



Sumario:

- Monográfico de las XIV jornadas de la REAP.
- Entrega de las X Becas de la REAP.

17 años no son nada

“Piensa en el futuro, porque es ahí donde te pasarás el resto de tu vida”

Borja García de Bikuña Landa. Doctor en Farmacia

- El equipo que en Octubre de 1992 comenzó a editar el BOLETIN REAP vuelve a la carga. Han sido 17 años prácticamente seguidos en los que hemos procurado, dentro de fechas, llegar hasta todos vosotros cada trimestre. Ha habido tres momentos en los que “ el suministro” se ha visto suspendido, en dos de los casos ha tenido que ver con la pérdida brusca de financiación económica, y en el tercero, por un hecho mucho más doloroso, como fue el fallecimiento de Joan Morell Mestre, farmacéutico, a quien queremos recordar desde estas páginas por su compromiso personal con la REAP.
- También es ahora momento de agradecer el esfuerzo que , previo a 1992 , hicieron Lourdes Alvarelos y Horacio del Barrio, que sacaron los primeros boletines, llegando a fotocopiarlos personalmente y enviarlos a los socios, en momentos en los que era todavía un sueño que alguna empresa quisiera dedicar fondos propios a costear la edición de nuestra publicación.
- Y hay que mirar al presente, pero sobre todo al futuro. Ahora, en el verano de 2009 vuelves a recibir el BOLETÍN en tu consulta, en tu despacho o en tu farmacia.
- Seguimos apostando por el papel. Es cierto que estamos inmersos en la era de las TIC , pero a todos nos sigue gustando tocar el papel. Independientemente de que el PDF del BOLETIN REAP pueda estar accesible en la web, queremos que todos los socios, allí donde estéis lo podáis seguir recibiendo en el formato de siempre.
- Podéis ver que salimos sin publicidad. Alguien podrá pensar que así somos más libres que antes para que el que quiera pueda expresar lo que desee en el BOLETÍN REAP. Nada más lejos de la realidad. La libertad es la misma que antes: absoluta. Por eso quizá hayamos tenido problemas con la financiación en tantas ocasiones. Quien financia nuestra publicación sabe el tipo de asociación científica que somos, y saben perfectamente lo que nos mueve. Os puedo decir que jamás hemos recibido ningún tipo de mensaje , ni de consejo por parte de nadie. Y de haber existido no lo habríamos tolerado.
- Necesitamos, una vez más, contar con tu colaboración. Estamos abiertos a publicar aquello que nos enviéis, y os agradecemos que nos lo hagáis llegar por mail. El BOLETIN REAP carece de sentido si son los mismos los que siempre escriben en él. Así que te animamos una vez más a que nos hagas llegar todo aquello que consideres interesante para el resto de los socios.
- A la hora de afrontar esta etapa, lo hacemos con más ilusión que nunca. Parece que nada ha cambiado pero todo es diferente. La REAP sigue estando ahí, pero ha habido cambios en la Junta Directiva. Las Jornadas tienen una historia consolidada y junto con el BOLETÍN, son una referencia para todos. Pero además están las BECAS REAP, que ya se han convertido en toda una institución en el campo de las ayudas a la investigación en España. Alguien podrá pensar que las personas somos las mismas, y que eso es lo que no ha cambiado. Pues tampoco. Concretamente, el equipo que hoy vuelve a sacar a la calle el BOLETÍN, aunque pudiera parecer el mismo que en 1992, no lo es. Tiene 17 años más de experiencia y de vivencias con todos vosotros. Esperamos que lo notéis. Para bien.

Comenzamos de nuevo



Conferencia Inaugural

El fenómeno migratorio: repercusiones en la salud

Teresa Castro. Profesora de Investigación. Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CSIC

La inmigración es un fenómeno reciente e imprevisto, de hecho hace pocos años las previsiones eran de un estancamiento del crecimiento de la población en el Estado Español. Su crecimiento ha sido muy rápido en los últimos años en los que hemos pasado de ser un país casi sin inmigrantes a tener un 12% de la población de origen extranjero, superando así las cifras de países tradicionalmente receptores de población.

Actualmente la inmigración es responsable del 90% del crecimiento de la población y hay 5,3 millones de extranjeros residentes en España, mientras que sólo 0,5 millones de españoles viven en el extranjero, cuando hace solo diez años el colectivo emigrante superaba con creces al inmigrante.

