

Atención farmacéutica a la población inmigrante

Marco social y jurídico, repercusiones en la salud y objetivos



REBECA LUCIANI

Los organismos internacionales cifran en 175 millones el número de inmigrantes internacionales, aproximadamente el 2-4% de la población mundial. España es uno de los países europeos en los que la inmigración ha crecido de forma más significativa en los últimos años. Ante esta nueva realidad, los farmacéuticos deben atender las peticiones sanitarias de los inmigrantes y sus peculiaridades. Varios colegios de farmacéuticos han constituido grupos de trabajo para estudiar el fenómeno de la atención farmacéutica al inmigrante y dar soluciones y herramientas prácticas a los profesionales de la farmacia.

La inmigración es uno de los temas principales en las agendas políticas de todos los gobiernos y un factor determinante para consolidar las nuevas sociedades. Las políticas sobre inmigración serán claves para abordar el reto que supone la integración de una inmigración masiva procedente de países con servicios de salud deficientes.

MARIÁN CARRETERO COLOMER
VOCAL DEL COF DE BARCELONA.



Según un reciente informe de la ONU, de aquí a medio siglo la población de toda Europa descenderá de los 730 millones actuales a 628 millones. En opinión de los responsables de la ONU, Europa necesitará para la mitad del siglo XXI entre 47,5 y 78 millones de personas para mantener su actual estructura laboral. Estas estimaciones sitúan a África y, en menor medida, a Asia, como los grandes suministradores de la nueva mano de obra. La previsión es que en 2050 haya en el planeta 250 millones de inmigrantes.

La inmigración no es un fenómeno nuevo; las poblaciones siempre han emigrado de lugares con sus recursos agotados o mal explotados a otros que ofreciesen mejores perspectivas. Una parte importante de la población mundial se ha asentado en su entorno actual a partir de migraciones en busca de una mejora de la calidad de vida y de un mayor bienestar.

España es, por su situación geográfica, un país receptor de inmigrantes procedentes del continente africano. Cada año recibe a unas 600.000 personas extranjeras. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en 1981 el número de extranjeros residentes en España era de 198.042. En septiembre de 2005 se contabilizaba un total de 2.597.014 extranjeros con o sin tarjeta de residencia. Esta cifra supone un aumento del 31,34% respecto a diciembre de 2004. El colectivo marroquí es el más numeroso (473.050 personas), seguido del ecuatoriano (333.255) y el colombiano (192.980).

Se da un ligero predominio masculino en el fenómeno migratorio, aunque en la actualidad aumenta el número de mujeres inmigrantes. También se da una clara división según la nacionalidad: el predominio masculino se observa en los inmigrantes de Marruecos, China, Rumania, Bulgaria, Italia y Portugal, mientras que el femenino se aprecia en los casos de Perú, Colombia, Bolivia y República Dominicana. Actualmente, se observa que un gran número de mujeres asumen la responsabilidad de emigrar para ayudar a la familia, que en muchos casos permanece en sus países de origen. La presencia en España de mujeres inmigrantes jóvenes ha incrementado considerablemente la natalidad. En la actualidad, algo más de un 10% de nacimientos en España son de madres extranjeras.

Inmigración y población autóctona

Los diversos tipos de relación entre la población inmigrante y la población autóctona se relacionan en la tabla 1.

La inmigración especializada es la mejor aceptada en los países de acogida que desarrollan políticas de inmigración que priman la entrada de profesionales técnicos, científicos, etc. Se estima que cada año 70.000 profesores y universitarios van a estudiar o ejercer a Europa o Estados Unidos desde sus países de origen.

La inmigración laboral no especializada ha sido muy importante para el desarrollo industrial posterior a 1945 de varios países europeos. Es vital para algunos sectores como el turismo, la agricultura o el servicio doméstico.

La inmigración irregular es la más difícil de integrar y es la causa de desigualdades y discriminaciones y genera una gran conflictividad en los inmigrantes y en las sociedades que los acogen.

A finales de los años sesenta se introdujo en Estados Unidos el concepto de «comunicación intercultural» y se desarrolló su formación para enseñar a las personas a desenvolverse en situaciones interculturales, algo aparentemente sencillo, pero que en realidad no lo es. Ciertas materias didácticas y humanísticas, íntimamente ligadas al conocimiento y crecimiento personal, deberían enseñarse en las escuelas y más adelante introducirse en la formación profesional, muy especialmente en las profesiones en las que se da mucho contacto personal y en las que conviven trabajadores de diferentes países y entornos culturales.

