea prioritaria de actuación 5, "*Reducir las desigualdades en el ámbito de salud, con especial atención a los colectivos excluidos*", el objetivo 21, "*Atención preferente a las personas en situación de especial vulnerabilidad de riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad*", presenta como estrategias en "personas extranjeras sin recursos" las siguientes:

1. Mejorar el acceso al sistema sanitario
2. Disminuir la incidencia de problemas de salud en esta población.
3. Facilitar la información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación intercultural.
4. Facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas extranjeras que residen en Andalucía.

Se potencia la captación de la población inmigrante para atender los problemas de salud que presentan, con objeto de preservar la salud individual (prevenir problemas de salud evitables) y comunitaria, por medio de esta atención individualizada. La captación de la población inmigrante se realiza con la colaboración de las ONG's que trabajan directamente con estos colectivos. También se garantiza en el 100% de los niños inmigrantes, en cumplimiento de la Ley de Derechos y la Atención al Menor y la Ley de Salud de Andalucía, la adecuada atención sanitaria.

El III Plan Andaluz de Salud debe garantizar la equidad ante la salud a través de actuaciones basadas en la solidaridad. Solidaridad y equidad, son los ejes centrales del programa "Salud para Todos en el siglo XXI"⁽³²⁾, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde las políticas de salud implican a la sociedad en su conjunto (personas, grupos, organizaciones públicas o privadas).

I.3.1.3.3. Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes:

Convenio de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la asociación Médicos del Mundo, la Federación Andalucía Acoge, la Cruz Roja Española en Andalucía, Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores, asociación Cardijn-Tartessos y la Fundación Progreso y Salud, en materia de salud pública para el colectivo inmigrante (8).

Participantes

Suscrito el 19 de marzo de 1999 inicialmente entre la Consejería de Salud y la Fundación Progreso y Salud con la Federación Andalucía Acoge, Cruz Roja de Andalucía y Médicos del Mundo. Se adhieren posteriormente al convenio con fechas 8 de octubre de 1999 los sindicatos CC.OO y UGT, 14 de noviembre de 2001 Cardijn-Tartessos, y octubre 2002 la fundación Movimiento para el Desarme y la Libertad en Andalucía (MPDL-A).

Objetivos del convenio

Constituye el objeto del Convenio “preservar la salud individual de la población inmigrante de Andalucía y la salud de la comunidad en la que se desenvuelven, incrementando la accesibilidad de dicho colectivo a la atención sanitaria a través del desarrollo de estrategias de captación y seguimiento de la asistencia y de participación en programas de salud”.

Este convenio se enmarca dentro de los objetivos del Plan Andaluz de Salud y está inscrito dentro del Plan de Atención Integral al Inmigrante de la Junta de Andalucía, siendo la expresión de la unión de voluntades entre la administración, los servicios sanitarios públicos, ONG´s y sindicatos para salvar barreras inaceptables desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud pública.

El Convenio de Colaboración persigue corregir desde la perspectiva de la salud pública y los derechos humanos, el deficitario acceso de esta población inmigrante a los servicios de protección. Busca disminuir las barreras administrativas y lingüísticas en su acceso a los servicios sanitarios públicos, en el marco del respeto a los derechos humanos de las personas que sufren exclusión social, procurando una mayor equidad en el sistema y recalcar la idea de que este acceso beneficia su salud y la de la comunidad en la que residen, así como su integración en ella.

Se hace necesario:

1. Incrementar la accesibilidad de los inmigrantes a la atención sanitaria a través de estrategias de captación, seguimiento de la asistencia y participación en programas de salud.

2. Informar al inmigrante sobre sus derechos y sobre la posibilidad de tener atención sanitaria, sobre las garantías a la hora de entrar en contacto con un servicio público.
3. Hacer llegar a la población inmigrante la información necesaria sobre el Sistema Sanitario Público Andalucía (S.S.P.A.), sus programas de prevención y las vías de acceso al mismo, en sus propias lenguas si hubiese una dificultad idiomática. Si es necesario, proporcionar intérpretes que faciliten el encuentro con dicho sistema de salud.
4. Mejorar la información de los profesionales socio-sanitarios sobre la atención a inmigrantes.
5. Facilitar el acceso de las mujeres inmigrantes a los programas de educación sexual y salud reproductiva.

Entidades que han suscrito el Convenio de Colaboración hasta el momento

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- Fundación Progreso y Salud
- Federación Andalucía Acoge (asociaciones Acoge en las provincias andaluzas)
- Cruz Roja Española en Andalucía
- Médicos del Mundo en Andalucía
- UGT-Andalucía
- CCOO-Andalucía
- Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad Málaga
- Asociación Cardijn Tartessos
- Comité Español de Ayuda al Refugiado
- Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de Mujeres

Obligaciones de las Partes

- La **Consejería de Salud** se compromete a asegurar la atención sanitaria requerida a través de sus servicios de atención primaria y especializada al colectivo de inmigrantes.

▪ **Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Sindicatos:**

Se comprometen a contactar y acompañar y/o avalar al inmigrante en la entrada y salida del sistema sanitario, y específicamente de:

- Captar y determinar las necesidades en salud de cada individuo que la precise y en cada ámbito de actuación respectivo.
 - Acompañar al inmigrante (y a sus padres si es un menor) al centro destinado para la atención sanitaria, facilitando la traducción si fuese necesario. Si no fuese necesario el acompañamiento, se facilitará al inmigrante un documento debidamente validado por la organización, donde quede constancia de la necesidad asistencial del mismo.
 - En caso de que se hubiera precisado un tiempo de ingreso hospitalario, las organizaciones se coordinarán con los servicios normalizados existentes en cada centro para asegurar su seguimiento en régimen externo.
- Ambas partes se comprometen a nivel local a elaborar y concretar los circuitos de atención sanitaria necesarios para los centros y territorios geográficos de referencia para el colectivo de inmigrantes.
- La **Fundación Progreso y Salud** actuará como coordinadora de ambas partes, determinando las actividades necesarias para la adecuada ejecución del Convenio en el marco de actuación establecido por la Consejería de Salud.

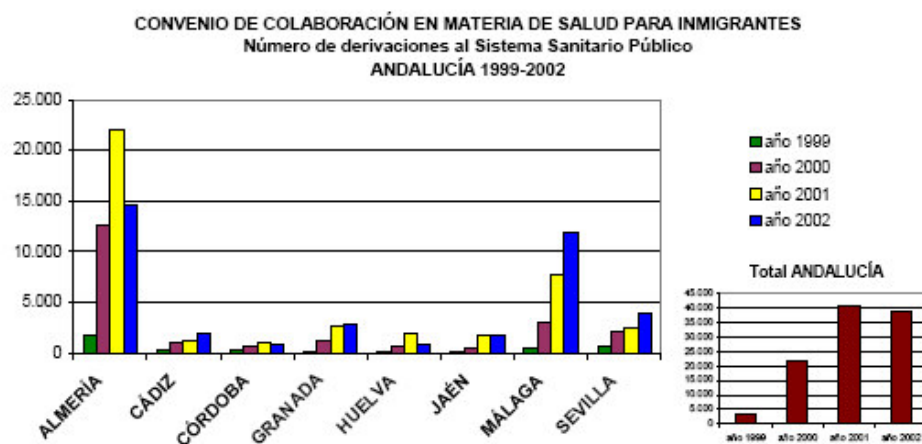
Actuaciones que se realizan en el seno del convenio:

Derivaciones a los servicios sanitarios públicos

Una de las estipulaciones del Convenio que consiste en la derivación que efectúan las entidades firmantes, mediante un Documento normalizado y aceptado por todas las partes, de los inmigrantes en situación irregular o en situación regular pero sin recursos, que precisen atención sanitaria, a los Servicios Sanitarios Públicos de Atención Primaria más próximos a su lugar de residencia.

El número de inmigrantes derivados durante el periodo 1999-2002, se ha ido incrementando desde el comienzo del Convenio, en 1999, todos los años excepto en el último 2002, en el que disminuye un 5%. En total se han cursado más de 100.000 derivaciones (procesos de acceso al SSPA de inmigrantes en **situación irregular**, sin permiso de residencia ni cobertura sanitaria) al SSPA (33) .

DERIVACIÓN DE INMIGRANTES AL SSPA SEGÚN CONVENIO						
	1999	2000	2001	2002	T 1999-2002	%
ALMERÍA	1.785	12.598	22.118	14.644	51.145	48,91
CÁDIZ	341	945	1.241	1.995	4.522	4,32
CÓRDOBA	231	651	935	836	2.653	2,54
GRANADA	45	1.093	2.652	2.813	6.603	6,31
HUELVA	49	678	1.923	913	3.563	3,41
JAÉN	119	482	1.704	1.691	3.996	3,82
MÁLAGA	497	2.917	7.721	11.802	22.937	21,93
SEVILLA	622	2.124	2.528	3.883	9.157	8,76
Total ANDALUCÍA	3.689	21.488	40.822	38.577	104.576	100,00



No obstante, este descenso sólo se produce en dos provincias: Almería y Huelva. En las demás se produce un ligero incremento que compensa esta disminución. La mayoría de las derivaciones se concentran en las provincias de Almería y Málaga.

En cuanto al área de procedencia, tiene cada vez mayor peso la población norteafricana, infrarrepresentación de la asiática y fuerte incremento de la procedente de Europa no Comunitaria.

Acompañamientos

Otro de los instrumentos articulados en torno al Convenio consiste en facilitar por parte de las ONG's y Sindicatos acompañamiento al inmigrante que tiene dificultades con el idioma hasta los servicios sanitarios para hacer la intermediación, procurando que el acompañante sea compatriota, hable nuestro idioma y tenga conocimientos sobre el sistema sanitario de la localidad y sobre el idioma y la cultura del inmigrante derivado, esté en situación regular o irregular. Este servicio puede ser solicitado cuando se requiera mediación intercultural o traducción en sesiones de educación para la salud, educación maternal, grupos de autoayuda, etc. en los servicios sanitarios públicos.

Tarjetas Sanitarias

Así llamadas en el argot de los inmigrantes a las Tarjetas de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria. La emisión de este documento para la acreditación temporal del derecho a la asistencia sanitaria en Andalucía, corresponde a la dirección del Distrito sanitario, y se entregan provisionalmente a los inmigrantes que, teniendo necesidad, no tienen cobertura oficial regular, con el fin de asignarles médico y régimen de farmacia (en el apartado "farmacia" se hará constar "gratuita" en el caso de mayores de 65 años y "normal" en el caso de menores de esa edad). Tiene una numeración específica y los gastos computados con estas claves son asumidos íntegramente por la Consejería de Salud.

Carpeta de Salud

Carpeta que se entrega al inmigrante, sea regular o irregular, que contiene información sobre los servicios sanitarios públicos de Andalucía en cinco idiomas (español, francés, inglés, árabe y ruso) así como una Historia Clínica Portátil, útil para que los profesionales que le atienden puedan anotar las actuaciones sobre la salud individual del inmigrante, permitiendo su continuidad allí donde se encuentre.

Otros materiales elaborados para inmigrantes son: Folletos con direcciones de interés (de ONG's y sindicatos), folletos de información sobre atención sanitaria a inmigrantes, folletos sobre vacunas con calendarios oficiales para niños y adultos, y, salud y derechos de las mujeres inmigrantes.

Para **el seguimiento, coordinación y evaluación** de las actuaciones que se deriven del presente convenio se establece una **Comisión de Seguimiento** integrada por un representante de cada una de las entidades firmantes y **Comisión de Seguimiento Provincial** para mejorar la gestión y coordinación de todo el programa y acercar el análisis y la operatividad a las entidades que actúan a nivel provincial.

Con este convenio de colaboración se pone en marcha un programa pionero en el reconocimiento a los inmigrantes del derecho de la asistencia sanitaria, llamado "Programa de Atención Sanitaria al Inmigrante"⁽²⁷⁾, a disposición de los inmigrantes en la totalidad de los centros de salud, centros de especialidades y hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), y que a través de las organizaciones no gubernamentales y los sindicatos se encauza la asistencia y se ofrecen los servicios de traducción.

Inicialmente en el seno del convenio se financiaba a los inmigrantes sin recursos parte del coste de los medicamentos no cubierta por la prestación pública, mediante la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en 1999, firma un acuerdo de colaboración con la Fundación Progreso y Salud en el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes ^(34,35), dado que la prestación farmacéutica es componente esencial de la atención sanitaria y para asegurar el acceso a la misma.

El modo de operar desde la oficina de farmacia para la prestación de esta asistencia farmacéutica, era el siguiente,


- El beneficiario acudía a la farmacia donde debía presentar :
 - "el documento para la financiación de la prestación farmacéutica" facilitado por la preceptiva ONG y debidamente cumplimentado por dicha organización.


- La “receta” expedida por el centro sanitario donde se le cumplimenta también el apartado correspondiente a “prescripción farmacéutica” en el citado documento.
- El farmacéutico actuaba del siguiente modo:
 - Adhería el cupón precinto del medicamento en la receta, como se hace normalmente.
 - NO COBRA LA APORTACIÓN DEL 40% de la receta, sino que esta le sería abonada por el Colegio de Farmacéuticos.
 - Factura la receta del modo habitual.
 - Se entregaba aparte todos los “Documentos para la financiación de la prestación farmacéutica” en la primera entrega de recetas, debidamente cumplimentados con los datos de la farmacia y los códigos nacionales de los medicamentos dispensados, para su pendiente abono por el Colegio de Farmacéuticos.


Todo este procedimiento es para recetas de régimen general, dado que en las de pensionista no se cobra la aportación y se procede a su facturación normal.


DOCUMENTO PARA LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA


04/05 '04 MAR 13:24 FAX 95 4878801 R.I.C.O.F. DE SEVILLA 0008


 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos


 CC.OO. CITE
Confederación Sindical Compañías Obreras de Andalucía

 UGT Andalucía

 Cruz Roja Española

 FEDERACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO

 FUNDACIÓN PROGRESO Y SALUD

 FEDERACIÓN ANDALUCÍA AGORÉ

CONVENIO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA PARA EL COLECTIVO DE INMIGRANTES

DOCUMENTO PARA LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Nombre: _____

O.N.G. _____

Responsable de la ONG y Tfno.: _____

Recursos Económicos: Vivienda _____
Ingresos _____

Prescripción Farmacéutica: _____

Farmacia: _____

Lugar y fecha: _____

Firma: _____

NOTA: Este documento no es válido si no se acompaña del correspondiente modelo de receta del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Desde las oficinas de farmacia también se entregaban folletos informativos sobre el “Programa de atención sanitaria a inmigrantes” para su difusión entre el colectivo inmigrante.

Esta medida no sigue en la actualidad. El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos actualmente no participa en dicho convenio, se rompe el acuerdo por motivos que desconocemos.

Por último y desde la perspectiva de la Salud Pública, el citado convenio persigue corregir las dificultades de acceso a los servicios sanitarios públicos de los inmigrantes que residan en Andalucía, evitando las posibles barreras administrativas (por ejemplo, por ausencia de papeles) e idiomáticas que puedan encontrarse, pues el acceso beneficia su salud y la de la comunidad en la que residen, así como su integración en ella y deberán ser informados desde los centros de salud, sindicatos u ONG´s, de la existencia del mismo.

Seguimiento del Convenio durante los años 2001-2003 ⁽³³⁾

Se valora positivamente la marcha del convenio durante estos años, se avanza en la definición de los términos del convenio y la coordinación para mejorar la calidad de las actuaciones de cada parte, sobre todo en lo relativo a la información a proporcionar a los inmigrantes, desde las entidades colaboradoras del convenio y los servicios sanitarios públicos. Se trabaja en torno a nuevos objetivos como aplicaciones informáticas del Convenio de Salud para Inmigrantes, formación de mediadores interculturales socio-sanitarios, formación en salud internacional a profesionales sanitarios del sistema sanitario público, investigaciones demográficas y epidemiológicas sobre la población extranjera residente irregular y desarrollo de técnicas para disminuir las barreras lingüísticas y culturales en la atención socio-sanitaria a esta población.

I.4. CARACTERÍSTICAS CULTURALES SOCIALES Y SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

I.4.1. CULTURA, SALUD Y ENFERMEDAD

El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social en función de la cultura. No se considera la misma enfermedad, ni se tiene la misma visión de ella en todas las comunidades. La salud y la enfermedad son conceptos socialmente construidos, la cultura los define y los tipifica, y asigna un tipificado al hecho de estar enfermo o sano y hace que se asocie a ello una determinada consideración social (36).

Los estados de salud y enfermedad como nos señala el antropólogo americano Ackerknecht (1985) (37), no se deciden únicamente por la presencia de un cambio biológico. Es cierto que éste siempre existe, pero para que se considere enfermedad es necesario que la sociedad lo estime como tal.

El colectivo inmigrante es un grupo muy heterogéneo, de procedencias y características diferentes, que pertenecen a grupos de culturas determinados. La percepción sobre su estado de salud, el concepto de enfermedad y determinadas cuestiones de relaciones de género (preeminencia del varón), constituyen una dificultad en el proceso de asistencia sanitaria.

Un estudio realizado en la Escuela Nacional de Sanidad sobre *la percepción por la población inmigrante de su estado de salud* (38), pone de manifiesto que la percepción de salud es positiva en un 42,3% de los casos y el 61% considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen. Según los datos referidos por dicho estudio (38), la mitad de la población (55,9%), diagnosticada con alguna enfermedad, no habían tenido ningún control en los últimos 6 meses. Esta falta de control fue debida principalmente a que no se habían sentido enfermos (25,7%), a que consideran que la enfermedad no es grave (15,7%), falta de tiempo, debido a los horarios de trabajo (10,2%), falta de la cartilla de la Seguridad Social (10,1%), saber cómo tratarse (9,2%) y no sabe a dónde ir (5,5%).

Según otro estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública, los *inmigrantes económicos* dicen encontrarse bien de salud, y afirman que su principal problema no es la atención sanitaria, al tener otras preocupaciones más acuciantes como son la regularización y el acceso a la vivienda (39).

Para llevar a cabo acciones cuyo objetivo sea la promoción de la salud y / ó la prevención de enfermedades, se necesita investigar además de qué problemas de salud tiene la población inmigrante y por qué, qué actitudes, motivaciones y percepciones tienen. Hay que conocer los patrones de conducta, valores creencias, estilo de vida, ambiente social, en definitiva, su cultura, para poder educarles sanitariamente.

“La educación sanitaria es una intervención social que tiende a modificar, de manera consciente y duradera, el comportamiento en relación a la salud” (40) importante para el control de enfermedades transmisibles, salud reproductiva, etc., aspectos relevantes en salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la **educación para la promoción de la salud** (41) como “una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una toma de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus aptitudes para participar de manera constructiva en la vida de la comunidad”.

Es necesario implementar la educación para la salud, pues la salud no está amenazada solamente por las epidemias y las enfermedades prevalentes, sino que en muchas enfermedades crónicas la participación del individuo, tanto en el comportamiento y estilos de vida como en la adherencia al tratamiento, son imprescindibles para su control (42).

La educación sanitaria a los inmigrantes es una labor en la que deben colaborar todos los profesionales sanitarios, por considerarse la inmigración como un fenómeno en alza, que necesita ser abordado desde todos los ámbitos. Esto plantea nuevas necesidades de formación de todos los profesionales que atienden a esta población.

I.4.2. INTEGRACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE: IMPACTO SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

La salud y la enfermedad, y la calidad de vida de la población inmigrante no están en función de las características personales de cada sujeto, sino que las características familiares, culturales y sociales, influyen sobre las personas en la manera de enfermar.

La emigración supone un proceso de reorganización bio-psico-social complejo, proceso natural y frecuente en todo ser humano ante los cambios, pero que se da con mucha más intensidad en los emigrantes. Este proceso de reorganización constituye la base del equilibrio y por lo tanto de la salud de todas las personas. Las dificultades de adaptación y desarraigo se acentúan si la emigración se realizó por problemas del entorno (políticas de exclusión, explotación laboral, graves carencias sanitarias, de vivienda...) (43).

Todo cambio supone una parte de dolor, se entiende por **duelo** (44), el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto. Este proceso de duelo se clasifica en los llamados **siete duelos** (45) de la emigración y la interculturalidad:

- El duelo por la pérdida del contacto con la familia y amigos
- El duelo por la pérdida del contacto con la lengua materna
- El duelo por la pérdida del contacto con la propia cultura
- El duelo por la tierra, pérdida del contacto con los paisajes, olores, colores de la tierra natal
- El duelo por el estatus, pérdida de la posición social
- El duelo por la pérdida del contacto con su grupo étnico
- El duelo por la pérdida de seguridad física, es decir, riesgos para la integridad física o salud mental.

La respuesta de la persona migrante ante las dificultades diarias y la vivencia del propio proceso migratorio puede resultar más o menos conflictiva, pudiendo

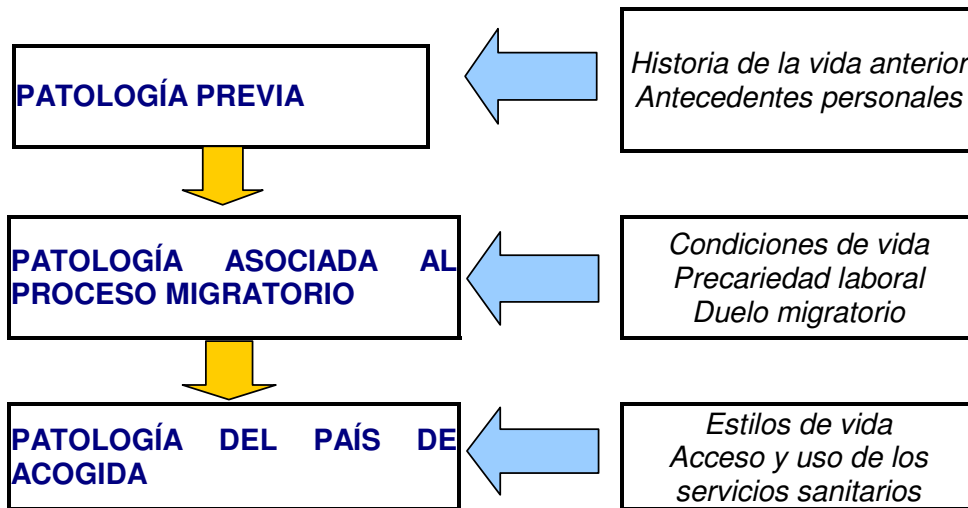
repercutir en su salud física y / o psíquica (cuadros de tipo psicossomático o ansioso-depresivo, muy frecuentes).

Aunque en general, el perfil del **inmigrante económico** es joven y con una salud normalmente superior a la existente en su país de origen (el esfuerzo físico y psíquico precisa de unas condiciones de salud determinadas), su estado de salud no viene determinado, en la mayoría, por las posibles enfermedades que pudieran traer de sus países de origen. Son más frecuentes las enfermedades adquiridas en la comunidad, la mayor parte de las patologías que presenta son adquiridas por hábitos y condiciones sociolaborales.

Prevalecen los **trastornos psicopatológicos**, como hemos comentado, a lo que hay que añadir las **precarias condiciones de vida** en las que se desenvuelven (hacinamiento, pobreza, inadecuada alimentación, insalubridad de las viviendas, insuficiente prevención de enfermedades, falta de asistencia sanitaria, dificultades económicas...), contribuye a que presenten determinadas enfermedades y favorece la transmisión de enfermedades dentro de este colectivo (46). A esto también hay que sumar el elevado índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en las que trabajan muchos inmigrantes (33), y la exposición a las enfermedades asociadas a los nuevos estilos de vida que se imponen dentro de la Unión Europea, enfermedades como asma, afecciones coronarias, apoplejías y ciertos tipos de cáncer (47).

Según Bada et al (48), se pone de manifiesto la necesidad de equipos interdisciplinares, pues estas situaciones se podrían solventar en su mayoría con intervenciones de apoyo y servicios sociales.

De forma esquemática se puede considerar que la salud de la población inmigrante pasa por varias etapas evolutivas (36):



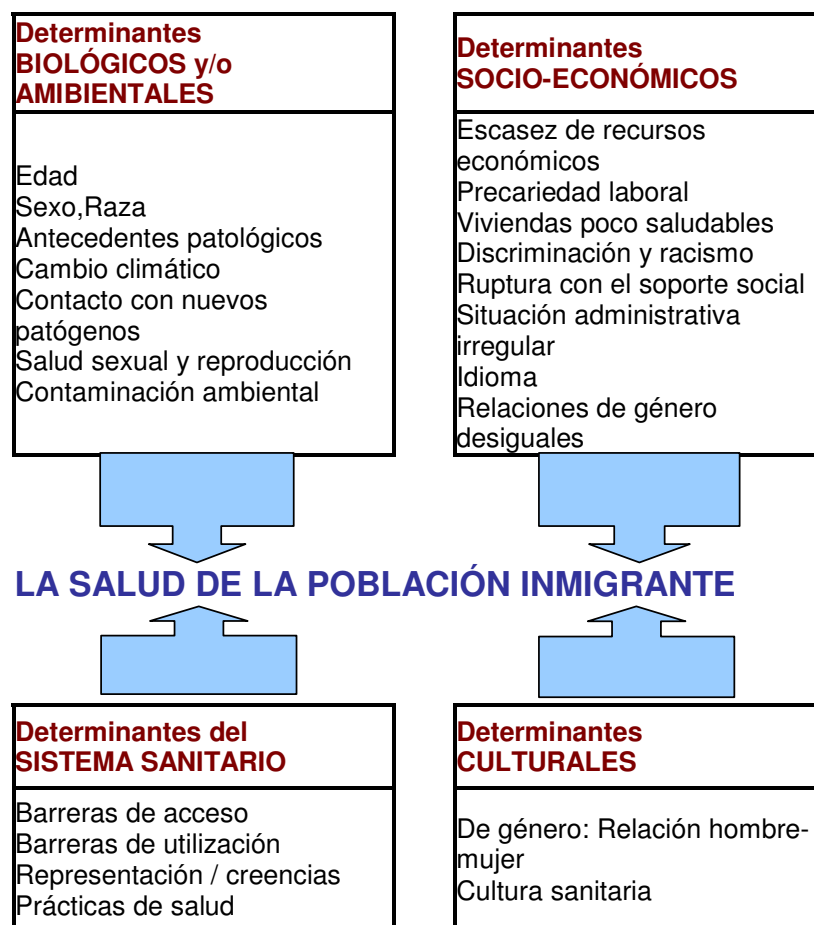
I.4.3. CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE: APROXIMACIÓN A LAS PATOLOGÍAS Y PROCESOS MÁS PREVALENTES.

Como hemos comentado anteriormente, el inmigrante económico es generalmente joven y sano, con un nivel de salud superior al de las poblaciones de origen, por ello tienden a presentar problemas de salud similares a los de la población de acogida, y en una pequeña proporción de casos, enfermedades exóticas o tropicales.

Tal y como indican los expertos (49), los inmigrantes no constituyen a su llegada un grupo de riesgo específico, la posibilidad de importación de una enfermedad foránea por un inmigrante es escasa, siendo un mayor número de enfermedades importadas por los autóctonos al regresar de los viajes al extranjero.

No obstante, se trata de una población muy vulnerable desde el punto de vista sanitario, la situación que viven en el país receptor (la infravivienda, el hacinamiento, la pobreza, la exclusión social, el desarraigo cultural etc.) los convierte en un grupo de riesgo para adquirir y / o desarrollar enfermedades transmisibles, laborales y mentales.

I.4.3.1. Determinantes de la salud en la población inmigrante (36):



I.4.3.2. Patologías Relacionadas con la inmigración. Clasificación.

Las patologías en el inmigrante se clasifican en (36,47,50):

I.4.3.2.1. Enfermedades prevalentes en sus países de origen

- I.4.3.2.1.1. Enfermedades tropicales o exóticas
- I.4.3.2.1.2. Enfermedades cosmopolitas
- I.4.3.2.1.3. Enfermedades de base genética

I.4.3.2.2. Enfermedades reactivas o de adaptación

I.4.3.2.3. Enfermedades adquiridas en la comunidad

I.4.3.2.3.1. Orgánicas

I.4.3.2.3.2. Laborales

I.4.3.2.1. Enfermedades prevalentes en sus países de origen (relacionadas con la inmigración) (36,47,50).

Son aquellas enfermedades transmisibles o no, adquiridas en un determinado país o área geográfica bioclimática y que se manifiestan clínicamente y / o se diagnostican en otro país o área diferentes. También llamadas enfermedades importadas.

I.4.3.2.1.1. Enfermedades tropicales o exóticas

Distribuidas en áreas tropicales o subtropicales y caracterizadas por requerir una confluencia de circunstancias ecológicas específicas para su transmisión (presencia simultánea de determinados vectores, huéspedes intermediarios y / o reservorios). Son, por tanto, **de bajo riesgo o sin riesgo** potencial de transmisión, por tratarse de enfermedades exigentes desde el punto de vista ecológico y precisar de todos los eslabones de la cadena de transmisión (vector, huésped, reservorio) para que ésta sea efectiva. Por ejemplo: paludismo, esquistosomiasis, filariasis.

I.4.3.2.1.2. Enfermedades cosmopolitas

Son enfermedades relacionadas con la inmigración pero menos exigente desde el punto de vista ecológico (no precisan de la presencia simultánea de vector, huésped y /o reservorio específicos en el espacio y tiempo) por lo que su distribución es más amplia, por lo que pueden suponer un riesgo para las poblaciones de los países de acogida;

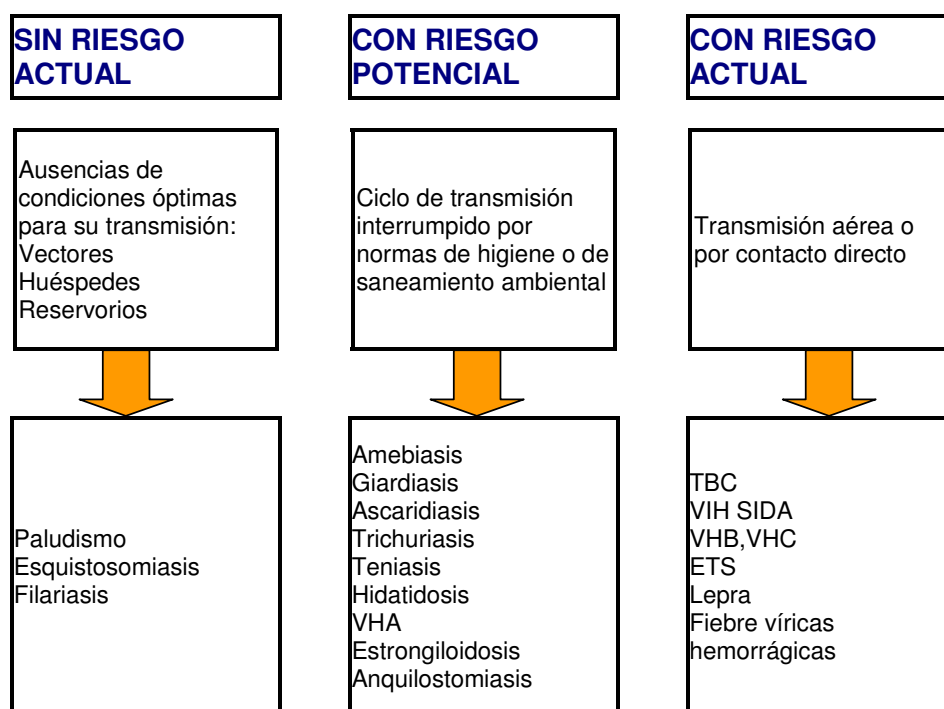
Puede tratarse de:

-Riesgo potencial: Infecciones de transmisión fecal-oral, que son más difícilmente transmisibles a la población en general si no se rompen las normas de

saneamiento ambiental existente en las sociedades desarrolladas. Ejemplos: Hepatitis A, amebiasis, giardiasis y la mayoría de las parasitosis intestinales.

-Riesgo actual: Enfermedades con riesgo actual de transmisión a la población autóctona por transmitirse por vía aérea o por contacto personal, cuya transmisión se ve favorecida por grupos vulnerables sanitariamente como el colectivo inmigrante. Son las que merecen mayor atención pues tienen una gran repercusión sobre la salud individual y de la comunidad. Ejemplos: Enfermedades de transmisión sexual, SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis etc.

Los riesgos para la salud pública en los países de acogida, por las enfermedades relacionadas con la inmigración, se clasifican por tanto en (36):



SIN RIESGO ACTUAL

Ausencia de condiciones optimas para su transmisión (vectores, huéspedes, reservorios).

PALUDISMO O MALARIA: (36,50,51)

Infección producida por un protozoo *Plasmodium* del que se conocen cuatro especies: *P. Vivax*, *P. Ovale*, *P. Falciparum*, *P. Malariae*.

Epidemiología: Es la novena causa de mortalidad en los países del tercer mundo, produciendo aproximadamente 3.000.000 de muertos. Existen 250 millones de personas afectadas en el continente africano. En España se dan entre 300-400 casos de malaria al año, de los cuales el 25-30% corresponden a inmigrantes (en su mayoría de África), el resto a viajeros (70-75%).

Transmisión: Se realiza por la picadura de un mosquito vector del protozoo, debiendo existir unas condiciones climáticas favorables para su transmisión. El hombre es el único reservorio. También se puede transmitir por transfusiones sanguíneas, compartir jeringuillas en los usuarios de drogas por vía parenteral y de madre a hijo (malaria congénita).

Sintomatología: Los cuatro tipos de malaria presentan síntomas muy similares y el patrón febril de los primeros días de la infección es muy similar al de otras enfermedades bacterianas, virales o parasitarias. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por acceso febril, esplanomegalia y anemia. La forma más grave, y más frecuente, es producida por *P. falciparum*, capaz de producir malaria cerebral y otras complicaciones graves. *P. vivax* y *ovale*, son formas más leves pero que pueden presentar recurrencias entre 2 y 5 años, desde los primeros síntomas. Y las infecciones por *P. malariae* pueden presentar episodios febriles hasta 50 años después de la infección y complicaciones como síndrome nefrótico en niños. La infección en mujeres embarazadas pueden tener consecuencias muy graves para el feto.

El diagnóstico se realiza por la demostración del agente etiológico por gota gruesa y extensión. El tratamiento a administrar depende de la especie de Plasmodium, de la zona de procedencia y la gravedad del caso.

Las personas procedentes de países endémicos pueden estar infectadas y no presentar ninguna sintomatología a causa de la exposición constante de plasmodio en su país, y presentar la enfermedad por tanto, fuera de su país, unos tres meses después de su llegada. Además los pacientes semi-inmunes como los adultos procedentes de zonas hiperendémicas pueden sufrir crisis palúdicas leves o tener el protozoo en sangre y estar asintomáticos.

PARASITOSIS INTESTINALES (36,50)

Los parásitos intestinales patógenos son endémicos de países tropicales y subtropicales y raramente ocurren en climas templados. Su importancia radica en que los casos importados son muy frecuentes en los inmigrantes, con una prevalencia entre el 20 y 70%, y con casos de parasitación múltiple. Generalmente no se transmiten de persona a persona, aunque puede ocurrir en casos de déficit higiénico y hacinamiento.

Numerosos estudios confirman que la prevalencia de parásitos en inmigrantes disminuye con el tiempo de estancia en los países de destino (52,53,54,55). Sólo el 11% de los inmigrantes con estudio de parásitos en heces positivo, presentan sintomatología, es por esto que en la bibliografía científica no existe consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos (36,50).

Los parásitos más frecuentes encontrados en inmigrantes son: *Trichiuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinaria*, *Entamoeba histolítica*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*, *Ankilostoma duodenale* y *Schistosoma sp.*

Su distribución geográfica es la siguiente (36):

PARÁSITO	DISTRIBUCIÓN	ZONAS DE ALTO RIESGO
<i>Entamoeba histolítica</i>	Mundial	Méjico, Oeste de Sudamérica, Sudáfrica, Oeste de África, Egipto, Sudeste asiático, India, Nepal
<i>Giardia lamblia</i>	Mundial	Condiciones higiénicas deficientes
<i>Isospora Belli</i>	Trópico, Sudamérica	
<i>Schistosoma Mansoni</i>	África, Sudamérica	
<i>Schistosoma Japonicum</i>	Japón, Litoral asiático del pacífico	
<i>Taenia saginata y solium</i>	Mundial	
<i>Trichiuris trichiura</i>	Mundial	
<i>Enterobius vermicularis</i>	Mundial	
<i>Strongyloides stercolaris</i>	Trópico	
<i>Acaris lumbricoides</i>	Mundial	
<i>Ancylostoma duodenale</i>	Oriente Medio, Países Mediterráneos	
<i>Necator americanus</i>	América Central, América del Sur, África tropical	

Entre las parasitosis también hay que diferenciar las que no presentan riesgo actual y las que pueden suponer un riesgo potencial:

SIN RIESGO ACTUAL

ESCHISTOSOMIASIS (36,50)

Después de la malaria es la segunda enfermedad más importante en términos de Salud Pública, se calcula que unos 200 millones de personas están infectadas en todo el mundo. No puede ser transmitida en los países desarrollados por falta de hospedadores adecuados, pero su importancia radica en que la sintomatología y las complicaciones pueden aparecer años después de la infestación.

Schistosoma Mansoni puede producir patología intestinal y hepática con hipertensión portal y sangrado por varices esofágicas.

Schistosoma haematobium produce eschistosomiasis urinaria con hematuria, calcificaciones vesicales, cuadros de obstrucción ureteral con hidronefrosis, infecciones genitales (infertilidad masculina y femenina), infecciones urinarias y cáncer de vejiga. Manifestaciones que como hemos dicho pueden aparecer años después de la infestación.

Por ejemplo, en un estudio en Almería (56) se detectó *eschistosomiasis urinaria* en un 19 % de los inmigrantes subsaharianos estudiados, en su mayoría asintomáticos.

FILARIASIS (36,50)

Ninguna de las filarias es transmisible en España.

- Filariasis cutánea: *Onchocerca volvulus*, hiperéndemica en África central y occidental con focos distribuidos por Centro-Sudamérica y Arabia. La sintomatología predominante es la cutánea con la aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. En zonas de la sabana africana produce afectación ocular con queratitis, coriorretinitis y neuritis óptica que conduce a ceguera de forma irreversible (“la ceguera de los ríos”).
- Filariasis hemolinfáticas: *Wuchereria bancrofti* y *Brugia malawi*, se transmiten por la picadura de un mosquito y producen cuadros de elefantiasis.
- Filarias sanguíneas: *Loa loa* (África Central y del Oeste) , *Mansonella perstans* (África tropical) y *Mansonella ozzardi* (América del Sur). Suelen dar eosinofilias intensas y asintomáticas.

CON RIESGO POTENCIAL

Con riesgo potencial de transmisión si se rompen las normas de higiene y saneamiento ambiental.

Nos encontramos dentro de este grupo con el resto de las **parasitosis intestinales**, Amebiasis (*Entamoeba histolítica*), Giardiasis (*Giardia lamblia*), Ascariasis (*Ascaris lumbricoides*), Trichuriasis (*Trichiuris trichiura*), Teniasis (*Taenia saginata*, *T. solium*), Estrongiloidosis (*strongyloides stercolaris*), Hidatosis (*Echinococcus granulosus*), Anquilostomiasis (*Ankilostoma duodenale*) y el **virus de la hepatitis A**.

Strongiloides estercolaris y *Taenia solium*, constituyen casos excepcionales por poder sobrevivir en el tubo digestivo del hospedador después de haber abandonado su país. En el caso de estrongiloidosis produce un cuadro de diarrea crónica, dolor abdominal y eosinofilia en el 50-80 % de los infectados y teniasis, por *Taenia solium*, neurocisticercosis (cefaleas y crisis comiciales) (57).

HEPATITIS A

Es muy prevalente en países tropicales donde prácticamente la totalidad de la población ha estado en contacto con el virus al llegar a la adolescencia. Sería conveniente vacunar de VHA a todos los niños y adolescentes nacidos en nuestro país de padres inmigrantes que viajen o regresen a su país de origen (36).

CON RIESGO ACTUAL

Enfermedades cosmopolitas de riesgo actual de transmisión (por vía aérea o contacto personal).

HEPATITIS B⁽³⁶⁾

El 10 % de la población de los **países desarrollados** tiene evidencias serológicas de infección pasada por el VHB, pero menos del 1% son portadores crónicos del antígeno de superficie (HbsAg+). Por el contrario, en áreas de **África, Oceanía y**

Sudeste Asiático la prevalencia de infección pasada por VHB alcanza el 70-80% de la población en general y la de portadores crónicos de HbsAg+ el 10-15% de la población. Existe alrededor de 200 millones de portadores crónicos del VHB en el mundo, la razón principal de esta prevalencia tan elevada es la alta efectividad de la transmisión vertical durante el parto.

La edad de adquisición es más temprana en los países subdesarrollados, con mayor riesgo de desarrollar las complicaciones crónicas (hepatitis crónica, cirrosis y hepatocarcinoma).

Se recomienda en la población inmigrante solicitar siempre marcadores virales B y vacunación en los negativos por tratarse de población con riesgo de contagio, es decir:

- a) Cribado mediante serología a inmigrantes procedentes de zonas de alta endemia y llevar a cabo medidas de prevención y seguimiento, especialmente en embarazadas y recién nacidos (para que reciban la inmunoprofilaxis post-exposición durante las primeras 12 horas de vida con gammaglobulina específica y vacuna antiVHB).
- b) Vacunación frente VHB a la población inmigrantes susceptible, esto es:
 - Niños y adolescentes (incluirlos en el calendario vacunal)
 - Personas de alto riesgo (cónyuges de inmigrantes con infección crónica por VHB, usuarios de drogas vía parenteral e inmigrantes de elevada promiscuidad sexual.)
 - Inmigrantes que viajan o regresan a sus países de origen.
- c) Educación sanitaria a inmigrantes portadores crónicos del VHB y convivientes sobre medidas preventivas específicas (uso preservativos, no compartir útiles de aseo personal...)

Existen formas atípicas de hepatitis crónicas por VHB en inmigrantes:

- Hepatitis por virus delta, endémica del África subsahariana, Amazonas y Venezuela, produce sobreinfección en portadores crónicos de VHB, con brotes de hepatitis aguda fulminante y evolución a hepatitis crónica con cirrosis.
- Hepatitis crónica por VHB con anti-Hbe+ positivo y HbsAg-negativo: caracterizada por escasa respuesta a la remisión espontánea y evolución más agresiva que la Hepatitis crónica por VHB HbsAg + positivo.

HEPATITIS C ⁽³⁶⁾

El virus de la hepatitis C tiene distribución universal afectando al 3% de la población mundial. África es una de las zonas de mayor prevalencia junto con el Sudeste Asiático.

La vía de infección del virus de la hepatitis C en la mayoría de los casos es desconocida, se atribuye a la vía parenteral, siendo infrecuente la transmisión sexual o vertical.

En comparación con la hepatitis B, el porcentaje de evolución a cirrosis es mayor (aunque el curso de la enfermedad evoluciona de forma más lenta), y es menor el riesgo de desarrollo de hepatocarcinoma.

TUBERCULOSIS

Se estima que alrededor de una tercera parte de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* (infección tuberculosa latente, diagnosticada mediante prueba de la tuberculina – Mantoux ó PPD positivo-), y de ellos, anualmente, unos 9 millones de personas desarrollan una tuberculosis activa, de los cuales fallecen entre 2 y 3 millones. De esta forma, la tuberculosis es la segunda causa de muerte de etiología infecciosa a nivel mundial tras la infección VIH / SIDA. La tuberculosis es una enfermedad claramente cosmopolita, con una distribución

mundial, aunque la prevalencia de infección y la incidencia de enfermedad varían ampliamente de un país a otro (36).

En los países desarrollados el aumento de la incidencia de tuberculosis en la última década se ha atribuido, en parte, a la inmigración procedente de áreas de alta prevalencia junto a la epidemia VIH / SIDA y al **abandono de los programas de control de la enfermedad**, lo que ha provocado la alarma de los sistemas de salud pública de los países de acogida. En nuestro país, la proporción de casos de tuberculosis diagnosticados en población inmigrante es aún baja en comparación con otros países desarrollados, de menor endemia tuberculosa que el nuestro, donde pueden representar hasta la mitad de los casos diagnosticados anualmente (36).