Actualmente la población extranjera procede fundamentalmente de países europeos y de América latina, seguidos a bastante distancia por el Magreb y los cinco principales países de origen son Rumanía, Marruecos, Ecuador, Reino Unido y Colombia.

Para conocer el número de personas inmigrantes se utilizan varias fuentes de información: Padrones municipales, Censo del año 2001, Encuesta de Población Activa, Encuesta Nacional de Inmigrantes de 2007. Así pueden obtenerse dos datos diferentes, el número de empadronados y de personas con permiso de residencia, que es menor que el anterior. Esto supone que hay un colectivo cuya situación no está regularizada y se encuentran por tanto en una situación de mayor indefensión y con dificultades de acceso al sistema sanitario.

La distribución geográfica de los inmigrantes en España no es homogénea en las distintas comunidades autónomas, en cuanto a su número ni en cuanto a su procedencia geográfica.

En general es una población joven, con una distribución bastante equilibrada en cuanto a sexo, si bien hay importantes diferencias entre las distintas comunidades, así entre la población de origen sudamericano hay más mujeres que hombres, mientras que en la de origen magrebí y subsahariano la mayoría son de sexo masculino.

La proporción de personas con niveles de educación primaria o secundaria es similar a la de la población autóctona en los mismos tramos de edad. También es similar el porcentaje de ocupación laboral, si bien los trabajos que desempeñan son de menor cualificación, existiendo un alta proporción en el trabajo doméstico.

Los inmigrantes suelen vivir en alquiler y es más frecuente que en los autóctonos la existencia de hogares en los que conviven más de una familia.

Aunque la tasa de fertilidad es sólo ligeramente más elevada que la de la población autóctona, salvo en determinados colectivos, como los magrebíes, actualmente el 22% de los niños que nacen en España son de padre y/o madre extranjeros, lo que ha supuesto que se haya producido un repunte en la tasa de natalidad.

La tasa de fecundidad entre las adolescentes de origen extranjero es mucho más elevada que entre las autóctonas, las mujeres tienen antes su primer hijo y es muy alto el porcentaje de hijos fuera del matrimonio.

Podemos afirmar que en este colectivo existe un déficit en salud sexual y reproductiva. Así la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo es más alta que en la población de origen español, también es mayor la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y menor el índice de uso de preservativos, aunque es mayor el número de parejas sexuales. Sin embargo el grado de conocimientos sobre el VIH es similar en ambos colectivos.

El estado de salud de este colectivo es fundamental para su integración social y también es importante a la hora de adaptar los servicios sanitarios a las nuevas necesidades que supone su llegada a nuestro país. Otro aspecto que interesa conocer es como percibe la población española el estado de salud de los inmigrantes.

Para conocer estos datos disponemos de varias fuentes:

- La Encuesta Nacional de Salud.
- Las encuestas de salud de las Comunidades Autónomas.
- Los barómetros sanitarios.
- La encuesta de salud y hábitos sexuales.

Resulta evidente que el hecho de emigrar influye en la trayectoria de salud de las personas. Por una parte influyen las condiciones de salud de su lugar de origen, por otra las del viaje, fundamentalmente en el pequeño porcentaje de inmigrantes que lo realiza en condiciones precarias y finalmente las condiciones en las que viven en el lugar de destino.

En general quienes vienen son personas sanas, pero con el tiempo de residencia su salud se va deteriorando y en general las condiciones de salud del colectivo inmigrante son similares a los autóctonos.

En cuanto a la utilización de servicios España tiene una legislación muy avanzada sobre protección de la salud que se basa en la universalidad de la atención para garantizar la equidad. Esto supone que los inmigrantes, al menos los regularizados, tienen un fácil acceso al sistema sanitario.

Al contrario de lo que a veces se percibe, los inmigrantes presentan una menor frecuentación de los servicios sanitarios que la población autóctona y teniendo

en cuenta que son un colectivo joven en edad laboral, considerados de una forma global aportan al sistema más de lo que consumen.

En cuanto a su valoración del sistema sanitario, tienen una mejor percepción sobre su funcionamiento que los autóctonos y opinan también como éstos que la Atención Primaria es lo que mejor funciona.