Legislación

La igualdad en la atención al inmigrante y el derecho a la salud son principios básicos en la legislación internacional y española.

La atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios en España viene regulada por la Ley de Extranjería. La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero de 2000, en el apartado segundo del artículo tercero, dice:

Tabla 1. Relaciones entre población autóctona e inmigrante

Interculturalidad	Las culturas se mezclan y se igualan
Asimilación	La cultura externa se asimila en el país de acogida y se niega la existencia de diferencias
Segregación	El inmigrante es apartado de la sociedad
Integración	El inmigrante hace el esfuerzo de adaptarse a la cultura del país de acogida y también aporta su propia cultura para enriquecer la sociedad receptora
Multiculturalidad	Cada individuo mantiene su estructura, pero modifica y comparte otros aspectos de la población autóctona



Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los Tratados y Acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España.

El artículo duodécimo sobre el derecho a la asistencia sanitaria desarrolla los principios en que ésta se fundamenta:

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.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia 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.

3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.

Posteriormente, la Ley Orgánica 8/2000 y la Ley Orgánica 14/2003, revisaron el texto anterior y mejoraron diversos aspectos, ya que se simplificaron los trámites administrativos y se incorporaron disposiciones aprobadas por la Unión Europea. El 30 de diciembre de 2004, el gobierno español aprobó un nuevo Reglamento de Extranjería y abrió un proceso de regularización extraordinaria de inmigrantes. Entre el 7 de febrero y el 7 de mayo de 2005 les permitió solicitar la documentación que les convertía en ciudadanos regularizados y, para ello, debían presentar un certificado de empadronamiento anterior al 8 de agosto de 2004, un certificado de penales y un precontrato de trabajo de al menos 6 meses de duración. Se tramitaron 690.670 solicitudes. El 50% correspondía a inmigrantes ecuatorianos, marroquíes y rumanos, y el 60% del total correspondió a las comunidades de Cataluña, Madrid y Valencia.

El RD 3/2006, del 16 de enero, regula la composición, competencias y régimen de funcionamiento del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. La Orden TAS/27/2006, de 18 de enero, desarrolla y convoca el proceso para la designación de vocales del mencionado Foro para la Integración Social de los Inmigrantes que representen a las asociaciones de inmigrantes y refugiados, así como a las organizaciones sociales de apoyo.

La atención sanitaria al inmigrante está implantada en las comunidades autónomas que acogen un elevado número de inmigrantes y se va extendiendo progresi-

vamente a todas las demás. La Consejería de Salud de Andalucía ha traducido a 6 idiomas la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en el sistema público andaluz con el objetivo de difundir su contenido y facilitar el conocimiento de sus derechos entre los usuarios extranjeros. En concreto, se recogen 30 derechos seleccionados de la legislación vigente que cubren un amplio arco de garantías y están expresados de manera sencilla y comprensible. También se incluyen 6 deberes de los ciudadanos que se relacionan fundamentalmente con el cumplimiento de las prescripciones realizadas en materia de salud y de las normas de los centros, así como con el buen uso de las instalaciones.

Tabla 2. Servicios sanitarios demandados por los inmigrantes

Salud mental y psicósomática	Adaptación de los inmigrantes a la nueva realidad de las sociedades de acogida
Atención maternoinfantil	Mayor tasa de fecundidad de los inmigrantes y elevado número de embarazos en las adolescentes
Salud bucodental	Déficit de higiene dental y hábitos alimentarios perniciosos
Vacunación	Ausencia de campañas de vacunación en el país de origen o diferente calendario
Programas de prevención y control de tuberculosis, VIH y enfermedades de transmisión sexual	Menor cultura preventiva

Repercusiones en la salud

La población inmigrante reclama todo tipo de servicios sanitarios (tabla 2). Una de las principales dificultades con la que se encuentran los inmigrantes es la obtención de la tarjeta individual sanitaria (TIS). Ello se debe a diversas razones, como las dificultades idiomáticas, la ausencia de documentación y el miedo a empadronarse.

Hay diferencias entre las distintas comunidades autónomas para obtener la TIS: en Cataluña se obtiene para los inmigrantes empadronados a través del Decreto 55/1990, que reconoce la asistencia sanitaria a personas sin recursos. En Aragón, Castilla-La Mancha y Madrid se facilita la tarjeta una vez presentada la documentación requerida. En Navarra se obtiene con el certificado de empadronamiento. En Andalucía se proporciona una tarjeta por simple solicitud en los centros de salud, renovable cada año. En el País Vasco, el gobierno facilita su obtención. En la Comunidad Valenciana se ha creado una «tarjeta solidaria» para las personas que justifican pocos medios. En Asturias se concede a todos los inmigrantes que la solicitan.