Desde finales de los años 90 se ha producido un descenso de la tuberculosis en Andalucía, pero este descenso no es uniforme en todas las provincias, ALMERÍA y CÁDIZ, presentan tasas superiores a 20 casos por 100.000 habitantes, y en Almería además se advierte una tendencia ascendente (19).

Aunque la tuberculosis es más frecuente en la población inmigrante que en la población autóctona de los países industrializados de acogida, existen datos que contradicen el que represente un problema de salud pública para la población general de las comunidades de acogida. Utilizando técnicas de biología molecular, diversos estudios no han encontrado similitud entre las cepas de *M. tuberculosis* aisladas en inmigrantes y en pacientes autóctonos, lo que sugiere que los casos de enfermedad en los inmigrantes no influyen de forma importante en la epidemiología de la tuberculosis en la población autóctona (36). Las características clínicas de esta enfermedad difieren en la población inmigrante y autóctona, por ejemplo, se detectan más casos de tuberculosis de localización extra pulmonar en africanos (50).

No obstante, el riesgo de contagio dentro de las comunidades de inmigrantes puede ser elevado, debido fundamentalmente a las condiciones de vida y laborales (en especial el hacinamiento y la insalubridad de las viviendas), y a la dificultad para el acceso a los servicios de salud, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento, aumentando de esta forma el período de transmisibilidad (36).

La mayor parte de los casos de tuberculosis en población inmigrante se deben a reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en sus países de origen, y que progresan a enfermedad tuberculosa activa en los primeros cinco años de estancia en el país de acogida. En algunas recomendaciones recientes de sociedades científicas e instituciones de otros países, los inmigrantes recientes (con menos de cinco años de estancia en los países de acogida) se incluyen como grupo de “alto riesgo” de infección tuberculosa y / o progresión a enfermedad tuberculosa (36).

En un estudio realizado en nuestro país se observó que el tiempo medio entre la llegada y el diagnóstico de tuberculosis fue de 41 meses (3,4 años). Tras este periodo de máximo riesgo, la incidencia de tuberculosis en esta población disminuye progresivamente con el tiempo de residencia, para aumentar posteriormente en los inmigrantes de más edad (58).

El segundo aspecto importante del tratamiento de la tuberculosis en población inmigrante, son las dificultades para conseguir un adecuado seguimiento y cumplimentación del tratamiento, lo que se traduce en una tasa de curación más baja que en la población autóctona. Esta baja adherencia se debe, en parte, a barreras culturales y económicas, así como a la elevada movilidad geográfica propia de esta población. Por este motivo se deben utilizar de preferencia pautas de corta duración y alta eficacia demostrada, y más recientemente, estrategias de tratamiento directamente observado (TDO). El TDO consiste en la observación, por personal sanitario adiestrado (y sólo en casos excepcionales por familiares o trabajadores sociales), de la ingesta de la medicación, garantizando que ésta se ha producido. La OMS ha abogado por esta estrategia en todos los pacientes con tuberculosis, como paso imprescindible para conseguir el objetivo de curación del 85% de los casos a nivel mundial, mientras que otros autores lo recomiendan cuando la adherencia sea inferior al 90% (36).

Como norma general debería recomendarse su uso cuando el incumplimiento es previsible, o cuando el fracaso del tratamiento suponga un grave riesgo para la comunidad. Como variantes se puede utilizar el tratamiento supervisado semanal (TTS), en el que se entrega semanalmente al paciente la medicación de toda la semana (verificando periódicamente que la toma), o el tratamiento incentivado, de

carácter individualizado y progresivo (abonos de transporte público, comida, alojamiento, ocasionalmente retribuciones económicas...)(36).

Los objetivos de un programa de control de la tuberculosis en la población inmigrante se debe centrar en tres puntos (36):

- (1) Búsqueda activa y tratamiento de los casos de enfermedad tuberculosa activa (garantizando el acceso normalizado al sistema sanitario, el tratamiento y seguimiento del paciente, para ello se deben eliminar las barreras económicas, idiomáticas y culturales).
- (2) Estudio de contactos de los pacientes con enfermedad activa.
- (3) Detección y tratamiento de los inmigrantes con infección tuberculosa latente (ITL, objetivada mediante una prueba de PPD positiva) con riesgo de desarrollo futuro de enfermedad tuberculosa activa (individual y poblacional).

El estudio de contactos de pacientes con tuberculosis activa es una medida de alto coste-efectividad para detectar nuevos casos de la enfermedad, pues la incidencia de la enfermedad tuberculosa en contactos es muy superior a la de la población general (36).

En nuestro país no existen recomendaciones oficiales específicas sobre la detección y tratamiento de la infección tuberculosa latente en la población inmigrante. La situación epidemiológica de la tuberculosis en España no es comparable a la del resto de países desarrollados de baja incidencia, y el impacto de la tuberculosis en inmigrantes sobre el número de casos nuevos anuales es aún bajo, probablemente inferior al 10%. No obstante, el porcentaje de infección tuberculosa latente en distintas poblaciones de inmigrantes estudiadas en nuestro país es elevado, aunque muy variable (36).

Por lo tanto, en ausencia de recomendaciones oficiales, parece razonable realizar sistemáticamente la prueba de la tuberculina y una radiografía de tórax (posteroanterior y lateral) a todo inmigrante procedente de un país de alta prevalencia de tuberculosis (en la práctica, todos los países en vías de desarrollo) que lleve residiendo menos de 5 años en nuestro país. Para esta población de inmigrantes

recientes, y siempre que no coexistan los factores de alto riesgo de desarrollo de enfermedad tuberculosa universalmente aceptados (como la infección por el VIH, el contacto íntimo y frecuente con un paciente con tuberculosis activa, la existencia de lesiones fibróticas radiológicas o el tratamiento inmunosupresor, situaciones en las que el punto de corte se establecería en ≥ 5 mm), la prueba de la tuberculina se consideraría positiva con un diámetro de la induración ≥ 10 mm (36).

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) (36)

Estimaciones de la OMS calculan que al año se producen más de 340 millones de nuevos casos de ETS curables en todo el mundo. Las regiones con mayor número de casos son Asia, África Subsahariana y América Latina.

Las ETS frecuentemente descritas en inmigrantes son: el virus del SIDA, sífilis, treponema, uretritis y vaginitis no específicas en el hombre y la mujer respectivamente. Las tasas de ETS en inmigrantes son variables y no está claro que éstos tengan mayor frecuencia que la población en general.

Es importante instaurar programas de educación sexual y de prevención de enfermedades venéreas (incluyendo el VIH) en el colectivo de inmigrantes jóvenes recién llegados.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI, lo que significa que en todos los países se han detectado casos. La probabilidad de que un inmigrante concreto esté infectado por el VIH dependerá, más que de la prevalencia de la infección en la población general de su país de procedencia, de las conductas de riesgo para la infección que haya tenido previamente o tenga en la actualidad (36).

Desde el punto de vista epidemiológico, las tres únicas vías de transmisión son la vía vertical (o transplacentaria entre madre e hijo), la vía sexual (a través de relaciones hetero u homosexuales no protegidas con personas infectadas) y la vía parenteral

(que incluye la transmisión a través de sangre y derivados así como el uso compartido de material de inyección contaminado con sangre de una persona infectada) (36).

A nivel mundial, más del 90% de las infecciones por el VIH se han adquirido por vía sexual. Por el contrario, en nuestro país el mayor porcentaje de personas infectadas han adquirido la infección a través del uso compartido de material de inyección de drogas parenterales. En España se diagnosticaron 2.190 casos de SIDA durante el 2003, un 5,2 % menos que el año 2002 con 2311 casos. Los datos muestran que casi la mitad de las personas que han desarrollado SIDA contrajeron la infección por compartir material para la inyección de droga (49%), aunque este valor ha descendido con respecto años anteriores y aumenta la vía sexual como vía de transmisión, donde 6 de cada diez personas desconocían su condición de portador hasta que desarrollaron la enfermedad. Los casos de SIDA se refieren a las personas que han desarrollado la enfermedad no las infectadas recientemente (59).

A diferencia de otros países europeos, la epidemia de VIH / SIDA en España se ha producido fundamentalmente por transmisión en la población autóctona. No obstante, la proporción de casos de SIDA en extranjeros residentes en España va en aumento en los últimos años, sobre todo es llamativo el aumento del número relativo de casos de SIDA en personas procedentes de África Subsahariana (36). Es por ello que debería proponerse test de detección de VIH1 y VIH2 en los inmigrantes de esta procedencia (50).

Respecto a la procedencia de los casos de SIDA en extranjeros notificados en España, el continente más frecuente fue Europa (43%), seguido de África (28%, de los cuales el 20% fueron en subsaharianos) y América (27%) (36).

En el caso de personas originarias de África del Norte se habían infectado mayoritariamente a través del uso de drogas por vía parenteral, mecanismo que es poco común en los países de origen pero sí es frecuente en España. Este dato sugiere que muchas de las conductas de riesgo para la infección se adquieren en nuestro país, y apoyan la hipótesis de que al menos el 25% de las personas de nacionalidad extranjera diagnosticadas de SIDA se han podido infectar durante su

estancia en España y no en sus países de origen. Ello deriva del hecho de que la situación de vulnerabilidad socio-económica y afectiva de los inmigrantes al llegar a España sea el principal factor de riesgo para la infección por el VIH. Esto es especialmente aplicable a aquellos en situación administrativa irregular, que con frecuencia se ven obligados a ejercer la prostitución (hombres, mujeres y travestidos) en condiciones de marginalidad lo que les obliga a aceptar conductas sexuales de riesgo (36).

La tuberculosis fue la enfermedad definitoria de SIDA más frecuente en la población extranjera, al igual que en la población autóctona española. Esta prevalencia hace recomendable que en todo inmigrante en el que se diagnostique una tuberculosis se descarte una infección por el VIH asociada (36, 50).

También es necesario familiarizarse con algunas manifestaciones clínicas “peculiares” de la infección por el VIH en áreas tropicales y subtropicales. Dado que la mayoría de las complicaciones oportunistas que aparecen a partir de determinados niveles de inmunosupresión, se tratan de reactivaciones de infecciones adquiridas muchos años antes, es posible que el paciente inmigrante infectado por el VIH presente alguna de las complicaciones de la infección que son exclusivas o más frecuentes en los países de origen que en los de acogida (Por ejemplo: dermatitis papular pruriginosa y tumor de células escamosas de la conjuntiva en africanos, histoplasmosis y reactivación de la enfermedad de chagas en sudamericanos y centroamericanos, penicilosis en inmigrantes del sudeste asiático, síndrome de hiperinfestación por *strongiloides stercoralis*...) (36).

Por último, el retraso diagnóstico de la infección por el VIH es mayor en inmigrantes que en infectados autóctonos. En los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, aproximadamente el 70% de los casos en inmigrantes procedentes de países de baja renta se diagnosticaron simultáneamente o con una diferencia inferior a 1 mes, de SIDA y de infección por el VIH, mientras que este porcentaje fue del 35% en autóctonos (60).

Ello puede traducir barreras en el acceso a los servicios sanitarios y / o falta de sensibilidad de los profesionales sanitarios. Por lo tanto, para aumentar la precocidad

del diagnóstico de la infección por el VIH / SIDA es importante recordar aquellas situaciones clínicas (tuberculosis, sarcoma de Kaposi, criptococosis, bacteremia por *Salmonella* no typhi, enteritis por *Iso spor a* Belli, dermatitis papular pruriginosa en africanos, enfermedad de chagas en sudamericanos y centroamericanos etc...) y / o epidemiológicas (consumo de drogas, promiscuidad sexual, prostitución, procedencia de países endémicos etc.) que deben sugerirnos esa posibilidad.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH continúa siendo la clave para reducir la incidencia del SIDA (36). La disponibilidad del tratamiento es un incentivo para someterse a la detección, así lo confirman los estudios (61,62,63,64).

Desde el punto de vista de Salud Pública es preciso adaptar las medidas preventivas a las peculiaridades de cada colectivo étnico y facilitar el acceso de las personas infectadas al tratamiento y seguimiento adecuado.

LEPRA

La lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Se estima que en la actualidad hay en el mundo unos 2,4 millones de leprosos(36).

Tiene un período de incubación que oscila entre 1 y 2 años, es una enfermedad crónica con un gran pleomorfismo y hay que tener en cuenta que la mayoría de personas expuestas al *M. leprae* no van a desarrollar la enfermedad(36).

El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida, a partir de un caso importado, parece mínimo (65).

La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y ante la detección de alguno habrá que valorar el riesgo epidemiológico en sus familiares, con especial atención a los niños (36).

FIEBRES VIRALES HEMORRÁGICAS ⁽³⁶⁾

Distribuidas por toda la geografía tropical. Bajo esta denominación se incluyen una gran variedad de enfermedades producidas por virus (*arenavirus*, *filovirus* y *arbovirus*) que tienen como denominador común el de producir alteraciones en la coagulación del paciente, resultando un sangrado espontáneo. La distribución de cada virus está restringida al área geográfica en la que están presentes sus reservorios y vectores.

Desde el punto de vista del modo de transmisión se puede hablar de tres tipos:

- a) las que precisan de un vector (artrópodo), como la fiebre amarilla, dengue y Fiebre Hemorrágica Viral del Rift, que se transmiten por la picadura de un mosquito;
- b) las que se transmiten por las deyecciones de roedores, como la fiebre de Lassa, Fiebre Viral Hemorrágica (argentina, boliviana, venezolana);
- c) las que se transmiten de persona a persona, como la fiebre de Ébola.

Algunas de ellas tienen una mortalidad del 80% y no poseen tratamiento específico, pero en otras (Lassa, Fiebre Viral Hemorrágica con síndrome renal, Fiebre Viral Hemorrágica boliviana y Fiebre Viral Hemorrágica argentina) la ribavirina es muy eficaz.

La entrada de uno de estos virus en España es hoy un riesgo que requiere una especial atención y vigilancia. El aumento en la velocidad y en la frecuencia de los viajes internacionales facilita la entrada en nuestro entorno de personas que, aunque aparentemente sanas, pueden estar incubando infecciones, entre ellas los virus que causan fiebre hemorrágica.

No hay datos de estas patologías en inmigrantes y menos en niños. El riesgo de contagio desde un inmigrante sería extremadamente bajo y sólo para algunos de estos virus (Ébola, Lassa, etc.) se ha descrito también la transmisión directa persona a persona. Este tipo de transmisión secundaria puede ocurrir por contacto directo con

el enfermo o con sus fluidos biológicos o indirectamente por contagio a través de objetos contaminados, siendo el personal sanitario que atiende a estos enfermos el grupo de mayor riesgo.

DENGUE ⁽³⁶⁾

Es una de las enfermedades que presentan un mayor potencial de expansión debido a la presencia de numerosos vectores capaces de transmitir la enfermedad (mosquitos del género *Aedes*), a los cambios climáticos y a la presencia de movimiento humano intenso en su área de distribución. Se considera una infección viral reemergente y es endémica de zonas tropicales y subtropicales. Las áreas geográficas más afectadas son el sudeste de Asia, el subcontinente Indio, el Pacífico, el Caribe, América Central y Sudamérica.

El virus del Dengue es un *flavivirus* del que se conocen 4 serotipos pero no confieren inmunidad cruzada. Se transmite al hombre a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*.

La situación del Dengue en el mundo puede resumirse como sigue: 2.500 millones de personas en riesgo, con una incidencia anual de 60 millones de casos de Dengue clásico, y unos 250.000 casos de Dengue hemorrágico, con unas 30.000 muertes en todo el mundo. En España los casos de Dengue son importados de viajeros a zonas endémicas o sufridos durante el viaje. España presenta condiciones ecológicas favorables para los vectores del virus del Dengue. Esto debe alertarnos sobre la posibilidad de la introducción de esta enfermedad en nuestro país, lo que requeriría no sólo la presencia del vector, sino también una masa crítica de viajeros con dengue importado.

I.4.3.2.1.3. Enfermedades de base genética (36,50)

Destacan las **anemias hemolíticas** que son las de mayor incidencia en las zonas de África subsahariana. Y el déficit congénito de la lactasa es muy prevalente en Australianos, americanos, afroamericanos, África tropical y del Este y Sudeste Asiático.

Anemias hemolíticas: La incidencia de anemia de células falciforme se estima en 1/40 y casi el 70% de los casos se dan en África subsahariana, donde más del 2% de los niños nacen con esta enfermedad.

Según la fisiopatología de puede clasificar en:

4.3.2.1.3.1 Por déficit enzimático

Déficit de *glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PDH)*. Se transmite ligada al sexo y se expresa en hombres heterocigóticos y mujeres homocigóticas. El tratamiento es paliativo y preventivo, se ha de evitar el contacto con el factor desencadenante. Manifestaciones clínicas: síndrome anémico agudo intenso, fiebre, escalofríos, cefalea e ictericia después de haber ingerido algún medicamento (primaquina, cloroquina, nitrofurantoína, ac. nalixídico, sulfamidas, clotrimoxazol...), haber comido habas o haber padecido infecciones.

4.3.2.1.3.2. Hemoglobinopatías:

- Hemoglobinopatías estructurales o cualitativas: Dentro de este grupo la más frecuente en África es la Hemoglobinopatía S que se transmite de forma autosómica recesiva. Se manifiesta como una anemia crónica con crisis agudas de dolor osteoarticular, lumbar, torácico o abdominal que se desencadena por deshidratación, hipoxia, frío e infecciones. Los homocigóticos presentarán la anemia por células falciformes. Las formas heterocigóticas, no presentarán características particulares excepto en situaciones de hipoxia.
- Síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa: Son enfermedades de transmisión autosómica co-dominante. Los síndromes más frecuentes son:

- *Beta talasemia mayor*: Se manifiesta en homocigóticos. Se detecta en los primeros meses de vida y se expresa clínicamente por anemia intensa, déficit en el desarrollo del niño, facies mongoloide característica y sobrecarga férrica.
- *Beta talasemia menor*: Es la más frecuente y se manifiesta en heterocigóticos. Anemia leve, microcítica, hipocrómica y asintomática aunque en situaciones fisiológicas como embarazo, infancia o curso de infecciones y estados inflamatorios suele ser más acusado el descenso de la hemoglobina.

I.4.3.2.2. Enfermedades reactivas o de adaptación

La inmigración constituye un importante factor de riesgo para la salud mental de la población inmigrante (66) , debido al esfuerzo y al estrés que genera el proceso de adaptación a la nueva situación, la ruptura de lazos socio-familiares, el proceso de duelo y las diferentes situaciones críticas a lo largo de todo el proceso de adaptación. A pesar de tratarse de patologías más frecuentes en la población inmigrante son las más difíciles de diagnosticar debido a las dificultades idiomáticas y diferencias culturales. En este grupo se encuentran (36,50) :

- I.4.3.2.2.1.Trastornos mentales: Trastornos de ansiedad y depresión, trastornos psicóticos. La presencia relativamente alta de depresión en inmigrantes se ha asociado a altas tasas de suicidio. Una de las reacciones más frecuentes durante el proceso de adaptación y de duelo es la crisis de identidad y de valores, que va acompañado de crisis de angustia .
- I.4.3.2.2.2.Síntomas psicósomáticos: Los problemas psicósomáticos son también frecuentes durante el periodo inicial de establecimiento, son síntomas que se relacionan con el estrés, úlceras por estrés, trastornos del sueño, dolores precordiales y sensación de disnea, dolores persistentes como cefaleas frecuentes e intensas, mialgias, dolores abdominales y malestar general, dermatitis, alteraciones de funciones fisiológicas básicas.
- I.4.3.2.2.3.Toxicomanías: En este grupo se incluyen la adopción de conductas de riesgo, el alcohol y el abuso de drogas puede ser un problema frecuente en

la inmigración. El patrón de consumo de drogas entre los inmigrantes es muy similar al de la población local, lo que marca la diferencia es la capacidad de utilizar adecuadamente los servicios sociales y sanitarios.

Respecto a la incidencia de trastornos mentales y psicosomáticos en la población inmigrante, en un estudio realizado sobre una muestra de 112 pacientes inmigrantes en Barcelona (67), se obtienen los siguientes resultados:

- 40,6% somatizaciones
- 27% depresión
- 27,8% ansiedad
- 4,5 % otros

Y en otro estudio realizado por un equipo de Salud Mental (68) , sobre una muestra de 153 pacientes inmigrantes (59% hombres y 41% mujeres), resultan los siguientes datos:

- 33% síndrome ansioso-depresivo
- 15% trastornos psicóticos
- 7% depresión
- 10% somatizaciones
- 6% no patología
- 27 % sin diagnóstico

I.4.3.2.3. Enfermedades adquiridas en la comunidad (36,47,50)

La población inmigrante puede presentar enfermedades adquiridas en el país receptor, por tanto se tratan de enfermedades que no difieren de la población autóctona, pero que están determinadas por las condiciones de vida a la que se ve sometida la población inmigrante, con falta de inmunidad específica o vacunación y por la adaptación a los nuevos estilos de vida que se impone en la Unión Europea. En este grupo se incluyen:

I.4.3.2.3.1. Enfermedades orgánicas:

Asma, afecciones coronarias, apoplejías y ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, el patrón cáncer de mama en la población inmigrante se asemeja gradualmente al de

la población receptora, especialmente en mujeres inmigrantes que emigraron jóvenes).

I.4.3.2.3.2.Laborales:

Los inmigrantes al inicio de su estancia en el país de acogida suelen desempeñar empleos de baja cualificación y en condiciones laborales precarias, son por ello un grupo de riesgo en accidentes laborales, agravado por la falta de comunicación, la falta de conocimiento de la maquinaria y actitudes de seguridad. En el sector agrícola los empleados están expuestos a temperaturas sofocantes (causantes de deshidrataciones, miopatías y trastornos cardiovasculares) y a pesticidas o productos químicos (causantes de cefaleas, trastornos neurológicos, depresiones o abortos).

Por último mencionar que la salud reproductiva en los inmigrantes representa unos de los aspectos más importantes en salud pública. Se han recogido como problemas frecuentes entre las mujeres del África subsahariana, Sudamérica y América Central, los partos prematuros, el bajo peso al nacer y las complicaciones en el parto. Además cabe destacar, la frecuencia de embarazos no deseados y el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y cómo conseguirlos (47). También son frecuentes los problemas de nutrición en hijos de mujeres inmigrantes en España, la utilización inapropiada de sustitutos de la leche materna, la alimentación deficitaria en algunos componentes esenciales de la dieta y la baja ganancia ponderal se han relacionado con deficiencias vitamínicas y anemias ferropénicas en éstos (47).

I.5. ACCESO DE LOS INMIGRANTES AL SISTEMA SANITARIO

1.5.1. ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Las enfermedades que presentan los inmigrantes no difieren en gran medida de la que pueden presentar los ciudadanos españoles, siendo la mayoría de los procesos atendidos banales y las enfermedades propias del país de origen son en su mayoría cosmopolitas y sin repercusión relevante sobre la Salud Pública, tanto hacia la propia población inmigrante como hacia la propia población autóctona. Hay que tener en cuenta que la patología más frecuente en nuestro medio también es la más común entre los inmigrantes.

La inmensa mayoría de los inmigrantes importan enfermedades de curso natural benigno y autolimitadas y las condiciones ecológicas y sociales españolas impiden su transmisión como hemos visto anteriormente. Por tanto, es posible afirmar que a su llegada, los inmigrantes extranjeros no suponen grupos de riesgo específicos, siendo en todo caso, las situaciones a las que se enfrentan durante el proceso migratorio y su estancia en el país de acogida en situación socio económica de pobreza, las que contribuyen a que se presenten determinadas enfermedades.

Numerosos estudios realizados en la población inmigrante en nuestro país así lo demuestran (50,69,70,71).

Con respecto al número de asistencias a la población inmigrante y el coste de las mismas no suponen una carga importante para el sistema sanitario público, si la comparamos con las actividades realizadas a la población autóctona.

Los datos de la asistencia sanitaria a inmigrantes en Andalucía lo confirman, en la tabla se expone en porcentajes los datos de actividad en atención primaria y especializada durante el año 2002, de atención a la población inmigrante con respecto a la población general (72,73):

CONSULTAS MÉDICAS ATENCIÓN PRIMARIA	0,16%
CONSULTAS ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA	0,12%
URGENCIAS MÉDICAS ATENCIÓN PRIMARIA	0,70%
URGENCIAS EN HOSPITAL	1,06%
CONSULTAS EXTERNAS	0,15%
INGRESOS	0,79%
PARTOS	1,77%
DÍAS DE ESTANCIA	0,41%

Generalmente, la situación de irregularidad administrativa, precariedad laboral y el desconocimiento de nuestro sistema sanitario, implican que utilicen los servicios sanitarios de forma irregular, principalmente a través de los servicios de urgencia.

Según confirman los datos reflejados en la tabla, los inmigrantes que utilizan nuestro sistema sanitario público lo hacen fundamentalmente a través del servicio de urgencias, de atención primaria y / o atención especializada, lo que dificulta un seguimiento adecuado de sus problemas de salud así como la incertidumbre sobre el cumplimiento y / o adhesión al tratamiento, sobre todo en los de larga duración y / o dosis repetidas. La falta de seguimiento reviste especial importancia en el caso de la tuberculosis (74), sobre todo teniendo en cuenta la problemática de la vivienda que presentan algunos grupos de inmigrantes, procedentes de países donde las tasas de tuberculosis cuadruplican las halladas en España (75) (la prevalencia de la infección es muy alta en África, Sudamérica y Asia). El riesgo de contagio dentro de las comunidades de inmigrantes puede ser elevado, debido fundamentalmente a las condiciones de vida y laborales (en especial el hacinamiento), y a la dificultad para el acceso a los servicios de salud.

Otro aspecto a destacar es el elevado número de asistencias a partos en población inmigrante. Esto puede ser un signo de integración y reagrupación familiar en este colectivo (22). La población andaluza muestra un crecimiento importante por nacimientos correspondientes a este grupo de población (76), aumentando la natalidad y rejuveneciendo la población envejecida. Se produce un cambio en la pirámide poblacional española que se sustenta por la moderada entrada de inmigrantes, no

hay que olvidar que nuestro índice de fecundidad es el más bajo del mundo (1,07) y nuestra población es la más vieja de Europa. Según un informe de la OMS (77), en el año 2050 seremos el país más longevo del mundo, y según Eurostat, la oficina de estadística de Europa (78), es preciso la llegada de 1,4 millones de inmigrantes a Europa cada año para no perder su población.

En cuanto a los motivos más frecuentes de consulta, según un estudio publicado en España con respecto a la utilización de los servicios sanitarios y patología más frecuente por la que son atendidos, ordenados de mayor a menor frecuencia, nos encontramos con las siguientes (38):

<u>PATOLOGÍAS</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
➤ Dolores musculares	207	69,0
➤ Problemas vías respiratorias altas (tos, catarro, gripe, bronquitis)	218	42,7
➤ Problemas digestivos (de estómago e intestino)	117	39,0
➤ Accidentes	103	34,4
➤ Cefaleas	87	29,0
➤ Nerviosismo / depresión / dificultad para dormir	61	20,3
➤ Problemas en dientes o encías	40	11,3
➤ Problemas dermatológicos	28	9,3
➤ Problemas de garganta y / o oído	25	8,3
➤ Cansancio	23	6,0
➤ Fiebre	14	4,7
➤ Otros	68	21,7

La mayoría de los motivos de consulta de esta población son banales, pero según los datos referidos en los estudios muchos pacientes inmigrantes no acuden a su cita, y los diagnosticados con alguna enfermedad no siguen un control de la misma, entre otros motivos por no sentirse enfermos y / o considerar que la enfermedad no es grave, falta de tiempo debido a los horarios de trabajo, falta de la cartilla de la seguridad social, su movilidad geográfica y / o no saber dónde acudir.

Expertos médicos destacan la necesidad de tener especial cuidado en la prescripción a inmigrantes (49), ya que existen elementos diferenciales que hay que tener en cuenta. A modo de ejemplo citan los siguientes: las inyecciones no las toleran bien las musulmanas durante la menstruación, los supositorios y enemas no los reciben bien los chinos, evitar los jarabes de alcohol en musulmanes y la insulina no humana (cerdo) en judíos. Asimismo los antibióticos, antituberculosos y antidepresivos, tienen mayor potencia en asiáticos y africanos, por lo que hay que tener cuidado en la dosificación.

Como vemos los motivos de consulta y de morbilidad prevalente de los servicios sanitarios para inmigrantes son similares a los de la población general del país de acogida, con algunas particularidades propias del patrón epidemiológico del país de origen, siendo los problemas más frecuentes las enfermedades infecciosas, accidentes laborales y trastornos psiquiátricos. Aunque a pesar de no presentar necesidades específicas en materias de salud, incluye algunos colectivos que requieren una especial atención, respecto a la tuberculosis, la salud materno-infantil y la prevención y promoción de la salud (79).

Por tanto, debe continuarse la realización de estudios de investigación y seguimiento para conocer el estado de salud de los inmigrantes, medidas para mejorar la asistencia sanitaria a los mismos y promover la educación sanitaria enfocada a mejorar el cumplimiento terapéutico, uso de programas preventivos y conocimiento de nuestro sistema sanitario. De igual forma, es necesario la formación de todos los profesionales sanitarios, no sólo en temas científicos médicos sino también sobre atención a la diversidad.

1.5.2. Barreras específicas de acceso al sistema sanitario

La accesibilidad al sistema sanitario es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención (80). La accesibilidad es una característica fundamental del servicio sanitario (81).

El Sistema Nacional de Salud Español definido en la Ley 14/1985 (Ley General de Sanidad) (82), garantiza que la atención sanitaria sea universal y gratuita para todas

las personas que residan en el territorio nacional. Asimismo la *Ley 2/1998 de 15 de junio, de salud de Andalucía* (30) en su título I, establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación alguna.

Para ello la accesibilidad a los servicios sanitarios debe ser universal y en trato de equidad (46). El trato de equidad, entendido como igualdad en el acceso y en la atención de los servicios sanitarios cuando sean necesarios, independientemente de la procedencia, ubicación geográfica, grupo étnico, lengua, cultura, religión y situación económica etc., sin contemplar discriminación o negación del servicio, es decir, cuando el sistema sanitario se adapta a las características de los individuos para darles atención priorizando su actuación sólo en función de las necesidades objetivas de salud de los mismos.

No obstante a pesar de las garantías que ofrece la legislación, se detectan en la actualidad problemas de acceso a los servicios sanitarios de los inmigrantes, atentando contra uno de los derechos humanos fundamentales como es el de la asistencia sanitaria.

Según la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (23) *"toda persona tiene derecho a la salud, el bienestar, la asistencia médica..."* y en la Declaración de Alma-Ata de 1978 (83), se reafirma que *"la salud es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario"*.

El aspecto de la accesibilidad sanitaria, viene siendo subsanado en parte, por la intermediación de las ONG's, fundamentales en una primera atención de urgencia a pié de playa o en zonas urbanas marginales donde se asientan, además de informar, asesorar y tramitar la tarjeta de asistencia sanitaria temporal en Andalucía, y que con el Servicio Andaluz de Salud, vienen prestando atención sanitaria, sin distinción de situaciones administrativas, a toda la población inmigrante que la requiere.

Sin embargo, existen barreras específicas que condicionan la normal integración de este colectivo al sistema sanitario público. Se trata de barreras que afectan a todo el

proceso de la atención sanitaria y no sólo del acceso al servicio, y que por lo tanto requieren un esfuerzo adicional del sistema y de los profesionales que lo integran. Estas barreras están incrementadas en los inmigrantes en situación administrativa irregular.

Las barreras se pueden agrupar según procedan del propio sistema o de la condición intrínseca de la población inmigrante (36,46,84):

I.5.2.1. Barreras propias del sistema sanitario (36,46,84)

I.5.2.1.1. Barreras normativas y administrativas

Son las barreras que puede atravesar el colectivo inmigrante para acogerse oficialmente a los derechos fundamentales de los que goza la población autóctona. La población más susceptible de correr este riesgo son los extranjeros en situación administrativa irregular, pero también los extranjeros empadronados aunque la Ley 4/2000 reconozca su derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los nacionales, pueden encontrarse con diversas formas de exclusión.

Los extranjeros en situación administrativa irregular en España, aunque carezcan del permiso de residencia se pueden empadronar, pero si carecen de permiso de trabajo, al no estar de alta en la seguridad social, sólo tienen asistencia sanitaria gratuita siempre que presenten un certificado de Hacienda o del Ayuntamiento en el que estén inscritos que avale que carecen de recursos económicos (en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles que carecen de recursos económicos) . La consecuencia más directa de estas situaciones es la dificultad para **normalizar** la cobertura del Derecho a la Asistencia Sanitaria de Seguridad Social que da la asignación de médicos y régimen de farmacia.

Estas restricciones legales de acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios se ha resuelto en algunas comunidades autónomas como Andalucía a través de convenios entre los gobiernos autonómicos, sindicatos y ONG's , con

la emisión de las Tarjetas de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria, que se entregan provisionalmente a los inmigrantes que, teniendo necesidad, no tienen cobertura oficial regular, con el fin de asignarles médico y régimen de farmacia.

Por último, a la falta de información sobre derechos y obligaciones del usuario (como puede ser el desconocimiento que tiene el inmigrante sobre su derecho a la atención sanitaria), se une el hecho de que muchos inmigrantes no han tenido ningún contacto con un sistema de salud estructurado y desconocen cómo funciona el nuestro. La divulgación de este derecho por parte de las instituciones, ONG's, colectivos de inmigrantes etc., es de gran utilidad para mejorar el acceso.

I.5.2.1.2. Rechazo pasivo del sistema o profesionales sanitarios

El rechazo pasivo del sistema sanitario por la falta de adecuación de recursos humanos y materiales para atender a esta población de especial complejidad, por tratarse de un grupo heterogéneo de personas con lengua y cultura distintas, con distintas concepciones del proceso salud-enfermedad y de mayor movilidad geográfica dificultando una continuidad de la asistencia sanitaria. De hecho, condiciones consustanciales a la atención a la salud (85), como son la eficacia y la eficiencia, requieren no sólo la disponibilidad de los recursos sino también que éstos sean accesibles, tanto geográfica como organizativamente.

A esto se une el rechazo pasivo o no de los profesionales sanitarios. Este rechazo puede deberse en primer lugar a la falta de formación de los profesionales sanitarios en la atención a la diversidad cultural, la atención de enfermedades no comunes en nuestro medio y la ausencia de incentivos para su atención desde la administración sanitaria. Y, en segundo lugar, por la propia actitud de los profesionales sanitarios de xenofobia o racismo, y / o de no asunción de responsabilidad, al tener la percepción, sobre todo en el caso de los inmigrantes en situación administrativa irregular, de ser un colectivo "sin derechos" que se les atiende gratuitamente desde la opción del voluntariado.

I.5.2.2. Barreras propias de la población inmigrante (36,46,84)

I.5.2.2.1.Lengua

Las barreras lingüísticas y de comunicación especialmente de los inmigrantes procedentes de países de habla no hispana, y de aquella que no dominan lenguas de extendido uso internacional. Este elemento añade una especial dificultad en el proceso de atención sanitaria, tanto para la expresión de necesidades y problemas por parte de los extranjeros como para la comprensión por parte de los profesionales sanitarios, es decir, el común entendimiento del que depende tanto el acceso a los servicios sanitarios como el diagnóstico y el tratamiento.

La presencia en determinadas circunstancias de traductores y / o mediadores bilingües mejora notablemente el contacto y vence barreras reales.

I.5.2.2.2Cultura y religión

Los riesgos derivados de la diversidad cultural y religiosa vienen determinados por las diferencias en la forma de entender la salud y la enfermedad en sus culturas de origen, son una dificultad real de acceso y de comprensión mutua en todo proceso de atención, especialmente entre los procedentes de países con un sistema de protección social y sanitario muy diferente al nuestro.

Determinadas cuestiones relacionadas con la salud y con las relaciones de género en estos colectivos (preeminencia del varón, representatividad que asume del grupo familiar, prácticas de ayuno prolongado...) se traducen en problemas de acceso y de atención.

Una formación adecuada de los profesionales sanitarios sobre atención a la diversidad cultural y la integración social paulatina de las comunidades de extranjeros facilitará la accesibilidad a medio y largo plazo.

I.5.2.2.3.Contexto: Situación laboral y situación socio-económica

El contexto en el que los inmigrantes se encuentran en el país de acogida, situación laboral de precariedad y situación socio económica de pobreza, se traduce en problemas reales de acceso a los servicios de salud.

Por ejemplo, la **situación administrativa irregular** de muchos inmigrantes conlleva una serie de condiciones que hacen especialmente vulnerable a este colectivo: **situación irregular de residencia, precariedad laboral, falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, situación socio-económica de pobreza, hacinamiento, déficits alimentarios e higiénicos**, les lleva a exponerse a condiciones higiénico sanitarias de riesgo, pero por miedo a que detecten su situación de irregularidad o el temor al despido en su trabajo, muchos no acuden a los servicios sanitarios públicos a pesar de enfermar, pues para ellos *la salud es la herramienta para trabajar y la enfermedad el obstáculo*.

Un estudio realizado en Andalucía puso de manifiesto que la principal barrera de utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes económicos irregulares era el miedo a que se descubriera su situación irregular (86).

Existen también situaciones de índole financiera que dificulta el proceso de atención sanitaria en este colectivo sin recursos, como es por ejemplo el copago de las cantidades necesarias para la obtención de los productos farmacéuticos prescritos por el médico en el caso de inmigrantes menores de 65 años (no pensionistas) (46). En cualquier caso, se trataría de una situación similar a la de otras personas de nacionalidad española adscritas al régimen general de la Seguridad Social que carecen de recursos, pero que pueden percibir asistencia sanitaria y régimen de farmacia gratuito avalando que carecen de recursos económicos. Esta situación se complica por tanto, en el caso de los inmigrantes en situación administrativa irregular. Se hace necesario la aplicación de medidas de protección social hacia estos colectivos en la prestación farmacéutica, para ofrecer la necesaria continuidad asistencial

y preservar la salud individual y comunitaria. Ocasionalmente se continúa esta atención gracias al voluntariado, la iglesia y organizaciones no gubernamentales.

Por último mencionar la elevada movilidad geográfica de los inmigrantes, pues a su llegada al país de acogida, antes de asentarse definitivamente en un lugar determinado, se desplazan en búsqueda de empleo hacia aquellas regiones que demandan mayor mano de obra. Son los llamados “**inmigrantes saltamontes o golondrina**”, estos desplazamientos van a originar problemas en la continuidad de la atención y desarrollo de actividades preventivas, duplicidad en pruebas diagnósticas, tratamientos repetidos en patologías ya diagnosticadas, incumplimiento terapéutico etc. (46). La falta de seguimiento clínico y farmacoterapéutico de éstos pacientes puede repercutir en la salud de los inmigrantes y tener consecuencias en el ámbito de la Salud Pública (47).

Las medidas para mejorar la asistencia sanitaria a los inmigrantes, por lo tanto, deben basarse en la lucha contra éstas barreras, desde un abordaje integral para garantizar el acceso, la asistencia sanitaria y su necesaria continuidad asistencial.

Tras lo analizado podemos concluir que los inmigrantes necesitarían una atención especial sobre todo a su llegada y durante los primeros meses de su estancia en el país de acogida, hasta completar el proceso de adaptación, lo se denomina “gestación de la integración” (46), una vez integrados y / o regularizada su situación administrativa, la atención a estos pacientes no difiere sustancialmente de la prestada a la población autóctona, compartiendo similares motivos de consulta y de morbilidad prevalente de enfermedades.

I.6. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

I.6.1. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INMIGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

La población del país de acogida de inmigrantes tienen una idea equivocada sobre el gasto económico que se origina por la atención sanitaria a este colectivo. Este ha sido uno de los mitos más extendidos, que los inmigrantes llegados a España sólo son un gasto, sobre todo sanitario, para las arcas públicas.

La mayor parte de la inmigración es laboral, en nuestro país hay actualmente 982.365 trabajadores extranjeros cotizando a la Seguridad Social (5). En contra de la creencia general, el gasto que supone la asistencia sanitaria a inmigrantes es inferior a los ingresos que la inmigración aporta a nuestro país, tanto a través de las cotizaciones sociales obligatorias e impuestos como su participación en la generación de riqueza en el país, y que los gastos derivados de los inmigrantes son los mismos que los derivados de otros grupos de población.

Los informes y estudios que abordan esta cuestión en nuestro país son pocos (87,88), pero éstos llegan a una misma conclusión, que la población inmigrante en su conjunto aporta mucha más cantidad de dinero al Erario Público que éste gasta en dicho colectivo.

Por ejemplo, según el estudio realizado por la consultora Price Waterhouse Cooper para el IMSERSO en el año 1999 sobre “Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España” (87), el coste máximo estimado de la extensión de la cobertura sanitaria sin urgencias para extranjeros, con cifras de 1998, sería de 7.527 millones de pesetas. Mientras que las aportaciones al Tesoro Público procedentes de los extranjeros en España, sólo en cuanto a cuotas de la Seguridad Social, superaba los 274.667 millones de pesetas en ese mismo año.

Otro trabajo llevado a cabo por la Universidad Pontificia de Comillas para el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) en el año 2000 (88), expone que la contribución de los inmigrantes a las arcas del Estado fue superior en 1.123,8

millones de euros (187.000 millones de pesetas) a lo que Hacienda Pública gastó en ellos.

Sobre la economía de las migraciones, sí encontramos una más amplia variedad de estudios realizados en otros estados (89,90,91,92), con la perspectiva de que la economía de cualquier país se vuelve finalmente más próspera cuanto mayor libertad otorgue al ingreso y empleo de los inmigrantes, es decir, las conclusiones de dichos estudios se encuentran en la misma línea que los realizados en nuestro país.

Otras investigaciones ponen de manifiesto que las actividades orientadas a la prevención de enfermedades en este colectivo, concretamente en el caso de la tuberculosis, obtienen mejores resultados coste-beneficio que el tratamiento de las enfermedades activas (93,94,95), medidas a tener en cuenta en la atención sanitaria al inmigrante y los gastos que origina, además como sus repercusiones en Salud Pública.

Se puede decir que los gastos derivados de la inmigración son los mismos que los que deriva de otros grupos de población. Dependen de la situación sanitaria de cada persona, y en el caso de los inmigrantes que llegan a nuestro país son jóvenes, están sanos y su estado de salud es aceptable (según José Vázquez Villegas del grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina) (96).

Por tanto, la estimación del **gasto sanitario real** de la población inmigrante es muy bajo por (43):

- ser una población joven (las edades prevalentes corresponden a los intervalos de 25 a 34 años)
- que utilizan poco los servicios sanitarios (población joven y generalmente sana)
- en la que las cifras de población infantil y de mayores de 45 años son muy bajas
- y con bajo número de solicitudes de la tarjeta sanitaria en España con respecto al número de inmigrantes empadronados.

Diversos trabajos (43,46,86) concluyen que la atención sanitaria a los inmigrantes en nuestro país y en la actualidad, a pesar de la declaración legal de universalización de la atención sanitaria y el derecho a la salud, es infrautilizada por este colectivo.

Por otra parte, el fenómeno inmigratorio comporta para el país receptor aspectos beneficiosos, como los que citamos a continuación (46) :

- Cambio de la pirámide poblacional: crecimiento de la población española por aumento de la tasa de natalidad y rejuvenecimiento de la misma.
- Mantenimiento de la población activa: la ONU ya ha advertido de la necesidad de la inmigración para mantener el crecimiento y sustentar las pensiones. La población española con la actual tasa de natalidad (1,07) se convierte en la población más envejecida de Europa, necesita mantener una población activa para hacer frente al gasto social que genera, pues la reducción de población activa constituirá una situación insostenible.
Además los inmigrantes aportan la mano de obra necesaria para aquellos trabajos que la población autóctona no está dispuesta a realizar. En Andalucía, por ejemplo, en el sector agrario, la presencia de trabajadores extranjeros es imprescindible para el mantenimiento de los cultivos (97).
- Enriquecimiento social y diversidad cultural.

Otros estudios hacen referencia a la calidad del capital humano disponible que aportan los inmigrantes a España (98).