La población en general no percibe que se haya deteriorado la Atención Primaria en los últimos años y cree que existe equidad en cuanto al acceso a los servicios sanitarios.

Aunque no existen barreras estructurales para el acceso de los inmigrantes a los

servicios sanitarios si que se encuentran otras barreras como las lingüísticas, culturales y las derivadas de su situación legal, su posición socio-económica, la ocupación laboral y las relaciones de género.

Los principales retos que afronta el sistema sanitario con la llegada de los inmigrantes son la adaptación cuantitativa necesaria por el crecimiento demográfico y la adaptación cualitativa: complejidad en el establecimiento de las historias clínicas complejas, aparición de nuevos problemas de salud o cambios en algunos ya existentes, sensibilización con problemas más frecuentes en este colectivo como la precariedad laboral o el hacinamiento.



Mesa redonda 1

¿Cómo accede la población inmigrante al sistema sanitario y qué demanda de él?

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

La primera mesa redonda abordó cómo accede la población inmigrante al sistema sanitario y qué demanda del mismo.

En primer lugar intervino Amaia Menta, presentando el estudio realizado por el grupo de trabajo de cooperación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, sobre demanda de medicamentos por parte de personas inmigrantes en la farmacias de Bizkaia. El objetivo de este trabajo es conocer las patologías y la demanda de medicamentos por parte de la población inmigrante. Para ello se realizaron 1.000 encuestas en farmacias de 18 municipios con una población importante de inmigrantes. La demanda observada es proporcional a los datos de población residente según colectivos, excepto una mayor demanda observada en el colectivo procedente de África Subsahariana y ligeramente en el magrebí.

Respecto al sexo existe una mayor demanda femenina en los colectivos latinoamericano y europeo. El tiempo de residencia de la mayor parte de la

población inmigrante que acude a la farmacia es superior a 3 años y el 87% de la población demandante dispone de TIS o está tramitándola.

Solo el 6% de la población que demanda algún servicio en la farmacia realiza una consulta de indicación. La mayor parte de la demanda de medicamentos ha sido mediante receta (78%).

Respecto a las patologías, las más frecuentes fueron: infecciosa (32%), aquí es necesario tener en cuenta que la recogida de datos fue en enero y febrero de 2009, digestiva (12%), obstétrica (11%), traumatológica (5%) y dermatológica (7%). Se observa una alta incidencia de demanda obstétrica en el colectivo latinoamericano (principalmente anticonceptivos y medicación del embarazo), el 69% de la medicación obstétrica demandada corresponde a este grupo. El colectivo subsahariano refiere más problemas respiratorios crónicos (31,7% de la patología R.C.) El colectivo magrebí es el que menos patología crónica refiere.

Existe una gran variabilidad en la demanda de medicamentos. Predominan anti infecciosos, analgésicos, e inhibidores de la bomba de protones. Los principios activos más demandados son: Ibuprofeno (7%), Amoxicilina (5,8%), Paracetamol (7%), Omeprazol (4,1%) y Metamizol (2,7%).

A continuación intervino Nayoua Guelai, estudiante de medicina de origen marroquí que nos dio la visión desde el colectivo norteafricano. La primera parte de su ponencia giró en torno a la realidad sanitaria de Marruecos. El acceso a la salud en este país presenta varios problemas destacando que la financiación colectiva de la sanidad cubre sólo un 41% de los gastos globales del sector y sólo 5 millones de los marroquíes se benefician de una cobertura médica, lo que supone un 15% de la población. Asimismo el 50% de los gastos globales de sanidad lo tienen que asumir las familias.

También existe una desigual distribución geográfica de los recursos.

Todo esto supone barreras en el acceso a la salud, sobre todo para las poblaciones rurales y para las más pobres y vulnerables. Todos estos factores influyen también en el acceso a la salud de la población marroquí a nuestro sistema sanitario. Aun en un país con una cobertura sanitaria mucho mejor que la del país de origen, la utilización del colectivo marroquí del sistema sanitario vasco es baja, sobre todo entre el colectivo masculino. No tienen costumbre de ir al médico. El concepto de salud y enfermedad para ellos es muy diferente al de aquí, relacionan la enfermedad siempre con el estado físico y con la capacidad de trabajar.