Cataluña es la comunidad autónoma a la que corresponde un mayor incremento de inmigrantes desde diciembre de 2004. Según un informe de opinión encar-



El farmacéutico comunitario tiene un papel muy importante por su proximidad al paciente que acude a la farmacia en busca de ayuda por la pérdida de calidad de vida y deterioro de la salud que supone el propio proceso migratorio



gado por el Instituto de Estadística de Cataluña (IDES-CAT) y publicado en noviembre de 2004, la primera preocupación del ciudadano es la inmigración, por delante del desempleo y del precio de la vivienda. En 2004 se creó en Cataluña el Plan Director de Inmigración y Cooperación en el ámbito de la salud, para analizar la situación de la salud y la planificación de servicios en la población inmigrante para promover la prestación asistencial adecuada y la ordenación de las actividades de cooperación sanitaria. Entre sus objetivos, destacan los siguientes:

- Identificar las desigualdades de salud y de acceso, la calidad, la satisfacción y los costes.
- Planificar y ordenar los servicios de utilización pública.
- Asesorar y facilitar la tarea a los profesionales de la salud.
- Proponer criterios y medidas para mejorar la coordinación de recursos.

El inicio de la atención a la salud del inmigrante se centró en problemas de salud relacionados con la tuberculosis, el control del embarazo y la atención pediátrica, hasta que se reconoció jurídicamente el derecho del inmigrante a la asistencia sanitaria estando empadronado pero sin afiliación a la seguridad social.

Posteriormente, cobró importancia la repercusión de la inmigración en los costes del sistema de salud. Los profesionales de la salud observan que necesitan más tiempo para atender a los inmigrantes, debido a problemas de idioma y comunicación. Se hace patente la necesidad de desarrollar una atención especial al inmigrante y de establecer puentes entre la cultura sanitaria de procedencia y la de la sociedad de acogida.

La farmacia es, en muchos casos, el lugar donde el inmigrante plantea inicialmente sus problemas de salud, lo que supone una responsabilidad para los farmacéuticos, que han de responder de modo eficiente a situaciones para ellos desconocidas hasta que se familiarizan con los hábitos y problemas de los inmigrantes.

Es indispensable el establecimiento de un programa de formación del farmacéutico para abordar las consultas más frecuentes del colectivo inmigrante y las características culturales diferenciales, para facilitar la labor profesional.

La farmacia, como primer contacto del inmigrante para consultas de salud y medicación, debe establecer un protocolo de acogida para informar adecuadamente. El farmacéutico debe adquirir conocimientos específicos sobre los calendarios de vacunación en los diferentes países, sobre comunicación intercultural, costumbres sanitarias, etc. La atención debe centrarse en el paciente, practicando un seguimiento y asesoramiento en función de las necesidades sanitarias y culturales del colectivo inmigrante.

El farmacéutico comunitario tiene un papel muy importante por su proximidad al paciente que acude a la farmacia en busca de ayuda por la pérdida de calidad de vida y deterioro de la salud que supone el propio proceso migratorio. Los profesionales sanitarios deben potenciar las actividades de promoción de la salud en un marco interdisciplinario.

Tabla 3. Objetivos de la atención farmacéutica al inmigrante

- Conocer la realidad de la relación entre el farmacéutico y el inmigrante y elaborar la planificación estratégica de la atención farmacéutica en el marco de la interculturalidad
- Diseñar y desarrollar iniciativas de mejora de la salud en los colectivos de inmigrantes y en la atención farmacéutica para contribuir a descongestionar los servicios de urgencia, mejorar el cumplimiento terapéutico y participar en campañas sanitarias
- Conocer las necesidades sanitarias y sociales de la población inmigrante para que el farmacéutico pueda dar una respuesta adecuada
- Saber las dificultades a las que se enfrentan los farmacéuticos para afrontar los problemas de salud de la población inmigrante
- Concienciar al farmacéutico de la necesidad de conocer el contexto cultural de sus pacientes
- Integrar al farmacéutico como profesional de la salud en los programas interdisciplinares y en los programas de atención al inmigrante
- Diseñar y desarrollar iniciativas de mejora de la salud en los colectivos de inmigrantes, especialmente en el marco de la atención farmacéutica
- Elaborar material de ayuda al farmacéutico comunitario
- Formar al farmacéutico en comunicación intercultural

Las principales dificultades identificadas por los farmacéuticos entre la población inmigrante son el desconocimiento del idioma y la demanda de medicamentos desconocidos o no comercializados