Por todo lo comentado anteriormente, la inmigración lejos de ser una amenaza, es una oportunidad (99). Sin embargo, desde la perspectiva del país receptor, se suelen producir actitudes reactivas entre la población de acogida de exclusión hacia este colectivo. Según una encuesta realizada por ASEP (Análisis Sociológicos Económicos y Políticos) (100) en el año 1997, el 44,4 % de los españoles encuestados opinan que la actitud en general hacia los inmigrantes es negativa. Y según las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (101) de los últimos años,

se puede resumir que, el 48,6% de los españoles opina que somos poco o nada tolerantes con los inmigrantes y la inmigración ocupa el 4º puesto entre los temas que más preocupan a los españoles, tras temas como el terrorismo y el paro. En cuanto al número de inmigrantes el 48% de la población encuestada opina que hay demasiados inmigrantes y un 85% que solo se debería permitir la entrada a los que vinieran con contrato de trabajo. En relación al trabajo, el 80% considera que los inmigrantes desempeñan trabajos que no quieren los españoles, un tercio opina que nos quitan el trabajo y dos tercios (62%) que la inmigración influye en la reducción de los salarios. El 44% de los encuestados considera que la inmigración es favorable para la economía. Por último, la convivencia no parece fácil, porque se desconfía de los extranjeros, al menos es la actitud del 45,55 % de los españoles, y, el 58% relaciona el aumento de la delincuencia con la inmigración.

De las encuestas se puede concluir que igual de diversas son las culturas que confluyen en España, son las opiniones de los españoles, desde la aceptación de la diversidad cultural, pasando por la defensa de la normalidad, entendida como el cumplimiento de las leyes y normas de convivencia, hasta los que ven la inmigración como peligro.

Está en manos del conjunto de la sociedad el hecho que la inmigración suponga un enriquecimiento social, cultural y un beneficio económico para todos. Las necesidades de inmigración están ya siendo crecientes, pero aún se acentuarán más en los próximos años debido, como se ha comentado, a la tendencia al envejecimiento de nuestra población, con el consiguiente descenso del porcentaje de población activa.

La dinámica poblacional en la que se halla, no sólo España, sino toda Europa, hace surgir voces, procedentes de muy diversos sectores, apremiando a una mayor apertura a la inmigración (102).

I.6.2. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

En primer lugar, ¿qué entendemos por Salud Pública?

La Salud Pública es *“la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud “*. Así la define Milton Terris en 1990 (103), que constituye una adaptación contemporánea de la definición propuesta por Winslow en 1920 (104).

Una vez entendido su significado, en segundo lugar cabe plantearse ¿La inmigración comporta consecuencias en el ámbito de la Salud Pública?

Esta pregunta es cuestionada por la población general del país receptor de inmigrantes así como por muchos profesionales sanitarios, pues existe la percepción general de que los inmigrantes económicos son portadores de determinadas enfermedades, transmisibles o no, propias de sus países de origen y poco frecuentes o inexistentes en nuestro entorno, las llamadas “enfermedades emergentes” (22).

Según las características sanitarias de la población inmigrante y las condiciones de acogida en el país receptor, la repercusión de la inmigración en salud pública depende de la intervención de varios factores (46):

- Perfil del inmigrante (persona joven y generalmente sana)
- Distribución de la población inmigrante (existen zonas geográficas en el país de mayor densidad de población inmigrante, que requieren mayores recursos por parte de los servicios sanitarios).

- **Patologías del colectivo inmigrante:** Se puede afirmar que a su llegada no constituyen grupos de riesgo específicos, son los problemas a los que se enfrentan los inmigrantes como la situación irregular de residencia, la precariedad laboral, la falta de acceso a los servicios sanitarios, la situación socio-económica de pobreza, el hacinamiento y la marginación, los que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades también presentes en España, como por ejemplo trastornos psicósomáticos y tuberculosis, que no supone un riesgo para la población en general, pero sí para las comunidades de inmigrantes donde se favorece su transmisión por las condiciones de vida en las que se desenvuelven.

Las enfermedades importadas tropicales son de curso benigno y autolimitado, porque las condiciones climáticas o ecológicas en nuestro país impiden la transmisión de las mismas. Y las enfermedades por las que son atendidos en nuestros servicios sanitarios, son en su mayoría banales y cosmopolitas, sin repercusión importante para la Salud Pública.

- **Cobertura vacunal:** Se aconseja la vacunación o revacunación de los inmigrantes a su llegada al país, por la escasa cobertura vacunal, las dificultades de conservación de las vacunas y existencia de calendarios vacunales distintos en de la mayoría de los países de los que proceden (105). Según protocolos centrados en la atención sanitaria a población inmigrante, cuando no se pueda verificar el estado vacunal en los niños se debe realizar una actualización completa del calendario vacunal (106).
- **Repercusión en los servicios sanitarios:** La novedad del fenómeno inmigratorio en España supone una pobre adaptación de nuestro sistema sanitario a esta situación, no existiendo una adecuada relación entre los recursos actuales y el volumen de trabajo que requiere la atención en estos pacientes, especialmente en zonas con mayor densidad de población inmigrante. Aunque sí se disponen de los recursos, se debe hacer una distribución racional de los mismos. La actual distribución de los recursos en atención sanitaria no se adecua cuantitativa ni cualitativamente a las necesidades de la población inmigrante.

Está constatado que la atención a la población inmigrante no difiere significativamente de la que se presta a la población autóctona, el inmigrante generalmente es una persona sana, la mayor parte de las patologías son adquiridas por hábitos y condiciones sociolaborales, y, la patología importada no presenta un riesgo, siendo más prevalentes las patologías adaptativas y psicosomáticas.

De todos modos, se recomienda adaptar y reforzar los servicios de salud, aunque la atención sanitaria al inmigrante debe permanecer integrada en el Sistema Nacional de Salud y no crear redes paralelas específicas para su atención. Se debe potenciar la figura del agente de salud, como medio de contacto entre el sistema sanitario y los inmigrantes, y aumentar los recursos humanos y formativos de los profesionales (79).

Se puede concluir, y así lo manifiestan diferentes estudios, que el impacto real de la inmigración sobre la Salud Pública es escaso (43,50,69,70,71,107).

I.7. OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

I.7.1. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS Y MATERIAL INFORMATIVO DESTINADOS A PROFESIONALES DEL SECTOR SANITARIO ^(8,33)

Elaborados en el marco del Convenio en Materia de Salud para Inmigrantes por la Fundación Progreso y Salud con la colaboración de la Consejería de Salud y diversas entidades profesionales para facilitar la atención sanitaria a los pacientes inmigrantes.

➤ **Guía básica de Atención Sanitaria a Inmigrantes:**

Proporciona a los profesionales que atienden a inmigrantes un instrumento ágil para la actuación clínica en la atención sanitaria a este colectivo. Incluye un pequeño diccionario con palabras de uso común en la atención a extranjeros en varios idiomas, protocolos de atención inicial al paciente inmigrante, pauta de actuación para detección y tratamiento de parasitosis, pautas para la corrección del calendario vacunal para inmigrantes, mapas de distribución mundial de determinadas enfermedades prevalentes (TBC, malaria, hepatitis B).

➤ **Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes:**

Manual de uso riguroso en la praxis epidemiológica, clínica y terapéutica. Recoge los aspectos más importantes de la atención sanitaria a inmigrantes, tanto de diagnóstico (médico, de enfermería y social) como procedimentales y bibliográficos. Es un complemento de rigor de la Guía Básica de Atención sanitaria al Inmigrante.

➤ **Cuaderno de Entrevista Clínica Internacional y Hoja de Demanda Clínica Internacional:**

El Cuaderno de entrevista clínica es una ayuda a los profesionales sanitarios para disminuir las barreras idiomáticas en la asistencia sanitaria a inmigrantes. La Hoja de Demanda Clínica Internacional, es una hoja de autocumplimentación por el propio inmigrante, que facilita la definición de la demanda sanitaria de

extranjeros mediante un cuestionario que permite la anamnesis inicial, traducido a diversos idiomas, que el inmigrante cumplimenta antes de ingresar a la consulta.

PRÓXIMAS ACTUACIONES

Se sigue trabajando en elaboración de otros folletos destinados a facilitar la asistencia sanitaria a inmigrantes, folletos de prevención de enfermedades dirigidos a inmigrantes etc. Y se están experimentando de **sistemas de traducción telemática y telefónica**, como una vía para salvar las barreras idiomáticas en la atención sanitaria a inmigrantes. Consistiría en introducir un sistema de traducción on-line en el software de inmigrantes, así como organizar un sistema de traducción con teléfonos móviles de traductores, que pueda intercambiarse entre el inmigrante y el profesional. Para ello se crea la **agenda de mediadores y traductores en salud**, se trata de la confección y edición abierta de agendas en las que constarían las direcciones, teléfonos y forma de contacto de los acompañantes mediadores.

I.7.2.FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS (8,33)

➤ **Cursos de Formación en Salud Internacional y Formación en Atención a la diversidad:**

Dirigido a profesionales del sistema sanitario público, para fortalecer su capacitación en la atención a inmigrantes y extranjeros procedentes de otras culturas. Los contenidos contemplan aspectos demográficos, epidemiológicos, procedimiento asistencial e instrumentos de apoyo para mejorar su formación y sensibilización en torno a la atención a estos pacientes.

Otros cursos llevados a cabo para facilitar la asistencia sanitaria a inmigrantes son los de **formación de mediadores interculturales sanitarios**, dirigido a inmigrantes voluntarios de las entidades participantes y con el objetivo de formarles para la labor de acompañamiento y apoyo, en el acceso y la conexión de los inmigrantes de los servicios sanitarios públicos.

I.8. EL HOSPITAL “AMIGO DEL INMIGRANTE”: HOSPITAL PUNTA EUROPA (ALGECIRAS) (108,109)

EL Hospital Punta Europa en Algeciras, Cádiz, participa en el Proyecto Europeo “Migrant-Friendly-Hospitals”, Hospital Amigo de los Inmigrantes. Este Hospital ha sido el único centro sanitario español que participa en este proyecto piloto desarrollado entre el 1 de octubre de 2002 y el 31 de marzo de 2005, junto a otros centros sanitarios seleccionados que representan a un total de doce países miembros de la Unión Europea. De esta forma el Hospital Punta Europa, junto a estos otros 11 hospitales piloto europeos, se integra en una red abierta de instituciones sanitarias y de ámbito mundial para trabajar conjuntamente en una iniciativa global llamada “Desarrollando una organización Amigable al Inmigrante”. Esta iniciativa tiene el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los objetivos generales del proyecto son identificar, desarrollar y evaluar modelos de buena práctica para mejorar la atención sanitaria, promover la salud y la educación para la salud en los inmigrantes y las minorías étnicas, eliminando las barreras que dificultan el acceso al sistema sanitario público. Los modelos implementados y evaluados en los hospitales, están basados en la evidencia y cubren aspectos específicos de las necesidades de cuidado de la salud de los inmigrantes. En definitiva se trata de mejorar los servicios del hospital para este grupo de pacientes, ante la creciente importancia de la migración y el aumento de la diversidad cultural de las poblaciones.

El proyecto general está gestionado por un grupo director, compuesto por gestores del hospital, representantes del personal, gestores de calidad y salud comunitaria, trabajadores sociales y representantes de los inmigrantes de las comunidades bajo el área de cobertura del Hospital (Algeciras Acoge). Los hospitales piloto están asesorados por expertos de la Unión Europea del Instituto Ludwig Boltzmann de la Universidad de Austria. En el desarrollo del proyecto es fundamental la implicación de los profesionales sanitarios para aplicar los procesos diseñados y lograr la integración, así como la población inmigrante usuaria de los servicios de salud de atención primaria y hospitalarios, para conocer sus demandas y necesidades, y los

responsables locales del proyecto. A todos ellos se les realizó una serie de entrevistas.

Los doce países identificaron como cinco áreas más problemáticas que dificultan el acceso a los inmigrantes a los servicios de salud (fundamentalmente hospitales), las siguientes: la dificultad en la comunicación, problemas relacionados con las diferencias culturales, carencias de estructuras de salud para el inmigrante, falta de documentación específica y de investigación, y, falta adecuada de información al paciente inmigrante. Las posibles causas también han sido identificadas: diferencias culturales, escasa cultura de salud en los inmigrantes, situación legal / normas de servicio, actitudes negativas / prejuicios entre el personal.

El proyecto aporta posibles intervenciones para eliminar estas barreras, como son: la preparación del personal en atención a la diversidad cultural, información al paciente (traducida / pictogramas / señalizaciones), servicios de intérprete (intérpretes externos, servicio intérpretes telefónico), estructuras para la salud del inmigrante (atención por profesionales del mismo sexo, menús adaptados, procedimientos religiosos), captación / asistencia (mejora de la accesibilidad y uso adecuado de los servicios sanitarios), y, documentación e investigación (sobre la salud de los inmigrantes).

El objetivo final es la igualdad en la prestación adecuada de los servicios. Ello implica mejoras generales en la salud de la comunidad y en el campo de la atención sanitaria al inmigrante.

Tras la finalización del proyecto en marzo de 2005, se exponen las conclusiones del pilotaje en los doce hospitales de la Unión Europea y se consensuan unas recomendaciones que se deberían aplicar en todo el territorio de la UE, con el fin de la mejora del servicio público que se ofrece al ciudadano, entre ellos los inmigrantes y minorías étnicas. Estas recomendaciones se recogen en la denominada “Declaración de Ámsterdam sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa” (110), medidas que impulsará la UE en los sistemas sanitarios de sus países miembros (111).

Como consecuencia de este proyecto, también se han desarrollado líneas de trabajo en el área de atención sanitaria del Campo de Gibraltar, entre las que se destacan, la formación de profesionales sanitarios para minimizar las barreras culturales e idiomáticas, desarrollo de un servicio de intérpretes, la traducción a varios idiomas de la documentación sanitaria dirigida a los usuarios o la edición de un DVD multilingüe sobre lactancia materna que se facilita a inmigrantes embarazadas (111).

II. OBJETIVOS

Tras la revisión bibliográfica realizada con respecto a la situación socio-sanitaria de los inmigrantes y la información obtenida, fruto de la investigación para este estudio, sobre aspectos relevantes en la asistencia farmacéutica a este colectivo, así como las actuaciones sanitarias llevadas a cabo en la población inmigrante (en concreto en la comarca del Campo de Gibraltar), podemos situarnos en el contexto de la atención sanitaria a los inmigrantes en la actualidad y la realidad de los inmigrantes en situación administrativa irregular. Con lo cual, nos disponemos a detallar los objetivos planteados en este estudio, su diseño y la metodología aplicada.

II. OBJETIVOS

II.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la atención farmacéutica recibida y la accesibilidad a los medicamentos o prestación farmacéutica de los inmigrantes en situación administrativa irregular de la zona del Campo de Gibraltar.

II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la colaboración del sector farmacéutico en la atención sanitaria a los inmigrantes. Estudiar la percepción de los farmacéuticos de atención primaria, hospitalarios y comunitarios del Campo de Gibraltar sobre la atención farmacéutica que reciben los inmigrantes, conocimiento del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes y su disposición a colaborar en la mejora de la atención a dicho colectivo sin recursos.
- Profundizar en la opinión del colectivo inmigrante en situación administrativa irregular sobre la atención sanitaria y farmacéutica recibida, y acceso a los medicamentos.
- Recabar la percepción del personal de las entidades que colaboran en la acogida al inmigrante sobre la asistencia farmacéutica a los mismos. Problemática y propuestas de mejora.

III. MÉTODO

III. MÉTODO

III.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, de enfoques cualitativo y cuantitativo, realizado en la Mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar, en la provincia de Cádiz, durante el periodo comprendido entre mayo-04 / julio-05.

III.1.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

La Mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar, comprende los siguientes municipios: Algeciras, La Línea de la Concepción, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Jimena de la Frontera y Castellar de la Frontera. Es en esta zona, donde se localiza el mayor paso de transeúntes y asentamiento de inmigrantes de la provincia de Cádiz.

III.1.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población objeto de estudio son grupos de personas relacionadas con la inmigración, la acogida a los inmigrantes y la atención farmacéutica. Se realizaron cuatro grupos:

- **Grupo 1:** Inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar.
- **Grupo 2:** Farmacéuticos comunitarios de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar.
- **Grupo 3:** Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar y Farmacéuticos Hospitalarios de los centros ubicados en dicha zona.
- **Grupo 4:** Personal de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el seno del

Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes en la provincia de Cádiz.

III.1.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Estos criterios son definidos para cada uno de los grupos.

- **Grupo 1:** Se incluyeron en este grupo a los inmigrantes económicos que se encuentran en la zona del Campo de Gibraltar y en situación administrativa de irregularidad.

Definimos estos dos conceptos:

Inmigrante Económico (17) se consideró a todo aquel procedente de cualquier país (excepto los de la Unión Europea, por encontrarse bajo régimen comunitario), cuyo motivo principal que le impulsa a emigrar es la búsqueda de trabajo.

Inmigrantes en situación administrativa irregular se consideran a las personas extranjeras no comunitarias que, no siendo turistas ni residentes – de alta en el padrón y con permiso de residencia–, no tengan permiso de residencia y trabajo en nuestro país. Se excluyeron de este grupo, por lo tanto, a los estudiantes extranjeros, los refugiados o asilados políticos, cada uno con un régimen propio y diferente, independientemente de su nacionalidad (8). Otras formas de nombrar este colectivo es “inmigrantes sin papeles”, “indocumentados”, “clandestinos” o “ilegales” .

Se decide la inclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular por tratarse de un colectivo que no dispone de recursos, y, aunque se garantice en Andalucía el acceso a la atención sanitaria para este colectivo, sufren diversas formas de exclusión social que dificultan el acceso normalizado y la atención sanitaria adecuada (situación socio económica de pobreza, precariedad laboral, miedo...).

Se excluyeron de este grupo, por tanto, todas las personas extranjeras que se encontraba en alguna de estas situaciones: procedentes de países comunitarios de la Unión Europea, turistas (no vienen en búsqueda de trabajo), estudiantes, refugiados políticos y residentes regulares, en alguno de los municipios del Campo de Gibraltar.

- **Grupo 2:** Farmacéuticos comunitarios de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar. Nos referimos a todos los farmacéuticos titulares de una oficina de farmacia ubicada en alguno de los municipios de dicha zona.

- **Grupo 3:** Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar y Farmacéuticos Hospitalarios de los centros ubicados en dicha zona. Se incluyeron en este grupo a:
 - Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar: Técnicos de Salud del Medicamento, por ejercer funciones relacionadas con los medicamentos y el uso racional de los mismos. Se excluyeron, por tanto, al resto de los farmacéuticos de este Distrito Sanitario por realizar otras funciones no relacionadas directamente con los medicamentos.

 - Farmacéuticos Hospitalarios: Jefes de Servicio de Farmacia Hospitalaria de los Hospitales ubicados en la comarca Campo Gibraltareña, que son, el Hospital Punta Europa, en Algeciras, y el Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción.

- **Grupo 4:** Personal de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes en la provincia de Cádiz.

Las entidades que han suscrito el Convenio de Colaboración hasta el momento son (8):

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- Fundación Progreso y Salud
- Federación Andalucía Acoge (asociaciones Acoge en las provincias andaluzas)
- Cruz Roja Española en Andalucía
- Médicos del Mundo en Andalucía
- UGT-Andalucía
- CCOO-Andalucía
- Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad Málaga
- Asociación Cardijn Tartessos
- Comité Español de Ayuda al Refugiado
- Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de Mujeres

Se incluyeron las entidades que se encuentran en la comarca del Campo de Gibraltar y que colaboran en la acogida del inmigrante a su llegada, prestando, entre otros servicios, los relacionados con la asistencia sanitaria (atención sanitaria, atención médica de urgencia, derivaciones y acompañamientos a hospitales y centros de salud, seguimiento, información, orientación y asesoramiento sobre derechos sanitarios, convenio de salud para inmigrantes y funcionamiento del sistema sanitario, tramitación de la tarjeta sanitaria temporal y traducciones). Éstas son:

- Cruz Roja Española en Tarifa (Equipo de Intervención Rápida en Emergencias, E.I.R.E., proporciona la atención médica de urgencia durante y después del desembarco de inmigrantes en patera en todo el litoral costero de la zona del Campo de Gibraltar).
- Cruz Roja Española en Algeciras (disponen de mediador intercultural, traductor y asesor jurídico para la atención de los inmigrantes, entre ellos los que salen del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (C.E.T.I.) en Ceuta ó Centro

de Retención de Extranjeros (C.R.E.) en Algeciras. Atención sanitaria, acompañamientos, tramitación tarjetas sanitarias temporal, traducciones etc.

- Asociación Algeciras Acoge, de la Federación Andalucía Acoge (Acompañamientos a hospitales y centros de salud, seguimiento de enfermos en sus domicilios, información sobre sus derechos en cuestiones de salud, orientación y derivación a recursos públicos y privados existentes en la zona, atención sanitaria directa, tramitación documentación y tarjeta sanitaria temporal etc).
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn, en Tarifa, Los Barrios y Algeciras (residencias para inmigrantes, tramitación documentación y tarjetas sanitarias, derivaciones, acompañamientos, seguimientos y traducciones).

III.2.MATERIAL Y METODOLOGÍA

La metodología utilizada consiste en una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. Realizamos entrevistas estructuradas e individuales a partir de cuestionarios elaborados previamente, en los grupos determinados y de la forma que se expone:

- **Grupo 1:** Las entrevistas a los inmigrantes se realizaron personalmente. Se usaron cuestionarios en español o traducidos (a tres idiomas: árabe, inglés y francés) y validados (traducción y re-traducción). Dos traductores-intérpretes realizaron las preguntas a los inmigrantes en una de las lenguas traducidas, elegida por los entrevistados.
- **Grupo 2:** Las entrevistas a farmacéuticos comunitarios de los municipios del Campo de Gibraltar se llevaron a cabo vía telefónica. Previamente se les envió una carta para avisarles de la llamada telefónica y los motivos de la misma.
- **Grupo 3:** Las entrevistas a farmacéuticos de Distrito Sanitario de Atención Primaria y de Hospital se realizaron personalmente. Previamente se contactó

con ellos por teléfono para concertar fecha y hora de la entrevista, explicándoles los motivos de la misma.

- **Grupo 4:** Se realizaron entrevistas a los responsables de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, personalmente.

En cada entrevista se tomaron anotaciones de las respuestas, que posteriormente serán analizadas grupalmente, es decir, por grupos a los que pertenecen.

III.2.1.PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

- **Grupo 1: Inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar**

Para realizar las entrevistas a este colectivo de difícil acceso, se planteó acudir a casas de acogida para inmigrantes, así como a lugares donde acuden diariamente un número considerable de inmigrantes, para resolver problemas que se les plantean a su llegada, como son algunas de las entidades no gubernamentales que colaboran en el seno del Convenio de Salud Pública para Inmigrantes en la zona del Campo de Gibraltar.

Los lugares donde solicitamos la colaboración para acceder a este colectivo fueron los siguientes:

- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Tarifa
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Los Barrios
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Algeciras
- Fundación Algeciras Acoge
- Cruz Roja Algeciras
- Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca

Todos prestaron su colaboración, a excepción del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa, por consiguiente, no pudimos entrevistar a los inmigrantes que se encuentran allí en acogida.

Los **criterios de inclusión y exclusión** seguidos fueron los siguientes:

Incluimos los centros de acogida al inmigrante que se encuentran en la zona del Campo de Gibraltar, donde son alojados temporalmente los inmigrantes sin recursos:

- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Tarifa
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Los Barrios
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Algeciras
- Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca

Los tres primeros participan en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes proporcionando, además de alojamiento y comida, la tramitación de documentación y tarjetas sanitarias, derivaciones, acompañamientos, seguimientos y traducciones. Por último, la institución religiosa de Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca, es también una residencia para inmigrantes, aunque no participa en el seno del convenio, pero sí procura información y orientación al inmigrante, así como ayuda en la tramitación de la tarjeta sanitaria a inmigrantes a través de las entidades suscritas.

Estas “casas de acogida” para inmigrantes, alojan mayoritariamente a mujeres inmigrantes embarazadas y / o acompañadas de sus hijos, en su mayoría nacidos en nuestro país, y les proporcionan alojamiento, alimentación, acompañamiento a servicios sociales y sanitarios, orientación e información para regular su situación administrativa etc. También alojan a otros inmigrantes enfermos, cubriendo las necesidades sanitarias de los mismos y a transeúntes, es decir, inmigrantes de paso que se dirigen a otros lugares como destino final, facilitándoles los desplazamientos.

Incluimos la Fundación Algeciras Acoge y Cruz Roja en Algeciras, que también están suscritas al Convenio de Salud para Inmigrantes, por tratarse de lugares donde acuden a diario muchos inmigrantes, para resolver problemas administrativos, laborales y sanitarios entre otros.

No incluimos a la Cruz Roja de Tarifa, pues todos los inmigrantes que intentando acceder de forma irregular a nuestro país son interceptados en las costas por su Equipo de Intervención Rápida en Emergencias E.I.R.E., son trasladados a las dependencias policiales de Algeciras y si no pueden ser repatriados a sus países de origen, son llevados al C.R.E., Centro de Retención de Extranjeros en Algeciras; (el Centro de Retención para Extranjeros de Algeciras no se incluye en el presente estudio, como lugar para realizar las entrevistas, por las dificultades para acceder a los inmigrantes que se encuentran retenidos y no considerarse de interés según los criterios del estudio).

Las entrevistas fueron llevadas a cabo de la siguiente manera:

Previamente se elaboraron los cuestionarios, que fueron traducidos a tres idiomas: inglés, francés y árabe. Para la validación de los cuestionarios, se realizó la traducción y re-traducción de los mismos, por distintas personas en cada uno de los idiomas elegidos (inglés, francés y árabe).

Posteriormente acudimos a los lugares señalados con anterioridad para llevar a cabo las entrevistas a los inmigrantes. Éstas fueron realizadas por dos traductores-intérpretes, con conocimientos de los tres idiomas.

Se pudo acceder a una muestra de 95 inmigrantes en situación administrativa irregular.

Las preguntas realizadas a los inmigrantes económicos en situación administrativa irregular fueron las siguientes:

1. *Datos Personales:*
 - *Sexo:*
 - *Edad:*
 - *País de origen:*
 - *¿Cuánto tiempo lleva en España?*
 - *¿Dónde se aloja?*
 - *¿Vive solo o con alguien?*
 - *Nivel de estudios:*
 - *Lengua en la que se comunica:*

2. *¿Ha necesitado recibir atención sanitaria?*
¿Ha encontrado alguna dificultad? ¿Cuál?

3. *Si tuviera algún problema de salud ¿dónde acudiría en primer lugar?*
 - *A la farmacia;*
 - *A un centro de salud u hospital;*
 - *Otros; ¿Cuál?*

4. *¿ Ha tenido que acudir a la farmacia pidiendo consejo al farmacéutico por un problema de salud?*

5. *¿Se ha comunicado bien con el farmacéutico?*

6. *¿Ha tomado algún medicamento desde que se encuentra en España?*
¿Para qué problema de salud?

7. *¿Dónde ha adquirido el medicamento?*
 - *En la farmacia;*
 - *En un centro de salud u hospital;*
 - *Otros; ¿Cuál?*

8. *¿Cómo?*
 - *Con receta médica, pagando.*
 - *Con receta médica, sin pagar.*
 - *Comprándolo en la farmacia sin receta médica, indicado por el farmacéutico.*
 - *A través de un organismo de ayuda al inmigrante, gratuito.*

9. *¿Ha encontrado alguna dificultad en adquirirlo?*
10. *¿Alguien le ha explicado cómo debe tomar los medicamentos? ¿Quién?*
Si ha retirado los medicamentos de la farmacia, ¿le ha explicado el farmacéutico cómo tomarlos?
11. *¿Alguna vez le han ofrecido hacerle un Seguimiento farmacoterapéutico?*
12. *Si ha recibido Seguimiento farmacoterapéutico ¿Por quién?*
13. *¿Ha recibido educación sanitaria sobre enfermedades, medicamentos, derecho sanitario?*
¿Por quién?
14. *¿Toma algún medicamento?*
¿Cuál / es?
- *¿Para qué lo/s toma?*
 - *¿Cómo lo/s toma?*
 - *¿Quién se lo/s recetó?*
 - *¿Dónde lo/s adquirió?*
 - *¿Mejoran sus síntomas desde que lo/s toma?*
 - *¿Ha notado algún síntoma nuevo desde que toma el/los medicamento/s derivado de su uso?*
 - *¿Tiene algún problema de salud o malestar para el que no esté tomando un medicamento en este momento? ¿Cuál?*
15. *¿Ha tenido algún problema en general, con respecto al uso de los medicamentos, desde que se encuentra en España?*
16. *¿Alguna propuesta para mejorar la atención sanitaria y farmacéutica que ha recibido?*

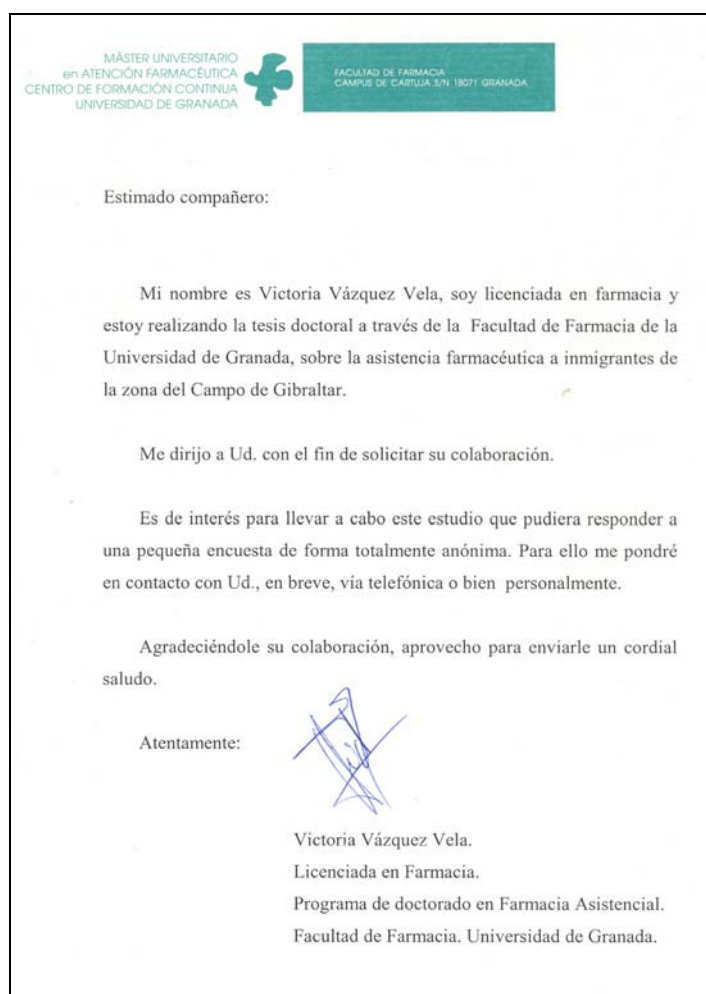
Los cuestionarios a inmigrantes traducidos a las lenguas inglesa, francesa y árabe, los adjuntamos en el anexo.

□ **Grupo 2: Farmacéuticos comunitarios de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar**

En primer lugar se les envió una carta como presentación y para comunicarles el objeto de la misma, realizarles unas cuestiones telefónicamente relacionadas con la atención farmacéutica a los inmigrantes de la zona del Campo de Gibraltar.

Las direcciones de todos los titulares de oficinas de farmacia de los municipios del Campo de Gibraltar fueron proporcionadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Cádiz.

El modelo de carta enviado fue el siguiente:



Esta carta se envió junto al certificado de estar realizando la tesis doctoral en el departamento correspondiente y bajo la dirección de los directores de tesis, para aumentar la fiabilidad de la misma.

A los 20 días aproximadamente, comenzamos con las llamadas de teléfono a los farmacéuticos comunitarios, y se llevan a cabo las entrevistas a los que acceden a la misma.

El tamaño de la muestra de estudio es de 104 farmacéuticos, se corresponde con el total de farmacéuticos titulares de una oficina de farmacia ubicada en alguno de los municipios de la zona del Campo de Gibraltar.

El cuestionario realizado fue el siguiente:

1. *¿Cuántos inmigrantes acuden a la semana aproximadamente a su farmacia?*
2. *¿Con qué proporción acuden con receta médica?
¿Y solicitando el consejo o indicación farmacéutica?*
3. *¿Suelen preguntarle sobre el uso de los medicamentos que retiran de la farmacia?*
4. *¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?*
5. *¿Ha encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en algún paciente inmigrante?*
6. *¿Realiza Atención Farmacéutica y /o Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes en su oficina de farmacia?*
7. *¿Tiene problemas de comunicación con la población inmigrante?*
8. *¿Ha realizado algún tipo de formación con respecto a la atención sanitaria y / o farmacéutica a la población inmigrante?*
9. *¿Tendría interés en recibir algún tipo de formación sobre este tema?*
10. *¿Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes?*

11. *¿Ha colaborado alguna vez con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica para inmigrantes sin recursos de la zona del Campo de Gibraltar?*
12. *¿Estaría interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante?*
¿Cómo?
- a. *Educación sanitaria, entrega de material informativo de prevención de salud.*
 - b. *Colaboración en la derivación de inmigrantes a los servicios de salud públicos en caso de que lo necesitaran.*
 - c. *Atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico.*
 - d. *Donación de medicamentos a través de ONG´s para inmigrantes sin recursos.*
 - e. *Todas.*
 - f. *Otras:*
13. *¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo? ¿Cuál?*

□ **Grupo 3: Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar y Farmacéuticos Hospitalarios de los centros ubicados en dicha zona**

Las entrevistas a farmacéuticos de Distrito Sanitario de Atención Primaria y de Hospital, se realizaron personalmente. Previamente se contactó con ellos por teléfono para concertar fecha y hora de la entrevista, explicándoles los motivos de la misma.

Como hemos dicho anteriormente se incluyeron en este grupo a:

- Técnico de Salud del Medicamento del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar.
- Jefes de Servicio de Farmacia Hospitalaria de los Hospitales ubicados en la comarca Campo Gibraltareña, que son, el Hospital Punta Europa, en Algeciras, y el Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción.

Para la entrevista al Técnico de Salud del Distrito de Atención Primaria Campo de Gibraltar se solicitó la autorización del Director del Distrito.

El cuestionario realizado fue el siguiente:

1. *Puesto de trabajo que desempeña:*
2. *¿Qué funciones desempeña en su puesto de trabajo?*
3. *¿Realiza Atención Farmacéutica y / ó Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes?*
4. *¿En su centro de trabajo se llevan a cabo protocolos de atención sanitaria a la población inmigrante?*
5. *¿ Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes?*
6. *¿Realiza alguna labor de atención farmacéutica en este colectivo?*
7. *¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?*

8. *¿Han encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en algún paciente inmigrante?*

9. *¿Ha recibido algún curso de formación a través de las instituciones sanitarias en atención sanitaria y / o farmacéutica a inmigrantes?*

10. *¿Estaría interesado en recibir formación con respecto a este tema?*

11. *¿Estaría interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención farmacéutica en el colectivo inmigrante? ¿Cómo?*

12. *¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo sin recursos? ¿Cuál?*

- **Grupo 4: Personal de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes en la provincia de Cádiz**

En este grupo incluimos las siguientes entidades:

- Cruz Roja Española en Tarifa (Equipo de Intervención Rápida en Emergencias, EIRE).
- Cruz Roja Española en Algeciras.
- Asociación Algeciras Acoge, de la Federación Andalucía Acoge
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Los Barrios
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Algeciras

Todas prestaron su colaboración a excepción del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa.

Acudimos a cada uno de los centros para realizar la entrevista o concertar fecha y hora para la realización de la misma. El cuestionario se realizó a personas relacionadas con la responsabilidad del centro, la asistencia sanitaria a los inmigrantes o representantes de cada una de las entidades suscritas al convenio en materia de salud pública para inmigrantes:

- Médico de Cruz Roja Española en Tarifa (Miembro del Equipo de Intervención Rápida en Emergencias, EIRE).
- Mediador intercultural, traductor y asesor jurídico de Cruz Roja Española en Algeciras.
- Responsable del área sanitaria en la Asociación Algeciras Acoge, representa a la dicha entidad en el Convenio en materia de Salud para Inmigrantes.
- Responsable del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Los Barrios, representa a la dicha entidad en el Convenio en materia de Salud para Inmigrantes.

- Responsable del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Algeciras, representa a la dicha entidad en el Convenio en materia de Salud para Inmigrantes.

El cuestionario llevado a cabo fue el siguiente:

1. *Puesto de trabajo que desempeña:*
2. *¿Qué funciones desempeña en su puesto de trabajo?*
3. *¿Cuánto tiempo lleva aquí trabajando?*
4. *¿Qué tipo de atención sanitaria facilitan a los inmigrantes?*
5. *¿Cómo obtienen los inmigrantes los medicamentos que necesitan?*
6. *¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?*
7. *Los inmigrantes con tratamientos farmacológicos ¿Qué ayuda reciben en cuanto al uso de los medicamentos (cumplimiento terapéutico, seguimiento farmacológico de los tratamientos etc.)?*
¿Quién les ayuda?
8. *¿Han encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en los inmigrantes?*
9. *¿Encuentra alguna otra dificultad para la asistencia farmacéutica a inmigrantes? ¿Cuál?*
10. *¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo sin recursos? ¿Cuál?*
11. *En su opinión, ¿cree que sería necesario una colaboración de los farmacéuticos u organismos oficiales de farmacéuticos para la asistencia farmacéutica a inmigrantes?*
¿Por qué?

IV.RESULTADOS

IV. RESULTADOS

RESULTADOS GRUPO 1: INMIGRANTES ECONÓMICOS EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR EN EL CAMPO DE GIBRALTAR

1. RECOGIDA DATOS

Los lugares donde solicitamos la colaboración para acceder a entrevistar a la población inmigrante fueron los siguientes:

- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Tarifa
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Los Barrios
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn Algeciras
- Fundación Algeciras Acoge
- Cruz Roja Algeciras
- Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca

Todos prestaron su colaboración, a excepción del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa, por consiguiente, no pudimos entrevistar a los inmigrantes que se encuentran allí en acogida.

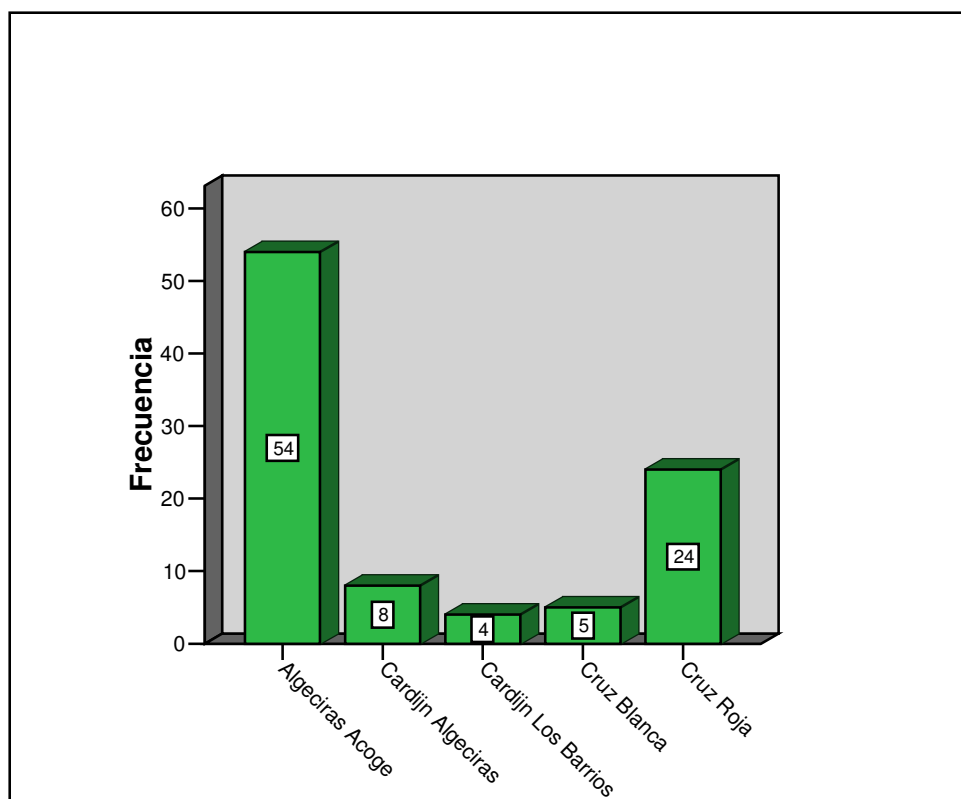
El número de inmigrantes económicos en situación administrativa irregular con los que se pudo contactar es de 95, y accedieron a la entrevista un número de 78 inmigrantes (el 82,1% del total de la muestra).

Se solicitó realizar el cuestionario, en los lugares indicados, a un número de inmigrantes que se exponen en la Tabla 1:

Tabla 1. Lugar donde se realiza la encuesta

	Frecuencia	Porcentaje
Algeciras Acoge	54	56.8
Cardijn Algeciras	8	8.4
Cardijn Los Barrios	4	4.2
Cruz Blanca	5	5.3
Cruz Roja	24	25.3
Total	95	100.0

LUGAR DE ACOGIDA



Los inmigrantes que accedieron a la entrevista en cada lugar de encuesta es el siguiente (Tabla 2):

Tabla 2. Porcentaje de respuesta según el lugar de acogida

			Lugar					Total
			Algeciras Acoge	Cardijn Algeciras	Cardijn Los Barrios	Cruz Blanca	Cruz Roja	
Respuesta	SI	Recuento	40	8	3	3	24	78
		% de Lugar	74.1%	100.0%	75.0%	60.0%	100.0%	82.1%
	NO	Recuento	14	0	1	2	0	17
		% de Lugar	25.9%	.0%	25.0%	40.0%	.0%	17.9%
Total		Recuento	54	8	4	5	24	95
		% de Lugar	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

De los centros a los que se accedió a la población inmigrante obtuvimos un mayor porcentaje de respuesta en Cardijn Algeciras y Cruz Roja de Algeciras, con un 100% de contestación sobre las solicitudes de encuesta. En cambio, en valor absoluto es en el centro de Algeciras Acoge donde mayor número de encuestas se han realizado con un total de 40.

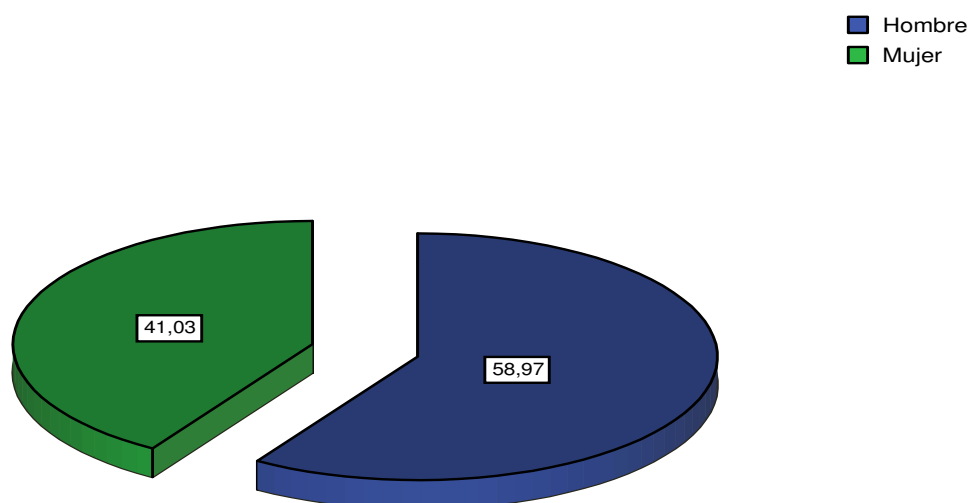
2. TIPOLOGÍA INMIGRANTES

Los inmigrantes entrevistados son en un 59 % hombres (46 del total de la muestra).