El analfabetismo, las costumbres tradicionales y las propias creencias de gran parte de la población inmigrante hacen que tengan más fe en los remedios tradicionales y las prácticas heredadas de las madres que en la medicina actual moderna. Todos estos factores explican la baja afluencia del colectivo marroquí en los centros de salud y la ausencia de los controles rutinarios (analíticas, PA, Tensión, ECG, colesterol...).

La población marroquí se encuentra con varios problemas a la hora de acceder al sistema sanitario. En primer lugar están las dificultades para obtener la TIS debido a que no siempre se pueden empadronar, este problema que es común a toda la población inmigrante es quizás más acusado en la población de origen marroquí debido a la mala imagen y a los prejuicios que se tiene sobre ellos. Otra dificultad es el desconocimiento del idioma.

Finalizó haciendo una serie de propuestas para mejorar el acceso al sistema sanitario: reducir la burocracia para la obtención de la TIS, existencia de traductores, formación para los profesionales sanitarios encaminada al objetivo de mejorar el entendimiento intercultural y eliminar prejuicios, sensibilización e información al colectivo marroquí sobre el funcionamiento del sistema, los controles que se deben hacer periódicamente, si se puede elegir al médico.....

A continuación intervino Amadou Ada Guey, estudiante de medicina de origen senegalés que expuso los problemas con los que se encuentra el colectivo senegalés a la hora de utilizar el sistema sanitario.

Las mayores dificultades tienen que ver con la obtención de la TIS, la barrera idiomática y cultural. A menudo las personas inmigrantes se encuentran en una situación inestable y tienen miedo a la interpretación médica de su problema

social. También el concepto de salud y enfermedad es diferente. Respecto a las demandas propuso educación sanitaria básica en conceptos de salud, enfermedad, signos y síntomas así como en el interés de las pruebas diagnósticas y efectos adversos, simplificar las barreras de acceso para la obtención de la TIS, charlas sobre salud, formación del personal sanitario, creación de redes de apoyo para personas con salud comprometida.

A continuación Bibiana Gómez, nutricionista colombiana residente en Bilbao, expuso las dificultades que las personas latinoamericanas tienen en su relación con el sistema sanitario. Los países de América Latina, tienen realidades muy diversas: gran diversidad cultural, étnica, lingüística y religiosa, diferentes sistemas de valores, visiones del mundo, diferencias identitarias, códigos culturales.

Al mismo tiempo, persisten mecanismos de estratificación social y circuitos exclusivos de acceso a servicios, recursos, contactos, información y conocimientos.

Existen numerosas barreras y filtros socioculturales que reproducen la exclusión social de generación en generación. La mayoría de los países latinoamericanos cuentan con sistemas de salud débiles y desestructurados.

A la hora de acceder al sistema pueden existir dificultades del personal sanitario para atender a las expectativas que podemos definir como 'esperadas' dentro de un marco cultural por parte del paciente. En nuestro medio existe menor distancia jerárquica entre profesional sanitario y paciente. También el estilo en el habla es más duro y directo, lo que se puede interpretar como agresivo e irrespetuoso.

Bibiana dio una serie de pistas para mejorar el acceso de este colectivo. Habló de un abordaje multidisciplinar a través de un equipo profesional sensibilizado ante las nuevas realidades asistenciales que se les presentan. Sería interesante la puesta en marcha de más actuaciones informativas y formativas dirigidas al personal sanitario que incluyera conocimiento del funcionamiento general de los sistemas de salud en origen y conocimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad existentes en sus países de origen. Jun Yao, médico cirujano chino residente en Bilbao intervino posteriormente y explicó por qué normalmente la población china no acude a la red sanitaria. Este colectivo prefiere el sistema de su país, así que cuando se encuentran enfermos viajan a China. Para ellos en nuestro sistema transcurre mucho tiempo entre analíticas, pruebas, diagnóstico y tratamiento. En China pueden elegir médico y hospital y todo el proceso es muy rápido.

Por último, Teresa Maura, médico y presidenta de Munduko Medikiak- Médicos del Mundo País Vasco, habló del trabajo de esta organización en su centro (CASSIM) de atención sociosanitaria a inmigrantes sin tarjeta sanitaria. Los servicios que prestan en el CASSIM son: asesoramiento sobre la TIS, consultas de medicina general, detección y prevención de enfermedades, salud mental, certificaciones médicas y educación para la salud. Atienden a las necesidades del colectivo de inmigrantes, informan y asesoran sobre tramitación de documentación y problemática socio-laboral. Hacen también derivación y seguimiento de los diferentes recursos existentes en la red social y sanitaria.