Objetivos de la atención farmacéutica

La atención farmacéutica al inmigrante (AFI) se plantea múltiples objetivos (tabla 3) y todavía se encuentra en su fase inicial. Las primeras iniciativas partieron del COF de Barcelona, que ha creado un grupo de trabajo de atención farmacéutica al inmigrante. En la actualidad ya ha realizado estudios con el objetivo de conocer las necesidades de los profesionales farmacéuticos y del colectivo de inmigrantes respecto a la atención sanitaria requerida en la farmacia. Posteriormente, desarrollará protocolos de actuación, material de apoyo y cursos de formación para los farmacéuticos que lo requieran.

En el COF de Barcelona se han realizado estudios con madres inmigrantes y con población infantil latinoamericana. El trabajo se enmarcó en el área de nutrición, dado que es uno de los factores que tiene más trascendencia en la salud de los inmigrantes. El objetivo era conocer los hábitos alimentarios, los valores y las costumbres de las madres y niños latinoamericanos de Barcelona. Se proporcionó un cuestionario a 384 madres latinoamericanas a través de mediadoras de la misma cultura sobre los hábitos alimentarios de sus hijos. Además, se organizó una serie de talleres de nutrición con las madres, que permitió una mejor relación entre el farmacéutico y la población inmigrante.

Respecto a los hábitos generales estudiados, es interesante comentar la frecuencia de visita del hijo/a al pediatra, la relación de la población inmigrante con la farmacia, el número de ingestas diarias y la comida principal que realiza el hijo/a, el consumo de *fast-food* y la variación de peso que experimenta el hijo/a al poco tiempo de llegar a Barcelona.

Sobre las visitas al pediatra y la relación con la farmacia, se observó que el 60% de los niños no hacía seguimiento periódico y que el 10% no se había visitado desde su llegada. Se llegó a la conclusión de que faltaba

un contacto más continuado y profundo con la farmacia. Las madres que se aproximan más a la farmacia son las que hace más de 4 años que viven en la ciudad y las más jóvenes, con edades entre 22 y 39 años. Estos datos indican la necesidad de mejorar la relación del inmigrante con el sistema sanitario. Es importante tener en cuenta que el momento de llegada es crítico y que entonces la persona requiere las máximas atenciones sanitarias. Debería hacerse un seguimiento médico apenas se llega a la sociedad de acogida. El farmacéutico, por su proximidad a la población, puede desempeñar un papel muy importante. Hay factores que dificultan el seguimiento médico de la población inmigrante, entre ellos el incumplimiento o la no comprensión de las prescripciones médicas, ámbito donde el farmacéutico puede incidir de una manera muy positiva.

Durante 2006, en el COF de Barcelona se realizó un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de farmacias de la provincia de Barcelona para detectar las necesidades de los farmacéuticos ante la inmigración. Los objetivos intermedios del estudio eran conocer las necesidades sanitarias de los inmigrantes y las dificultades con que se encuentran los farmacéuticos para afrontar problemas de salud de la población inmigrante.

Se seleccionaron las farmacias cuyas comarcas representaban un porcentaje de inmigración superior al conjunto de la provincia y de éstas las que se localizaban en municipios con un saldo migratorio igual o superior al conjunto de la comarca. Se obtuvo una muestra de 187 oficinas de farmacia, que se distribuyeron territorialmente.



Se envió una encuesta validada a cada titular de las oficinas de farmacia seleccionadas. Se utilizó para la tabulación y análisis estadístico de las diferentes variables una escala de Likert. Al cabo de 10 días se les solicitaba que devolviesen por fax la encuesta cumplimentada al Departamento de Formación y Proyectos Profesionales.

Las principales dificultades identificadas por los farmacéuticos sobre la población inmigrante fueron el desconocimiento del idioma y la demanda de medicamentos desconocidos o no comercializados. La distribución por nacionalidades reflejaba la realidad multicultural de Barcelona; los ciudadanos marroquíes son los más atendidos, seguidos de los latinoamericanos y asiáticos. Un 13% de las farmacias consultadas atendía una media de más de 7/10 inmigrantes semanalmente, siendo la mayor proporción los que atendían 3/10, un 38%.

Un 8% de los consultados conocía asociaciones de inmigrantes situadas en su zona de influencia y el mismo porcentaje manifestaba haber recibido formación específica sobre atención a inmigrantes.