Tabla 3. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hombre	46	59.0
	Mujer	32	41.0
	Total	78	100.0

SEXO

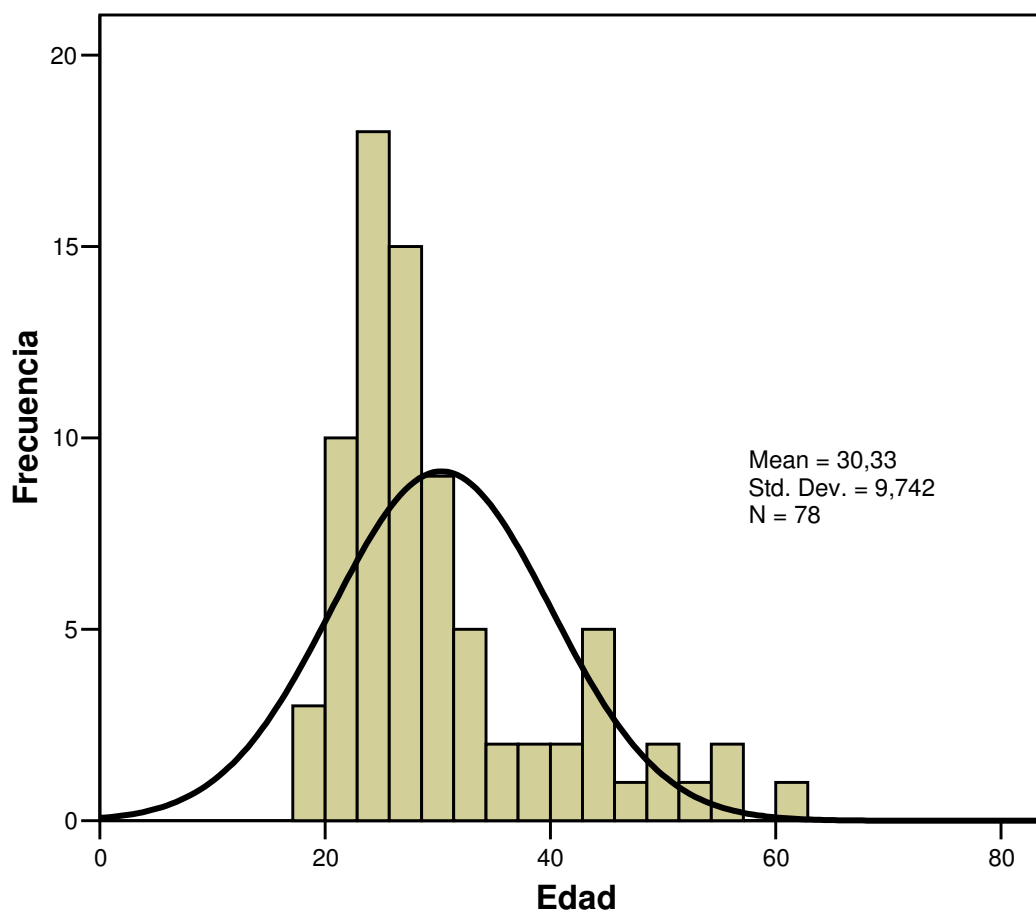


La edad media de los encuestados es de 30 años (D.E.:9,7), teniendo una distribución con asimetría negativa.

Tabla 4. Edad

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
19	3	3,8	3,8
20	4	5,1	9,0
21	2	2,6	11,5
22	4	5,1	16,7
23	5	6,4	23,1
24	3	3,8	26,9
25	10	12,8	39,7
26	3	3,8	43,6
27	7	9,0	52,6
28	5	6,4	59,0
29	4	5,1	64,1
30	3	3,8	67,9
31	2	2,6	70,5
33	3	3,8	74,4
34	2	2,6	76,9
35	1	1,3	78,2
36	1	1,3	79,5
38	1	1,3	80,8
39	1	1,3	82,1
40	2	2,6	84,6
43	3	3,8	88,5
44	2	2,6	91,0
47	1	1,3	92,3
50	1	1,3	93,6
51	1	1,3	94,9
54	1	1,3	96,2
55	1	1,3	97,4
56	1	1,3	98,7
62	1	1,3	100,0
Total	78	100,0	

Histograma

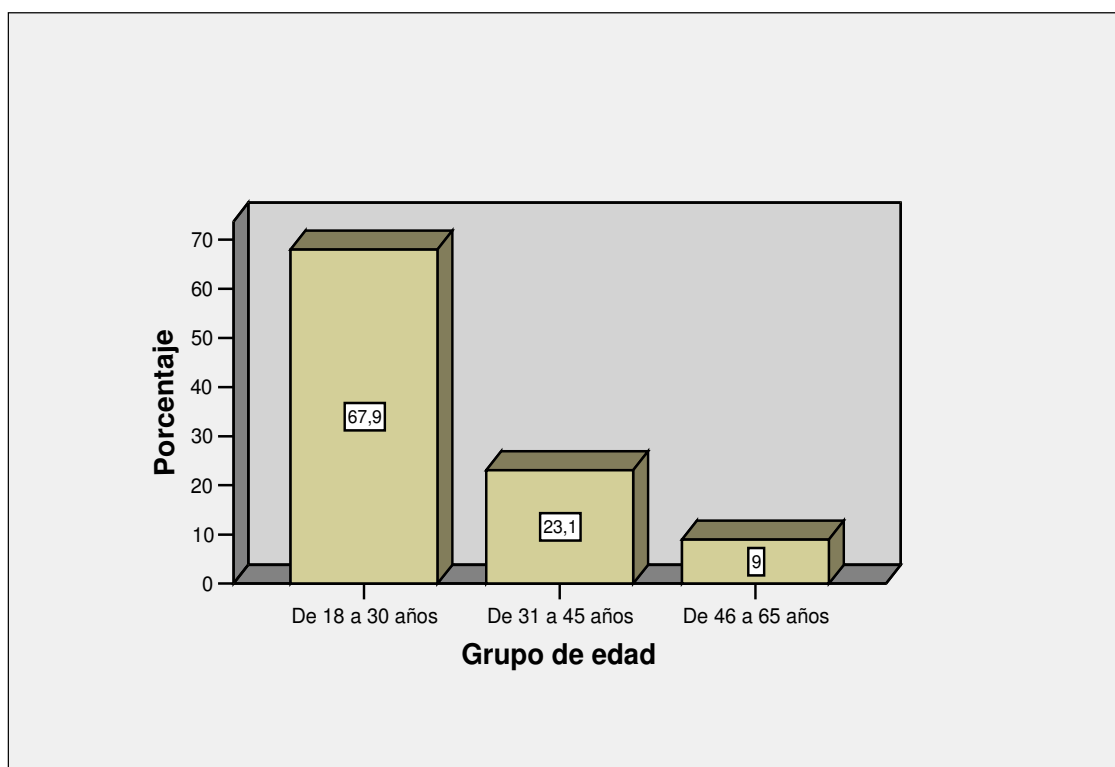


Por grupos de edad, un número de 53 inmigrantes (67,9%) entre 18 y 30 años, 18 (23,1%) entre 31 y 45 años y 7 inmigrantes (el 9% sobre el total de la muestra) entre 46 a 65 años.

Tabla 5. Grupos de edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 18 a 30 años	53	67,9	67,9
De 31 a 45 años	18	23,1	91,0
De 46 a 65 años	7	9,0	100,0
Total	78	100,0	

Grupo de edad



El lugar de procedencia de los entrevistados se puede observar en la tabla 6:

Tabla 6. País de procedencia

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Marruecos</i>	17	21.8
<i>Nigeria</i>	12	15.4
<i>Bolivia</i>	8	10.3
<i>Guinea Conakry</i>	7	9.0
<i>Mali</i>	5	6.4
<i>Ghana</i>	3	3.8
<i>Colombia</i>	3	3.8
<i>Ecuador</i>	3	3.8
<i>Argentina</i>	2	2.6
<i>R.D. Congo</i>	2	2.6
<i>Túnez</i>	2	2.6
<i>Brasil</i>	2	2.6
<i>Senegal</i>	2	2.6
<i>Siria</i>	2	2.6
<i>Gabón</i>	1	1.3
<i>Guinea Bissau</i>	1	1.3
<i>Perú</i>	1	1.3
<i>Liberia</i>	1	1.3
<i>Cuba</i>	1	1.3
<i>Uruguay</i>	1	1.3
<i>Burkina Fasso</i>	1	1.3
<i>Nepal</i>	1	1.3
<i>Total</i>	78	100.0

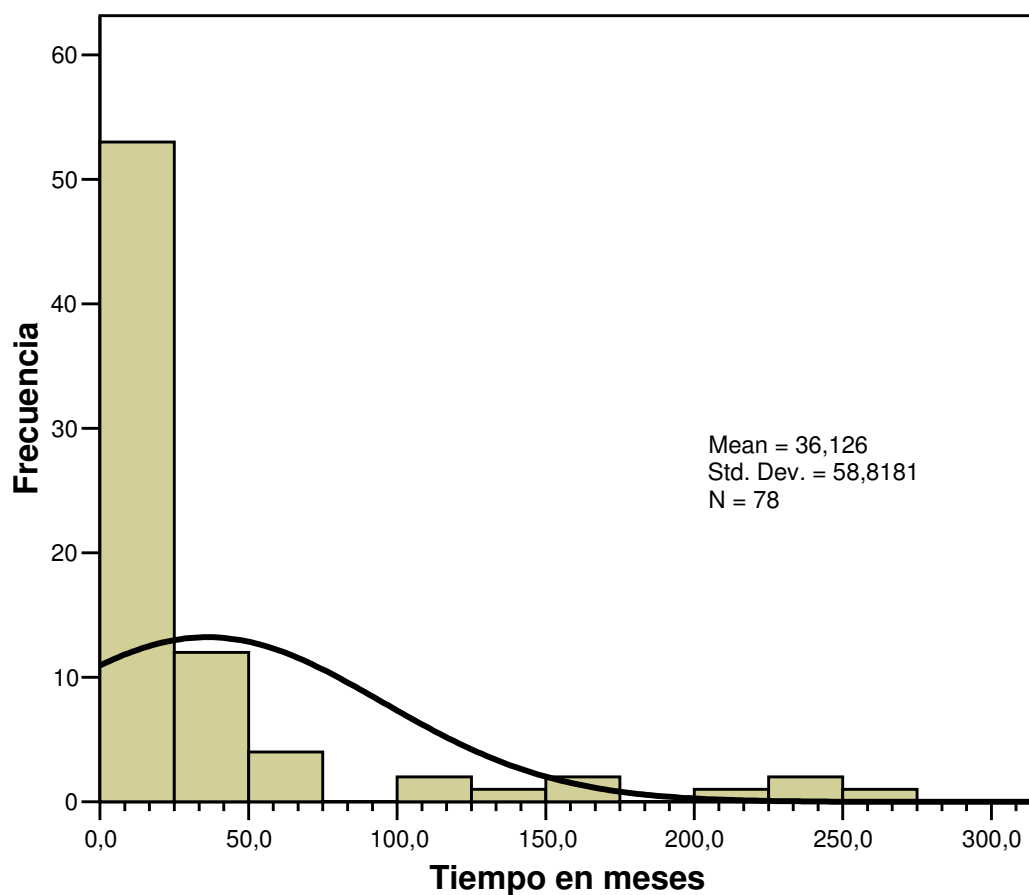
Según la procedencia el grupo más representado porcentualmente son los subsaharianos (57,69%, 45 inmigrantes), seguidos de latinoamericanos (26,92%, 21 inmigrantes), magrebíes (24,35% ,19 inmigrantes), Oriente Medio (2,56%, 2 inmigrantes) y Asia Central (1,28%, 1 inmigrante). Si nos referimos al país de origen de los inmigrantes, se encuentran en mayor proporción los marroquíes con el 21,8% (17), seguidos de los nigerianos 15,4% (12) y los bolivianos en tercer lugar con un 10,3% (8), como se puede observar en la tabla 6.

El tiempo medio de estancia en España es de 36,1 meses , con una distribución de tiempo muy asimétrica.

Tabla 7. Tiempo que llevan en España (meses)

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
.3	1	1.3
.5	1	1.3
1.0	5	6.4
2.0	1	1.3
3.0	14	17.9
4.0	6	7.7
5.0	3	3.8
6.0	3	3.8
8.0	1	1.3
12.0	2	2.6
15.0	2	2.6
18.0	3	3.8
24.0	11	14.1
26.0	1	1.3
30.0	1	1.3
36.0	8	10.3
39.0	1	1.3
40.0	1	1.3
60.0	3	3.8
72.0	1	1.3
108.0	1	1.3
120.0	1	1.3
144.0	1	1.3
168.0	2	2.6
216.0	1	1.3
240.0	2	2.6
252.0	1	1.3
Total	78	100.0

Histograma

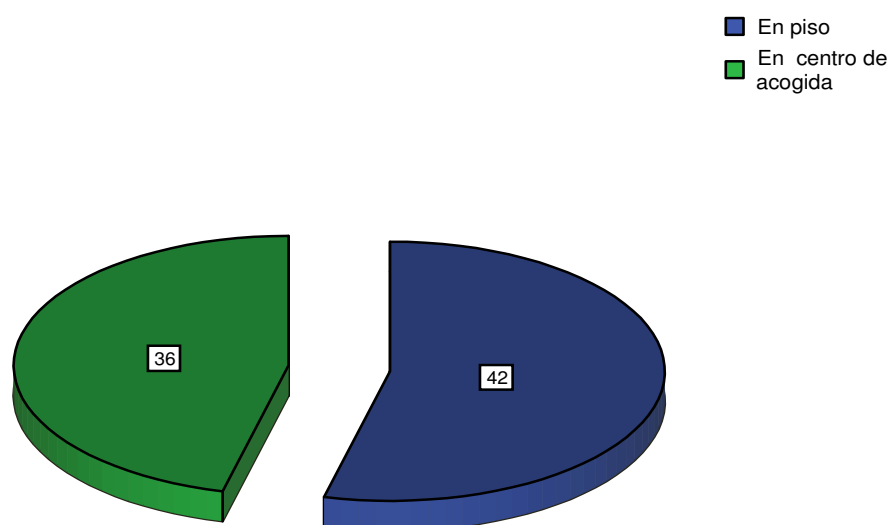


La población inmigrante entrevistada se aloja en pisos de alquiler en un 53,8%, 42 casos, y en centros de acogida (entre los que se incluyen residencias de acogida y centros de extranjeros) se aloja el 46,2% de la muestra, es decir 36 de los inmigrantes encuestados.

Tabla 8. Dónde vive

	Frecuencia	Porcentaje
En piso	42	53.8
En centro de acogida	36	46.2
Total	78	100.0

Dónde vive

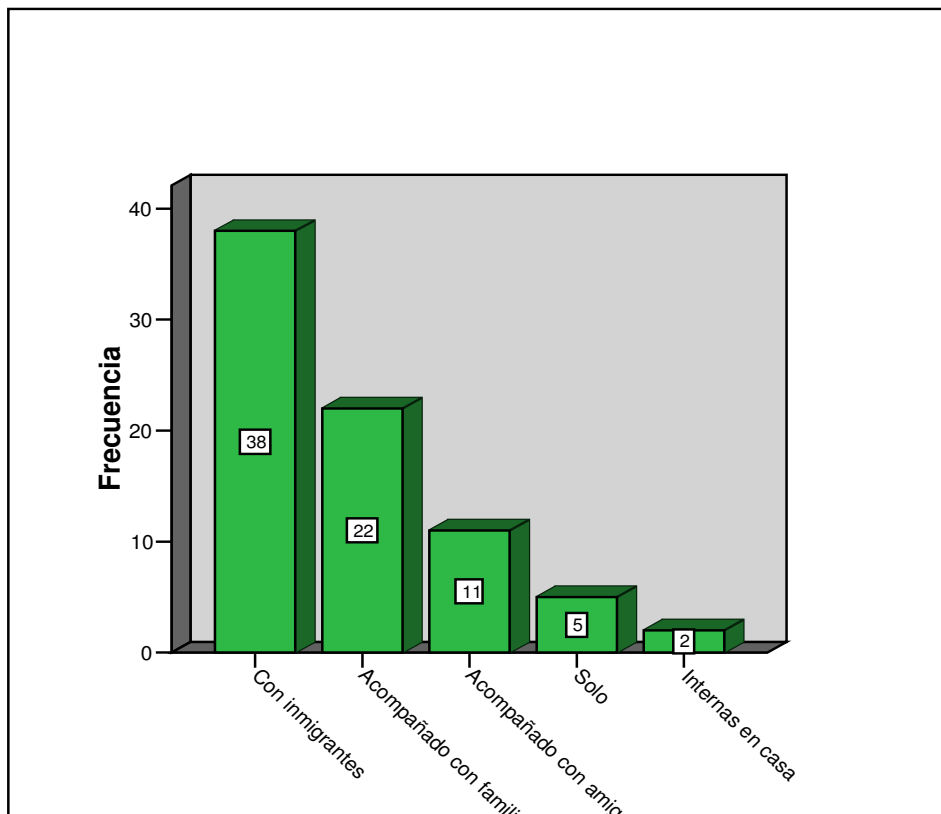


El 93,6% (73) inmigrantes de la muestra viven acompañados, de éstos el 48,7% (38) conviven con otros inmigrantes, 28,2% (22) con su familia, 14,1% (11) con amigos y 2,6% (2) con los dueños de la casa para la que trabajan empleados. Viven solos 5 inmigrantes (6.4% del total de la muestra).

Tabla 9. Con quien convive

	Frecuencia	Porcentaje
Con inmigrantes	38	48.7
Acompañado con familia	22	28.2
Acompañado con amigos	11	14.1
Solo	5	6.4
Internas en casa	2	2.6
Total	78	100.0

Con quien convive

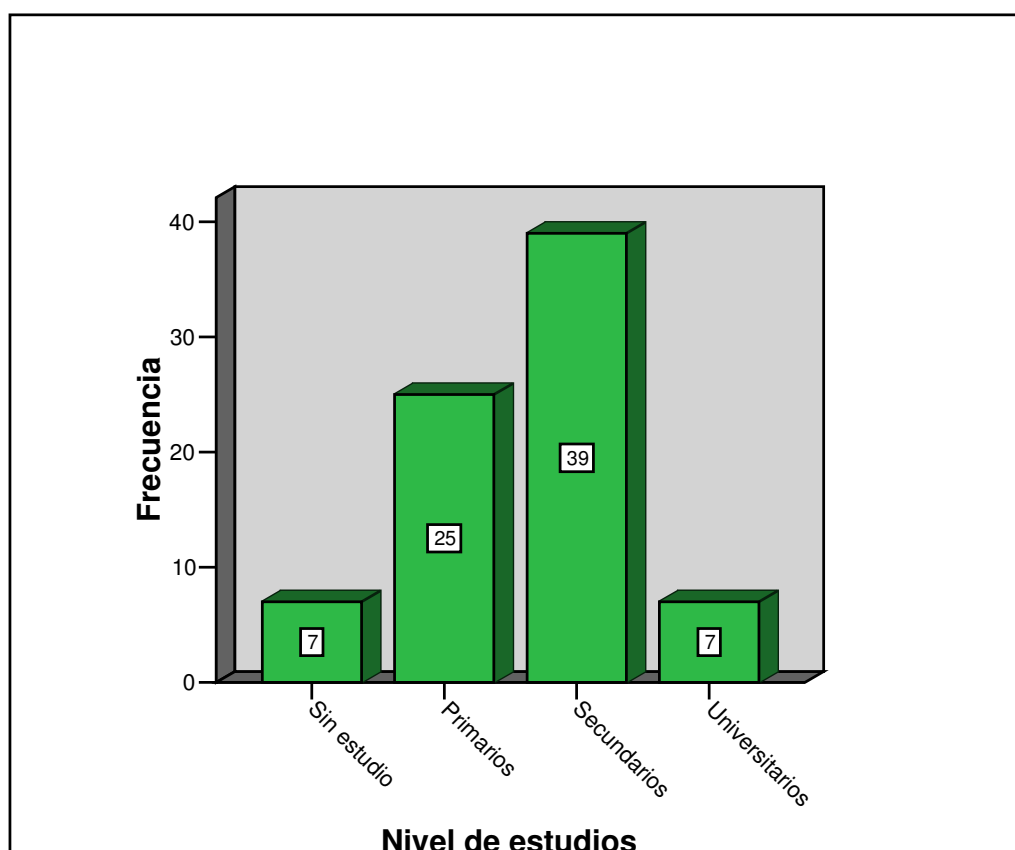


El 9% de los inmigrantes encuestados son universitarios, en el otro extremo tenemos también un 9% de inmigrantes sin estudios. El resto (82,1%) se reparten entre inmigrantes con estudios primarios y secundarios, con porcentajes de 32,1% y 50% respectivamente.

Tabla 10. Nivel de estudios

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudio	7	9.0
Primarios	25	32.1
Secundarios	39	50.0
Universitarios	7	9.0
Total	78	100.0

Nivel de estudios

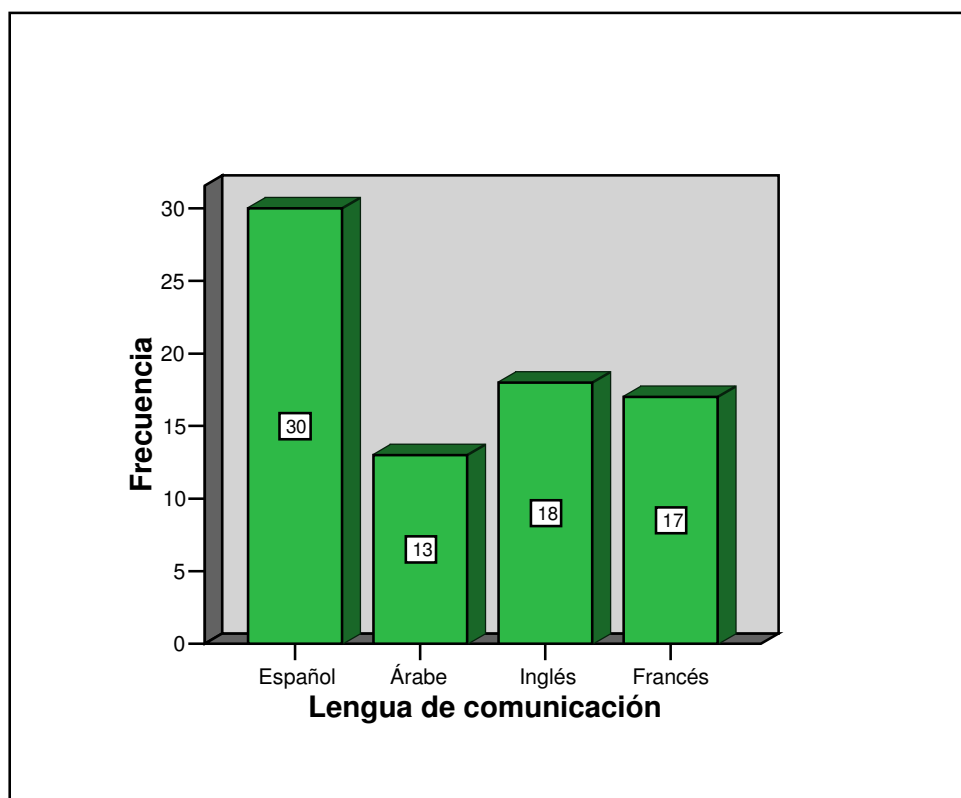


La lengua más elegida por los inmigrantes para contestar a la encuesta, fue la española en un 38,5% (30 de los casos), en menor proporción le siguen en este orden las lenguas inglesa, francesa y árabe, muy igualadas como se puede observar en la tabla11:

Tabla 11. Lengua de comunicación

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Español</i>	30	38.5
<i>Árabe</i>	13	16.7
<i>Inglés</i>	18	23.1
<i>Francés</i>	17	21.8
<i>Total</i>	78	100.0

Lengua de comunicación



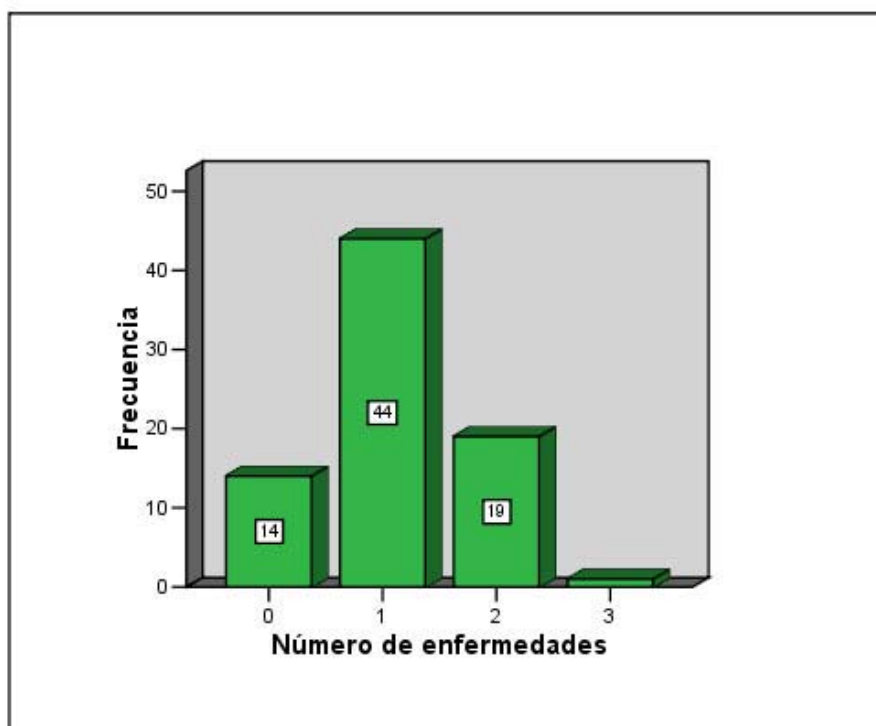
3. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LOS INMIGRANTES Y ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

Preguntados los inmigrantes por su estado de salud declaran que padecen actualmente un número de problemas de salud que oscilan entre un máximo de 3, en un caso y un mínimo de 0, en 14 casos, con una moda de un problema de salud por paciente en el 56.4% de los casos.

Tabla 12. Problemas de salud de los inmigrantes (desde su llegada a España)

Número de Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
0	14	17.9
1	44	56.4
2	19	24.4
3	1	1.3
Total	78	100.0

Número de enfermedades

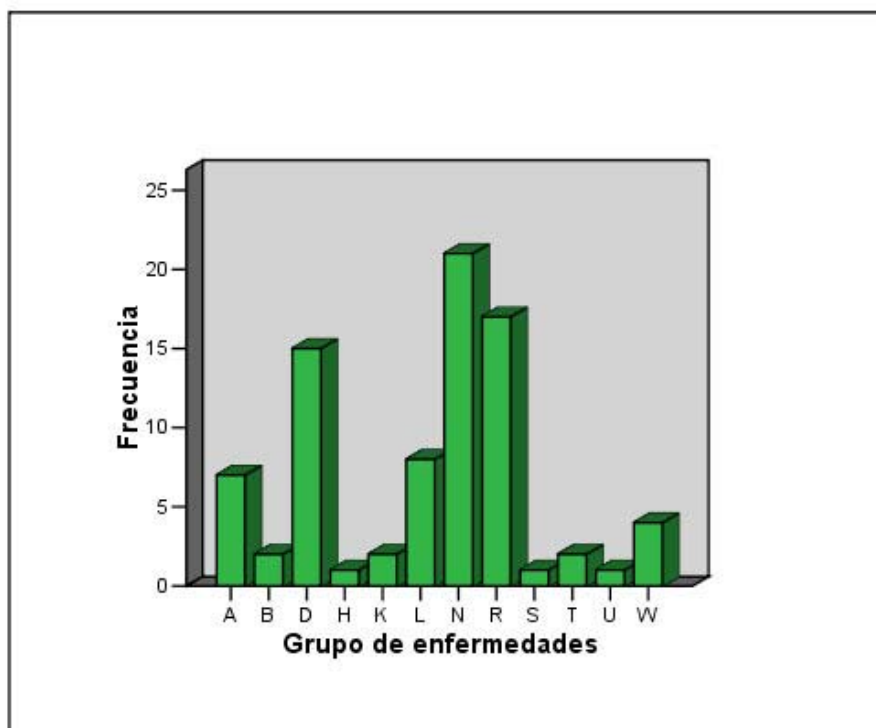


Por sistemas o aparatos, los más prevalentes son los problemas de salud relacionados con el Sistema Nervioso Central (25,9%), Aparato Respiratorio (21%) y Aparato Digestivo (18,5%), según la clasificación de la WONCA (112).

Tabla 13. Grupo de enfermedad

Aparato o Sistema afectado por el PS	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>A (Generales y no específicos)</i>	7	8.6
<i>B (Sangre, linfa, bazo)</i>	2	2.5
<i>D (Ap. digestivo)</i>	15	18.5
<i>H (Oído)</i>	1	1.2
<i>K (Ap. Circulatorio)</i>	2	2.5
<i>L (Ap. Locomotor)</i>	8	9.9
<i>N (Ap. Neurológico)</i>	21	25.9
<i>R (Ap. Respiratorio)</i>	17	21.0
<i>S (Piel)</i>	1	1.2
<i>T (Sist. Metabolismo y endocrino)</i>	2	2.5
<i>U (Ap. Urinario)</i>	1	1.2
<i>W (Embarazo y Planificación familiar)</i>	4	4.9
Total	81	100.0

Grupo de enfermedad

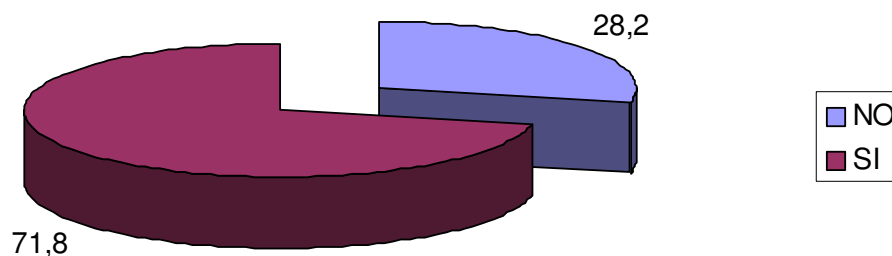


Los inmigrantes que desde que se encuentran en España han necesitado recibir atención sanitaria han sido 56 (71,8 %).

Tabla 14. Ha necesitado recibir Asistencia Sanitaria

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	22	28.2
Si	56	71.8
<i>Total</i>	78	100.0

Ha necesitado recibir atención sanitaria



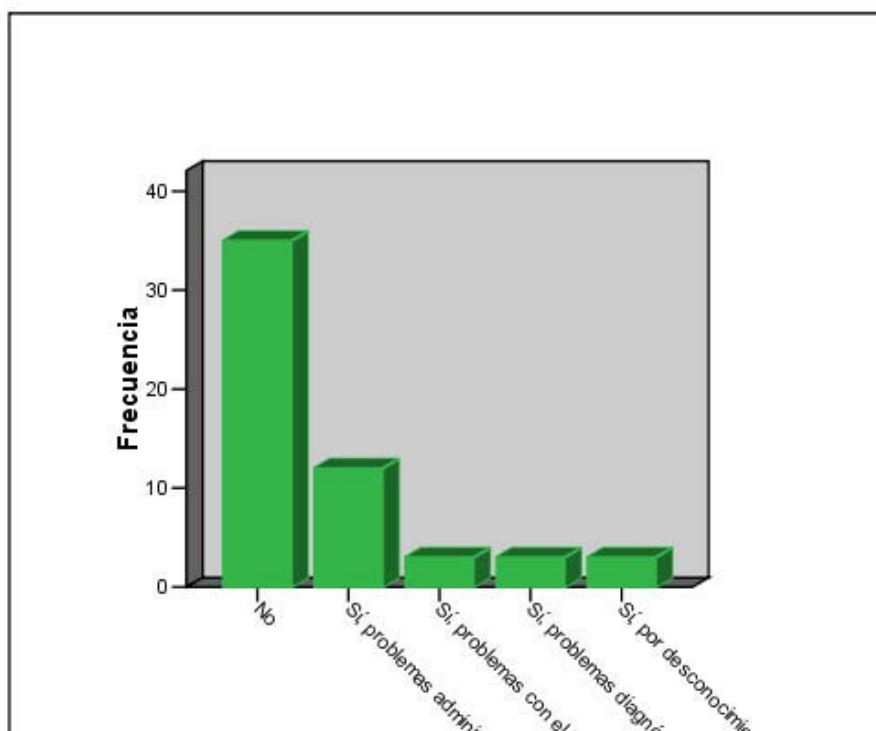
El 62,5% (35 inmigrantes) dicen no haber encontrado ninguna dificultad para recibir atención sanitaria. Entre los que han tenido dificultades el 21,4% han sido dificultades de índole administrativa, y en un porcentaje del 16,2% son debidas a otras causas, como problemas de comunicación por el idioma, problemas diagnósticos o de

tratamiento ó problemas originados por el temor y miedo a acudir a los centros de salud públicos, con porcentajes del 5,4% cada una.

Tabla 15. Ha tenido alguna dificultad para recibir Atención Sanitaria

	Frecuencia	Porcentaje
No	35	62.5
Sí, problemas administrativos	12	21.4
Sí, problemas con el idioma	3	5.4
Sí, problemas diagnósticos o de tratamiento	3	5.4
Sí, por desconocimiento o temor	3	5.4
Total	56	100.0

Dificultad para recibir la atención sanitaria

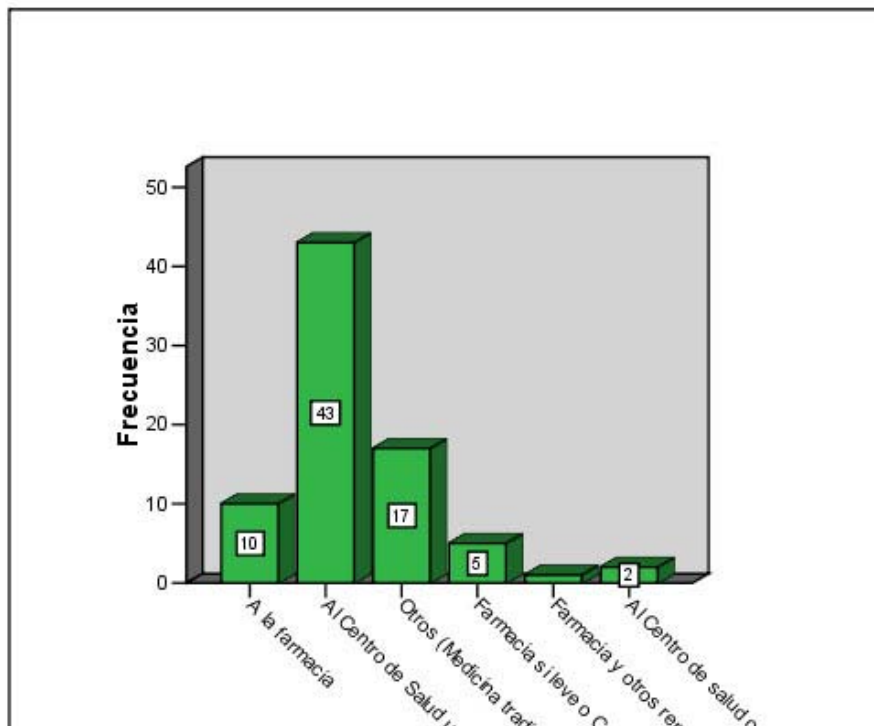


A la pregunta de dónde se dirigirían en caso de necesitar de asistencia sanitaria, sin especificar, los inmigrantes han contestado al Centro de salud u hospital en el 55,1%, la medicina tradicional u ONG's en el 21,8% y a la farmacia el 12,8%, siendo el resto contestaciones en las que según la gravedad percibida acudirían a uno o a otro lugar.

Tabla 16. Dónde acudiría en primer lugar si tuviese un problema de salud

	Frecuencia	Porcentaje
A la farmacia	10	12.8
Al Centro de Salud u Hospital	43	55.1
Otros (Medicina tradicional u ONG)	17	21.8
Farmacia si leve o Centro de Salud si grave	5	6.4
Farmacia y otros remedios	1	1.3
Al Centro de salud o medicina tradicional	2	2.6
Total	78	100.0

Dónde iría



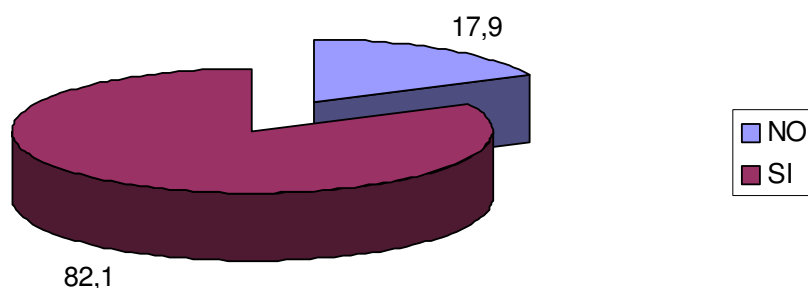
4. USO Y ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

El 82,1% (64 inmigrantes del total de la muestra) han tomado algún medicamento desde que se encuentran en España.

Tabla 17. Ha tomado medicamentos desde que se encuentra en España

	Frecuencia	Porcentaje
No	14	17.9
Si	64	82.1
Total	78	100.0

Ha tomado medicamentos desde que se encuentra en España

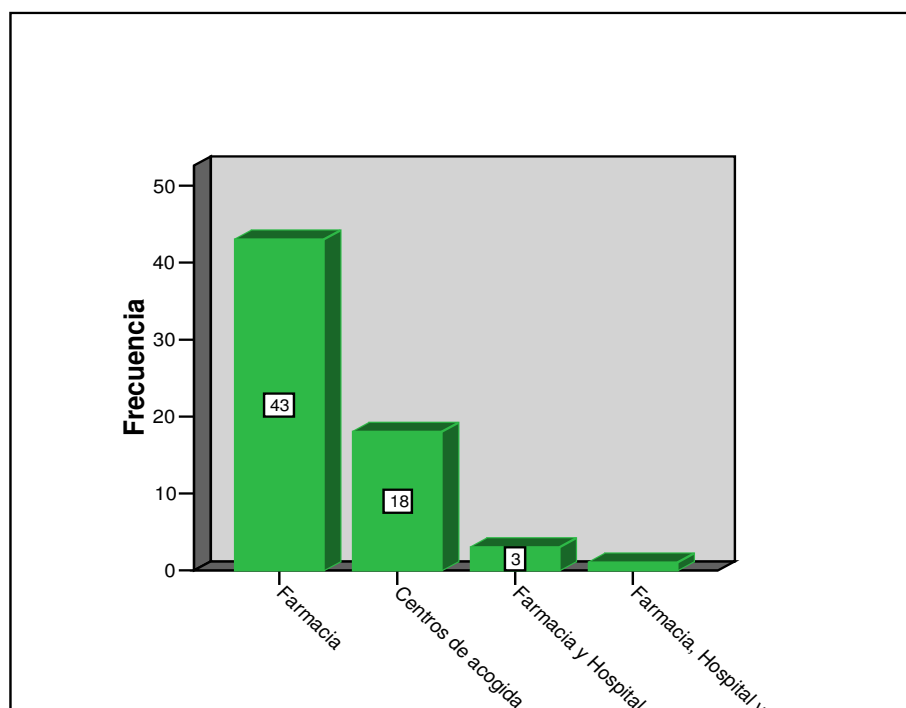


Los inmigrantes adquieren los medicamentos en el 66,2% (43 casos) en la farmacia, y en un 27,7% (8 casos) en los centros de acogida (entre los que incluimos casa de acogida y centros de estancia temporal o de retención de extranjeros). El resto de los inmigrantes los obtienen de varios lugares, farmacia, hospital y / o centros acogida. En menor proporción, los inmigrantes los adquieren en el hospital.

Tabla 18. Dónde ha adquirido los medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
Farmacia	43	66.2
Centros de acogida	18	27.7
Farmacia y Hospital	3	4.6
Farmacia y Centros acogida	1	1.5
Total	65	100.0

Dónde ha adquirido los medicamentos

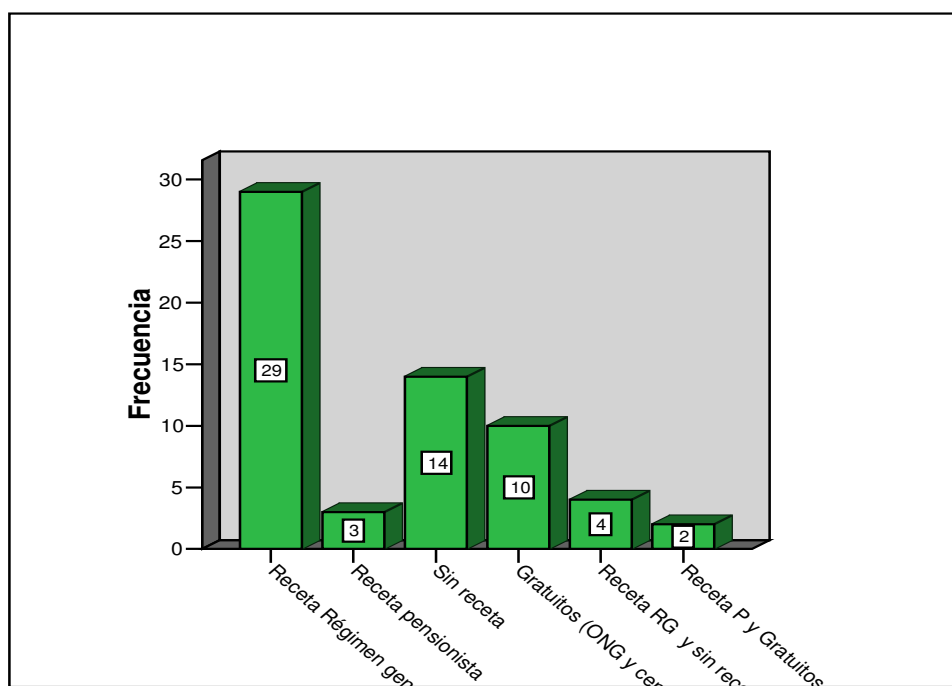


El 46,8% de los inmigrantes de la muestra obtienen los medicamentos con receta de régimen general, sólo el 4,8% con receta de régimen pensionista, sin aportación. El 22,6% compran los medicamentos que necesitan sin receta médica y el 16,1% obtienen los medicamentos gratuitamente a través de ONG's y / o centros de acogida para extranjeros.

Tabla 19. De qué forma ha adquirido los medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
Receta Régimen general	29	46.8
Receta pensionista	3	4.8
Sin receta	14	22.6
Gratuitos (ONG y centros de acogida)	10	16.1
Receta RG y sin receta	4	6.5
Receta P y Gratuitos	2	3.2
Total	62	100.0

De qué forma

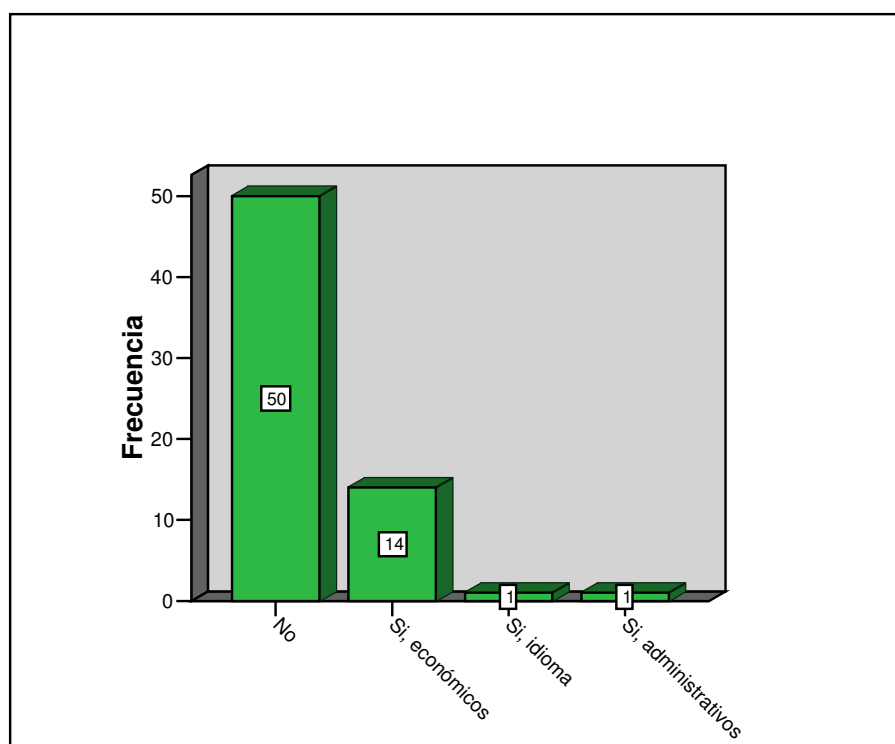


El 75,8% de los inmigrantes encuestados (50 del total de la muestra) dicen no haber tenido dificultades para obtener los medicamentos. El 24,2% (16 inmigrantes), sí tuvieron dificultades en la adquisición de los medicamentos, principalmente por motivos económicos (21,2%, 14 inmigrantes). El 3% manifestó otro tipo de dificultades de causa idiomática o administrativa (con un 1,5% respectivamente).