Mesa Mesa redonda 2 redonda 2

Enfermedades infecciosas

Meritxel Boquet. Farmacéutica. Secretaria de la REAP

En esta mesa se habló de enfermedades infecciosas, propias de sus lugares de origen o a las que están expuestos en nuestro país dadas sus condiciones de vida.

También se abordó la problemática de los calendarios vacunales, la dificultad de interpretación y las múltiples variantes que existen según el país de origen.

Los ponentes y los temas fueron los siguientes:

- **Enfermedad de Chagas.** *Zuriñe Zubero Sulibarría*
Servicio de Enfermedades Infecciosas
HOSPITAL DE BASURTO.
- **Tuberculosis.** *PrDrof. Dr. Ricardo Franco Vicario*
Dr. Ricardo Franco Vicario
Dpto. de Medicina UPV/EHU
HOSPITAL DE BASURTO-BILBAO.
(Osakidetza)
- **Enfermedades de transmisión sexual y Sida.** *Xabier Camino Ortiz de Barrón.*
Unidad de Enfermedades Infecciosas. HOSPITAL DONOSTIA.
- **Vacunaciones.** *Inmaculada Sáez López*
 - ARABAKO ZAINZTA EPIDEMIOLOGIKOAREN UNITATEA.
 - UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ÁLAVA.

En primer lugar intervino Zuriñe Zubero que nos explicó que al ser Chagas endémica en varios países de Latinoamérica muchos de los inmigrantes pueden

traerse consigo la enfermedad ya que se trata de una enfermedad crónica muchas veces asintomática. La fase aguda puede ser asintomática totalmente o tener signos inespecíficos (en pocos casos hay afectación cardíaca o Edema palpebral -signo de Romaña-, incluso se puede dar el caso de muerte en esta fase).

Lo más destacable es tratar la afectación cardíaca cuando se detecta por lo que debemos prestar especial atención a este colectivo, que suele ser joven, cuando acude a los servicios sanitarios con "síntomas inespecíficos" (en especial al colectivo boliviano, donde la prevalencia de Chagas es muy alta).

También es importante el cribaje a las mujeres embarazadas latinoamericanas que pudieran padecer una infección crónica por Chagas, para poder tratar a los recién nacidos (especialmente las bolivianas).

El tratamiento en fase aguda tiene una eficacia del 100 % pero el tratamiento en fase crónica tiene mucha controversia.

Después intervino Ricardo Franco, que nos explicó la evolución de la Tuberculosis en España en las últimas décadas, y que actualmente tenemos nuevamente esta enfermedad debido al rebote inicial de la enfermedad en los pacientes con SIDA de hace unos años y posteriormente, por las condiciones de vivienda y acinamiento de los inmigrantes (20 % de los casos actuales son extranjeros). Al ser tan infectiva, la tuberculosis está muy vigilada desde el punto de vista de Salud Pública ya que es un problema de toda la sociedad y que puede afectarnos a

todos (estudio de contactos de los casos de Tuberculosis, ... en que la detección precoz es primordial para controlar la enfermedad).

Actualmente se está prestando especial atención a los factores biomédicos y a los nichos ecológicos (mayores de 65 años -sobre todo de bajo nivel socioeconómico-, inmigrantes de zonas endémicas, personal sanitario y trabajadores expuestos, personas VIH positivas, enfermos con SIDA, usuarios de drogas por vía parenteral, alcohólicos, enfermedades crónicas y tratamientos prolongados con corticoides e inmunosupresores).

Actualmente, una de las mayores preocupaciones de los expertos en Tuberculosis son las resistencias que están apareciendo a los tratamientos.

En tercer lugar intervino Xavier Camino que nos dibujó un escenario de las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S) tipo "iceberg", es decir, sólo "se notan" los enfermos, y hay muchos más asintomáticos.

En los últimos años ha habido cambios importantes en I.T.S, principalmente el aumento de la sífilis y clamidia, siendo más frecuente en la población inmigrante.

También cabe resaltar que el SIDA es más frecuente en inmigrantes de África subsahariana y Latinoamérica que en el resto de inmigrantes.