La población autóctona tuvo mayores porcentajes en demanda de productos fitoterapéuticos, dermofarmacia, dispensación de medicamentos genéricos, información sobre uso de medicamentos, información sobre productos de alimentación para adultos y pruebas diagnósticas.

La población de origen inmigrante destacó en la demanda de solicitar medicamentos para enviar a familiares. No se hallaron diferencias significativas en la de-

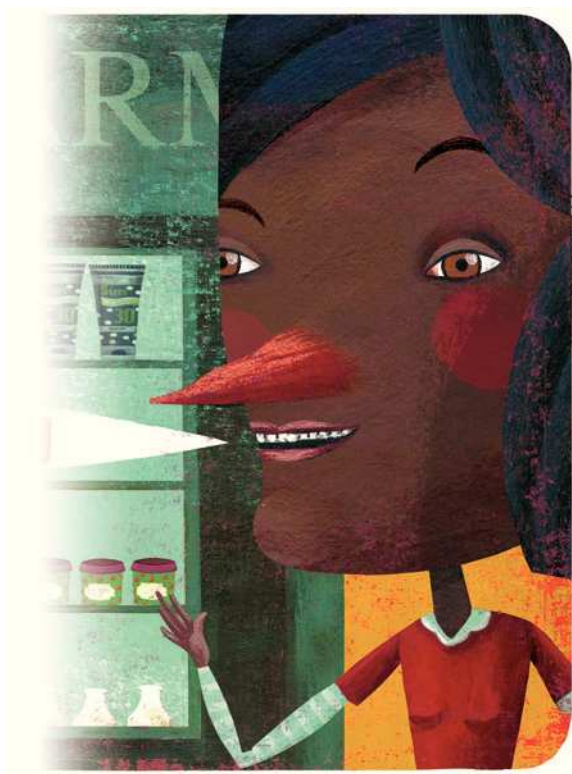


Tabla 4. Objetivos de la atención farmacéutica al inmigrante

- La farmacia refleja la realidad social y sanitaria de la inmigración en Cataluña
- Aunque la farmacia ha experimentado el impacto demográfico de la inmigración, la percepción de dificultad añadida no es significativa
- En muchos casos la farmacia es, tanto para los autóctonos como para los inmigrantes, la puerta de entrada del sistema de atención sanitaria
- El desconocimiento del idioma y los aspectos relacionados con la cultura del medicamento son los aspectos que se perciben con mayor dificultad
- Salvo en algunos aspectos, no se aprecian diferencias significativas respecto a la tipología de la demanda y la atención del farmacéutico, entre inmigrantes y autóctonos

manda de atención urgente por problemas de salud, información sobre trámites administrativos del sistema sanitario, dispensación de productos relacionados con la alimentación o demanda de medicamentos.

Respecto a las actividades realizadas por los farmacéuticos, aumentó el porcentaje de demandas de los inmigrantes sobre consultas de planificación familiar y problemas respiratorios. La población autóctona solicitó del farmacéutico un mayor porcentaje de demandas respecto a inmunizaciones, problemas dermatológicos, de índole psíquica, alimentación en adultos y geriatría.

No se hallaron diferencias significativas respecto a informaciones o actuaciones sobre trámites administrativos, consejos de puericultura, problemas obstétricos o ginecológicos, alimentación infantil, embarazo, problemas digestivos, problemas dentales e información sobre el uso de los medicamentos. Las conclusiones (tabla 4) se presentaron en una mesa redonda en Infarma 2007. ■

Bibliografía general

- Benítez T, Llerena P. Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes. *Anales Pediatr (Barc)*. 2004;60:9-15.
- Bronet JR, Pretel MJ. La situación sanitaria de la población inmigrante. En: *Informes, estudios y documentos. Situación jurídica y asistencial de los extranjeros en España*. Defensor del Pueblo. Madrid: Madrid Publicaciones; 1994. p. 137-43.
- Calvo T. Inmigración, cultura y salud. *OFRIM*. 1997;31:1472-6.
- Cohen-Emerique M. La médiation interculturelle, phase essentielle de l'intégration des migrants. En: *Hommes Migrations*. 1997;1208:9-23.
- Cots F, Castells X. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16:376-84.
- Jamás JM, García de Olalla P. Salud e inmigración. Nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18 (Supl):207-13.
- Jansá JM, Villalba JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Prim*. 1995;15:320-7.
- Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. Disponible en: <http://www.aepap.org>
- Ramírez E. Inmigrantes en España: vidas y exigencias. Colección Monografías n.º 147. Madrid: CIS; 1996.
- Vall O, García O. Inmigración y salud. *Anales Pediatr (Barc)*. 2004;60:1-2.