Tabla 20. Ha tenido alguna dificultad en la adquisición de los medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
No	50	75.8
Si, económicos	14	21.2
Si, idioma	1	1.5
Si, administrativos	1	1.5
Total	66	100.0

Ha tenido dificultad en adquirir los medicamentos



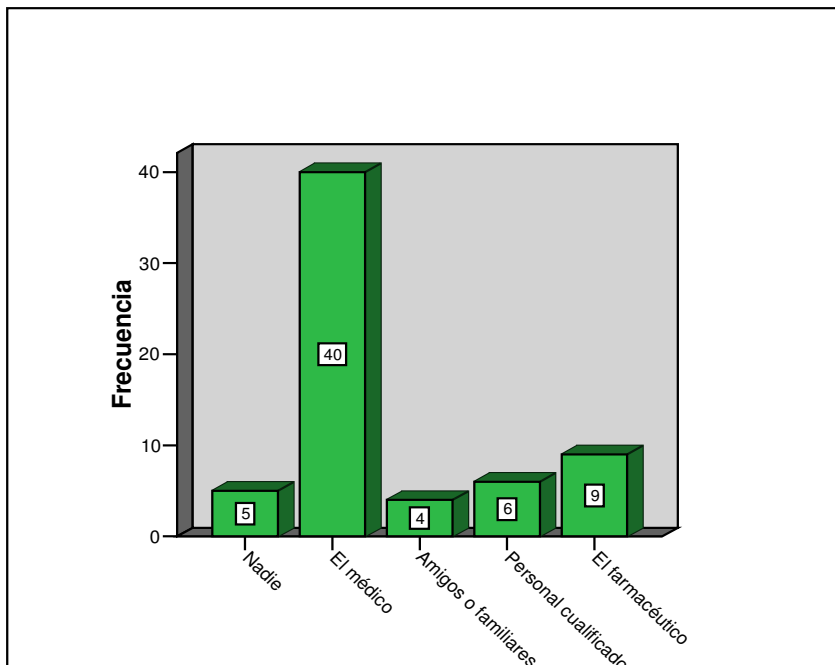
5. EDUCACIÓN SANITARIA A INMIGRANTES Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El médico es el profesional sanitario que con mayor frecuencia nombran los inmigrantes al contestar a la pregunta de quién le explica cómo tomar los medicamentos, con el 62,5% de las respuestas. El 14,1% de los inmigrantes respondió que es el farmacéutico, el 9,4% recibe las explicaciones de personal cualificado de los centros de acogida y el 6,3% de amigos o familiares.

Tabla 21. Alguien le ha explicado cómo tomar los medicamentos

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nadie	5	7.8
El médico	40	62.5
Amigos o familiares	4	6.3
Personal cualificado de dentro de acogida	6	9.4
El farmacéutico	9	14.1
<i>Total</i>	64	100.0

Alguien le ha explicado cómo tomar los medicamentos

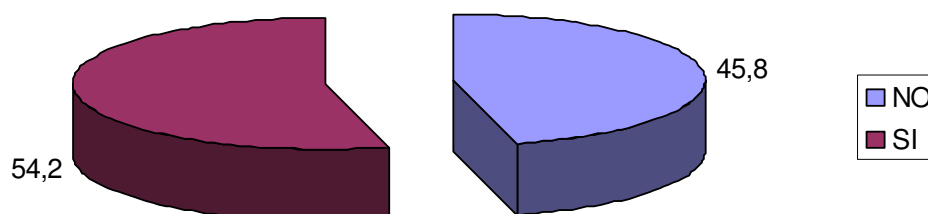


Los inmigrantes fueron preguntados por la retirada de medicamentos de la farmacia, en concreto si recibieron explicaciones de los profesionales de la farmacia. El 45,8% (22 inmigrantes del total de la muestra) respondió que no y 26 inmigrantes afirmaron recibir explicaciones de los farmacéuticos (54,2%).

Tabla 22. Si ha retirado los medicamentos de la farmacia ¿Le ha explicado el farmacéutico cómo tomarlos?

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	22	45.8
Si	26	54.2
<i>Total</i>	48	100.0

¿Le ha explicado el farmacéutico como tomar los medicamentos?

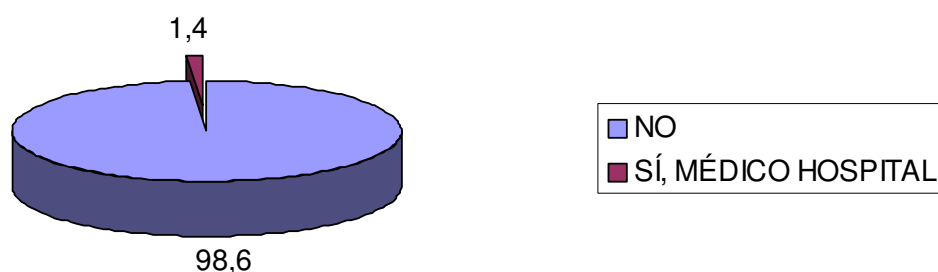


El 98,6% de los inmigrantes encuestados (72 del total de la muestra) responde que nadie le había ofrecido realizarle un seguimiento farmacoterapéutico, sólo el 1,4% (1 inmigrante) nos dice haber recibido este servicio por parte de un médico de hospital.

Tabla 23. ¿Le han ofrecido hacerle un Seguimiento farmacoterapéutico?

	Frecuencia	Porcentaje
No	72	98.6
Si, el médico del hospital	1	1.4
Total	73	100.0

¿Le han ofrecido hacerle un Seguimiento Farmacoterapéutico?

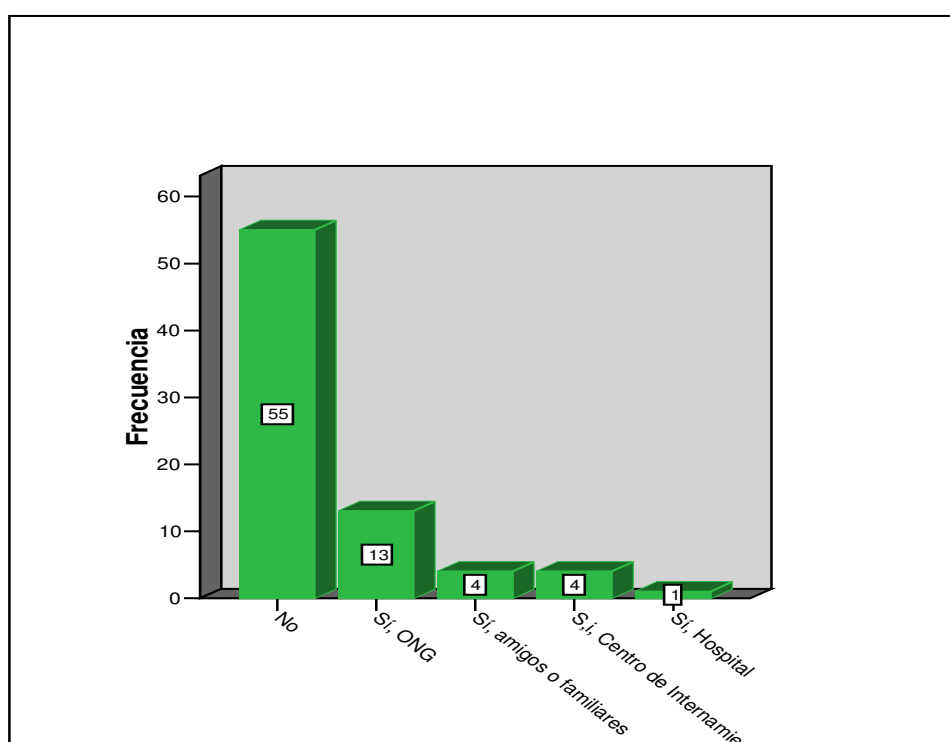


Los inmigrantes que han recibido educación sanitaria sobre enfermedades, medicamentos y sus derechos sanitarios, se corresponde con el 28,6% de la muestra. Han recibido educación sanitaria a través de ONG´s el 16,9% de la muestra, a través de amigos, familiares ó el personal de los centros para extranjeros un 5,2% respectivamente, y, a través del hospital el 1,3%.

Tabla 24. ¿Ha necesitado recibir atención sanitaria?

	Frecuencia	Porcentaje
No	55	71.4
Sí, ONG	13	16.9
Sí, amigos o familiares	4	5.2
Si, Centro de extranjeros	4	5.2
Sí, Hospital	1	1.3
Total	77	100.0

¿Ha recibido educación sanitaria?

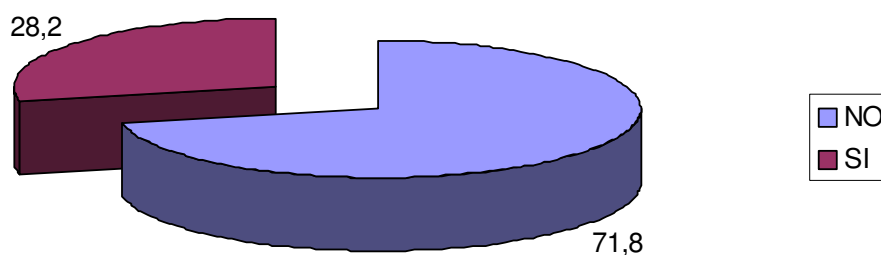


Los inmigrantes que acudieron a la farmacia en alguna ocasión para pedir consejo al farmacéutico ante un problema de salud son 22 sobre el total de la muestra (28,2%).

Tabla 25. ¿Alguna vez ha pedido consejo al farmacéutico?

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	56	71.8
Si	22	28.2
<i>Total</i>	78	100.0

¿Alguna vez ha pedido consejo al farmacéutico?

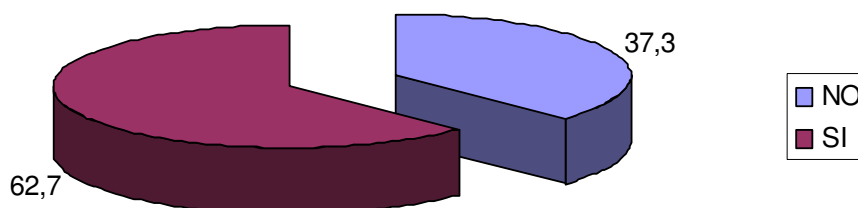


El 62,7% de los inmigrantes encuestados afirman haber tenido problemas de comunicación con el farmacéutico.

Tabla 26. Problemas de comunicación con el farmacéutico

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	19	37.3
Si	32	62.7
<i>Total</i>	51	100.0

Problemas de comunicación con el farmacéutico



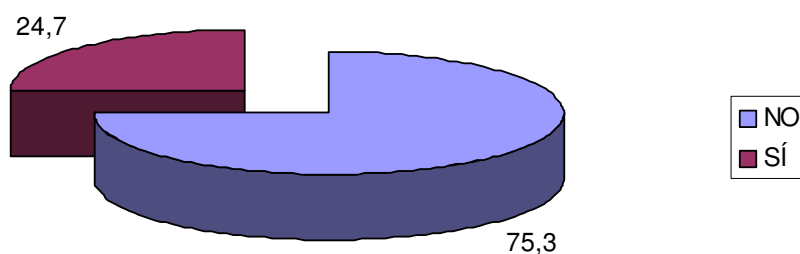
6. INMIGRANTES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

En el momento de la encuesta, de los 78 inmigrantes que respondieron tomaban algún medicamento el 24,7 % (19 inmigrantes).

Tabla 27. Toma actualmente medicamentos

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	58	75.3
Sí	19	24.7
Total	77	100.0

Toma actualmente medicamentos

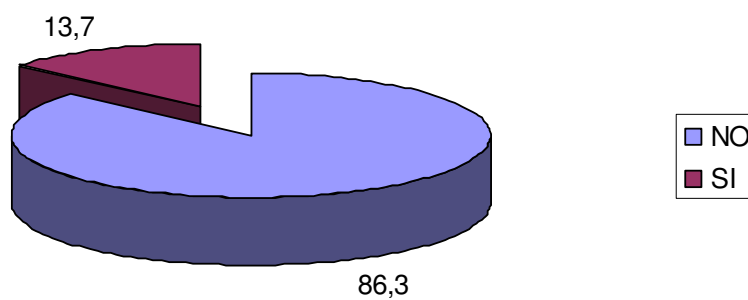


13,7% (10 inmigrantes) manifestaron haber tenido algún problema en general relacionado con el uso de los medicamentos, síntomas derivados del uso de los medicamentos (reacción adversa o efecto secundario) en nuestro país.

Tabla 28. ¿Ha tenido algún problema en general relacionado con el uso de los medicamentos en España?

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
NO	63	86.3
SI	10	13.7
<i>Total</i>	73	100.0

¿Ha tenido algún problema relacionado con el uso de los medicamentos?

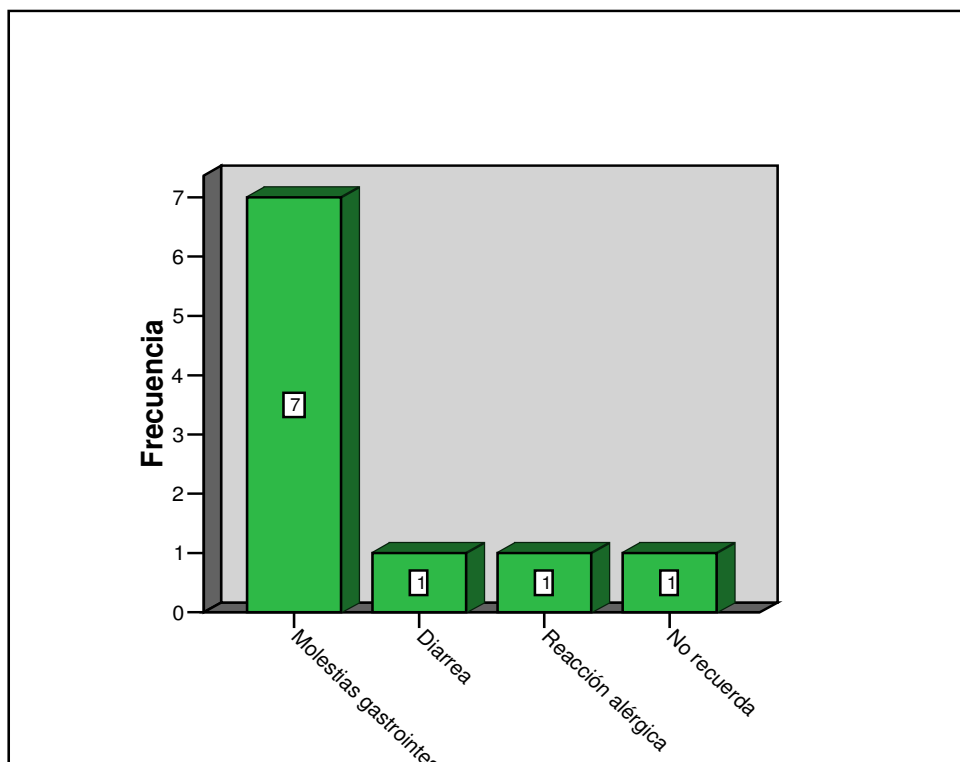


Los inmigrantes manifestaron haber padecido reacciones adversas causadas por la toma de algún medicamento. Percibieron una reacción adversa medicamentosa 10 de ellos (el 12% del total de la muestra). Las reacciones adversas, tal como observamos en la tabla 28, fueron con mayor frecuencia de tipo gastrointestinal (70%, 7 casos), 10% diarrea (1 caso), y por último, el 10% por una reacción de tipo alérgico (1 caso).

Tabla 29. RAM observadas por los inmigrantes

	Frecuencia	Porcentaje
Molestias gastrointestinales	7	70.0
Diarrea	1	10.0
Reacción alérgica	1	10.0
No recuerda	1	10.0
Total	10	100.0

RAM Observada

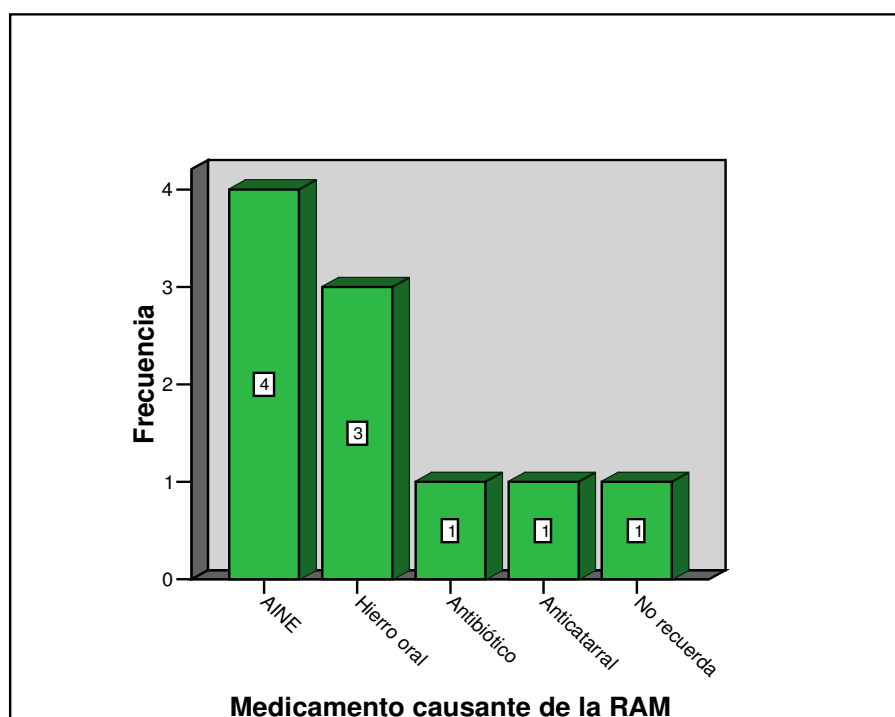


Los medicamentos causantes de las reacciones adversas percibidas por los inmigrantes de la muestra de estudio, con mayor frecuencia fueron los antiinflamatorios (AINES, 4 casos), seguidos de complejos de hierro oral (3 casos), antibióticos (1 caso) y anticatarrales (1 caso).

Tabla 30. Medicamentos causantes de las RAM observadas

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
AINE	4	40.0
Hierro oral	3	30.0
Antibiótico	1	10.0
Anticatarral	1	10.0
No recuerda	1	10.0
<i>Total</i>	10	100.0

Medicamento causante de la RAM

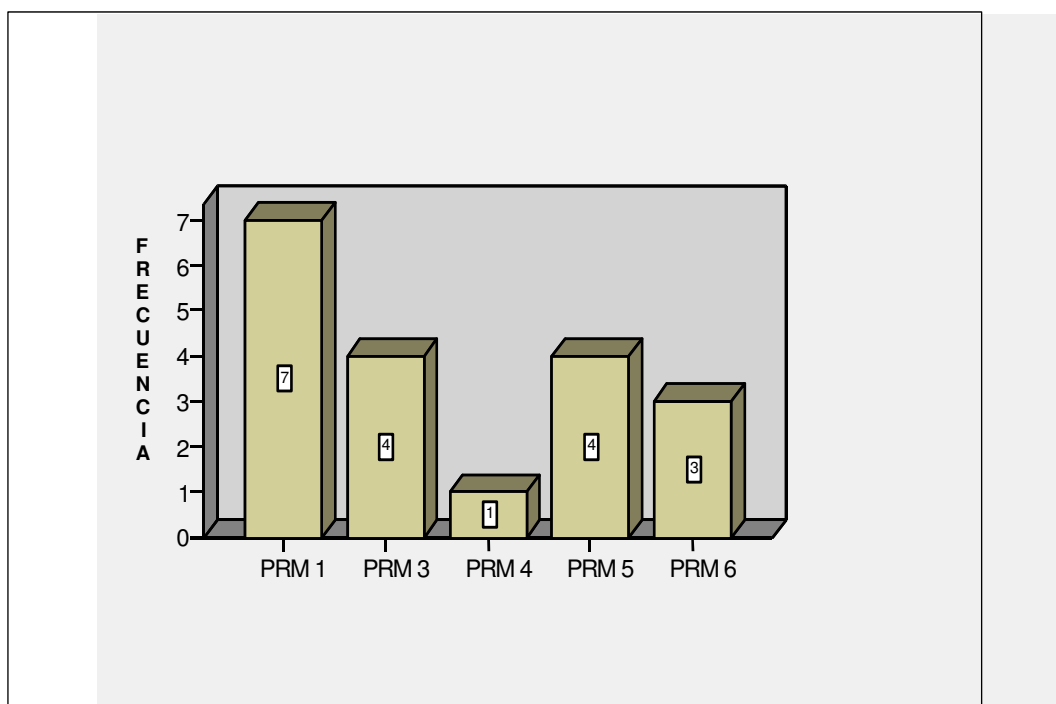


Se observó 19 casos de sospechas de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en los inmigrantes de la muestra, en 7 casos se sospechó de PRM tipo 1, en 4 casos de PRM tipo 3, 1 caso PRM tipo 4, 4 casos PRM tipo 5, y en 3 casos, de PRM tipo 6, según la definición de PRM y su clasificación en el segundo consenso de Granada (113).

Tabla 31. Problemas Relacionados con Medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje
PRM 1	7	36,8
PRM 3	4	21,1
PRM 4	1	5,3
PRM 5	4	21,1
PRM 6	3	15,8
<i>Total</i>	19	100,0

Problemas Relacionados con los Medicamentos



7. PROPUESTAS DE LOS INMIGRANTES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA QUE RECIBEN

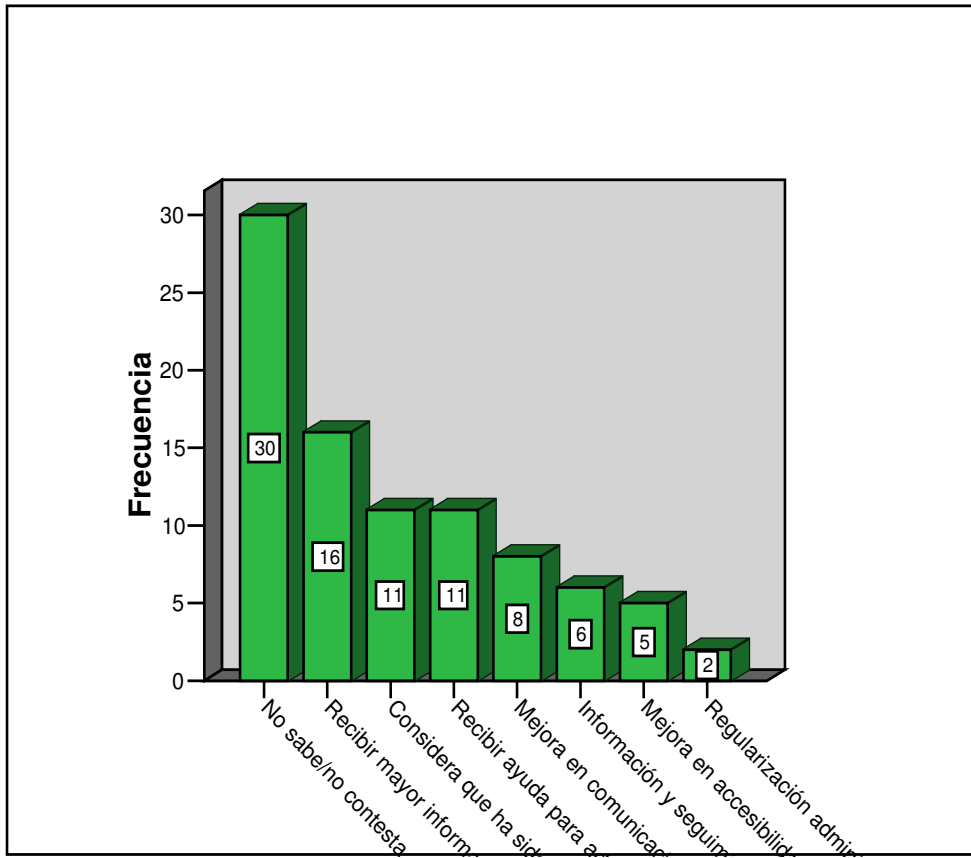
Las propuestas de los inmigrantes entrevistados para mejorar la atención sanitaria que han recibido, se exponen en la tabla 32:

Tabla 32. Propuesta para mejorar la atención sanitaria y farmacéutica

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>No sabe / no contesta</i>	30	33.7
<i>No, ya que considera que ha sido bien atendido</i>	11	12.4
<i>Recibir mayor información sobre uso de medicamentos y problemas de salud</i>	16	18.0
<i>Recibir ayuda para adquirir los medicamentos</i>	11	12.4
<i>Mejora en comunicación con profesionales salud</i>	8	9.0
<i>Información y seguimiento de los tratamientos</i>	6	6.7
<i>Mejora en accesibilidad al S. Sanitario</i>	5	5.6
<i>Regularización administrativa para adecuada atención sanitaria</i>	2	2.2
<i>Total</i>	89	100.0

En 30 casos (el 33,7% de los inmigrantes de la muestra) no contestan a la pregunta por no saber que opinar. Un número de 11 inmigrantes (12,4%) no tienen propuestas por considerar que han sido bien atendidos. Entre las propuestas, la mayoría propone recibir mayor información sobre las enfermedades y el uso de los medicamentos (en 16 casos, el 18%) y recibir ayuda para adquirir los medicamentos (en 11 casos, el 12,4%). El resto de las respuestas, tal y como se refleja en la tabla, se reparten entre mejorar la comunicación con los profesionales de la salud, información y seguimiento de los tratamientos, mejoras en la accesibilidad al sistema sanitario y regularización administrativa para una adecuada atención sanitaria.

Propuesta para mejorar la AF



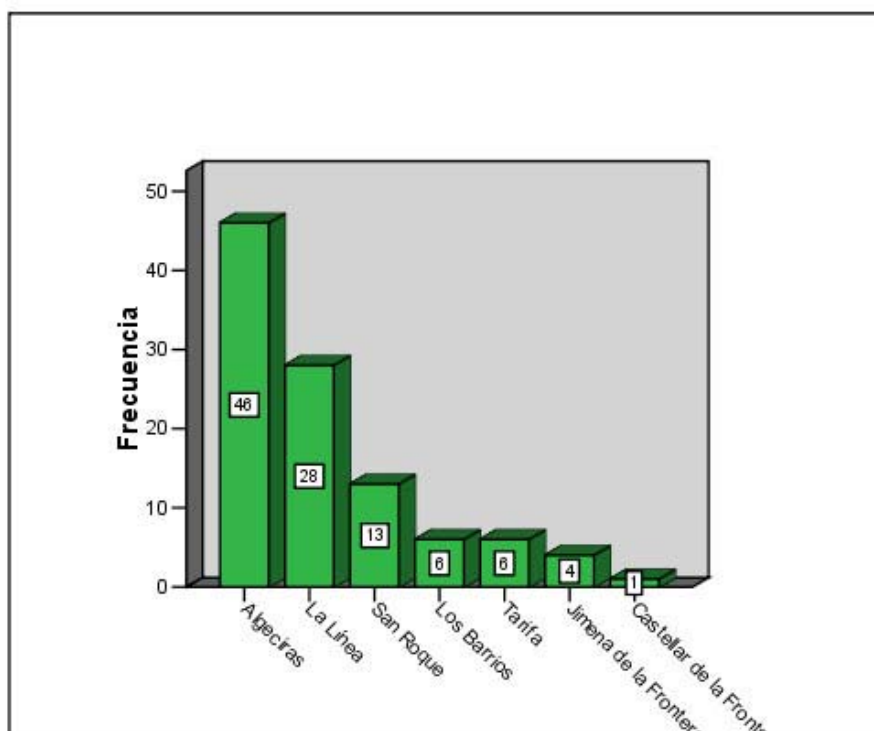
RESULTADOS GRUPO 2: FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL CAMPO DE GIBRALTAR

La distribución de oficinas de farmacia en los municipios del Campo de Gibraltar es la siguiente:

Tabla 1. Localidad

	Frecuencia	Porcentaje
Algeciras	46	44.2
La Línea	28	26.9
San Roque	13	12.5
Los Barrios	6	5.8
Tarifa	6	5.8
Jimena de la Frontera	4	3.8
Castellar de la Frontera	1	1.0
Total	104	100.0

Localidad



Como se refleja en el gráfico, la mayoría de los farmacéuticos, en concreto el 83,6% del total de la muestra, se distribuyen entre las localidades de Algeciras, La Línea de la Concepción y San Roque.

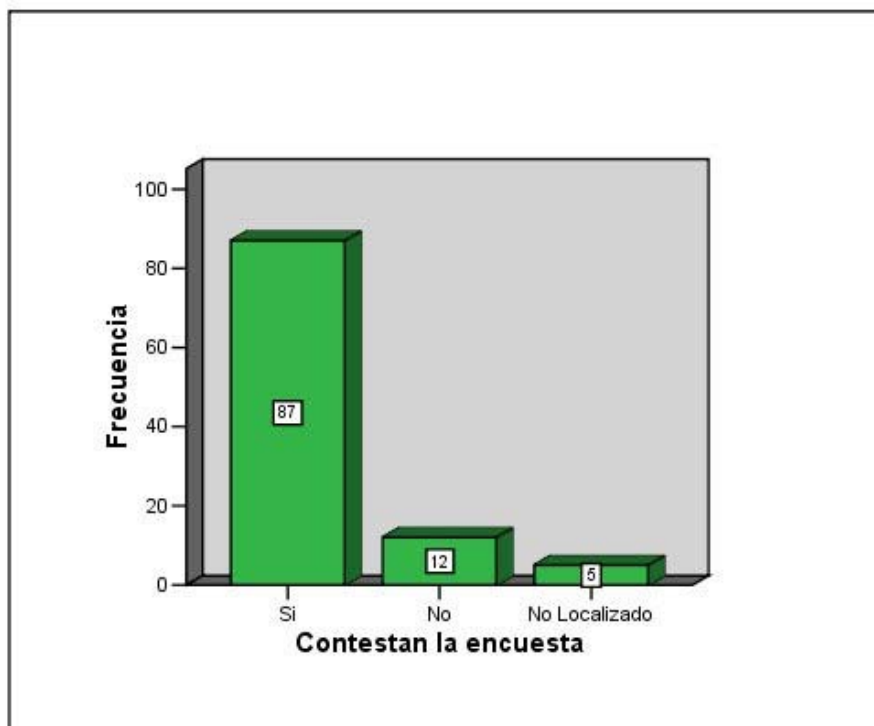
El tamaño de la muestra es de 104 farmacéuticos, se corresponde con el total de farmacéuticos titulares de una oficina de farmacia ubicada en alguno de los municipios de la zona del Campo de Gibraltar.

No quisieron responder un total de 12 farmacéuticos y no se pudo contactar con 5 de ellos. Por tanto, responden al cuestionario el 83,7% de la muestra, es decir 87 farmacéuticos.

Tabla 2. Contestan la encuesta

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	87	83.7
<i>No</i>	12	11.5
<i>No Localizado</i>	5	4.8
<i>Total</i>	104	100.0

Contestan la encuesta



Observamos que la colaboración de los farmacéuticos que varía entre el 61,5% en San Roque hasta un máximo de 100% en Castellar, Jimena y Tarifa. (Tabla 3)

Tabla 3. Porcentaje de contestación según localidad

			Localidad						
			Algeciras	Castellar de la Frontera	Jimena de la Frontera	La Línea	Los Barrios	San Roque	Tarifa
Contestan la encuesta	Si	Recuento	41	1	4	22	5	8	6
		% de Localidad	89.1%	100.0%	100.0%	78.6%	83.3%	61.5%	100.0%
	No Localizado	Recuento	2	0	0	2	0	1	0
		% de Localidad	4.3%	.0%	.0%	7.1%	.0%	7.7%	.0%
	No	Recuento	3	0	0	4	1	4	0
		% de Localidad	6.5%	.0%	.0%	14.3%	16.7%	30.8%	.0%
Total	Recuento	46	1	4	28	6	13	6	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

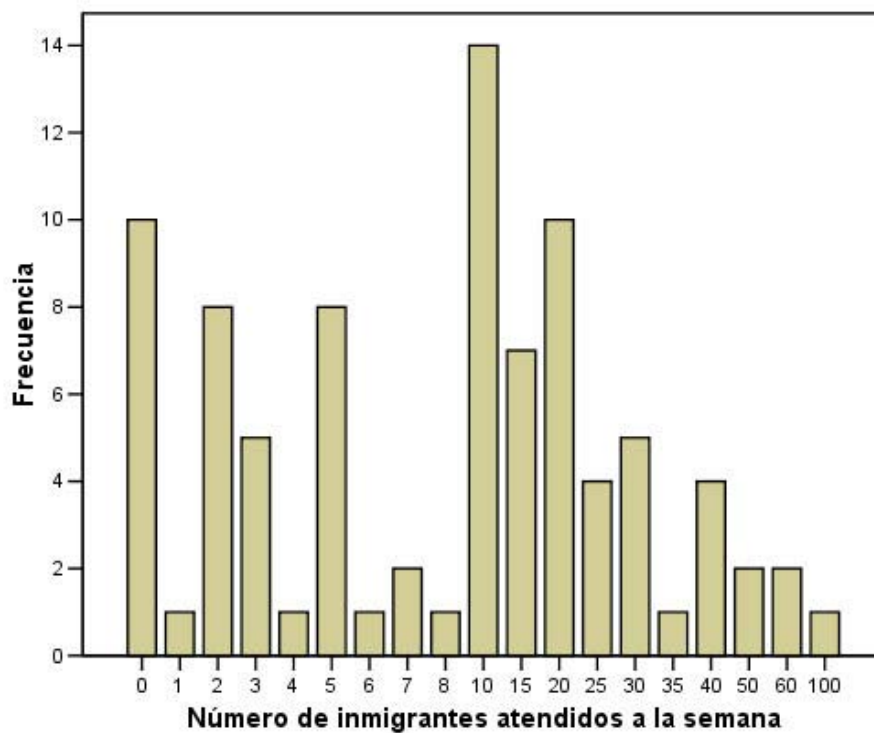
Pregunta 1: ¿Cuántos inmigrantes acuden a la semana aproximadamente a su farmacia?

Las respuestas de los farmacéuticos han sido muy variadas:

Tabla 4. Número de inmigrantes atendidos a la semana

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	10	11.5
1	1	1.1
2	8	9.2
3	5	5.7
4	1	1.1
5	8	9.2
6	1	1.1
7	2	2.3
8	1	1.1
10	14	16.1
15	7	8.0
20	10	11.5
25	4	4.6
30	5	5.7
35	1	1.1
40	4	4.6
50	2	2.3
60	2	2.3
100	1	1.1
<i>Total</i>	87	100.0

Número de inmigrantes atendidos a la semana



Como se observa en la tabla 4, el n^o de inmigrantes atendidos en 10 farmacias es prácticamente nulo. El resto se distribuye de una forma asimétrica hasta un máximo de 100 inmigrantes atendidos por semana.

Estas 10 farmacias (el 11,5% del total) no contestan, por tanto, a las preguntas referidas a la atención del inmigrante desde su oficina.

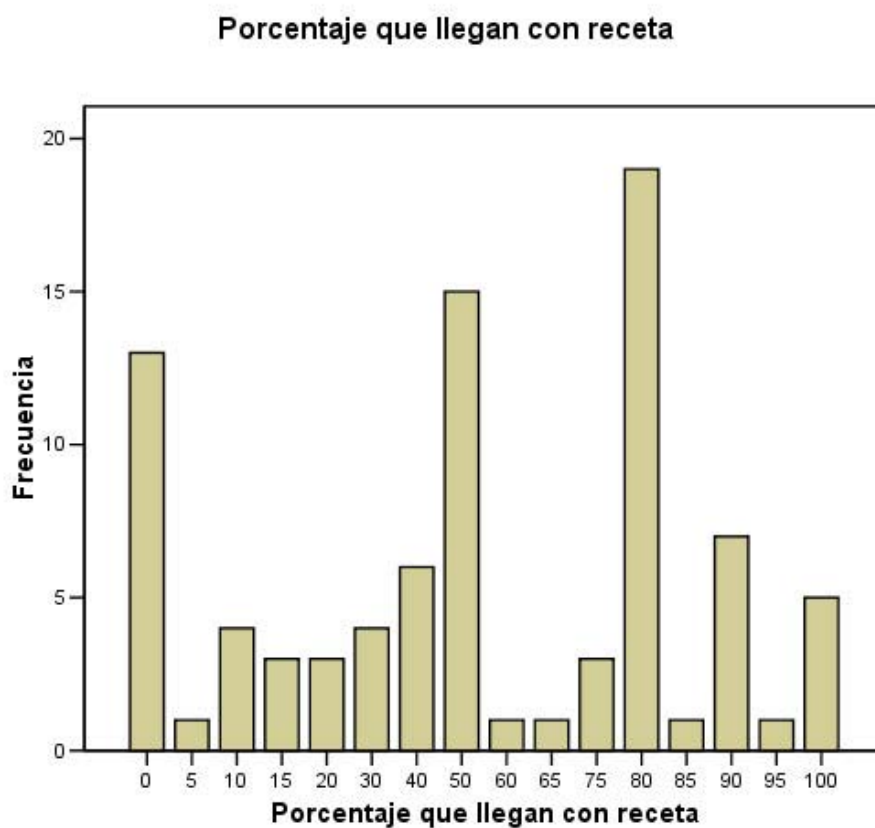
**Pregunta 2: ¿Con qué proporción acuden con receta médica?
¿Y solicitando el consejo o indicación farmacéutica?**

Las respuestas a estas preguntas han sido también muy diversas.

Trece de los farmacéuticos encuestados (14,9%) nos dice que ningún inmigrante que acude a su farmacia solicita un medicamento con receta médica. En 21 farmacias (38,9%) este porcentaje es inferior al 50%. Las 53 farmacias restantes estiman en un 50% o superior el porcentaje de inmigrantes que adquieren los medicamentos con receta, llegando incluso hasta el 100% en 5 farmacias (5,7% del total de farmacias).

Tabla 5. Porcentaje que llegan con receta médica

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	13	14.9
5	1	1.1
10	4	4.6
15	3	3.4
20	3	3.4
30	4	4.6
40	6	6.9
50	15	17.2
60	1	1.1
65	1	1.1
75	3	3.4
80	19	21.8
85	1	1.1
90	7	8.0
95	1	1.1
100	5	5.7
<i>Total</i>	87	100.0



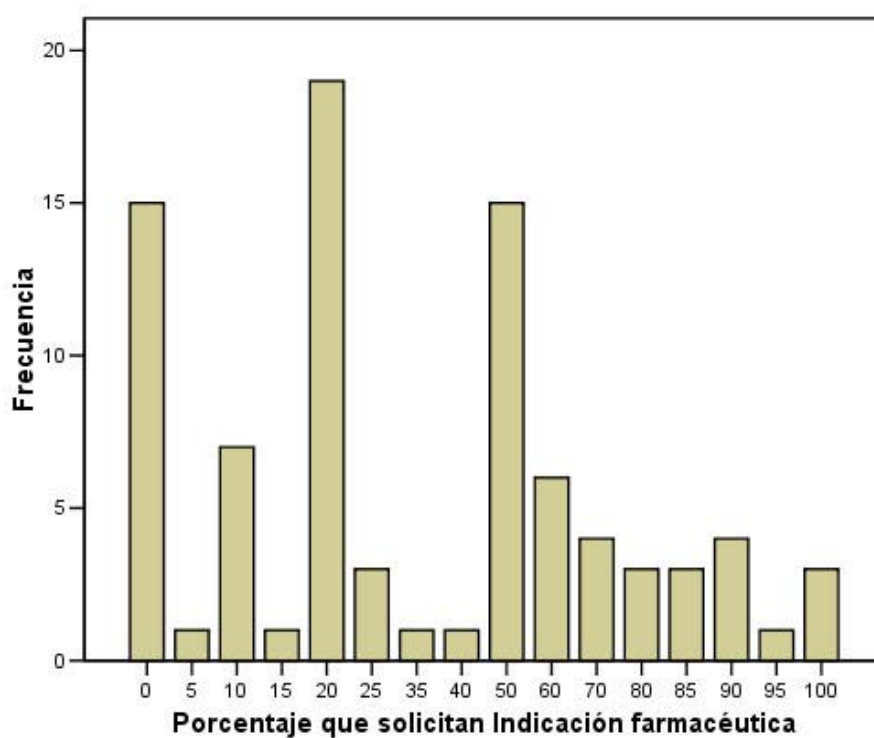
El porcentaje de inmigrantes que acuden a la farmacia solicitando el consejo ó la indicación del farmacéutico, varía entre el 0% en 15 farmacias hasta el 100% en 3 casos, con un valor modal del 20% en 19 farmacias.

Tabla 6. Porcentaje que solicitan Indicación farmacéutica

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0	15	17.2
5	1	1.1
10	7	8.0
15	1	1.1
20	19	21.8
25	3	3.4
35	1	1.1
40	1	1.1
50	15	17.2
60	6	6.9

70	4	4.6
80	3	3.4
85	3	3.4
90	4	4.6
95	1	1.1
100	3	3.4
Total	87	100.0

Porcentaje que solicitan Indicación farmacéutica



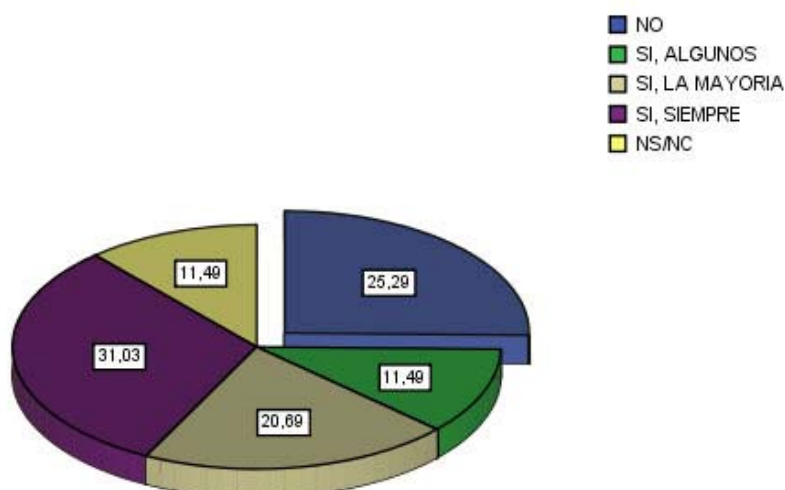
Pregunta 3: ¿Suelen preguntarle sobre el uso de los medicamentos que retiran de la farmacia?

22 farmacéuticos (25,3%) responden que los inmigrantes que acuden a su farmacia nunca preguntan por cómo usar los medicamentos que retiran de la misma, 10 (11,5%) indican que sólo lo hacen algunos inmigrantes, 18 (20,7%), la mayoría y 27 (31%) de los farmacéuticos encuestados han respondido que siempre preguntan.

Tabla 7. Preguntan por la forma de uso de los medicamentos

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	22	25.3
<i>SI, ALGUNOS</i>	10	11.5
<i>SI, LA MAYORIA</i>	18	20.7
<i>SI, SIEMPRE</i>	27	31.0
<i>NS / NC</i>	10	11.5
<i>Total</i>	87	100.0

Preguntan por la forma de uso de los medicamentos



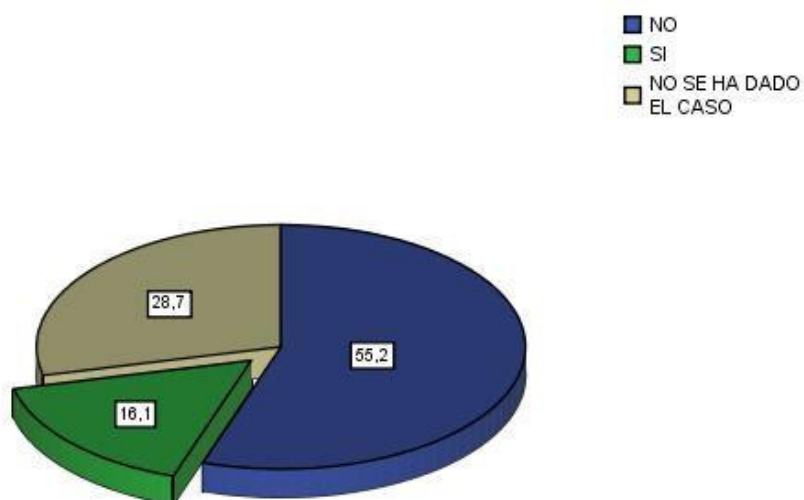
Pregunta 4: ¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?