En resumen, las Infecciones de Transmisión Sexual son más frecuentes en inmigrantes, que existe más riesgo cuando hay antecedentes de ITS, prostitución, drogas, promiscuidad, conductas de

riesgo, síntomas o signos sugestivos de ITS o otro diagnóstico de cualquier ITS (incluidas sarna, verrugas, molluscum genital o perigenital, VIH).

Y por último, pero no por ello menos interesante, Inmaculada Saez nos dio una lección magistral de la realidad a que se enfrentan los profesionales sanitarios cuando un niño inmigrante entra en el sistema de salud y debemos “traducir” su calendario vacunal y adaptarlo al que tenemos en España.

Lo normal es que te digan que llevan todas las vacunas puestas, ...

que puede ser cierto, pero lo que varía enormemente es lo que es obligatorio para cada país; por lo que siempre se debe hacer una conciliación de ambos calendarios.

El tema del idioma, la escritura y la nomenclatura de las vacunas (reciben distintos nombres en diferentes países pero son lo mismo, o al revés, el nombre se parece pero no tiene nada que ver

con lo que tenemos aquí), o incluso lo que lleva cada vacuna (nuestra vacuna pentavalente y la de Latinoamérica no contienen lo mismo) dificulta enormemente la tarea.

Y para finalizar, una reflexión: “la inmigración nos ha cambiado nuestra realidad, nuestro trabajo y debemos estar preparados para afrontar el reto de atenderlos, tratarlos y curarlos igual que atendemos, tratamos y curamos al resto de ciudadanos”.



Mesa redonda 3

¿Qué ofrece a la población inmigrante el sistema sanitario y qué demanda de él?

Elena Castiella Lecuona. Secretaría de la Junta de gobierno del Colegio oficial de farmacéuticos de Bizkaia

En la última mesa redonda de estas jornadas, moderada por Juan Ignacio Goiria, se plantea qué ofrece el sistema el servicio sanitario a la población inmigrante, para cuya respuesta se expone la visión desde diferentes ámbitos profesionales.

Desde la perspectiva de la administración sanitaria, Xavier Elexpe, representante del Departamento de Sanidad en el Foro Vasco de Inmigración, señaló cuales han sido las actuaciones desarrolladas a través del Plan Vasco de Inmigración.

Con el ánimo de conseguir un acercamiento del sistema sanitario a la población inmigrante se ha elaborado y difundido documentación traducida a diferentes idiomas explicando qué ofrece y cómo se accede al sistema sanitario con información sobre trámites para la obtención de la TIS, organización del sistema sanitario, prestaciones y cartera de servicios, derechos y deberes.

Así mismo se ha formado al personal administrativo de la TIS y de los servicios de Atención al Cliente al objeto de dotarse de políticas comunes y unidad de criterios en las tres direcciones territoriales, al mismo tiempo que se han facilitado los trámites administrativos para la obten-

ción de la TIS (liberando al inmigrante de la obtención de documentación de la Tesorería de la seguridad social y de la diputación foral) y facilitando su tramitación en los centros de salud.

Se han realizado acciones de formación dirigidas a profesionales sanitarios sobre asistencia al paciente inmigrante mediante cursos específicos, edición de manuales de asistencia médica, y habilitando en la intranet de osakidetza un espacio FAQ para dar respuesta a consultas sobre aspectos administrativos-legales y asistenciales del adulto y niño inmigrante.

Han dado difusión al mapa sanitario de la población extranjera en el PV elaborado conjuntamente por la Universidad Pública Vasca, el Observatorio vasco de Inmigración y el Ejecutivo de Gasteiz.

Finalmente, Xavier Elexpe, presentó los proyectos dirigidos a favorecer la comunicación médico-paciente, a través del diseño de una estructura que facilite la accesibilidad idiomática mediante la colaboración con ONG, asociaciones de inmigrantes, etc.

A continuación, Ángel Alayo, dio su visión como médico de atención primaria en

Arangoiti, ambulatorio? Exponiendo los problemas que se encuentra diariamente en la consulta como son la variabilidad de razas, el idioma, la desconfianza, los problemas de diagnóstico, las diferencias en los patrones de normalidad respecto a los autóctonos, los problemas de adherencia a los tratamientos, las diferencias en alimentación, creencias, dificultad para hacer un seguimiento, etc.