Más de la mitad de los farmacéuticos, (48 ó 55,2%), aseguran que no han tenido problemas en encontrar medicamentos homólogos en España de los tratamientos de los inmigrantes en sus países de origen, medicamentos equivalentes o sustitutos. Sólo en 14 casos (16,1%) han tenido alguna dificultad y derivan al médico, y 25 farmacéuticos (28,7%) no se ha encontrado en tal situación.

Tabla 8. Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España a los de los tratamientos en sus países de origen

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	48	55.2
	SI	14	16.1
	NO SE HA DADO EL CASO	25	28.7
	Total	87	100.0

Tienen problemas en conseguir en España los medicamentos homólogos a los de sus países



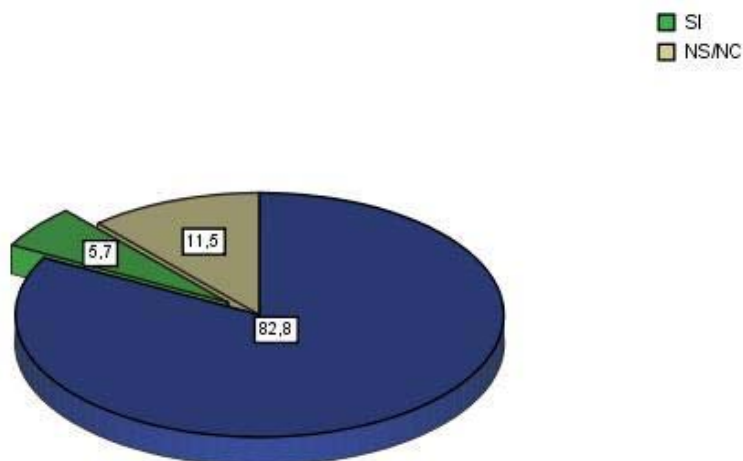
Pregunta 5: ¿Ha encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en algún paciente inmigrante?

72 farmacéuticos encuestados (82,8%) manifiestan que no han encontrado ningún problema derivado del uso de los medicamentos en pacientes inmigrantes. Sólo 5 farmacéuticos (5,7%) ha detectado alguna vez un problema relacionado con los medicamentos o PRM.

Tabla 9. Ha encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos (PRM) en algún paciente inmigrante

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	72	82.8
<i>SI</i>	5	5.7
<i>NS / NC</i>	10	11.5
<i>Total</i>	87	100.0

Ha detectado algún PRM en pacientes inmigrantes



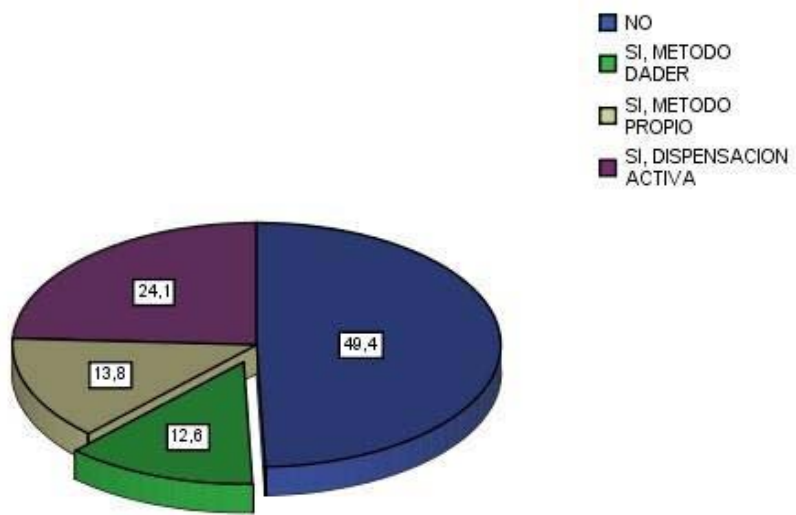
Pregunta 6: ¿Realiza Atención Farmacéutica y / o Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes en su oficina de farmacia?

Los farmacéuticos que realizan atención farmacéutica en su oficina de farmacia son 44 farmacéuticos, el 50,5% con respecto al total de la muestra. Aunque de éstos, 23 (26,4%), realizan Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes, 11 (el 12,6% de la muestra) utilizan la metodología Dáder y 12 farmacéuticos (13,8%) dicen utilizar una metodología propia. 21 de los farmacéuticos encuestados (24,1%) realizan Dispensación Activa. Y por último 43 farmacéuticos (49,4 %) no realizan ninguna de estas actividades en su oficina de farmacia.

Tabla 10. Realiza AF y / o SFT a pacientes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	43	49.4
<i>SI, METODO DADER</i>	11	12.6
<i>SI, METODO PROPIO</i>	12	13.8
<i>SI, DISPENSACION ACTIVA</i>	21	24.1
<i>Total</i>	87	100.0

Realiza AF y / o SFT a pacientes



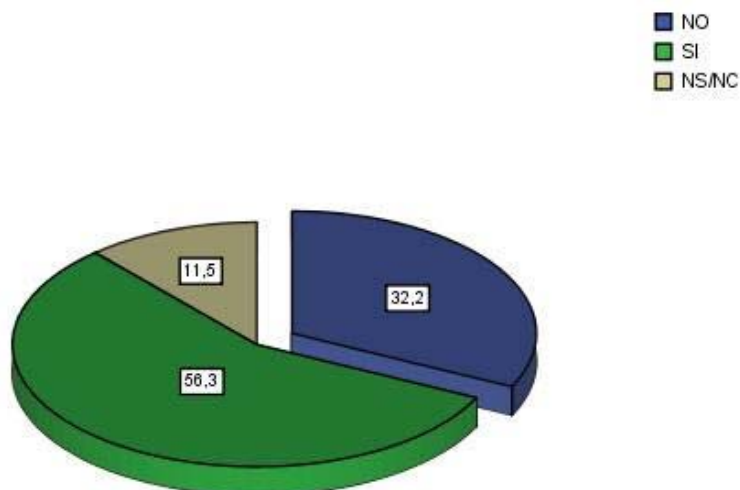
Pregunta 7: ¿Tiene problemas de comunicación con la población inmigrante?

49 farmacéuticos (56,3%) tienen problemas de comunicación con el colectivo inmigrante, siendo una dificultad para su atención. 28 farmacéuticos (32,2%) consideran que se entienden con este colectivo, es decir, que no tienen problemas de comunicación.

Tabla 11. Problemas de comunicación con inmigrantes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
NO	28	32.2
SI	49	56.3
NS/NC	10	11.5
Total	87	100.0

Problemas de comunicación con inmigrantes



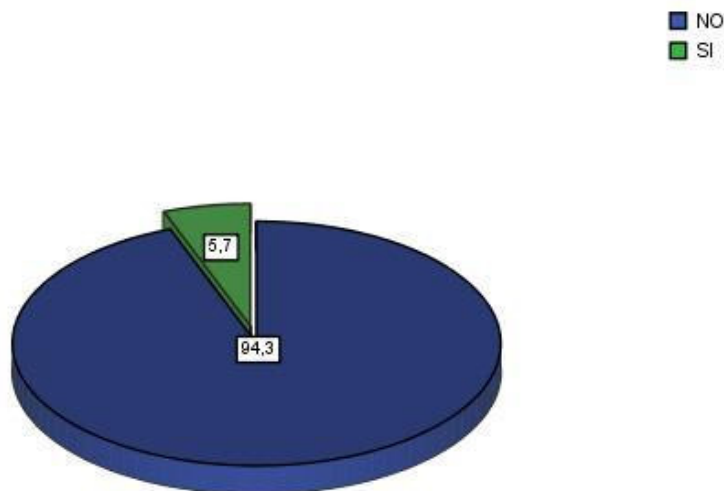
Pregunta 8: ¿Ha realizado algún tipo de formación con respecto a la atención sanitaria y / o farmacéutica a la población inmigrante?

Con respecto a la formación en temas específicos de atención sanitaria a la población inmigrante, sólo han recibido algún tipo de formación 5 farmacéuticos (5,7%) del total de la muestra. El 94,7% restante (82) no han recibido ningún tipo de formación sobre este tema.

Tabla 12. Ha recibido formación en atención sanitaria y /o farmacéutica a inmigrantes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	82	94.3
<i>SI</i>	5	5.7
<i>Total</i>	87	100.0

Ha recibido formación en atención sanitaria a inmigrantes



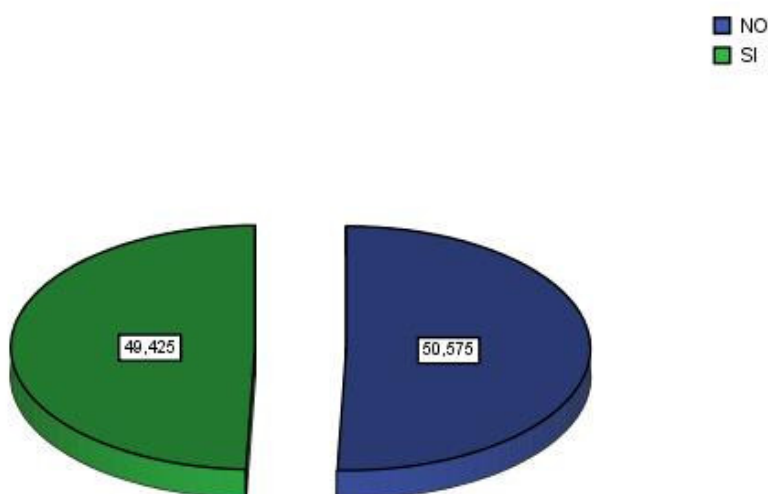
Pregunta 9: ¿Tendría interés en recibir algún tipo de formación sobre este tema?

Sí, estarían interesados en recibir formación sobre la atención sanitaria a la población inmigrante el 49,4% de los farmacéuticos (43). El resto no lo considera necesario o no les interesa (50,6% de la muestra ó 44 farmacéuticos).

Tabla 13. Tiene interés en recibir formación sobre atención sanitaria a inmigrantes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	44	50.6
<i>SI</i>	43	49.4
<i>Total</i>	87	100.0

Tiene interés en recibir formación en atención sanitaria a inmigrantes



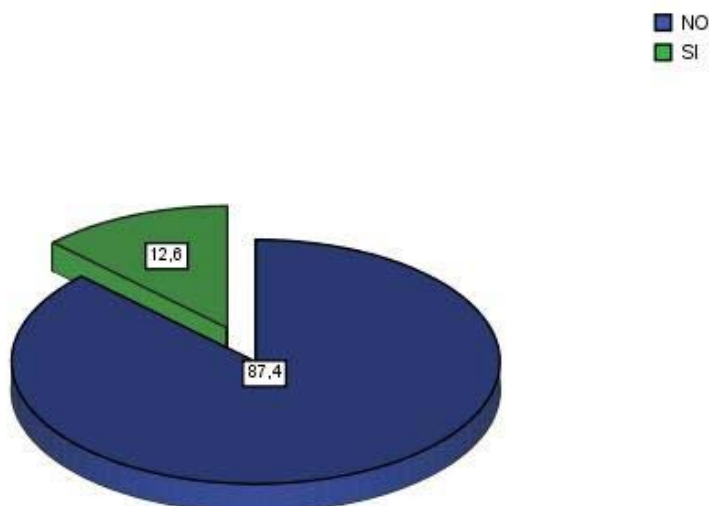
Pregunta 10 : ¿Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes?

A los farmacéuticos encuestados se les preguntó si conocían el Convenio en materia de Salud Pública para la población Inmigrante, firmado entre la Junta de Andalucía y otras organizaciones no gubernamentales para la mejora de la atención sanitaria a este colectivo. Un número de 76 farmacéuticos (87,4% del total dela muestra) no lo conocen, sólo 11 farmacéuticos (12,6%) dicen tener conocimiento del mismo.

Tabla 14. Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	76	87.4
<i>SI</i>	11	12.6
<i>Total</i>	87	100.0

Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes



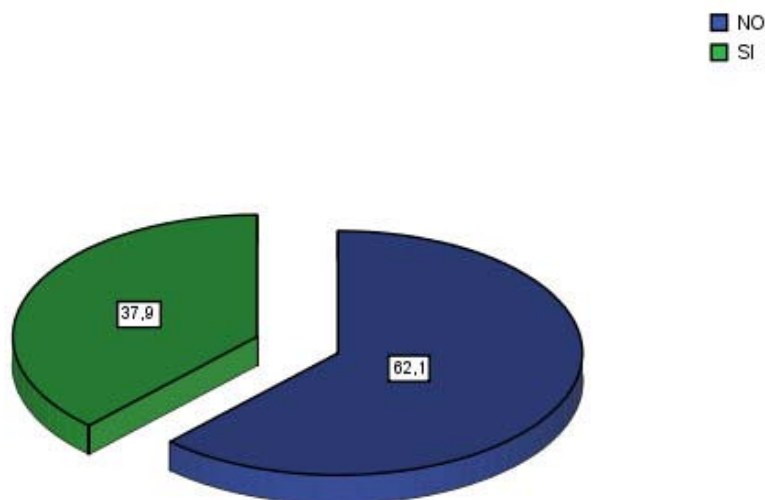
Pregunta 11: ¿Ha colaborado alguna vez con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica para inmigrantes sin recursos de la zona del Campo de Gibraltar?

Los farmacéuticos, a título propio, colaboran con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica a inmigrantes, así lo afirman el 37,9% de los encuestados.

Tabla 15. Ha colaborado alguna vez con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica para inmigrantes sin recursos de la zona del Campo de Gibraltar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	NO	54	62.1	62.1
	SI	33	37.9	37.9
	Total	87	100.0	100.0

Ha colaborado con ONG



Pregunta 12: ¿Estaría interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante?

¿Cómo?

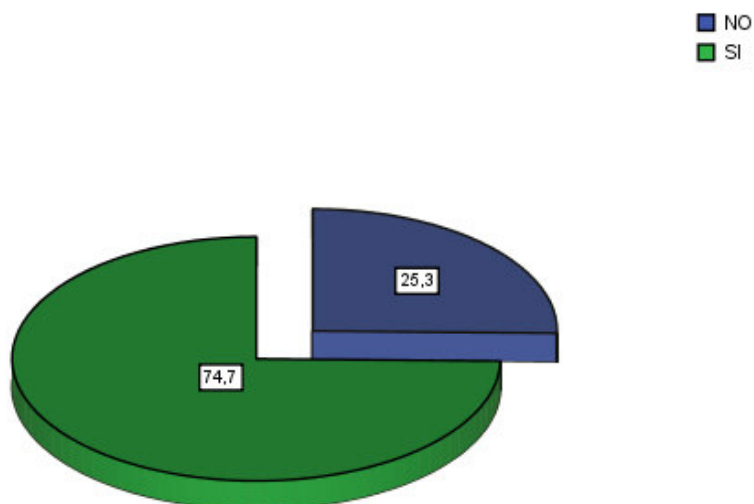
- a. Educación sanitaria, entrega de material informativo de prevención de salud.
- b. Colaboración en la derivación de inmigrantes a los servicios de salud públicos en caso de que lo necesitaran.
- c. Atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico.
- d. Donación de medicamentos a través de ONG's para inmigrantes sin recursos
- e. Todas.
- f. Otras.

Sí, estarían interesados en la colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de los inmigrantes, el 74,7% de los farmacéuticos encuestados.

Tabla 16. Está interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>NO</i>	22	25.3
<i>SI</i>	65	74.7
<i>Total</i>	87	100.0

Está interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la Atención Sanitaria de la población inmigrante



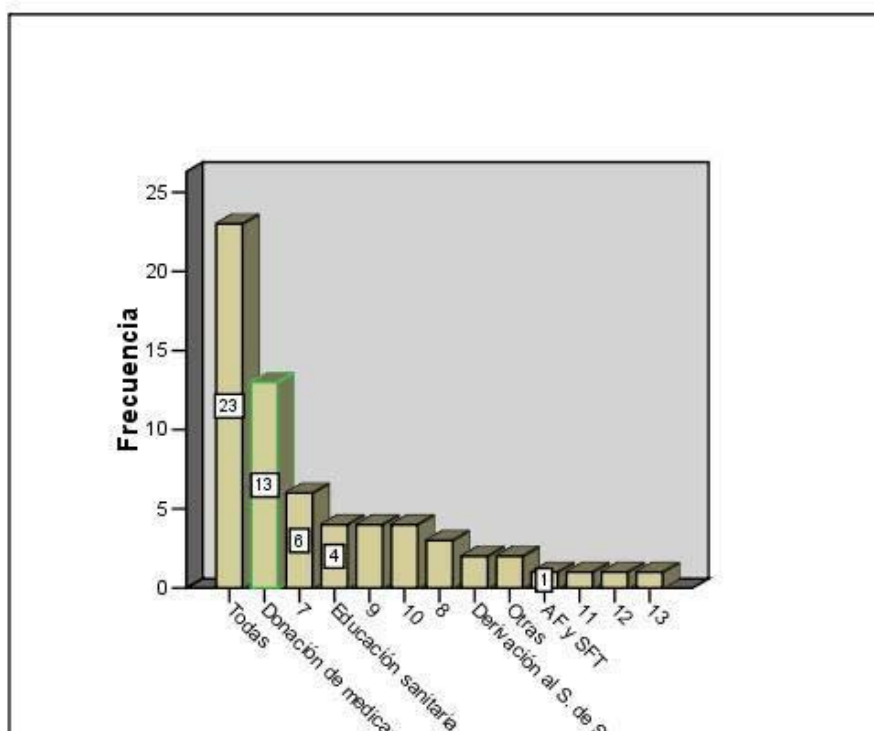
Los farmacéuticos estarían dispuestos a colaborar en la mejora de la atención sanitaria al colectivo inmigrante de la siguiente forma:

Tabla 17. Cómo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Todas	23	26.4	35.4
Donación de medicamentos a través de ONG	13	14.9	20.0
7	6	6.9	9.2
Educación sanitaria	4	4.6	6.2
9	4	4.6	6.2
10	4	4.6	6.2
8	3	3.4	4.6
Derivación al S. de Salud público	2	2.3	3.1
Otras	2	2.3	3.1
AF y SFT	1	1.1	1.5
11	1	1.1	1.5
12	1	1.1	1.5
13	1	1.1	1.5

	Total	65	74.7	100.0
Perdidos	Sistema	22	25.3	
Total		87	100.0	

Cómo



- 1) Educación sanitaria, entrega de material informativo sobre prevención de salud.
- 2) Colaboración en la derivación de inmigrantes a los servicio de salud públicos en caso de que lo necesitaran.
- 3) Atención farmacéutica Y Seguimiento Farmacoterapéutico.
- 4) Donación de medicamentos a través de ONG's para inmigrantes sin recursos.
- 5) Todas.
- 6) Otras.
- 7) 1 y 2
- 8) 1, 2 y 4
- 9) 2 y 4
- 10) 1 y 4

11)2, 3 y 4

12)1 y 3

13)1 y 6

Se observa una variación de respuesta entre los farmacéuticos, con respuestas múltiples muy diversas. Señalar que el 35,4% (23 farmacéuticos de la muestra) han respondido que estarían dispuestos a colaborar en la mejora de la atención sanitaria a los inmigrantes de todas las formas sugeridas, es decir, prestando educación sanitaria a inmigrantes, divulgando material informativo sobre salud preventiva, derivando a los inmigrantes a los centros de salud públicos, llevando a cabo actividades de atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico en estos pacientes, y, donando medicamentos a través de ONG's para los inmigrantes sin recursos. El 20% estarían dispuestos a donar medicamentos a ONG's y el 9,2% contestaron que colaborarían en la educación sanitaria y derivación a los centros de salud de éstos pacientes. El resto se reparte entre otras opciones de respuesta, en su mayoría respuestas múltiples entre las opciones 8, 9 y 10, que incluyen como respuesta la educación sanitaria, derivación de inmigrantes y donación de medicamentos. El 36,9 % sobre el total de la muestra estaría dispuesto a colaborar realizando atención farmacéutica o Seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes. Como otras formas de colaborar, opción que contestaron el 3.1% de los farmacéuticos encuestados, comentaron las siguientes:

- Colaboración prestando atención desde su farmacia como a cualquier otro paciente.
- Mejorando la atención desde su farmacia resolviendo los problemas que puedan plantear (idioma, medicamentos homólogos etc.).
- Donativos económicos.

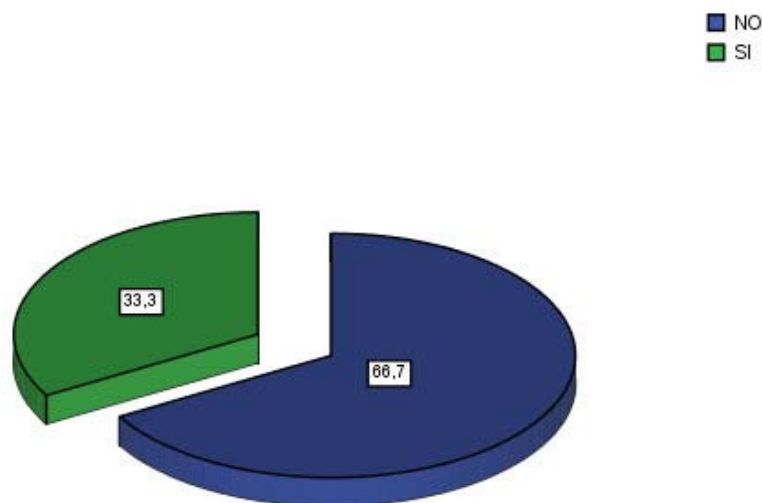
Pregunta 13: ¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo?

Por último, se les preguntó si tenían alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo sin recursos. El 66,7 % de los farmacéuticos encuestados no dieron ninguna sugerencia, es decir 58 de los 87 farmacéuticos que respondieron a la encuesta.

Tabla 18. Tiene sugerencias para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos de la población inmigrante

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>
<i>NO</i>	58	66.7	66.7
<i>SI</i>	29	33.3	33.3
<i>Total</i>	87	100.0	100.0

Tiene alguna sugerencia



De los farmacéuticos que no aportan sugerencias, el 66,7%, señalar que un 9,2%, comenta que desconocía la situación como para opinar, y un 19,4% considera que los inmigrantes están bien atendidos, con diversidad de opiniones, igual que los españoles o mejor, bien atendidos por las ONG's etc.

Sólo el 33,3% de los farmacéuticos aportaron alguna sugerencia, y las respuestas fueron muy variadas como podemos observar en la tabla 19. Destacar que el 9,1% sugiere que con la regularización de los inmigrantes se conseguiría una mejor asistencia farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo, en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles. El resto de los farmacéuticos sugieren mejoras muy diversas, mejoras en la organización, mayor información a farmacéuticos, mayor información a usuarios inmigrantes, mayor colaboración entre profesionales sanitarios, mejoras en el acceso a la atención sanitaria, mayor agilidad administrativa concesión tarjeta sanitaria de reconocimiento temporal, mejoras en la comunicación con este colectivo mediante la figura del traductor, hojas traducidas o clases de castellano para inmigrantes, creación farmacias sociales para personas sin recursos, facilitar la prestación farmacéutica a los que la necesitan etc...

Tabla 19: Sugerencias

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
	<i>No</i>	31	35.6	35.6
	<i>No, depende de las políticas migratorias</i>	1	1.1	36.8
	<i>No, depende de otras entidades públicas</i>	1	1.1	37.9
	<i>No, desconoce la situación como para opinar</i>	8	9.2	47.1
	<i>No, considera que están bien atendidos</i>	9	10.3	57.5
	<i>No, considera que están bien atendidos igual o mejor que los españoles</i>	1	1.1	58.6
	<i>No, considera que están bien atendidos igual que los españoles</i>	5	5.7	64.4

<i>No, considera que están bien atendidos por las ONG actuales (parroquias, monjas...)</i>	2	2.3	66.7
<i>Si, facilitar mas información y el acceso a la asistencia sanitaria y medicamentos desde los centros de salud</i>	1	1.1	67.8
<i>Si, mayor información a los farmacéuticos de la situación actual</i>	1	1.1	69.0
<i>Si, organización para facilitar la ayuda que les haga falta</i>	1	1.1	70.1
<i>Si, organización y mayor información para la colaboración para mejorar la asistencia sanitaria</i>	1	1.1	71.3
<i>Si, mayor colaboración de todos y organización para garantizar uso de la medicación necesaria en estos pacientes u otros sin recursos</i>	1	1.1	72.4
<i>Si, clases de castellano a inmigrantes</i>	1	1.1	73.6
<i>Si, colaboración del farmacéutico con los médicos de atención primaria y reducir o eliminar la aportación de las recetas con cargo al SNS</i>	1	1.1	74.7
<i>Si, crear farmacias sociales para que todas estas personas accedan a los medicamentos de forma gratuita</i>	1	1.1	75.9
<i>Si, dedicarles mayor atención en la farmacia por el problema idiomáticos y ayudarles en la medida de lo posible como cualquier otro paciente.</i>	1	1.1	77.0
<i>Si, dedicarles mayor atención y mas tiempo para una mejor asistencia sanitaria, y mayor entendimiento</i>	1	1.1	78.2
<i>Si, facilitar la comunicación mediante traductores, acompañantes u hojas traducidas a diversos idiomas sobre patologías comunes y síntomas frecuentes</i>	1	1.1	79.3
<i>Si, iguales derechos que los cualquier ciudadano sin recursos</i>	1	1.1	80.5

<i>Si, información y mejora de acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios</i>	2	2.3	82.8
<i>Si, mayor agilidad administrativa en conceder la Tarjeta sanitaria de reconocimiento temporal</i>	2	2.3	85.1
<i>Si, mayor información a inmigrantes y profesionales sanitarios</i>	1	1.1	86.2
<i>Si, mayor información a los farmacéuticos y resolver problemas idiomáticos</i>	1	1.1	87.4
<i>Si, mejor atención médica e información de cómo acceder a la atención sanitaria y resolución problemas de comunicación</i>	1	1.1	88.5
<i>Si, mejor atención médica y prestación farmacéutica desde los propios centros de salud u hospitales</i>	1	1.1	89.7
<i>Si, regularización</i>	6	6.9	96.6
<i>Si, regularización y Mayor agilidad administrativa en conceder la Tarjeta sanitaria de reconocimiento temporal</i>	1	1.1	97.7
<i>Si, regularización y mayor información a farmacéuticos sobre la asistencia sanitaria a inmigrantes para una mayor colaboración</i>	1	1.1	98.9
<i>Si, traductores en atención sanitaria</i>	1	1.1	100.0
Total	87	100.0	

RESULTADOS GRUPO 3: FARMACÉUTICOS DEL DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAMPO DE GIBRALTAR Y FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS UBICADOS EN DICHA ZONA

Se incluyeron en este grupo a:

- Técnico de Salud del Medicamento del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar.
- Jefes de Servicio de Farmacia Hospitalaria de los Hospitales ubicados en la comarca Campo Gibraltareña, que son, el Hospital Punta Europa, en Algeciras, y el Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción.

Atención Farmacéutica a los Inmigrantes del Campo de Gibraltar

	Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar	Hospital Punta Europa (Algeciras) "Hospital Amigo del Inmigrante"	Hospital Comarcal La Línea de la Concepción
Puesto	Técnico de Salud del Medicamento	Jefe del Servicio de Farmacia de Hospital	Jefe del Servicio de Farmacia de Hospital
Funciones	Conexión AP-Hospital en temas de medicamento, suministro de medicamentos a urgencias, programa de vacunas y suministro, programa medicación extranjera, visados medicamentos, control de recetas y uso racional del medicamento (información a médicos, sesiones clínicas...)	Gestión y organización del servicio de farmacia, formulación magistral y nutrición enteral...	Gestión económica y clínica del servicio de farmacia (stock, distribución, uso racional del medicamento), formulación magistral, protocolos farmacotecnia, N. enteral y atención a pacientes externos.
Realiza AF y / ó SFT	NO	SI, metodología propia, no Dáder.	SI (pacientes ingresados unidosis y pacientes externos VIH, oncológicos, HepB, esclerosis múltiple)
Protocolos Atención Sanitaria Inmigrantes	SI	NO, se tratan como un ciudadano más, existen protocolos por patologías.	NO, se tratan como un ciudadano más, existen protocolos por patologías. Tampoco existe mucha afluencia de este colectivo.
Conoce Convenio Salud Pública para Inmigrantes	SI	NO	NO
Atención Farmacéutica a Inmigrantes	NO (Si colabora en la información a profesionales sanitarios sobre la guía de atención sanitaria al inmigrante)	NO, recibe la atención como cualquier otro paciente.	SI, como a otros pacientes ingresados unidosis y Externos (en caso de VIH, HepB etc...)
Problemas en conseguir medicamentos homólogos de inmigrantes	NO	NO, siempre hay similares o sustitutos, si no se le prescribe nuevo tratamiento	NO
Ha detectado algún PRM en pacientes inmigrantes	NO (en su trabajo no está contacto con pacientes)	SI, problemas con dosis de medicamentos por exceso y por defecto a causa de su escasa formación cultural y problemas idiomáticos	NO, PRM en concreto no, problemas idiomáticos
Recibe formación en atención sanitaria y / o farmacéutica a inmigrantes	NO	NO	NO
Interesado en recibir formación	SI	SI	SI
Interesado en colaborar mejora atención farmacéutica a inmigrantes	SI	SI	SI
Cómo	Intervenir directamente en el seguimiento de los tratamientos de éstos y otros pacientes	Realizando la labor de AF y detección de problemas de salud pública.	Labor de información sobre los medicamentos y educación sanitaria (enfermedades, funcionamiento Sistema Sanitario.
Sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso medicamentos para inmigrantes	Estructurar los servicios sanitarios (centros de salud y farmacias) para llevar a cabo el SF y medidas de prevención sobre la salud, labores a destacar del farmacéutico	Reestructuración del los servicios de farmacia de hospital con ampliación de personal para poder llevar a cabo AF y detección de problemas de salud pública, para todos los pacientes en general. En cuanto al acceso a los medicamentos es un problema social mas que sanitario.	Encauzar la atención sanitaria en mayor información sobre el medicamento a cualquier paciente para detectar PRM y evitarlos, potenciarlos desde centros de salud y oficinas de farmacia.

RESULTADOS GRUPO 4: PERSONAL DE LAS ENTIDADES QUE COLABORAN EN LA ACOGIDA AL INMIGRANTE, ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES COLABORADORAS EN EL CONVENIO DE SALUD PÚBLICA PARA INMIGRANTES, DE LA ZONA DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Se incluyen las entidades que se encuentran en la comarca del Campo de Gibraltar y que colaboran en la acogida del inmigrante a su llegada prestando, entre otros servicios, los relacionados con la asistencia sanitaria (atención sanitaria, atención médica de urgencia, derivaciones y acompañamientos a hospitales y centros de salud, seguimiento, información, orientación y asesoramiento sobre derechos sanitarios, convenio de salud para inmigrantes y funcionamiento del sistema sanitario, tramitación de la tarjeta sanitaria temporal y traducciones).

En este grupo incluimos a las siguientes entidades:

- Cruz Roja Española en Tarifa (Equipo de Intervención Rápida en Emergencias, EIRE).
- Cruz Roja Española en Algeciras.
- Asociación Algeciras Acoge, de la Federación Andalucía Acoge
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Los Barrios
- Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Algeciras

Todas prestaron su colaboración a excepción del Centro de Atención al Inmigrante Cardijn en Tarifa.

El cuestionario se realizó a personas relacionadas con la responsabilidad del centro, la asistencia sanitaria a los inmigrantes o representantes de cada una de las entidades suscritas al convenio en materia de salud pública para inmigrantes.

Atención Farmacéutica a los Inmigrantes del Campo de Gibraltar

Entidad	Cardijn Algeciras	Cardijn Los Barrios	Algeciras Acoge	Cruz Roja Tarifa	Cruz Roja Algeciras
Puesto	Coordinador de la acogida de inmigrantes	Responsable de Cardijn Los Barrios, coordinador en la acogida de inmigrantes	Responsable del área sanitaria de Algeciras Acoge	Médico Cruz Roja Tarifa	Mediador intercultural de Cruz Roja en Algeciras
Función	Organizar ropa, alimentos, medicamentos, necesarios en la acogida de inmigrantes	Coordinación en la tramitación de documentos inmigrantes, alimentación, ropa y cursos.	Atención sanitaria al inmigrante	Médico ERIE (Equipo de Intervención Rápida en Emergencias-Cruz Roja):Atención sanitaria y acogida al inmigrante durante y después del desembarco	Traductor y asesor jurídico
Tiempo que lleva en el trabajo	20 años	5 años	8 años	15 años	1 año
Asistencia sanitaria que proporcionan a inmigrantes	Tramitación TAS (tarjeta de Atención Sanitaria, de reconocimiento temporal de la asistencia sanitaria) acompañamiento al médico y suministro de medicamentos.	Tramitación TAS, acompañamiento al médico con traductor, gastos farmacológicos y seguimiento de los tratamientos (ATS en la residencia), educación sanitaria (cursos sobre prevención de la salud y reproducción sexual)	Tramitación TAS, acompañamiento al médico, relación con la administración (Fundación Progreso y Salud)	Atención urgente a heridos, quemados, embarazadas, traumatizados, hipotermias etc..a las personas que desembarcan en las costas.	Asesoramiento, tramitación TAS
Cómo obtienen los inmigrantes los medicamentos	Asociación diocesana pastoral de migraciones Cardijn corre con los gastos de los tratamientos farmacológicos necesarios	Los compran en la farmacia con receta médica y Cardijn aporta los medios económicos necesarios.	Tras acudir al médico, los compran con receta en la farmacia, pagando la aportación. Sólo en casos excepcionales a través de los Servicios Sociales del Ayuntamiento por motivos humanitarios se les consigue gratuitamente , igual que a los españoles	La medicación de urgencia durante y después del desembarco la facilita Cruz Roja	A través de MSF (Médicos sin Fronteras), CRE (Centro de Retención de Inmigrantes) y casas de acogida (durante su estancia)
Problemas en conseguir los medicamentos homólogos de inmigrantes	No, el médico en España receta los medicamentos necesarios	No, no suelen tomar medicación , toman los medicamentos que les receta el médico en España.	SI, alguna vez siempre se soluciona a través de la farmacia o el médico	No, colaboran con farmacias y centros de salud	No
Quién ayuda a inmigrantes con el uso de los medicamentos y seguimiento de los tratamientos	Enfermeros de la casa de acogida, acompaña al médico, transmite las instrucciones del médico a los inmigrantes y se los suministra.	Por los médicos del centro de salud y enfermeros de la residencia.	La ayuda del médico a través del traductor.	Los sanitarios de los centros de salud y en las casas de acogida también el responsable.	Centros de salud, ONG´s y centros de acogida
Ha encontrado problemas con el uso de medicamentos en inmigrantes (PRM)	Si. Deben estar muy pendientes sobre todo con africanos no entienden el concepto de dosis y piensan que cuanto más tomen se curan antes tras comprobar que se sienten mejor, también suelen ser temerosos y otros no los toman si no encuentran mejoría.	No	No. Los médicos tienden a recetar medicamentos que no sean muy complejos para estos pacientes y recetan el tratamiento completo	SI. La creencia de que al tomar un único comprimido se curan y no toman más	No

<p>Dificultades en la asistencia farmacéutica a inmigrantes</p>	<p>Si, económica</p>	<p>Si, Económica sobre todo en medicamentos que no cubre la Seguridad Social y de precio elevado. Necesitarían muestras gratuitas a través de los farmacéuticos o laboratorios</p>	<p>Si. El seguimiento de los tratamientos prolongados o en tratamientos para niños, debido a la movilidad de estos pacientes</p>	<p>Si. Idioma y cultura (desconocen el concepto de medicamento y dosis)</p>	<p>Si, Económica, sobre todo en casos de enfermedades que necesitan Tratamientos de larga duración, no pueden suministrar los medicamentos mensualmente y tampoco pueden realizar un seguimiento por su movilidad</p>
<p>Sugerencias mejoras atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos</p>	<p>ONG a nivel local que proporcionen medicamentos a los sin recursos en España</p>	<p>Potenciar la figura del mediador intercultural y traductor, es muy necesario.</p>	<p>Potenciar el consejo del farmacéutico en estos pacientes y escribir las indicaciones de los medicamentos y dosis a tomar a estos pacientes para evitar su mal uso y accidentes.</p>	<p>Educación sanitaria (medicamentos, dosis, terapias medicamentosas) a pesar de traducirles las instrucciones del médico desconfían hasta que no comprueban que es efectivo el tratamiento</p>	<p>Campañas de información dirigidas a los inmigrantes, integrar la figura del farmacéutico como profesional sanitario en la ayuda al inmigrante</p>
<p>¿Necesaria la colaboración de los farmacéuticos u organismos oficiales de farmacéuticos? ¿Por qué?</p>	<p>Si. Organización de colectivos de ayuda, a través de la universidad, y colaboración de laboratorios y COF para garantizar la cobertura farmacéutica</p>	<p>Si. Toda la colaboración es poca porque el problema de la inmigración va en aumento.</p>	<p>No se puede hacer más en cuanto al acceso de los medicamentos están en igualdad de condiciones que los españoles, potenciar la labor del farmacéutico</p>	<p>Si. Sobre todo en prevención de salud pública, es decir en patologías que suponen un riesgo para la comunidad (TBC, VIH...). Información y educación en salud preventiva.</p>	<p>Si. Al carecer de documentación en regla tienen muchas dificultades para acceder a los medicamentos, es necesaria la colaboración para garantizar una adecuada asistencia sanitaria.</p>

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

En la última década, las técnicas cualitativas de investigación social han empezado a utilizarse en salud pública, tanto para la investigación en servicios sanitarios (114) como en promoción de la salud (115).

Durante años, el único abordaje metodológico utilizado en ciencias de la salud, era el abordaje “cuantitativo”, pero la complejidad de las necesidades en salud han puesto de manifiesto la dificultad de esta metodología para aproximarse a la realidad, por ello actualmente en el análisis de la cambiante sociedad socio-sanitaria en nuestro entorno, se están incorporando otras aproximaciones conceptuales y metodológicas (116).

El objeto de la investigación cualitativa es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a comprender los fenómenos sociales en medios naturales, dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los participantes (114).

Es por esto que, la investigación cualitativa en salud ha abordado múltiples temáticas desde aproximaciones etnográficas, entre otros temas, los sistemas de atención, la medicina tradicional, las medicinas alternativas, los saberes populares, la religión y la salud, procesos y modelos de vida etc...así como las áreas de salud mas incursionadas cualitativamente desde las ciencias sociales son la etno-medicina, los sistemas de atención, aspectos sociales de las profesiones en salud, educación médica entre otras... (117).

Se recomienda la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas por su complementariedad (118), la necesidad de utilizar ambos métodos es la complejidad de objetos de estudio en la investigación en salud.

La utilización de técnicas cualitativas nos ha permitido abordar la realidad de la atención sanitaria a los inmigrantes económicos irregulares con mayor perspectiva, y, las técnicas cuantitativas estudiar la asociación o correlación entre variables.

Las técnicas utilizadas son entrevistas estructuradas, es decir con una redacción y orden de preguntas preestablecido e igual para todos los sujetos dentro de cada grupo. La entrevista es una forma de indagación que busca mediante la comunicación lingüística obtener información de interés para el objeto de estudio. Muchas de las preguntas son cuantitativas y cualitativas a la vez.

V. 1. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo resumimos los problemas de la investigación con inmigrantes en dos áreas fundamentales, en primer lugar, la validez y fiabilidad de los instrumentos aplicados a las minorías étnicas, en segundo, la accesibilidad a la población inmigrante en situación administrativa irregular y la representatividad de las muestras de población foránea.

En relación a los sesgos de medida, prestamos especial atención a la equivalencia lingüística y conceptual entre grupos, el estilo de respuesta de la minoría étnica y el efecto del grupo de pertenencia del investigador, entre otros aspectos.

Como estrategias para afrontar dichas dificultades, valoramos las técnicas de recogida de datos (selección y registro de los aspectos de la realidad a investigar), el alcance de la validación de los cuestionarios utilizados, su traducción y re-traducción, y la participación de mediadores y traductores - intérpretes, entre otros aspectos.

Entre los problemas de muestreo, valoramos las dificultades para conseguir la entrada en la comunidad y lograr tasas elevadas de respuesta, así como, la falta de heterogeneidad demográfica en muchas de las muestras de minorías. Como alternativas metodológicas con las que garantizar la representatividad, se propusieron la utilización de encuestadores intérpretes, mediadores interculturales que trabajan con y para el colectivo inmigrante e informantes clave, y, la elección de los escenarios de recogida de datos. Asimismo en la aplicación de técnicas cualitativas, el muestreo no persigue la representatividad de la población estudiada, se busca la saturación, lo cual significa que se lleva a cabo un muestreo acumulativo, en el que se detiene la incorporación de unidades de muestreo (sujetos) cuando la información que se obtiene ya es redundante, es decir, cuando el investigador obtiene la misma

información o similar y no se indica algo diferente, o no aporta nada nuevo (119). De aquí se deduce que el tamaño de la muestra será flexible y reducido (120).

En cuanto al resto de los grupos participantes en el estudio, las muestras son representativas, pues se realizaron entrevistas a todos los integrantes de cada grupo que pertenecen al área delimitada en el estudio, la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar. Los grupos fueron concretados en base a la revisión bibliográfica en la fase preparatoria y la información proporcionada por los informantes, claves para la elección del escenario (donde tiene lugar la colecta de datos) y los tipos de ambientes (casas de acogida, ONG's, farmacias comunitarias, hospitales y distrito sanitario), que corresponden al diseño del estudio.

Por último y para garantizar la validez de los resultados se utilizó como estrategia la triangulación de técnicas en el análisis de la información (121): en primer lugar se hizo la triangulación por parte de dos investigadores del equipo en la codificación de las respuestas obtenidas y por otro lado se triangularon los datos y la información obtenida en las entrevistas estructuradas de cada grupo, es decir, los inmigrantes, farmacéuticos comunitarios, de hospital y de distrito, y ONG's, para la verificación de los resultados y la obtención de las conclusiones del estudio. De este modo, con la triangulación metodológica potenciamos los hallazgos al utilizar aproximaciones cuali-cuantitativas, es decir aumentamos la confiabilidad de los resultados a través de su análisis desde distintas perspectivas. A pesar de la heterogeneidad de los enfoques y técnicas que integran la visión cualitativa de la investigación, el uso de técnicas cuantitativas nos permite el estudio de la variabilidad de las respuestas para su posterior análisis.

V.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio de la atención farmacéutica y las medidas para mejorar la asistencia farmacéutica que reciben estos pacientes, acceso o dificultades de acceso a la prestación farmacéutica y las necesidades y / o dificultades de los farmacéuticos en la atención a este colectivo, no se ha llevado a cabo anteriormente, por lo tanto, no es posible contrastar los resultados que se desprenden de este estudio con los de otro conocido.

De los resultados obtenidos en cada grupo discutimos como aspectos relevantes los siguientes:

□ **Grupo 1: Inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar.**

▪ **Recogida de datos**

Las encuestas se realizaron a los inmigrantes en los centros de las entidades no gubernamentales de la zona del Campo de Gibraltar, que colaboran en la acogida del inmigrante a su llegada prestando, entre otros servicios, los relacionados con la asistencia sanitaria.

Se pudo acceder a una muestra de 95 inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en la zona del Campo de Gibraltar, pero fueron 78 inmigrantes los que contestaron a la encuesta.

El temor de los inmigrantes por su condición de irregularidad administrativa en el país, puede ser el motivo de que un número de 17 inmigrantes no quisieran responder a la encuesta, a pesar de garantizarles el anonimato.

De los centros a los que se accedió a la población inmigrante obtuvimos una mayor porcentaje de respuesta en Cardijn Algeciras y Cruz Roja de Algeciras, con un 100% de contestación sobre las solicitudes de encuesta. En Algeciras Acoge y Cruz Roja de Algeciras, fueron los centros donde más encuestas se pudieron llevar a cabo, en valor absoluto 40 en Algeciras Acoge y 24 en Cruz Roja de Algeciras, por tratarse de lugares donde acuden a diario muchos inmigrantes, para resolver problemas

administrativos, laborales y sanitarios entre otros. En los centros de acogida para inmigrantes (Cardijn Algeciras, Cardijn Los Barrios y Cruz Blanca), donde se alojan mayoritariamente a mujeres inmigrantes embarazadas y / o acompañadas de sus hijos, inmigrantes enfermos (cubriendo las necesidades sanitarias de los mismos) y transeúntes (inmigrantes de paso que se dirigen a otros lugares como destino), se llevaron a cabo menor número de encuestas, pues se realizó a los inmigrantes que en el momento del estudio se encontraban en estas residencias en acogida.

▪ **Tipología inmigrantes**

El 59% de los inmigrantes entrevistados son hombres (46 sobre el total de la muestra), y el 41% (32) mujeres. Según las fuentes consultadas (4), Andalucía ha tenido un notable incremento porcentual de mujeres, con un 46,39 % actualmente, dato que se asemeja al de la muestra de estudio. Este notable aumento de la feminización, hace que se esté igualando la distribución por sexo en Andalucía, como en el resto de España. Esto pone de manifiesto que existe todavía una inmigración económica protagonizada sobre todo por hombres, aunque con un porcentaje de mujeres progresivamente más importante debido a procesos de reagrupación familiar y proyectos migratorios individuales.

La edad media de la muestra de inmigrantes entrevistados es de 30 años (D.E: 9,7), con una distribución asimétrica negativa. Por grupos de edad, un número de 53 inmigrantes (67,9%) entre 18 y 30 años, 18 (23,1%) entre 31 y 45 años y 7 inmigrantes (el 9% sobre el total de la muestra) entre 46 a 65 años. En Andalucía como en el resto de España, en la distribución de la población extranjera según grupos de edad, existe una mayor concentración de extranjeros en edades activas (16-64 años), ya que la mayoría de la población inmigrante viene a España a buscar un puesto de trabajo (4).

Según la procedencia de los inmigrantes, están más representados porcentualmente, por este orden, los subsaharianos (57,69%, 45 inmigrantes), seguidos de latinoamericanos (26,92%, 21 inmigrantes) y magrebíes (24,35%, 19 inmigrantes). Por tanto, hay una mayor presencia de inmigrantes procedentes del continente africano, y en segundo lugar, de los procedentes de países Latinoamericanos. Lo cual

coincide con los datos de extranjeros no comunitarios de mayor presencia residiendo en Andalucía (4). Los tres grupos principales de extranjeros que residen en Andalucía son los Europeos Comunitarios, los Africanos y los Iberoamericanos. Existe una mayor presencia de Europeos Comunitarios, con un 43,11 % sobre el total de extranjeros en Andalucía, y como extranjeros no comunitarios, le siguen los Africanos con un 26,54% y los iberoamericanos 17,78%.

El tiempo medio de estancia en España de los inmigrantes encuestados, es de 36,1 meses, la distribución también es asimétrica negativa, pues, todos los inmigrantes entrevistados son inmigrantes en situación administrativa irregular. Esto es porque muchos llevan poco tiempo en España, se encuentran en residencias de acogida, otros recién salidos de centros para extranjeros (Centro de Estancia Temporal para Extranjeros (CETI) en Ceuta o Centro de Retención de Extranjeros (CRE) en Algeciras), o como transeúntes solicitando información y / o ayuda, por tanto, de corta estancia en nuestro país. El 46,2% (36 de los inmigrantes encuestados) se alojan en centros de acogida. El tiempo medio de estancia se puede ver incrementado por aquellos inmigrantes que acuden a las entidades no gubernamentales solicitando información, empleo o para resolver trámites administrativos (permisos de residencia, de trabajo, tarjetas de reconocimiento temporal de la asistencia sanitaria etc.), y que están asentados en la zona del Campo de Gibraltar (el 53,8%, 42 inmigrantes de la muestra viven en pisos de alquiler). El 48,7% (38 inmigrantes) convive con otros inmigrantes (este porcentaje se eleva por los inmigrantes que se encuentran en acogida), el 28,2% (22) con familiares y 14,1% (11) con amigos. También se dan casos de inmigrantes que viven solos (5 inmigrantes) y que viven con la familia para la que trabajan como empleados de hogar (2 inmigrantes).

Los inmigrantes que responden que se alojan en los centros para extranjeros (CRE en Algeciras o CETI en Ceuta) son inmigrantes que acaban de salir de los mismos (por no poder ser repatriados a sus países de origen), y en el momento de la entrevista, desconocen lo que les depara el futuro. Son las ONG's las que actúan en este momento y les proporcionan alojamiento o les facilitan los desplazamientos a los lugar de destino. No pudimos acceder a entrevistar a los inmigrantes del Centro de

Retención de Extranjeros de Algeciras, es por ello que no se incluyó en el diseño del estudio, como comentamos anteriormente.

Con respecto al nivel de estudios de los inmigrantes de la muestra sólo el 9% no tiene estudios (7 inmigrantes sobre el total de la muestra). La mitad de los inmigrantes encuestados (el 50%, 39 inmigrantes), tiene estudios secundarios, el 32,1% (25) primarios y un 9% (7) son universitarios. Aunque todos tienen en común que son los denominados inmigrantes económicos (17) procedentes en su mayoría de países en vías de desarrollo (África, Latinoamérica, Europa del Este y Sudeste Asiático) y cuyo motivo principal que les impulsa a emigrar es la búsqueda de trabajo. Llegan buscando oportunidades para mejorar sus condiciones de vida y trabajan aportando la mano de obra necesaria para aquellos trabajos que la población autóctona no está dispuesta a realizar. En Andalucía, por ejemplo, se encuentran 25,99% de todos los trabajadores extranjeros de alta en el Régimen Especial Agrario de todo el estado (5), y la situación administrativa irregular de los inmigrantes conlleva que al inicio de su estancia en el país de acogida desempeñen empleos de baja cualificación y en condiciones laborales precarias.

Los inmigrantes contestaron a la encuesta en español en el 38,5% de los casos, un número de 30 inmigrantes. Destacar la presencia de hispanoparlantes de la muestra de países latinoamericanos (26,92%), también muchos inmigrantes conocían nuestro idioma, por sus estudios o por un mayor tiempo de estancia en nuestro país. Con el resto de los inmigrantes nos comunicamos en inglés (18, 23,1%), árabe (13, 16,7%) y francés (17, 21,8%), lenguas de uso en diferentes países del continente africano, de donde proceden la mayoría de los inmigrantes (subsaharianos y magrebíes son el 69,23% de la muestra).

▪ **Estado de salud percibida por los inmigrantes y atención sanitaria recibida**

Se les preguntó por su estado de salud y la asistencia sanitaria que han recibido desde que se encuentran en España. Un número de 14 inmigrantes, el 17,9% de los encuestados, han padecido algún problema de salud desde su llegada a nuestro país. Los problemas de salud más prevalentes en la muestra, han sido los relacionados con el sistema nervioso (25,9%), aparato respiratorio (21%) y aparato digestivo (18,5%), según la Clasificación Internacional de Atención Primaria de la WONCA (112).

Los datos se asemejan a los que se desprenden de un estudio publicado en España con respecto a la utilización de los servicios sanitarios y las patologías más frecuentes por la que son atendidos los inmigrantes (38), ordenados de mayor a menor frecuencia exponen los siguientes:

<u>PATOLOGÍAS</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
➤ Dolores musculares	207	69,0
➤ Problemas vías respiratorias altas (tos, catarro, gripe, bronquitis)	218	42,7
➤ Problemas digestivos (de estómago e intestino)	117	39,0
➤ Accidentes	103	34,4
➤ Cefaleas	87	29,0
➤ Nerviosismo / depresión / dificultad para dormir	61	20,3
➤ Problemas en dientes o encías	40	11,3
➤ Problemas dermatológicos	28	9,3
➤ Problemas de garganta y / o oído	25	8,3
➤ Cansancio	23	6,0
➤ Fiebre	14	4,7
➤ Otros	68	21,7

Se observa como las patologías relacionadas con el sistema nervioso central (dolores musculares, cefaleas, nerviosismo o ansiedad, depresión y trastornos del sueño) se situarían en primer lugar, las relacionadas con el aparato respiratorio (problemas respiratorios como tos, catarro, gripe, bronquitis), en segundo, y en tercer lugar, problemas digestivos, seguido de otras patologías de menor frecuencia por la que es atendida esta población.

Como vemos la mayoría de los motivos de consulta de los inmigrantes son banales y similares a los de la población autóctona. El inmigrante generalmente es una persona joven y sana, la mayor parte de las patologías son adquiridas por hábitos y condiciones sociolaborales, siendo más prevalentes las patologías reactivas o de

adaptación como trastornos mentales o síntomas psicósomáticos relacionados con el estrés (cefaleas frecuentes, dolores musculares o mialgias, úlceras, trastornos del sueño). Estas patologías son más frecuentes en la población inmigrante y de más difícil diagnóstico debido a las dificultades idiomáticas y diferencias culturales (36,50). Según manifiestan diferentes estudios, el impacto real de la inmigración sobre la Salud Pública es escaso (43,50,69,70,71,107).

El 71,8%, 56 de los inmigrantes de la muestra, han necesitado recibir asistencia sanitaria en nuestro país. En cuanto a la atención sanitaria recibida, dicen no haber encontrado ninguna dificultad un 62,5% (35). Hemos de tener en cuenta que la mayoría proceden de países en vías de desarrollo, donde la atención sanitaria no está desarrollada. Según un estudio realizado por la Escuela Nacional de Sanidad sobre la percepción de los inmigrantes de su estado de salud (38), la perciben como positiva en un 42,3% de los casos, y el 61% considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen. Sin embargo los datos referidos por dicho estudio (38), ponen de manifiesto que la mitad de la población inmigrante (55,9%), diagnosticada con alguna enfermedad, no había tenido ningún control en los últimos seis meses. Los inmigrantes económicos dicen encontrarse bien de salud y afirman que su principal problema no es la atención sanitaria, priorizan otros problemas como son la regularización o la vivienda, concluye otro estudio llevado a cabo por la Escuela Andaluza de Salud Pública (39).

Entre los que responden haber tenido dificultades, el 21,4% (12) son de tipo administrativas. El 16,2% manifiestan haber tenido dificultades para recibir la asistencia sanitaria que han necesitado, 5,4% o 3 casos, en cada una de estas situaciones: a causa del idioma, problemas diagnósticos de tratamiento y el desconocimiento y / o el temor que va unido a su situación de irregularidad en nuestro país (los inmigrantes desconocen el funcionamiento del sistema sanitario y sus derechos sanitarios en Andalucía independientemente de su situación administrativa). Se observan pues, barreras específicas que condicionan la normal integración de este colectivo al sistema sanitario público, que afectan a todo el proceso de la atención sanitaria y no sólo del acceso al servicio, y que están incrementadas en el caso de los inmigrantes irregulares, a pesar de que en Andalucía se garantiza la accesibilidad sanitaria, por la intermediación de las ONG's, con el

Servicio Andaluz de Salud, prestando atención sanitaria sin distinción de situaciones administrativas a toda la población inmigrante que la requiere.

Por otro lado, se encuentran los inmigrantes que desconocen o desconfían de la medicina moderna como ellos la denominan, los medicamentos, y desconocen la atención que pueden recibir por los profesionales sanitarios, médicos y / o farmacéuticos, pues prefieren ser tratados con remedios de la medicina que ellos conocen como medicina tradicional, utilizada en sus países de origen (en 20 casos, un 25,64%, dan como respuesta esta opción, entre otras, al ser preguntados por dónde acudirían si tuvieran algún problema de salud). El 55,1% (43) responden al centro de salud u hospital y el 12,8% (10) la farmacia. Es posible que muchos inmigrantes desconozcan la figura del farmacéutico como agente de salud, y simplemente lo ven como dispensador de medicamentos. Otros según la gravedad percibida, acudirían a la farmacia o el centro de salud u hospital (el 6,4%, 5 casos).

Los datos de la asistencia sanitaria a inmigrantes en Andalucía (72,73), confirman que los inmigrantes que utilizan nuestro sistema sanitario público lo hacen fundamentalmente a través del servicio de urgencias, de atención primaria y / o atención especializada, lo cual dificulta un seguimiento adecuado de sus problemas de salud así como la incertidumbre sobre el cumplimiento y / o adhesión al tratamiento, sobre todo en los de larga duración y / o dosis repetidas. La falta de seguimiento reviste especial importancia en el caso de enfermedades como la tuberculosis. Generalmente, la situación de irregularidad administrativa, precariedad laboral y el desconocimiento de nuestro sistema sanitario, implican que utilicen los servicios sanitarios de forma irregular, principalmente a través de los servicios de urgencia.

Para eliminar estas barreras, es de interés reforzar la labor de todos los profesionales sanitarios como educadores y estar preparados para la atención a la diversidad etno-cultural en el ámbito sanitario, para mejorar la atención sanitaria a los inmigrantes. Precisamente, la atención prioritaria a la población inmigrante constituye uno de los objetivos principales de la Consejería de Salud dentro del III Plan Andaluz de Salud (31), *“Atención preferente a las personas en situación de especial vulnerabilidad de*

riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad”, y presenta como estrategias en “personas extranjeras sin recursos” las siguientes:

1. Mejorar el acceso al sistema sanitario
2. Disminuir la incidencia de problemas de salud en esta población.
3. Facilitar la información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación intercultural.
4. Facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas extranjeras que residen en Andalucía.

El III Plan Andaluz de Salud debe garantizar la solidaridad y equidad en sus actuaciones, tal como preconiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su programa “Salud para Todos en el siglo XXI”⁽³²⁾, donde las políticas de salud implican a la sociedad en su conjunto (personas, grupos, organizaciones públicas o privadas).

Para ello se debe potenciar la participación de los profesionales en la captación de los inmigrantes de modo que se beneficien adecuadamente de los servicios sanitarios, con el fin de elevar el nivel de salud de estas personas y optimizar su acceso a los recursos disponibles, como establece el I Plan Integral para la inmigración en Andalucía 2001-2004 ⁽¹⁾: “Potenciar la captación de la población inmigrante para atender los problemas de salud que presenten, al objeto de preservar la salud individual y comunitaria, por medio de la atención individualizada”, por tratarse de un colectivo receloso de acudir a las instituciones públicas y desconocer las posibilidades de ser atendidos sanitariamente.

▪ **Uso y acceso a los medicamentos**

El 82,1% (64 inmigrantes) han tomado medicamentos desde su llegada a España, por algún problema de salud. Los adquieren en el 66,2% (43 casos) en la farmacia, el resto los han adquirido en el hospital o en los centros de acogida. La mayoría ha adquirido medicamentos, en alguna ocasión, con la preceptiva receta médica (61,9%, 38 casos). Por lo tanto, la mayoría de los inmigrantes encuestados dispone del Documento de Reconocimiento Temporal para la Asistencia Sanitaria en Andalucía, que garantiza su asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los ciudadanos

españoles, independientemente de su situación administrativa en el país. El 16,1% (10) los ha adquirido de forma gratuita a través de las ONG's o centros de acogida.

Las dificultades para la adquisición de los medicamentos de los inmigrantes, son de índole económica fundamentalmente (en el 21,2%, 14 casos), el 3% (2) manifiestan otro tipo de dificultades, de causas idiomáticas o administrativas (por ejemplo, la necesidad de la receta médica para adquirir determinados medicamentos). 50 inmigrantes (el 75,8% sobre el total de la muestra) dicen no haber tenido dificultades para adquirir los medicamentos, hay que tener en cuenta que entre los inmigrantes que dan esta respuesta se incluyen inmigrantes que se alojaban, en el momento de la entrevista, en centros de acogida (centros de atención al inmigrante con residencia para inmigrantes, o los centros CRE de Algeciras y CETI de Ceuta), donde tenían sus necesidades sanitarias cubiertas.

Los inmigrantes en situación administrativa irregular, a pesar de acceder a los servicios sanitarios en Andalucía en iguales condiciones que los ciudadanos españoles, tienen dificultades en el co-pago de las cantidades necesarias para adquirir los medicamentos que necesitan, pues en situación irregular sin permiso de residencia ni de trabajo, no disponen de medios, de este modo, no se garantiza su asistencia sanitaria, acceso a los medicamentos y el cumplimiento terapéutico.

Inicialmente en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes (8,34,35) se financiaba a los inmigrantes sin recursos parte del coste de los medicamentos no cubierta por la prestación pública, para asegurar el acceso a los mismos y por considerarse la prestación farmacéutica como un componente esencial de la atención sanitaria. En la actualidad no se llevan a cabo estas medidas. Los inmigrantes sin recursos, en muchas ocasiones, acceden a los medicamentos gracias al voluntariado, la iglesia y organizaciones no gubernamentales.

Constituye el objeto del citado Convenio (8) *“preservar la salud individual de la población inmigrante de Andalucía y la salud de la comunidad en la que se desenvuelven, incrementando la accesibilidad de dicho colectivo a la atención sanitaria a través del desarrollo de estrategias de captación y seguimiento de la asistencia y de participación en programas de salud”*.

Por tanto, se hace necesario la aplicación de medidas de protección social hacia este colectivo en la prestación farmacéutica, para ofrecer la necesaria continuidad asistencial y preservar la salud individual y la comunitaria. Pues, en el caso de enfermedades como la tuberculosis, el abandono de los programas de control de enfermedades, la incertidumbre sobre el cumplimiento y / o adhesión al tratamiento, sobre todo en los de larga duración y / o dosis repetidas y la falta de seguimiento reviste especial importancia (74), pues el riesgo de contagio dentro de las comunidades de inmigrantes puede ser elevado, debido fundamentalmente a las precarias condiciones en las que se desenvuelven, aumentando de esta forma el período de transmisibilidad de la enfermedad (36). En la provincia de Cádiz, se presentan tasas superiores a 20 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes (19).

Desde el punto de vista de la Salud Pública es preciso adaptar las medidas preventivas en determinadas enfermedades con riesgo actual de transmisión a las peculiaridades de cada colectivo étnico y facilitar el acceso de las personas infectadas a los tratamientos y su seguimiento adecuado (36).

▪ **Educación sanitaria a inmigrantes y atención farmacéutica**

El 71,4% de los inmigrantes encuestados (55) no ha recibido información sobre enfermedades, medicamentos y derechos sanitarios. El 15,7% (13) afirma tener conocimiento a través de las ONG's. Existe una falta de información sobre sus derechos, obligaciones, muchos inmigrantes no han tenido ningún contacto con un sistema de salud estructurado y desconocen cómo funciona el nuestro y qué ayuda les pueden ofrecer los profesionales sanitarios, entre ellos, el farmacéutico. La divulgación de este derecho por parte de las instituciones, ONG's, colectivos de inmigrantes etc., es de gran utilidad para mejorar el acceso a la atención sanitaria.

Al analizar la atención recibida por los profesionales sanitarios, los inmigrantes dicen haber recibido explicaciones, con respecto al uso de los medicamentos, en primer lugar y con mayor frecuencia, por el médico (62,5%, 40 casos), en segundo, por el farmacéutico (14,1%, 9 casos), y, en tercer lugar, por el personal cualificado de los centros de acogida (9,4%, 6 casos).

El 54,2% (26 inmigrantes) recibió explicaciones del farmacéutico cuando ha retirado algún medicamento de la farmacia, el resto no recibió explicaciones sobre su uso. Esto puede ser debido por los problemas de comunicación con este profesional, que por causas idiomáticas, 32 (el 62,7%) de los inmigrantes encuestados afirma haber tenido. Sólo el 28,2% (22) del total de inmigrantes, ha acudido en alguna ocasión a la farmacia a pedir consejo al farmacéutico ante un problema de salud. Como comentamos anteriormente, muchos inmigrantes desconocen la figura del farmacéutico como agente de salud.

Casi la totalidad de los inmigrantes encuestados no reciben Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de sus tratamientos. Sólo un paciente inmigrante, con problemas de insuficiencia renal, se le lleva a cabo el seguimiento de su tratamiento farmacológico por un médico especialista. Sin embargo, el 13,7% (10) de los inmigrantes comenta haber tenido problemas derivados del uso de los medicamentos en alguna ocasión desde que se encuentran en España.

▪ **Inmigrantes y Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)**

Las reacciones adversas observadas por los pacientes inmigrantes que dicen haber tenido algún problema en general con respecto al uso de los medicamentos (13,7% de los encuestados), fueron con mayor frecuencia de tipo gastrointestinal (70%, 7 casos), seguida por otras reacciones adversas como diarrea y reacción alérgica, de menor frecuencia (10%, 1 caso respectivamente).

Los medicamentos causantes de las reacciones adversas percibidas por los inmigrantes de la muestra de estudio, con mayor frecuencia fueron los AINES en el 40% (4 casos), seguidos de complejos de hierro oral (30% 3 casos), antibióticos (10%, 1 caso) y anticatarrales (10%, 1 caso).

EL 24,7% (19 inmigrantes) tomaba algún medicamento en la fecha de la entrevista. A partir de preguntas realizadas a los inmigrantes, se analizaron las sospechas de PRM, es decir, de los problemas relacionados con los medicamentos, según la definición y la clasificación del segundo consenso de Granada (113).

En los 19 inmigrantes que tomaban medicamentos en el momento de la encuesta, se observó 19 casos de sospechas de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), pudiendo tener un mismo paciente ninguno o varios PRM. En 7 casos se sospechó de PRM tipo 1 (36,8%) (por problemas de salud no tratados), en 4 casos de PRM tipo 3 (21,1%), y 1 caso PRM tipo 4 (5,3%) (por problemas con la efectividad de los medicamentos) y en 4 casos PRM tipo 5 (21,1%) y en 3 casos de PRM tipo 6 (15,8%) (por problemas en la seguridad de los medicamentos).

El objeto de este análisis es ver la incidencia de los problemas relacionados con los medicamentos en la población inmigrante irregular, porque a pesar de tratarse de un población joven, debido a las circunstancias en el país de acogida, su cultura y las barreras para una atención sanitaria adecuada, pueden presentar mayor riesgo de PRM que la población joven autóctona. Los PRM tipo 1 pueden ser causados por las barreras de acceso de los inmigrantes al sistema sanitario en general, para recibir una adecuada atención sanitaria y / o por el incumplimiento o abandono de las terapias medicamentosas, por dificultades de acceso medicamentos, entre otras. La falta de seguimiento de los tratamientos en estos pacientes puede ser la causa de los PRM tipo 3 y tipo 5 relacionados con la ineffectividad y la inseguridad de los medicamentos (por ocasionar reacciones adversas o efectos secundarios no deseados). En el caso de PRM tipo 4 y 6, relacionados con el defecto y exceso en la dosificación de los medicamentos, provocando la ineffectividad en el primer caso o la inseguridad del medicamento, en el segundo, pueden ser causados por la escasa cultura sanitaria de estos pacientes, que desconocen el concepto de dosis, las dificultades idiomáticas (que obstaculizan el adecuado entendimiento en el proceso de atención) y por la falta del seguimiento de sus farmacoterapias y una educación sanitaria adecuada.

No se intervino en la resolución de los PRM, por la dificultad de acceder de nuevo a los inmigrantes de la muestra, es por ello que no lo consideramos como objetivos en este estudio. Pero sí se hicieron recomendaciones a estos pacientes, invitándoles a que volvieran a su médico, en casos de necesidad de una alternativa terapéutica, reiniciarán el tratamiento en caso de abandono del tratamiento, indicamos las dosis de los tratamientos en caso de olvido del paciente, cumplimiento terapéutico según dosis prescritas por su médico etc., en definitiva, se intentó informar a estos pacientes

sobre sus tratamientos, la necesidad de tomarlos adecuadamente y de acudir al médico por fallos en la farmacoterapia (por necesidad, efectividad o seguridad). Se observa la necesidad de educar sanitariamente a estos pacientes, que parecen presentar dificultades en la toma de los medicamentos y su cumplimiento, por dificultades en la comunicación, acceso a medicamentos y desconocimiento del sistema sanitario.

La salud, individual y comunitaria, no solamente está amenazada por las epidemias y las enfermedades prevalentes sino que, en el caso de muchas enfermedades crónicas, el comportamiento del paciente tanto en el estilo de vida como en la adherencia al tratamiento, son imprescindibles para su control (42). Es por ello necesario implantar la educación para la salud, enfocada en la mejora del cumplimiento farmacoterapéutico, uso de programas preventivos, promoción de hábitos saludables etc.

▪ **Propuestas de los inmigrantes para mejorar la atención sanitaria y farmacéutica que reciben**

Por último, se les preguntó por las propuestas o sugerencias para mejorar la atención sanitaria que reciben. Analizando las respuestas de los inmigrantes, el 46,1% (41) no nos da ninguna sugerencia, pues el 33,7% (30) de los inmigrantes no saben / no contestan y un 12,4% (11) consideran que están bien atendidos. Los inmigrantes que no contestan o no saben qué opinar puede que desconozcan la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario de nuestro país. Otros aspectos a tener en cuenta, como se comentó anteriormente, es que la mayoría proceden de países en vías de desarrollo, por tanto la atención sanitaria que reciben aquí es mejor que la de sus países de origen, y por otro lado los inmigrantes alojados en centros de acogida (centros de atención al inmigrante con residencia para inmigrantes, o los centros CRE de Algeciras y CETI de Ceuta), tienen sus necesidades sanitarias cubiertas, y pueden considerarse bien atendidos. De todos modos, la intermediación de las ONG's, con el Servicio Andaluz de Salud, llevan a cabo un conjunto de acciones, en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes, dirigidas a elevar el nivel de salud de estas personas y garantizar su acceso a los recursos disponibles.

Según concluye Ramos et al, en un estudio sobre problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos (39), éstos no consideran la asistencia sanitaria como una prioridad y no la consideran un problema por tener otras preocupaciones más acuciantes (como el trabajo, la vivienda, los papeles etc).

Entre las propuestas de los inmigrantes entrevistados, el 30,4% (27) propone recibir mayor información sobre las enfermedades y el uso de los medicamentos (18%) o recibir ayuda para adquirir los medicamentos (12,4%). Otras propuestas se reparten entre mejorar la comunicación con los profesionales de la salud, información y seguimiento de los tratamientos, mejoras en la accesibilidad al sistema sanitario y regularización administrativa para una adecuada atención sanitaria .

El citado estudio (39), identifica como dificultades en la atención sanitaria de los inmigrantes económicos, entre otras, las restricciones de acceso y el escaso seguimiento de estos pacientes (atribuido no sólo a cuestiones legales sino también a la movilidad y la propia idiosincracia de estos pacientes).

Por tanto, se puede decir que se constata la necesidad de una adecuada atención farmacéutica a estos pacientes, que parecen presentar dificultades en el acceso y el uso racional de los medicamentos, por dificultades económicas y diferencias idiomáticas y culturales, para contribuir, de este modo, en su seguimiento y lograr una continuidad de su asistencia.

□ **Grupo 2: Farmacéuticos comunitarios de la Mancomunidad de Municipios del Campo de Gibraltar.**

Los farmacéuticos comunitarios de la zona del Campo de Gibraltar, presentan gran variedad de respuesta cuando son preguntados por el número de inmigrantes que atienden a la semana, esto puede ser debido a factores como la ubicación de la oficina de farmacia, localidad en la que se encuentra y situación dentro de la misma, barrios, zonas de mayor presencia o afluencia de la población inmigrante. Este motivo y la presencia o no, de un centro de salud cercano a la oficina de farmacia puede influir en que los inmigrantes que acuden a las oficinas de farmacia presentan la preceptiva receta médica en mayor o menor proporción. Son 53 las farmacias que estiman en un 50% o superior el porcentaje de inmigrantes que adquieren los medicamentos con receta, llegando incluso hasta el 100% en 5 farmacias. En ningún momento se ha diferenciado desde la oficina de farmacia, qué inmigrante se encuentra en situación administrativa regular o irregular, pues la emisión de Tarjetas de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria, documento para la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria en Andalucía, se entregan provisionalmente a los inmigrantes que no tienen cobertura oficial regular, para asignarles médico y régimen de farmacia. Aunque, por otro lado, es un hecho que el número de inmigrantes derivados se ha ido incrementando desde el comienzo del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes (33) (procesos de acceso al Sistema de Salud Público de Andalucía de inmigrantes en situación irregular).

El porcentaje de inmigrantes que acuden a la farmacia solicitando el consejo o la indicación del farmacéutico, varía entre el 0%, en 15 farmacias, hasta el 100% en 3 casos, con valor modal del 20%. Además de factores geográficos como la ubicación de la farmacia, otros factores como el país de origen de los inmigrantes, su cultura e idioma, pueden explicar la variabilidad de la respuesta de los farmacéuticos. Los inmigrantes se distribuyen por grupos en las distintas localidades y zonas, con lo cual, cada oficina de farmacia puede atender a una población inmigrante particular que pueden presentar distintos patrones de conducta, según su procedencia etno-cultural.

Esto puede explicar también que 22 farmacéuticos (25,3%) respondan que los inmigrantes que acuden a su farmacia nunca preguntan por cómo usar los

medicamentos que retiran de la misma, y en el otro extremo, 27 (31%) de los farmacéuticos encuestados responden que siempre preguntan.

Para llevar a cabo acciones de educación sanitaria en estos pacientes con objeto de promocionar la salud y el uso de medidas preventivas, sería necesario investigar, además de su estado de salud, los patrones de conducta, creencias, estilos de vida, ambiente social etc. Por tanto habría que promover la formación de los educadores no sólo en la atención sanitaria a estos pacientes sino también en la atención a la diversidad cultural.

Según el 55,2% (48) de los farmacéuticos, no existen problemas en encontrar los medicamentos homólogos de los tratamientos de los inmigrantes en sus países de origen. Los tratamientos no suelen ser complejos, es decir, son medicamentos de moléculas sencillas, y se encuentra fácilmente un similar o sustituto en nuestro país, más desarrollado que el de los inmigrantes económicos que llegan a España buscando mejores condiciones de vida. Señalar, que el 28,7% (25) de los farmacéuticos no se ha encontrado con tal situación. Los inmigrantes económicos, son personas normalmente jóvenes y sanas, que vienen a España en búsqueda de trabajo, no suelen tener tratamientos en sus países de origen. Muchos toman medicamentos a su llegada al país de acogida por las condiciones de su llegada (en el caso de irregulares, por vía de entrada traumática (pateras), situación socioeconómica de pobreza en el país de acogida, precariedad laboral, problemas psico-somáticos etc.).

Los inmigrantes por las condiciones en el país de acogida y las dificultades que presentan en el proceso de atención sanitaria, son pacientes con mayor riesgo de presentar algún problema relacionado con los medicamentos, según el análisis de los resultados comentados, de hecho, proponen recibir mayor información sobre las enfermedades y el uso de los medicamentos. Sin embargo, sólo 5 farmacéuticos (5,7%) ha detectado alguna vez algún problema relacionado con los medicamentos (PRM) en pacientes inmigrantes.

Esto puede ser debido a que los farmacéuticos que realizan atención farmacéutica en su oficina de farmacia son el 50,5% (44) sobre el total de la muestra, y de éstos,

26,4% (23), realizan Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes (el 12.6%, 11 farmacéuticos utilizan la metodología Dáder) y el 24.1% (21) realizan Dispensación Activa. Casi la mitad de los farmacéuticos de la muestra (49,4%) no realiza ninguna de éstas actividades en su oficina de farmacia. Es más, 49 farmacéuticos (56.3% de la muestra) tienen problemas de comunicación con el colectivo inmigrante, siendo una dificultad para su atención.

En cuanto a la formación específica en atención sanitaria al inmigrante, sólo 5 farmacéuticos, que se corresponde con el 5,7% del total de la muestra, han recibido algún tipo de formación y posiblemente de forma autodidacta o por la asistencia a conferencias dirigidas a otros profesionales sanitarios, pues no se conoce la existencia de ningún curso organizado para farmacéuticos. En el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, se imparten cursos sobre atención a la diversidad y atención sanitaria a los inmigrantes, dirigidos a los profesionales del sistema sanitario público (8,33), en su mayoría médicos, enfermeros, pediatras etc.

Sí estarían interesados en recibir formación sobre la atención sanitaria a la población inmigrante, el 49.4% (43) de los farmacéuticos comunitarios del Campo de Gibraltar.

A los farmacéuticos encuestados se les preguntó si conocían el Convenio en materia de Salud Pública para la población Inmigrante (8), firmado entre la Junta de Andalucía y otras organizaciones no gubernamentales para la mejora de la atención sanitaria a este colectivo. 76 farmacéuticos (87,4% del total de la muestra) no lo conocían. Este dato es revelador, pues los farmacéuticos pueden considerarse como los profesionales sanitarios más accesibles para la población de inmigrantes irregulares que desconocen sus derechos, y ante el temor de ser descubiertos por su situación, no acuden a los centros sanitarios públicos. Como profesionales que atienden a esta población deberían estar informados del dicho Convenio, para poder dar mejor servicio a estos pacientes, informarles sobre sus derechos sanitarios, derivarlos a las entidades no gubernamentales colaboradoras en el Convenio para la tramitación de las tarjetas de reconocimiento temporal de la asistencia sanitaria, y participar en la entrega de material con información sobre medidas de salud preventivas, folletos con direcciones de interés etc...

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, sí estarían interesados en colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de los inmigrantes, el 74,7% (65) de los farmacéuticos encuestados.

El 35,4% (23) estarían dispuestos a colaborar en la mejora de la atención sanitaria a los inmigrantes, prestando educación sanitaria a éstos, divulgando material informativo sobre salud preventiva, derivándolos a los centros de salud públicos, llevando a cabo actividades de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico en estos pacientes y donando medicamentos a través de ONG's para los inmigrantes sin recursos. El resto se reparte entre otras opciones de respuesta, en su mayoría respuestas múltiples. El 39,9% sobre el total de la muestra estarían dispuestos a colaborar realizando atención farmacéutica o seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes.

Los farmacéuticos, a título propio, ya colaboran con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica a inmigrantes, así lo afirman el 37.9% de los encuestados. Sólo el 33.3% (29) de los farmacéuticos aportaron alguna sugerencia para mejorar la asistencia farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para la población inmigrante. El resto o no tenían sugerencias, en parte por desconocer el tema de opinión, o consideraban que los inmigrantes están bien atendidos. El desconocimiento sobre las dificultades de los inmigrantes a su llegada al país de acogida y el esfuerzo de otros profesionales sanitarios en la mejora de la atención sanitaria a los inmigrantes, puede ser el motivo por el cual el 66,7% (58) de los farmacéuticos encuestados no aportaran sugerencias o por considerar que desde su oficina de farmacia son bien atendidos, al igual que los ciudadanos españoles, a pesar de que puedan tratarse de pacientes que presentan barreras específicas que dificultan el proceso de la atención farmacéutica.

Destacar que el 9,1% de los farmacéuticos sugieren que con la regularización de los inmigrantes se conseguiría una mejor asistencia farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo, en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles. El proceso extraordinario de regularización de inmigrantes que se ha llevado a cabo en el presente año, tras la aprobación del Reglamento de Desarrollo de la Ley de Extranjería (29), permitirá que muchos inmigrantes mejoren sus

condiciones de estancia en el país, entre ellas su situación socio sanitaria, pues, según el balance del proceso de normalización de trabajadores extranjeros a fecha de 7 de junio de 2005 (122), de las 690.679 solicitudes presentadas en toda España (84.372 en Andalucía), a 7 de Mayo de 2005, se han podido dar de alta en la Seguridad Social un total de 157.333 trabajadores extranjeros de toda España, de entre los cuales, 15.649 en Andalucía, a 3 de Junio de 2005.

El resto de los farmacéuticos sugieren, entre otras, mejoras en la organización, mayor información a farmacéuticos, mayor información a usuarios inmigrantes, mayor colaboración entre profesionales sanitarios, mejoras en la comunicación con este colectivo, etc., con lo cual, se pone de manifiesto que existen barreras que dificultan el proceso de atención a la población inmigrante, independientemente de su situación administrativa, por dificultades idiomáticas, falta de información y la falta de coordinación entre los farmacéuticos comunitarios y otros profesionales del sistema sanitario público. Según concluye un estudio realizado en una farmacia comunitaria (123), para proporcionar una atención farmacéutica de calidad sería necesario ofrecer un servicio farmacéutico coordinado entre todos los niveles de la red sanitaria y el desarrollo de estrategias de comunicación entre los profesionales, con la necesidad del intercambio de información con respecto a la terapia del paciente.

□ **Grupo 3: Farmacéuticos del Distrito Sanitario de Atención Primaria Campo de Gibraltar y Farmacéuticos Hospitalarios de los centros ubicados en dicha zona.**

En este grupo se observan diferencias entre las respuestas que nos ofrecen los farmacéuticos hospitalarios y el farmacéutico de atención primaria, por ejercer funciones distintas y en ámbitos diferentes. Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, cuando les preguntamos por si realizan actividades de atención farmacéutica o de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes, pues los farmacéuticos de atención primaria no tienen contacto con pacientes, pero lo incluimos como objeto de estudio para ofrecer la perspectiva de los farmacéuticos desde todos los niveles de la atención sanitaria, farmacéuticos comunitarios, atención primaria y hospital, y detectar qué se hace desde estos ámbitos para mejorar la atención farmacéutica de los inmigrantes o cómo pueden colaborar en la mejora del proceso de atención sanitaria de la población inmigrante.

Solamente desde atención primaria se llevan a cabo protocolos específicos en la atención sanitaria al inmigrante, pues en los distritos de atención primaria se elaboran estrategias para la coordinación en la atención sanitaria al inmigrante, y proporcionan información a los profesionales sanitarios sobre protocolos en la atención sanitaria (Guía de Atención sanitaria al Inmigrante), y se tiene conocimiento del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes. Desde los hospitales los protocolos de atención no difieren a los de otros pacientes, realizan protocolos por patologías en los pacientes ingresados (Hep B, VIH, oncológicos etc.). En estos hospitales, a pesar de que se llevan acciones en el seno del citado Convenio, para mejorar la atención sanitaria al inmigrante, no se ha informado sobre el mismo a los farmacéuticos.

Con respecto a la medicación de pacientes inmigrantes en su país de origen, siempre encuentran un homólogo o sustituto comercializado en nuestro país.

El farmacéutico del Hospital Punta Europa de Algeciras ha detectado problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en algún paciente inmigrante, y especifica que son más frecuentes los relacionados con las dosis de los medicamentos, tanto por exceso como por defecto, y vienen dados por diferencias culturales y problemas

idiomáticos. En el caso del farmacéutico de hospital de la Línea de la Concepción, no detecta PRM en esta población en concreto, que puedan diferir de la población autóctona, aunque sí considera los problemas de comunicación con este colectivo como un problema que puede derivar en PRMs. Y por último, en atención primaria por no estar en contacto con pacientes no es posible detectar los PRM.

Los farmacéuticos de este grupo en ninguno de los casos han recibido algún tipo de formación con respecto a la atención sanitaria a inmigrantes, en el caso de los hospitalarios ni siquiera para informarles sobre el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, sin embargo, están interesados en recibir formación y en colaborar para mejorar la atención farmacéutica a estos pacientes. Desde atención primaria consideran de interés colaborar en la medida de sus posibilidades, en el seguimiento de la farmacoterapia a pacientes, como técnico en salud en el medicamento y experto en medicamentos. En el caso de los farmacéuticos hospitalarios estarían dispuestos a colaborar realizando labores de atención farmacéutica, detección de problemas de salud pública, uso racional de los medicamentos y educación sanitaria.

Todos sugieren la necesidad de una reestructuración de los servicios de farmacia en todos sus ámbitos en general, para encauzar la atención farmacéutica, dirigida a todos los pacientes, para llevar a cabo estas funciones propias de los farmacéuticos.

- **Grupo 4: Personal de las entidades que colaboran en la acogida de inmigrantes, entidades no gubernamentales colaboradoras en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes en la provincia de Cádiz.**

Las ONG's que colaboran en el seno del Convenio en materia de Salud Pública en la atención al inmigrante, realizan funciones para mejorar el acceso a la atención sanitaria a inmigrantes en cualquier situación administrativa. Cada entidad tiene funciones específicas y comunes, dependiendo de si se trata de centros con residencia para inmigrantes, centros de información o de ayuda en la atención sanitaria de urgencia, como Cruz Roja. En común tienen la derivación de inmigrantes a los servicios sanitarios públicos con el Documento de acreditación del derecho a la asistencia sanitaria temporal.

La adquisición de los medicamentos, a pesar de garantizarles el acceso a los servicios sanitarios públicos, es un problema para muchos inmigrantes en situación administrativa irregular, como hemos visto anteriormente, las dificultades principales son de tipo económico. Es por ello, que algunas entidades aportan las cantidades necesarias para adquirir los medicamentos que necesitan. En otros casos se recurre a los servicios sociales de los ayuntamientos (en igualdad de condiciones que los españoles sin recursos), o se consiguen a través de otras entidades no gubernamentales (Médicos sin fronteras, Cruz Roja ...). De hecho, el personal de estas entidades considera, en su mayoría, como dificultades en la asistencia sanitaria a estos pacientes, las económicas, por ejemplo, en el caso de tratamientos prolongados o de coste elevado, presentando dificultades en el suministro de los tratamientos y su seguimiento.

No consideran problemático el conseguir los medicamentos homólogos de los tratamientos de inmigrantes en sus países de origen, pues la mayoría no toma medicamentos, se los receta el médico una vez aquí, o se resuelve a través de médicos o farmacéuticos.

El seguimiento de los tratamientos de los inmigrantes en los centros de acogida, es llevado a cabo por personal sanitario de los mismos, enfermeros y auxiliares de

enfermería, y en el caso de inmigrantes que no se encuentran en acogida, se realiza a través de los médicos de los centros de salud, según estas entidades. Como se ha expuesto anteriormente, el seguimiento de estos pacientes es muy difícil por la movilidad, el desconocimiento y su propia idiosincrasia.

Dos entidades encuentran problemas relacionados con los medicamentos en estos pacientes, sobre todo con respecto a las dosis de los medicamentos que tienen que tomar, tanto por exceso como por defecto, en este aspecto coinciden con la opinión de los farmacéuticos de hospital, parecen ser por este motivo pacientes con mayor riesgo de presentar PRM, pues las diferencias idiomáticas, culturales y el desconocimiento sobre los medicamentos, pueden hacerlos incurrir en el uso inadecuado de los mismos.

Para la mejora de la atención farmacéutica y acceso a los medicamentos de la población inmigrante, la mayoría propone potenciar la participación del farmacéutico en la educación sanitaria a estos pacientes y el uso racional de los medicamentos, considerando necesaria su colaboración, así como la de los organismos oficiales de farmacéuticos para coordinar y garantizar una adecuada asistencia sanitaria.

V.3.CONSIDERACIONES FINALES

La Consejería de Salud se compromete a asegurar la atención sanitaria, al colectivo de inmigrantes, a través de sus servicios de atención primaria y especializada, con la firma del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes (8), persiguiendo corregir desde la perspectiva de la salud pública y los derechos humanos, el deficitario acceso de esta población inmigrante a los servicios de salud. En el marco del convenio, la Fundación Progreso y Salud con la colaboración de la Consejería de Salud y diversas entidades profesionales, elaboran documentos y materiales informativos destinados a profesionales del sector sanitario (8,33), para facilitar la atención sanitaria a los pacientes inmigrantes:

- Guía básica de Atención Sanitaria a Inmigrantes
- Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes: Manual de uso riguroso en la praxis epidemiológica, clínica y terapéutica, en la atención sanitaria a inmigrantes, tanto de diagnóstico (médico, de enfermería y social) como procedimentales y bibliográficos.
- Cuaderno de Entrevista Clínica Internacional y Hoja de Demanda Clínica Internacional.

También se imparten cursos dirigidos a profesionales del sistema sanitario público. Son cursos de Formación en Salud Internacional y de Formación en Atención a la diversidad; otros cursos llevados a cabo para facilitar la asistencia sanitaria a inmigrantes son los de formación de mediadores interculturales sanitarios.