En general el colectivo inmigrante utiliza poco los servicios sanitarios. Las patologías que presentan con más frecuencia son los trastornos psicosociales, (síndrome de estrés crónico múltiple, psicosis, depresión) motivados fundamentalmente por varios factores como la separación de sus países de origen, las razones por las que emigraron, los recursos con los que cuentan, medio de vida, desarraigo, entre otros.

Es frecuente también la patología osteomuscular, secundarias a los trabajos que desarrollan, así como los accidentes laborales.

Otro aspecto a tener en consideración en la consulta, es la prevalencia de patologías en su lugar de origen y señaló algunos aspectos a tener en cuenta en la anamnesis y en la exploración física.

Destacó la necesidad de adaptación del calendario vacunal al adulto inmigrante y numerosos aspectos relacionados con la salud del niño y de la mujer. Con relación a la mujer, destaca por su relevancia, el abandono por sus parejas, el desconocimiento de los recursos sanitarios, la violencia de género, la prostitución (mayoritaria por extranjeras y forzada), mayores tasas de embarazos no deseados y de interrupción voluntaria de embarazos, mayores tasas de partos prematuros, complicaciones posparto y enfermedades de transmisión sexual, y la mayor prevalencia del cáncer de cerviz.

La enfermera Pilar Isla, en su intervención, dio su visión desde la experiencia del personal de enfermería con la población inmigrante en el centro de salud (UAP) La Merced, sito en la comarca de Bilbao, en el que se concentra la atención de un numeroso colectivo inmigrante (más de un 30%).

Al objeto de extender la cartera de servicios a toda la población inmigrante en el UAP, llevaron a cabo distintas actuaciones, algunas ya comentadas por Xavier Elexpe, a través de su participación para desarrollar el Plan Vasco de Inmigración, y otras específicas de traducción simultánea, intervención comunitaria destinadas a ofrecer un acercamiento de la población inmigrante al sistema sanitario y de las que extrajo las siguientes conclusiones: ha mejorado el conocimiento de la importancia de la tarjeta sanitaria, las mujeres conocen mejor que los hombres el sistema sanitario, el mayor uso de la urgencias hospitalarias, probablemente

motivado por las dificultades en el acceso al centro de salud en horario laboral, y no por desconocimiento y por último la demanda de la práctica de la circuncisión.

En este centro de salud se ha conseguido, asumiendo una mayor carga de trabajo, la atención universalizada a todos los pacientes independientemente de la posesión de la TIS. A pesar de ello, destacó la existencia de algunas necesidades como una mayor formación al personal sanitario para mejorar su eficacia así como una mayor relación con los agentes sociales especializados en la relación con el inmigrante.

Nuestra última ponente, Elena Rodríguez, catedrática de salud comunitaria de la UPV expuso su visión de las políticas públicas y las necesidades de salud del colectivo inmigrante de la CAPV.

Elena Rodríguez, es una de las personas que ha participado en la elaboración del mapa sanitario de la población inmigrada en Bizkaia y siendo un principio del SNS conseguir la equidad en salud, destaca la necesidad de implementar adaptaciones para ajustar los servicios a las nuevas necesidades.

El mapa sanitario, es el primero de este tipo que se ha elaborado a nivel estatal, describe los diferentes recursos y prestaciones del sistema sanitario, así como las poblaciones asignadas, y permite analizar como planificar los recursos sanitarios según las necesidades de población garantizando la adecuada proporcionalidad en la distribución de las actuaciones

para dar satisfacción a las necesidades sanitarias de las personas usuarias sean autóctonos o inmigrantes (por dónde hay que empezar a trabajar y en qué centro hay que priorizar.).

Otra área de trabajo llevado a cabo es conocer mediante encuestas de salud cual es la situación de salud de la población inmigrante objeto de identificar las tendencias en salud y la utilización de los servicios sanitarios.

Las encuestas llevadas a cabo en 2004 y 2009 ponen de relieve que el colectivo inmigrante goza de buen nivel de salud, al menos durante los cinco primeros años, el patrón de utilización de los servicios sanitarios depende de su lugar de procedencia y en general utilizan poco los servicios sanitarios

El perfil asociado a una mayor desventaja en salud es ser mujer y pertenecer al colectivo magrebí o subsahariano.

Al objeto de la adopción de medidas para el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud en el colectivo marroquí se ha llevado a cabo una intervención para generar conocimiento en cuanto a determinantes de salud, y la utilización de los servicios sanitarios y del cual se han extraído las siguientes conclusiones: no tienen mucho interés por la medicina preventiva, existe un retraso en el control gestacional, la mujer asume el control de la planificación familiar y el control del niño sano los programas devacunación son áreas de potencial trabajo con las mujeres.



X Becas de la REAP

Durante los días 15 y 16 de mayo se celebraron en Bilbao las XIV Jornadas de la Red Española de Atención Primaria, tituladas "Inmigración: Nuevo retos en Atención Primaria".

En el transcurso de las mismas se hizo entrega de la beca concedida al Equipo investigador encabezado por María Victoria Castell Alcalá que llevará a cabo un proyecto de investigación titulado "Incidencia del síndrome de fragilidad en una cohorte de mayores de 65 años en atención primaria: factores predictores".

En nombre de este Equipo recogió el premio la Dra. Ana Belén Melgar que hizo una breve exposición sobre la justificación, hipótesis, objetivos y aplicabilidad de los resultados del proyecto que van a financiar con esta beca.

La Red Española de Atención Primaria es una asociación profesional que engloba a los distintos profesionales de medicina, enfermería y farmacia que trabajan en este primer nivel asistencial. La reunión de distintos puntos de vista profesionales confiere a la Organización una riqueza

que facilita la colaboración y el entendimiento entre los distintos estamentos que trabajan para el fin común de mejorar la salud de la población.

Ésta es la X convocatoria de las becas creadas por la REAP, y así se consolida uno de sus principales productos que actualmente patrocina la Fundación Astra-Zeneca. Se espera que la próxima convocatoria abra el plazo en octubre del corriente año 2009.



Conclusiones

Inmigración: nuevos retos en atención primaria

Juan del Arco Ortiz de Zárate. Director Técnico del Colegio oficial de farmacéuticos de Bizkaia

1. Comparado con el resto de Europa, nuestro país posee una legislación muy avanzada en cuanto a protección de la salud y ofrece una buena asistencia sanitaria a la población inmigrante, basada en la universalización de la atención para garantizar la equidad.
2. Sin embargo, las personas cuya situación no está regularizada se encuentran con dificultades para acceder al sistema sanitario. Para resolver esta situación, que está siendo afrontada en muchos casos mediante la implicación de Organizaciones No Gubernamentales, es necesario simplificar los trámites para la obtención de la tarjeta sanitaria.
3. Las personas inmigrantes demandan de los profesionales que nos esforcemos en superar las barreras culturales y lingüísticas que dificultan la atención, ya que en muchos casos nuestra actuación está influenciada por estereotipos y tópicos sobre culturas diferentes a la nuestra.
4. La población inmigrante es un colectivo joven y sano, que utiliza poco los servicios sanitarios y cuyas enfermedades más frecuentes son similares a las de los autóctonos.
5. Sin embargo, según su procedencia pueden importar determinadas enfermedades infecciosas, algunas de las cuales no son transmisibles en nuestro medio.
6. El sistema sanitario debe adaptarse a los cambios que se han producido en los últimos años en las características de algunas enfermedades infecciosas, a los que han contribuido los movimientos migratorios.
7. En la atención a los menores inmigrantes es especialmente importante la adaptación personalizada de los calendarios vacunales, que plantea bastantes problemas a los profesionales que les atienden.
8. Desde las administraciones sanitarias se han implementado numerosas medidas para facilitar el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios. Sin embargo, el sistema de salud está planificado para la población autóctona preexistente y aun tiene que irse adaptando a la nueva realidad social, para lo que es necesario impulsar el desarrollo de trabajos destinados a mantener actualizados los perfiles poblacionales de nuestra sociedad.
9. Los profesionales de la salud cuentan cada vez con más herramientas para optimizar la atención a este colectivo y, al menos en algunos casos, se implican en mejorar la asistencia facilitando también atención sanitaria a las personas sin Tarjeta Sanitaria.
10. Es necesario desarrollar estrategias adecuadas para reducir las desigualdades en salud.

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Junta Directiva

Presidente: Luis Miguel García Olmos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

Notas de la redacción:

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considereis oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014 BILBAO - BIZKAIA • Correo-e: borjagy@farmacia.euskalnet.net