Como hemos visto en el seno del citado Convenio (8), mediante un acuerdo con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y con la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se financiaba a los inmigrantes sin recursos parte del coste de los medicamentos no cubierta por la prestación pública (34,35), dado que la prestación farmacéutica es componente esencial de la atención sanitaria y para asegurar el acceso a la misma. Desde las oficinas de farmacia también se entregaban folletos informativos sobre el “Programa de atención sanitaria a inmigrantes” para su difusión entre el colectivo inmigrante. Esta medida no sigue en la actualidad. El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos actualmente

no participa en dicho Convenio, rompiéndose el acuerdo por motivos que desconocemos.

Por otra parte, a nivel Europeo, el Hospital Punta Europa en Algeciras, Cádiz, participa en el Proyecto “Migrant-Friendly-Hospitals”, Hospital Amigo de los Inmigrantes (108,109). Este Hospital ha sido el único centro sanitario español que participa en este proyecto que tiene el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los objetivos generales del proyecto son identificar, desarrollar y evaluar modelos de buena práctica para mejorar la atención sanitaria, promover la salud y la educación para la salud en los inmigrantes y las minorías étnicas, eliminando las barreras que dificultan el acceso al sistema sanitario público. Las recomendaciones consensuadas tras concluir el proyecto se recogen en la denominada “Declaración de Ámsterdam sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa” (110), medidas que impulsará la UE en los sistemas sanitarios de sus países miembros (111), con el objetivo final de la igualdad en la prestación adecuada de los servicios. Ello implica mejoras generales en la salud de la comunidad y en el campo de la atención sanitaria al inmigrante. Como consecuencia de este proyecto se han desarrollado líneas de trabajo en el área de atención sanitaria del Campo de Gibraltar, entre las que se destacan, la formación de profesionales sanitarios (111).

Señalar que existen muchos estudios que abordan la salud de los inmigrantes y la atención sanitaria que reciben en nuestro país (protocolos de atención sanitaria, motivos de consulta, patologías prevalentes en esta población, su diagnóstico, precauciones en la prescripción médica, promoción de la salud en grupos específicos y consideraciones desde la salud pública), así como otras investigaciones se centran en cómo mejorar el acceso, la asistencia sanitaria que reciben en atención primaria y en hospital (22, 36, 38, 39, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 56, 60, 66, 67, 68, 70, 74, 79, 84, 86, 96, 105, 106, 107).

Por todo lo expuesto anteriormente, parece evidente que nos encontramos ante un problema socio-sanitario que afecta a todo el proceso global en los circuitos de atención sanitaria al paciente inmigrante. Sin embargo, pocos son los estudios que encontramos sobre atención farmacéutica a inmigrantes, es decir, seguimiento de sus farmacoterapias, medidas para mejorar la asistencia farmacéutica que reciben estos

pacientes, acceso y / o dificultades de acceso a la prestación farmacéutica, y las necesidades y / o dificultades de los farmacéuticos en la atención a este colectivo que presentan problemas con el uso racional de los medicamentos y el cumplimiento terapéutico, por razones de origen etno-cultural y circunstancial (condiciones en el país de acogida).

Sólo un estudio presentado el 17 de junio de 2005 en el Colegio de Farmacéuticos de Tarragona, realizado por un grupo de farmacéuticos de esta provincia (124), trata sobre la atención farmacéutica a los inmigrantes. El estudio consistió en la realización de dos tipos de encuestas: una dirigida a los farmacéuticos (participaron treinta farmacias de la provincia), para conocer qué dificultades tienen en la atención a este colectivo, y otra a inmigrantes (270 inmigrantes usuarios de las farmacias), para saber cuál es el perfil de los que se acercan a la farmacia.

Las conclusiones del citado estudio (124) ponen de manifiesto que la labor de los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran los farmacéuticos, debe afrontar las dificultades en la atención a personas que hablan otro idioma, sufren enfermedades poco comunes en el país, desconocen el sistema sanitario español o solicitan fármacos extranjeros. Ante esta situación y en lo referente a la asistencia que pueden prestar los farmacéuticos al colectivo inmigrante, es necesario que se proporcione una mayor formación en atención a la diversidad cultural, sobre enfermedades importadas o menos frecuentes en España, y disponer de información actualizada sobre sus tratamientos y los medicamentos extranjeros (valorado positivamente por los farmacéuticos del estudio para garantizar una buena atención farmacéutica), y, dar a conocer alguna forma para facilitar el entendimiento (casi la totalidad de los farmacéuticos encuestados afirman que contar con un servicio de traducción telefónica ayudaría mucho en la atención farmacéutica de estos pacientes). Asimismo proponen la creación de grupos multidisciplinares de trabajo, para analizar diferentes asuntos culturales y de salud de los inmigrantes, con el objetivo de dar una información correcta y homogénea desde todos los centros de salud.

Según nuestro estudio en la mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar, los farmacéuticos no han recibido cursos de formación en atención sanitaria a inmigrantes, no conocen el convenio en materia de salud pública para inmigrantes y no colaboran específicamente en la atención sanitaria de este colectivo. Los inmigrantes demandan educación sanitaria, información sobre el uso de los medicamentos, y facilidades en el acceso. El personal de las entidades no gubernamentales sugiere que la colaboración del farmacéutico, como profesional sanitario, sería de interés. Los propios farmacéuticos están dispuestos a colaborar, aunque para ello se requiere una organización que estuviese respaldada por organismos oficiales.

Existen necesidades de formación de los profesionales farmacéuticos para mejorar los conocimientos y habilidades a la hora de abordar una atención específica hacia la población inmigrante y de mejora en su atención farmacéutica, ante la creciente importancia de la inmigración y el aumento de la diversidad cultural de las poblaciones.

Por último, como sabemos la farmacia española en la última década, ha experimentado una gran transformación, que se refleja en el tipo de servicios que ofrece (asesoramiento sobre medicamentos y salud, dispensación activa, seguimiento farmacoterapéutico, atención domiciliaria a personas mayores, sistemas personalizados de dosificación o dispensación de medicamentos de control farmacéutico etc...). Pero el futuro de la farmacia española depende de su capacidad para dar respuesta a las nuevas demandas sanitarias y de satisfacer a los usuarios, ya que no se puede generalizar con todos los medicamentos ni con todos los pacientes. El fenómeno de la inmigración está haciendo que las políticas sociales y sanitarias estén cambiando.

El nuevo reto que se plantea a la farmacia comunitaria en este siglo, está relacionado con procesos que entran a formar parte de la sociedad, es lo que llamamos *la farmacia social* (125). El farmacéutico debe hacer frente a situaciones nuevas como la atención al colectivo inmigrante, con cultura y tradiciones diferentes y numerosas dificultades de comunicación y acceso al sistema sanitario. Según Joan Durán, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona y del Comité Organizador de

Infarma 2005 (125), “el farmacéutico tiene un papel muy importante que cumplir en la integración social y cultural del inmigrante, pues la farmacia es el primer eslabón del sistema sanitario al que este grupo poblacional tiene acceso”.

Belén Pérez, miembro de la Comisión de Cooperación y Salud Internacional de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, considera necesaria la colaboración y formación conjunta de médicos y farmacéuticos, para conocer cuales son los principales problemas sociosanitarios que afectan al colectivo inmigrante, y que los farmacéuticos comunitarios deben informar a estos pacientes sobre vacunaciones y recomendaciones alimenticias (124).

El farmacéutico comunitario, como profesional sanitario, puede participar en la mejora de la atención sanitaria de los inmigrantes, por tratarse de un profesional accesible a los pacientes. Para ello, es necesaria la disposición del sector farmacéutico, ofrecer un servicio farmacéutico coordinado entre todos los niveles de la red sanitaria, y además, que las instituciones sanitarias lo contemplen como un profesional integrado en el sistema sanitario público, aprovechable, y no sólo en la aportación económica de las recetas.

V.3.1.PROPUUESTAS

- Colaboración de los farmacéuticos como profesional sanitario accesible a toda la población, en la derivación de pacientes inmigrantes a los servicios sanitarios públicos sistema o entidades colaboradoras del convenio (facilitando los documentos necesarios para la derivación y folletos con direcciones de interés de dónde pueden acudir).
- Colaboración de los farmacéuticos en la donación de medicamentos, mediante acuerdos con entidades no gubernamentales que asisten a los inmigrantes.
- Divulgación de material informativo destinado a los inmigrantes de programas de salud preventivos (promoción de salud en drogodependencias, educación sexual y salud reproductiva, calendario vacunal etc.) y sobre derechos sanitarios, desde las oficinas de farmacia.
- Cursos de formación específica en el área de atención sanitaria al inmigrante dirigidos a farmacéuticos (conocimiento de éstos pacientes, atención a la diversidad cultural, salud internacional, atención farmacéutica, protocolos de actuación).
- Educación sanitaria a inmigrantes desde la oficina de farmacia, enfocada en la mejora del cumplimiento terapéutico, a fin de garantizar la continuidad asistencial de estos pacientes.
- Realizar las tareas específicas de atención farmacéutica tal como se refleja en el Documento Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo (Dispensación activa y seguimiento farmacoterapéutico) y extender a la población inmigrante.
- Promocionar la participación de farmacéuticos en estudios de investigación en materia de salud, y más específicamente en los relacionados con la utilización de los medicamentos en la población inmigrante.

- Implicación de organismos oficiales de farmacéuticos para la coordinación de los servicios farmacéuticos en la mejora de la atención farmacéutica a la población inmigrante. Adhesión al Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

1. La atención farmacéutica que reciben los inmigrantes económicos en situación administrativa irregular de la zona del campo de Gibraltar no difiere de la que se proporciona a la población autóctona desde los servicios de farmacia, aunque se encuentran barreras en este proceso de atención:
 - Barreras propias de la población inmigrante: por la propia idiosincrasia de estos pacientes, las diferencias etno-culturales, idiomáticas, desconocimiento del sistema sanitario español, elevada movilidad geográfica y las precarias circunstancias en las que se desenvuelven en el país de acogida (precariedad laboral y situación socio-económica de pobreza).
 - Barreras de los profesionales farmacéuticos: rechazo pasivo del profesional farmacéutico por la escasa preparación en la atención a la diversidad cultural, enfermedades importadas y sus tratamientos, y falta de información sobre las actuaciones en la atención sanitaria al inmigrante a través de la Consejería de Salud. Rechazo pasivo del actual sistema de farmacia por su todavía minoritaria participación en el desarrollo de actividades propias de la atención farmacéutica como la dispensación activa y el seguimiento farmacológico de los tratamientos.
2. Encontramos problemas en el acceso a los medicamentos de la población inmigrante irregular de la zona del Campo de Gibraltar , a pesar de garantizarse el acceso a la atención sanitaria de estos pacientes, el co-pago de las cantidades necesarias para adquirir los medicamentos con la preceptiva receta constituyen una barrera en la continuidad de su asistencia sanitaria, sobre todo en medicamentos de coste elevado o tratamientos de larga duración. Este problema es subsanado, en parte, gracias al voluntariado y las ONG's que participan en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, sufragando en muchas ocasiones la aportación de los medicamentos.

3. Los inmigrantes en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar, una mayoría, no presenta dificultades en el proceso de atención sanitaria, aunque hay inmigrantes que manifiestan tener fundamentalmente problemas económicos que dificultan su proceso de atención integral, pues presentan dificultades para acceder a los medicamentos. Estos pacientes no priorizan sus problemas en la atención sanitaria por tener otras preocupaciones más acuciantes. Sin embargo, y a pesar de tratarse de personas jóvenes, parecen tener mayor riesgo de contraer enfermedades y de tener problemas relacionados con el uso de los medicamentos, por la situación de precariedad en el país de acogida y la falta de seguimiento de sus tratamientos.
4. Los farmacéuticos de la zona del Campo de Gibraltar no colaboran específicamente en la mejora de la atención farmacéutica a este colectivo, es decir, no se llevan medidas concretas para atender al mismo. No conocen, en su mayoría, el convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes firmado entre la Consejería de Salud y entidades no gubernamentales, a pesar de que el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se suscribió inicialmente al mismo, aunque en la actualidad no participa.
5. La mayoría de los farmacéuticos sí estarían dispuestos a colaborar en la mejora en la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos del colectivo inmigrante. Los farmacéuticos no comunitarios sugieren la necesidad de una reestructuración de los servicios de farmacia en todos sus ámbitos en general, para encauzar la atención farmacéutica dirigida a todos los pacientes y llevar a cabo las funciones propias de los farmacéuticos (uso racional de los medicamentos, seguimiento farmacológico de los tratamientos etc.)
6. El personal de las entidades no gubernamentales que colaboran en el seno del citado Convenio en la atención al inmigrante en la comarca del Campo de Gibraltar, considera que los inmigrantes tienen problemas en adquirir los medicamentos que necesitan. Proponen potenciar la participación del farmacéutico en la educación sanitaria a estos pacientes y el uso racional de los medicamentos, consideran necesaria su colaboración, así como la de los

organismos oficiales de farmacéuticos para garantizar una adecuada asistencia sanitaria a la población inmigrante.

VII. BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

- 1 I Plan para la Integración de la Inmigración en Andalucía. Política Integral de Atención a la Inmigración en Andalucía. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía. 2001.
- 2 Sauquillo F. Conferencia de apertura: La experiencia de acogida y atención sanitaria a inmigrantes sin recursos en la Unión Europea. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 11-31.
- 3 Documento Consenso en Atención Farmacéutica. Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
- 4 Datos extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de Diciembre de 2004. Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005. (http://www.dgei.mir.es/general/indice_diciembre_04.html)
- 5 Anuario Estadístico de Extranjería. Año 2003. Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. ([http://www.dgei.mir.es/general/Anuario de Extranjeria 2003.pdf](http://www.dgei.mir.es/general/Anuario_de_Extranjeria_2003.pdf))
- 6 Lobato P. Algunos aspectos de la demografía de la Inmigración en Andalucía. Mesa Redonda: Panorama General de la Inmigración en Andalucía. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 35-44.
- 7 "Demografía de la Inmigración en Andalucía" . Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003. (<http://www.fundacionprogresoysalud.org>)
- 8 Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes. Documentación Básica Subcomisiones Provinciales. Fundación Progreso y Salud. 2002.
- 9 España: el 60 por ciento de los inmigrantes irregulares viven en Madrid, Valencia o Cataluña, según el padrón de 2004. Europa Press, 29 de marzo de 2005. (<http://ar.news.yahoo.com/050329/11/gmzx.html>)
- 10 Aparicio, S. Un millón y medio de ilegales. Especial inmigrantes, en busca de futuro. elmundo.es (<http://www.el-mundo.es/especiales/2005/02/sociedad/inmigración>)
- 11 Pérez, J.I. La inmigración se multiplica. Cinco días. 22 de Octubre de 2004. (<http://www.cincodias.es>)

- 12 Bárbulo, T. Informe demoledor. Informe de la relatora especial para los derechos de los migrantes. La ONU expresa su preocupación por el aumento de “sin papeles” en España. EL PAÍS. España, 25 de Febrero de 2004.
- 13 Instituto Nacional de Estadística (INE). Base de datos INEbase. (www.ine.es/inebase/cgi/axi)
- 14 Acuerdo de Schengen. Extranjeros. Secretaria General Técnica del Ministerio del Interior. Ministerio del Interior. (<http://www.mir.es/extranje/schengen/auschem.htm>)
- 15 Ortiz J. Incidencia económica de la población extranjera inmigrante en Andalucía: Una caracterización. II Seminario sobre la Investigación de la Inmigración Extranjera en Andalucía. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. 2002; 57-7.
- 16 García F. La inmigración en el Campo de Gibraltar (1991-2000). Asociación Algeciras Acoge. 2002.
- 17 Izquierdo A. El proyecto migratorio y la integración de los extranjeros. Revista de Estudios de Juventud. 2000; (49): 43-52.
- 18 Migración en el Campo de Gibraltar: Una aproximación a la realidad. Asociación Algeciras Acoge. 2004.
- 19 Documento Técnico de Seguimiento del I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2001-2004. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía 2001.
- 20 Serrano F, Cerban M, Foncubierta MJ, Holgado MJ, López P. El Campo de Gibraltar: Frontera y Puente. Ponencia en el I Congreso de Ciencia Regional de Andalucía: “ Andalucía en el umbral del siglo XXI”. Universidad de Cádiz.
- 21 Datos de Inmigración irregular por medio de embarcaciones a fecha de 31 de Diciembre de 2003 y 2004. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 22 Escalera C. La atención sanitaria a los inmigrantes en Andalucía. Mesa Redonda: Panorama General de la Inmigración en Andalucía. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 45-56.
- 23 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), de 10 de Diciembre de 1948.
- 24 Ley orgánica 4 /2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, (BOE nº 10, de 12 de enero), en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE nº 307, de 23 de diciembre), por la Ley orgánica 11/2003 de 29 de Septiembre (BOE nº 234, de 30 de septiembre) y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de Noviembre (BOE nº 279, de 21 de noviembre).

- 25 Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor en Andalucía. BOJA nº 53/1998, de 12 de Mayo de 1998.
- 26 Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25, de 20 de Noviembre de 1989.
- 27 Guía de recursos sociales para la inmigración. Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad en Andalucía (MPDL-A) y la Dirección General de Bienestar Social y Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- 28 Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 29 Real Decreto 2393/2004, de 30 de Diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- 30 Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA nº 74/1998, de 4 de julio de 1998.
- 31 III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- 32 Salud para Todos en el siglo XXI. World Health Organization (WHO) : Regional Office for Europe. 1999.
- 33 Memoria Técnica Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003.
- 34 Asunto: "Convenio de colaboración para la prestación sanitaria al colectivo de inmigrantes". Circular 62/99. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada. Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1999.
- 35 Carta dirigida a farmacéuticos. Asunto: "Convenio de colaboración para la prestación sanitaria al colectivo de inmigrantes". Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a fecha de 11 de Agosto de 1999.
- 36 Manual de Atención Sanitaria al Inmigrante. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003.
- 37 Ackerknecht E. Medicina y antropología social. Akral, 1985.
- 38 Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 2000; 26: 314-318.
- 39 Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada. Gac sanitaria 2001; (15) (4) : 320-326.

- 40 Modolo MA, Sepilli A. Educazione sanitaria. L'educazione sanitaria, la partecipazione e la difesa della salute. Il pensiero científico; Roma, 1985.
- 41 Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud (OMS); Ginebra, 1989.
- 42 Metodología en educación para la salud. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. (<http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm>)
- 43 López JM, Grupo de Salud Pública - SEMERGEN. Atención sanitaria al inmigrante. Centro de Salud de Padrón . A Coruña.
- 44 Atxotegui J. Los duelos de la migración: Una aproximación psicopatológica y psicosocial. Medicina y Cultura. Estudios entre la nrtropología y la Medicina. Perdiguero y Cornellees, eds. Bellatera, Barcelona; 2000.
- 45 Perfil de las mujeres inmigrantes en el Campo de Gibraltar. Una aproximación a la realidad. Asociación Algeciras Acoge. 2004.
- 46 Cañada JL, Coll V, Díaz M, Hernández E, Martínez A, Ochoa J, Solsona L, Vázquez J. La atención al inmigrante: Del aluvión a la solución razonable. Documentos SEMFYC nº 17 Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2002. (<http://www.semfy.com>)
- 47 Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante. Documentos SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria); 2001. (<http://www.semfy.com>)
- 48 Bada JL, Bada RM. Repercusiones socio-sanitarias de la inmigración en España. FMC, 1996; 3-228.
- 49 Atención al inmigrante. Mesa Redonda sobre Inmigración. XXIV Congreso Nacional de SEMERGEN.
- 50 Vázquez J, Galindo JP, Luján R, Gámez E, Raos JA, Lorente J, Guirau JE, Delgado M, Albarracín MF. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Grupo de Atención al Inmigrante y Enfermedades importadas. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina de familia (And). 2002; 2: 162-168.
- 51 López-Vélez. Enfermedades infecciosas en inmigrantes. FMC 1996; 3: 281-82.
- 52 Salas S, Heilfetz R, Barrett-Connor E. Intestinal parasitosis in Central American Immigrants in the United States. Arch Intern Med 1990; 150 : 1514-516.
- 53 Wiesberg GR, Sommenschein E, Dyer AR, Schnadig V, Bonilla E. Prevalence of intestinal parasites in Latino residents of Chicago. Am J Epidemiol, 1975; 102 : 526-32.
- 54 Pierz JJ, Lau T, Lepow ML. Prevalence of parasites in Puerto Rican and black children of Hartford, Connecticut. Conn Med. 1973; 37 : 291-94.

- 55 Hargus EP, Lepow M, Lau T, Colon AR. Intestinal parasitosis in childhood populations of Latin origin. Lessons from a survey of 129 such children in Hartford Connecticut. *Clin Pediatr* 1976; 15: 927-29.
- 56 Vázquez J, Ramos R, García C, Gómez MJ, Gámez E, Lorente J et al. Esquistosomiasis urinaria en inmigrantes africanos. *Aten Primaria* 1998; 22 Supl 1 : 255.
- 57 Richards F. Schartz PM. Cisticercosis and teniasis. *New England Journal Med* 1985; 312 : 787-88.
- 58 Rodríguez E. Situación actual de la tuberculosis en España: Incidencia y mortalidad desde 1995. Características de los casos de tuberculosis y meningitis tuberculosa declarados en el 2000. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 2001; (9) : 293-296.
- 59 Balance anual sobre el SIDA. *El Farmacéutico* nº 324, 2004; 28-29.
- 60 Castilla J, Del Amo J, Sánchez F. Casos de SIDA en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000; (8): 97-100.
- 61 ONUSIDA/OMS: Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. 1997.
- 62 Hanna MA, Rod D, Frase PD, Nobert PD, Antal PD, Steven MD. HIV antibody screening among immigrants: a cost-benefit analysis. *Can Med Assoc J* 1990; 143 : 2.
- 63 World Health Organization: Resumen Mundial sobre la pandemia VIH/SIDA. *Wkly Epidemiol Rec* 1998; 7 : 1-4.
- 64 UNAIDS: El SIDA en Africa.
URL: <http://www.unaids.org/publication/documents/epidemiology/determinants/saspap98.html>.
- 65 Dockrell HM, Eascott H, Young S, MC Farlane A, Hussain R, Waters MIR. Possible transmission of *Mycobacterium leprae* in a group of UK leprosy contact. *Lancett* 1991; 338 : 739-43.
- 66 Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria*, 1995 ; 15:321.
- 67 Pretiñes Mena et al. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minoría étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002. Enero 29.
- 68 García J, Sanz C. Salud Mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin*, 2002; 118 (5) : 187-91.
- 69 Rodríguez CB. Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad. *ReEs* 2002.
- 70 Bada L, Bada RM. El inmigrante no contagia enfermedades. *Unitat Maltiels Tropicals i importadas*. Drassanes. Institut Catalá de la Salut.

- 71 Valero L, Sabriá M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. *Med Clin*, 2002; 118: 508-514.
- 72 Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- 73 Sistema de Información Interhospitalario (INHIOS).
- 74 Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona. *Migración, Salud y Políticas Sociales*. Granada : EASP; 1997.
- 75 Dolin P, Raviglione M, Kodin A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO*, 1994; 72 : 213-220.
- 76 Instituto de Estadística de Andalucía. (IEA). (<http://www.iea.juntadeandalucia.es>)
- 77 Atlas Mundial del Envejecimiento. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 78 Eurostat. Statistical Office of the European Communities. (<http://epp.eurostat.ec.eu.int/portal/page>).
- 79 Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac sanitaria*, 2004; 18 (Supl) : 207-13.
- 80 Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Investigaciones sobre servicios de la salud: Una antología*. OPS / OMS. Publicaciones científicas, 1992; (534) : 929-43.
- 81 Dorebedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Investigaciones sobre servicios de la salud: Una antología*. OPS / OMS. Publicaciones científicas, 1992; (534) : 384-404.
- 82 Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102/1986 de 29 de Abril, de 1986.
- 83 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de atención Primaria en Salud. Alma-Ata, 12 de septiembre de 1978.
- 84 Felip N, Gayoso S, Guerra A, Martín C, Ruiz-Escribano E, Zúñiga A. Inmigrantes y atención sanitaria en España.
- 85 Pineault, Daveluy. *La planificación sanitaria*. Edit. Masson, 1987; (282).
- 86 Gómez A. Necesidades de salud y utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes africanos en Granada (mimeo). Granada : Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), 1992.
- 87 Cuantificación de los gastos e ingresos que generan la presencia de inmigrantes en España. Price Waterhouse Coopers. Instituto de Migraciones y servicios Sociales (IMSERSO), 1999.

- 88 Aparicio R, Tornos A. La inmigración y la economía española. Universidad Pontificia de Comillas y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2000.
- 89 Simon J. The economic consequences of immigration. Blackwell. Oxford, 1989.
- 90 Borjas J. The economic consequences of immigration. University of Wisconsin. Madison, 1996.
- 91 Steinmann G, Ulrich RE. The economic consequences of immigration to Germany. (studies in contemporary economics). Physical-VerlaG Heidelberg. Alemania, 1994.
- 92 XII Dirección General de la Unión Europea. Work Programme 1997-1998 in Targeted Socio-Economic Research (Programa TSER).
- 93 CDC. Recommendations for the prevention and control of tuberculosis among foreign born persons. MMWR; Morb Mortal Wkly Rep., 1998 ; 47 (RR6) : 1-29.
- 94 McKenna MT, McCray E, Onorato I. The epidemiology of tuberculosis among foreign born persons in the United States (1986 to 1993). New England Journal Med, 1995; 332 : 1071-1072.
- 95 Managment of latent tuberculosis infections in immigrants. New England Journal Med, 2003 ; (348) : 13.
- 96 Vázquez J. Impacto de la inmigración en la consulta del médico de familia. Proceso de atención sanitaria a inmigrantes. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 112-114.
- 97 Ruiz MM. Aspectos jurídicos laborales de la inmigración: Algunas conclusiones para el debate. II Seminario sobre la Investigación de la Inmigración Extranjera en Andalucía. Dirección General de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía, 2002.; 31-41.
- 98 Aparicio R, Tornos A, Fernández M. El capital humano de la inmigración. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2004.
- 99 Valls JF. Lo que debemos a los inmigrantes. El Farmacéutico, 2004; (325): 118.
- 100 Análisis Económicos Sociológicos y Políticos (ASEP). Encuesta año 1997.
- 101 Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- 102 Jiménez JA. El trabajo y el empleo de los inmigrantes. Mesa Redonda: Panorama General de la Inmigración en Andalucía. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 57-61.
- 103 Terris M. La crisis de la Salud Pública. OPS, 1992 ; Publicación científica nº 540.
- 104 Winslow CEA. The untilled fields o public Health. Sciencie, 1920; (51) : 23-33.

- 105 Muñoz E. Nebot M. Cobertura vacunal en població inmigrant atesa al Servei de Vacunes del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: Instituto Municipal de Salud Pública, 2001.
- 106 Masvidal RM. Protocolos de atención en inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord Barcelona, 2002. (<http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>)
- 107 Jansá JM. Inmigración extranjera en el estado español Consideraciones desde la Salud Pública. Rev Española de Salud Publica, 1998; 72 . (165-168).
- 108 Torrecillas L. El Hospital Punta Europa Amigo de los Inmigrantes. Mejora de la accesibilidad al sistema sanitario público Andaluz. Mesa Redonda: Panorama General de la Inmigración en Andalucía. Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes. II Jornadas de Coordinación y Seguimiento. Conclusiones. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003; 96-101.
- 109 Galiana JM, Salceda A. El Hospital Punta Europa, de Algeciras (Cádiz), mejora sus servicios al inmigrante y los adecua a nuevos grupos de usuarios. (Proyecto: Hospital Amigo de los Inmigrantes (Migrant Friendly Hospital). Hospital Punta Europa, Algeciras (Cádiz). Servicio Andaluz de Salud. Coordinación Proyecto Europeo: Ludwig Boltzmann. Institute for the Sociology of Helath and Medicine. Viena). Agencia de Calidad sanitaria de Andalucía; Premios, 2003.
- 110 A Declaration on the promotion of patients ´rights in Europe. European Consultation on the rights of patients. Amsterdam, 28-30 March 1994. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe.
- 111 El Hospital Punta Europa se integra en una red mundial para mejorar a atención a inmigrantes. Canal noticias, Portal de Salud de la Junta de Andalucía. Andalucía, 21 de diciembre de 2004. (<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/noticias>).
- 112 WONCA Clasification Comité. An International Glossary o general / family practice. Farm prt 1995; 12 (3): 341-369
- 113 Segundo Consenso de Granada sobre los Problemas Relacionados con los Medicamentos. Comité de Consenso. Ars Pharmaceutica, 2002; 43:3-4 179-178.
- 114 Pope C., Mays N. Reading the parth others methods cannot research: an introduction to qualitative methods in health services research. Br Med J 1995; 311:42-45.
- 115 Secker J., Wimbush E., Watson J. MilburnK. Qualitative methods in health promotion research some criteria for quality. Health Educ J 1995; 54: 74-87.
- 116 García J. La elección del tipo de diseño de investigación. Nure investigation, nº 5.Mayo 2004.
- 117 Mercado FJ., Villaseñor M., Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Dpto. de Salud Pública. Universidad de Guadalajara. Dossier Investigación cualitativa en salud. Nº 17/ invierno.

- 118 March JC., Prieto MA., Solas O., Hernán M. Técnicas cualitativas para la investigación en Salud Pública y gestión de los servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanitaria*, 1999; 13: 312-319.
- 119 Castillo E., Vázquez ML. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. *Colomb Med* 2003; 34: 164-167.
- 120 Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública*, oct. 2002. Vol. 76, nº 5: 472-482.
- 121 Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. (<http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Triangulacion.html>)
- 122 Balance del proceso de normalización de trabajadores extranjeros. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Comparecencia del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales ante la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales del Congreso. 7 de Junio de 2005. (<http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200506/Comparecencia%20ministro%20balance.pdf>)
- 123 Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2 (3): 189-104.
- 124 Suárez G. La AF a inmigrantes exige más formación y trabajo en equipo. *Correo farmacéutico*. Semana del 27 de Junio al 3 de julio de 2005. Entorno - (29)
- 125 Durán J. La farmacia social, principal reto para este siglo. *Correo farmacéutico*, Año V. 14-20 Marzo 2005; nº 171:2.

VIII. ANEXOS

VIII. 1. CUESTIONARIOS A GRUPOS

CUESTIONARIO: INMIGRANTES ECONÓMICOS EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR EN EL CAMPO DE GIBRALTAR

1. Datos Personales:
 - a. Sexo:
 - b. Edad:
 - c. País de origen:
 - d. ¿Cuánto tiempo lleva en España?
 - e. ¿Dónde se aloja?
 - f. ¿Vive solo o con alguien?
 - g. Nivel de estudios:
 - h. Lengua en la que se comunica:
2. ¿Ha necesitado recibir atención sanitaria? ¿Ha encontrado alguna dificultad? ¿Cuál?
3. Si tuviera algún problema de salud ¿dónde acudiría en primer lugar?
 - a. A la farmacia;
 - b. A un centro de salud u hospital;
 - c. Otros; ¿Cuál?
4. ¿ Ha tenido que acudir a la farmacia pidiendo consejo al farmacéutico por un problema de salud?
5. ¿Se ha comunicado bien con el farmacéutico?
6. ¿Ha tomado algún medicamento desde que se encuentra en España?

7. ¿Para qué problema de salud?
8. ¿Dónde ha adquirido el medicamento?
 - a. En la farmacia;
 - b. En un centro de salud u hospital;
 - c. Otros; ¿Cuál?
9. ¿Cómo?
 - a. Con receta médica, pagando.
 - b. Con receta médica, sin pagar.
 - c. Comprándolo en la farmacia sin receta médica, indicado por el farmacéutico.
 - d. A través de un organismo de ayuda al inmigrante, gratuito.
10. ¿Ha encontrado alguna dificultad en adquirirlo?
11. ¿Alguien le ha explicado cómo debe tomar los medicamentos?
¿Quién?
12. Si ha retirado los medicamentos de la farmacia, ¿le ha explicado el farmacéutico cómo tomarlos?
13. ¿Alguna vez le han ofrecido hacerle un Seguimiento farmacoterapéutico?

14. Si ha recibido Seguimiento farmacoterapéutico ¿Por quién?
15. ¿Ha recibido educación sanitaria sobre enfermedades, medicamentos, derecho sanitario? ¿Por quién?
16. ¿Toma algún medicamento? ¿Cuál / es?
- ¿Para qué lo/s toma?
 - ¿Cómo lo/s toma?
 - ¿Quién se lo/s recetó?
 - ¿Dónde lo/s adquirió?
 - ¿Mejoran sus síntomas desde que lo/s toma?
 - ¿Ha notado algún síntoma nuevo desde que toma el/los medicamento/s derivado de su uso?
 - ¿Tiene algún problema de salud o malestar para el que no esté tomando un medicamento en este momento?
¿Cuál?
17. ¿Ha tenido algún problema en general, con respecto al uso de los medicamentos, desde que se encuentra en España?
18. ¿Alguna propuesta para mejorar la atención sanitaria y farmacéutica que ha recibido?

**CUESTIONARIO: FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS DE LA
MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL CAMPO DE GIBRALTAR**

1. ¿Cuántos inmigrantes acuden a la semana aproximadamente a su farmacia?
2. ¿Con qué proporción acuden con receta médica?
¿Y solicitando el consejo o indicación farmacéutica?
3. ¿Suelen preguntarle sobre el uso de los medicamentos que retiran de la farmacia?
4. ¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?
5. ¿Ha encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en algún paciente inmigrante?
6. ¿Realiza Atención Farmacéutica y /o Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes en su oficina de farmacia?
7. ¿Tiene problemas de comunicación con la población inmigrante?
8. ¿Ha realizado algún tipo de formación con respecto a la atención sanitaria y / o farmacéutica a la población inmigrante?

9. ¿Tendría interés en recibir algún tipo de formación sobre este tema?
10. ¿Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes?
11. ¿Ha colaborado alguna vez con alguna ONG en materia de prestación farmacéutica para inmigrantes sin recursos de la zona del Campo de Gibraltar?
12. ¿Estaría interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante? ¿Cómo?
- Educación sanitaria, entrega de material informativo de prevención de salud.
 - Colaboración en la derivación de inmigrantes a los servicios de salud públicos en caso de que lo necesitaran.
 - Atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico.
 - Donación de medicamentos a través de ONG's para inmigrantes sin recursos.
 - Todas.
 - Otras:
13. ¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo? ¿Cuál?

CUESTIONARIO: FARMACÉUTICOS DEL DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CAMPO DE GIBRALTAR Y FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS DE LOS CENTROS UBICADOS EN DICHA ZONA

1. Puesto de trabajo que desempeña:
2. ¿Qué funciones desempeña en su puesto de trabajo?
3. ¿Realiza Atención Farmacéutica y / ó Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes?
4. ¿En su centro de trabajo se llevan a cabo protocolos de atención sanitaria a la población inmigrante?
5. ¿Conoce el Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes?
6. ¿Realiza alguna labor de atención farmacéutica en este colectivo?
7. ¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?
8. ¿Han encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en algún paciente inmigrante?

9. ¿Ha recibido algún curso de formación a través de las instituciones sanitarias en atención sanitaria y / o farmacéutica a inmigrantes?
10. ¿Estaría interesado en recibir formación con respecto a este tema?
11. ¿Estaría interesado en colaborar de alguna forma para mejorar la atención farmacéutica en el colectivo inmigrante? ¿Cómo?
12. ¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo sin recursos? ¿Cuál?

CUESTIONARIOS: PERSONAL DE LAS ENTIDADES QUE COLABORAN EN LA ACOGIDA DEL INMIGRANTE, ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES COLABORADORAS EN EL CONVENIO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA PARA INMIGRANTES EN LA ZONA DEL CAMPO DE GIBRALTAR

1. Puesto de trabajo que desempeña:
2. ¿Qué funciones desempeña en su puesto de trabajo?
3. ¿Cuánto tiempo lleva aquí trabajando?
4. ¿Qué tipo de atención sanitaria facilitan a los inmigrantes?
5. ¿Cómo obtienen los inmigrantes los medicamentos que necesitan?
6. ¿Tienen problemas los inmigrantes en conseguir los medicamentos homólogos en España de los tratamientos en sus países de origen?
7. Los inmigrantes con tratamientos farmacológicos ¿Qué ayuda reciben en cuanto al uso de los medicamentos (cumplimiento terapéutico, seguimiento farmacológico de los tratamientos etc.)? ¿Quién les ayuda?

8. ¿Han encontrado algún problema derivado del uso de los medicamentos en los inmigrantes?
9. ¿Encuentra alguna otra dificultad para la asistencia farmacéutica a inmigrantes? ¿Cuál?
10. ¿Tendría alguna sugerencia para mejorar la atención farmacéutica y / o acceso a los medicamentos para este colectivo sin recursos?. ¿Cuál?
11. En su opinión, ¿cree que sería necesario una colaboración de los farmacéuticos u organismos oficiales de farmacéuticos para la asistencia farmacéutica a inmigrantes? ¿Por qué?

VIII. 2. TRADUCCIONES DEL CUESTIONARIO A INMIGRANTES

LENGUA INGLESA

1. Personal Details:

- Sex:
- Age:
- Country of origin:
- How long have you been in Spain?
- Where do you live?
- Do you live alone or with anybody?
- Studies level:
- Language in which you communicate yourself:

2. Have you ever needed health care? Have you found any difficulty trying to get it? If you found any, please say which one.

3. If you had any health problem, where would you go in first place?

- To a chemist's;
- To a National Health Centre or an Hospital;
- Other; Which one?

4. Have you ever gone to a Chemist's requesting pharmaceutical advice about a problem related to your health?

5. Did you have any communication problem with the chemist?

6. Have you ever taken any medicine since you are in Spain?

Which health problem did you have?

7. Where have you obtained your medicine?

- In a chemist's;
- In a National Health Centre or an hospital;
- Other; Which one?

8. How have you obtained your medicine?

- With a prescription, paying.
- With prescription, without paying.
- I bought it without prescription, according to the chemist's advice.
- For free, through an immigrant aid organization.

9. Have you ever found any problem to obtain your medicine?

10. When you are provided with medicines, has anyone explained how should you take the medicines? Who?

If you have taken the medicines from the chemist's, has the chemist explained you how to take them?

11. Have you ever been offered pharmacotherapy follow-up?

12. If you have received pharmacotherapy follow up, who was taking care of you?

13. Have you ever received health education about diseases, medicines, health rights? Who did it?

14. Do you take any medicines? If you take any, please say which one.

- What do you take it for?
- How do you take it?
- Who did prescribe it?
- Where did you obtain it?
- Have your symptoms got better since you take it?
- Have you noticed any new symptom since you take the medicine related to its use?
- Have you noticed any new symptom since you take the medicines?
- Do you have any health problem or discomfort for which you are not taking any medicine at the moment?

15. Have you ever had any problem related to the use of medicines since you are in Spain?

16. Do you have any suggestion to improve the health care or pharmaceutical care you received?

LENGUA FRANCESA

1. Renseignements Personnels :

- Sexe :
- Âge :
- Pays d'origine :
- Depuis combien de temps vous êtes en Espagne ?
- Où logez-vous ?
- Vous habitez seul ou avec quelqu'un d'autre ?
- Niveau d'études:
- Langue dans laquelle vous vous communiquez:

2. Avez-vous eu besoin de soins sanitaires ?

Avez-vous trouvé quelque difficulté ? Laquelle ?

3. Au cas où vous problème de santé, où iriez-vous d'abord ?

- À la pharmacie ;
- À un cabinet médical ou a l'hôpital;
- À un autre endroit ; lequel ?

4. Êtes-vous allés à une pharmacie pour demander un conseil pharmaceutique lorsque vous avez eu un problème de santé ?

5. Vous êtes-vous bien communiqués avec le pharmacien ?

6. Avez-vous pris des médicaments depuis que vous habitez en Espagne?
Pour quel problème de santé?
7. Où avez-vous acheté le médicament ?
 - À la pharmacie;
 - À un cabinet médical ou a l'hôpital;
 - À une autre endroit; Lequel ?
8. Comment ?
 - Avec une ordonnance, en payant.
 - Avec une ordonnance, sans payant.
 - En l'achetant sans ordonnance, conseillé par un pharmacien.
 - Grâce à une institution d'aide à l'immigrant, gratuit.
9. Avez-vous trouvé des difficultés pour l'acheter ?
10. Quelqu'un vous a expliqué comment vous devez prendre les médicaments?
Et qui?

Si on retiré les médicaments de la pharmacie, le pharmacien vous a expliqué comment vous devez les prendre?
11. On vous a offert un suivie pharmacothérapeutique ?

12. Si vous avez reçu un suivie pharmacothérapeutique, de la part de qui ?

13. Avez-vous reçu une éducation sanitaire sur des maladies, des médicaments, droit sanitaire. Par qui ?

14. Prenez-vous un médicament. Lequel ?

- Pourquoi le prenez-vous ?
- Comment le prenez-vous ?
- Qui vous l'a prescrit ?
- Où l'avez-vous acheté ?
- Vous symptômes s'améliorent-ils depuis que vous le prenez ?
- Avez-vous senti un nouveau symptôme depuis que vous prenez le/les médicament/s dérivé de son/ses usage/s?
- Avez vous quelque problème de santé ou malaise pour lequel vous ne prenez pas de médicament en ce moment? Quel?

15. Avez-vous eu quelque problème, en general, provoqué pour l'usage des médicaments depuis que vous habitez en Espagne?

16. Quelque proposition pour améliorer l'assistance sanitaire et pharmaceutique que vous avez reçue?

LENGUA ÁRABE

١. معلومات شخصيَّون

- جنس:

- عمر:

- بلد الأصل:

- كم عشت أنت في إسبانيا؟

- أين تنزل أنت؟

- هل تعاش أنت وحد أو مع بعض الناس؟

- درجة دراسة:

- لسن تتكلمين:

٢. هل احتاجت أنت إلى انتباه صحيّ؟ لا أو نعم. هل وجدت أنت

مشكلات؟ ما مشكلات؟

٣. إلى أين ذهبت أنت عادياً أولاً متى مشكلة صحيّة لك؟

- إلى صيدليّة

- إلى مستشفى

- آخرون

٤. هل ذهبت أنت إلى صيدليّة لتسأل عن رأي صيدليّ خاصّ بمشكلة

صحتك؟

٥. هل تفاهمتما أنت و الصيدليّ؟

٦. هل أخذت أنت دواء منذ أنت في إسبانيا؟

- لما مشكلة صحيّ؟

٧. أين حصلت أنت على الدواء؟

- إلى صيدليّة

- إلى مستشفىّ

- آخرون

٨. كيف حصلت أنت على الدواء؟

- مع وصفة طبية و تدفعه؟

- مع وصفة طبية و لا تدفعه؟

- اشتريتها أنت بغير وصفة طبيّة، مع نصيحة الصيدليّ

- بواسطة منظمة مُساعدة لمُهجرين، بدون مقابل

٩. هل وجدت أنت مشكلات متى حصلتّها؟

١٠. هل فسرك أحد كيف أخذت الدواء؟

- من فسرك؟

- إن حصلت الدواء من صيدلية، هل فسرك الصيدلي كيف أخذتها؟

١١. هل اقترح بعض الناس بك رقبة صيدلية و علاجية؟

١٢. إن لاقيت أنت رقبة صيدلية و علاجية مرة ما، من فعلها؟

١٣. هل لاقيت أنت تثقيف صحي خاص بأدواء، أدوية و قانون صحي؟
من أعلمهاك؟

١٤. هل تأخذ أنت الآن بعض الدواء؟ ما دواء؟

- لكيما تأخذها؟

- كيف تأخذها؟

- من كتبت الوصفة العلاج؟

- أين تحصل على الدواء؟

- هل حسنوا أعراضك بعد أن تأخذ الدواء؟

- هل حسّست أنت بعرض جديد الذي انتسب إلى استعماله بعد أن تأخذ الدواء؟

- هل حسّست أنت بعرض جديد الذي اشتقّ من بعد أن تأخذ الدواء / الأدوية؟

- هل عنك مشكلة صحّيّ أو وعكّة و تأخذ له أو لها لا دواء الآن؟

ما مشكلة صحّيّ أو وعكّة؟

١٥. هل وجدت أنت مشكلتات بالنسبة إلى استعمالات أدوية عموماً؟

١٦. هل عندك اقتراحات لحسن عون صحّيّ و صيدليّ الذي لاقيته؟

VIII. 3. MAPA COMARCA CAMPO DE GIBRALTAR Y SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ



