



Pharmacy Practice

ISSN: 1885-642X

journal@pharmacypractice.org

Centro de investigaciones y Publicaciones

Farmacéuticas

España

Vázquez, Victoria; Espejo, José; Faus, María José

Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de
Gibraltar

Pharmacy Practice, vol. 4, núm. 1, april, 2006, pp. 24-33

Centro de investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas
Granada, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69040105>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Investigación original

Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de Gibraltar

Assessing the necessities in pharmaceutical care of immigrants in Campo de Gibraltar
Victoria VAZQUEZ, José ESPEJO, María José FAUS.

RESUMEN *

Existen barreras específicas que condicionan la normal integración del colectivo inmigrante al sistema sanitario público y que están incrementadas en los inmigrantes en situación administrativa irregular. Los farmacéuticos pueden contribuir en la mejora de la atención sanitaria y farmacéutica de estos pacientes.

Objetivo: 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.

Método: Realizamos entrevistas estructuradas e individuales a inmigrantes 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.

Resultados: Los inmigrantes presentan resultados clínicos negativos de la medicación y dificultades económicas para adquirir los medicamentos. Para mejorar la atención farmacéutica que reciben demandan mayor información sobre enfermedades, el uso de los medicamentos y facilidades de acceso a los mismos.

Conclusiones: Los inmigrantes no muestran preocupación por los problemas en la atención sanitaria o farmacéutica, por tener otras preocupaciones derivadas de su situación administrativa, sin embargo, constituyen un colectivo con mayor riesgo de presentar resultados clínicos negativos de la medicación. La aportación económica de los medicamentos constituye una barrera en el proceso de su asistencia sanitaria, subsanado por las ONG.

Palabras clave: Educación sanitaria. Servicios farmacéuticos. Grado de conocimientos

ABSTRACT

Some specific barriers impede the normal integration of the immigrant in the healthcare system, and those barriers are augmented in non-legal immigrants. Pharmacists can contribute in improving immigrants' healthcare and pharmaceutical care.

Objective: To analyze pharmaceutical care received and drug accessibility of non-legal immigrants in the area of Campo de Gibraltar.

Methods: We carried out personal interviews to immigrants. Questionnaires translated into three languages (Arabian English and French) were validated (translation retro-translation) and used. Two translators interviewed the immigrants in one of those languages, the one chosen by the interviewed patient.

Results: Immigrants present negative clinical outcomes associated with their medication and economic difficulties to acquire their medicines. To improve pharmaceutical care they are receiving, they demand more information on their illnesses, the use of their medicines, and bigger accessibility to them.

Conclusions: Immigrants were not worried about health care or pharmaceutical care, because they have other major worries produced by their legal status. Nevertheless, they constitute a group with higher risk of presenting negative clinical outcomes of medication. Medicines' expenditure constitutes a barrier to the healthcare process, reduced by NGOs.

Keywords: Educación sanitaria. Servicios farmacéuticos. Grado de conocimientos

(Español)

INTRODUCCIÓN

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 adoptan posturas y emiten pronunciamientos sobre la inmigración.¹ Pues, lamentablemente, las condiciones de su llegada y 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

* Victoria VAZQUEZ. Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España)

José ESPEJO. Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España)

María José FAUS. Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España)

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 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 la Constitución Española. La universalización de la atención sanitaria es una asignatura pendiente hoy día.

La atención sanitaria al inmigrante puede ser considerada como propia de la salud internacional, definida como la Salud Pública a escala mundial. Pero esta atención varía según el tipo de inmigración:³

- Extranjeros comunitarios: Contempla a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea acogidos al régimen comunitario, 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.^{1,3}
- Extranjeros no comunitarios o los llamados "Inmigrantes económicos": Nacionales de los países ajenos a la Unión Europea y al Espacio Económico Europeo. Se plantean diversos tipos de problemas a la hora de acceder al sistema sanitario público.^{1,3} Tenemos que diferenciar:
 - Inmigrantes regularizados: con permiso de residencia en vigor y/o contrato de trabajo, 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.^{3,4}
 - Inmigrantes no regularizados o en situación administrativa irregular: Personas extranjeras que no siendo ni turistas ni residentes, no tienen permiso de residencia o trabajo en nuestro país. Esta circunstancia puede darse por la entrada irregular o por no renovar el permiso de residencia. Se excluyen: estudiantes refugiados o asilados políticos. También denominados como "Inmigrantes sin papeles", "ilegales", "indocumentados" o "clandestinos", y para los que existen limitaciones en el acceso a una asistencia sanitaria regular y normalizada.^{3,4}

Varios Instrumentos internacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos,⁵ 1948 y Declaración de Alma Atta,⁶ 1978) 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 y sin establecer distinciones entre los extranjeros documentados y los "sin papeles".² Sin embargo, en el contexto español, la atención sanitaria a los extranjeros no comunitarios viene regulada por la Ley de Extranjería,⁷ que establece el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en España en los siguientes casos:

1. Inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente
2. Ante la contracción de enfermedades graves o accidentes
3. Los menores de dieciocho años
4. Las embarazadas durante el embarazo, parto y posparto.

En Andalucía, la situación es diferente, ya que la Ley de Salud en Andalucía⁸ reconoce el derecho a la asistencia sanitaria plena y normalizada de la población inmigrante no regularizada. Otros recursos institucionales configuran el marco de actuación en materia de inmigración en Andalucía:

1. I Plan Integral para la inmigración en Andalucía¹ 2001-2004
2. III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) (PAS)⁹
3. Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes⁴

Se incrementa la accesibilidad de dicho colectivo a la atención sanitaria con el desarrollo de estrategias de captación y seguimiento de su asistencia y la participación en programas de salud.

Según datos sobre la asistencia sanitaria a inmigrantes,¹⁰ 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, en su mayoría cosmopolitas. La inmensa mayoría de los inmigrantes importan enfermedades de curso natural benigno y autolimitadas y las condiciones ecológicas y sociales españolas impiden su transmisión, la patología importada no presenta un riesgo para la población autóctona. Por tanto, es posible afirmar que a su llegada, los inmigrantes extranjeros no suponen grupos de riesgo específicos. Numerosos estudios realizados en la población inmigrante en nuestro país así lo demuestran.¹¹⁻¹⁴

El perfil del inmigrante económico es generalmente el de una persona joven y sana, no obstante, las situaciones a las que se enfrentan durante el proceso migratorio y su estancia en el país de acogida los convierte en un grupo vulnerable desde el punto de vista sanitario.¹⁵ Prevalecen las patologías adaptativas y psicosomáticas, 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...), que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades y favorecer su transmisión dentro de este colectivo.¹⁵ 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,¹⁶ 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.¹⁷

Se puede concluir, y así lo manifiestan diversos estudios, que el impacto real de la inmigración sobre la Salud Pública es escaso.^{11-14,18,19}

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 de atención primaria o atención especializada,^{20,21} lo cual dificulta un seguimiento adecuado de sus problemas de salud y la incertidumbre sobre el cumplimiento o adhesión al tratamiento.

A pesar de no presentar necesidades específicas en materias de salud, algunos colectivos de inmigrantes requieren una especial atención, con respecto a:²²

- El seguimiento adecuado de sus problemas de salud y de sus tratamientos: La falta de seguimiento clínico y farmacoterapéutico reviste especial importancia en el caso de enfermedades como la tuberculosis.²³ sobre todo teniendo en cuenta la problemática de la vivienda que presentan algunos grupos de inmigrantes procedentes de países donde las tasas de tuberculosis cuadriplican las halladas en España.²⁴ 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.
- La salud materno-infantil: Existe un elevado número de asistencias a partos en población inmigrante
- La prevención y promoción de la salud.

Se hace necesario promover la educación sanitaria enfocada a mejorar el cumplimiento terapéutico, uso de programas preventivos y conocimiento de nuestro sistema sanitario. Asimismo, la inmigración, como fenómeno en alza, plantea nuevas necesidades de formación de todos los profesionales que atienden a esta población.

Existen barreras específicas que condicionan la normal integración de este colectivo al sistema sanitario público.^{15,25,26} Se trata de barreras que afectan a todo el proceso de la atención sanitaria y no sólo del acceso al servicio y que están incrementadas en los inmigrantes en situación administrativa irregular. Estas barreras se pueden agrupar según procedan del propio sistema (administrativas, normativas, rechazo pasivo del propio sistema o de los profesionales que los atienden) o de la condición intrínseca de la población inmigrante: lengua, cultura, religión y el contexto, es decir, situación laboral y situación socio-económica.^{15,25,26} El contexto, en el que los inmigrantes se encuentran en el país de acogida,

se traduce en problemas reales de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, factores como el miedo de los inmigrantes a que detecten su situación de irregularidad, el considerar la enfermedad como obstáculo para trabajar, el copago de las cantidades necesarias para la adquisición de los medicamentos y la elevada movilidad geográfica en búsqueda de empleo, constituyen problemas en la continuidad de su atención sanitaria.¹⁵ Esto conlleva una falta de seguimiento clínico y farmacoterapéutico de estos pacientes con repercusiones en su salud y tener consecuencias en el ámbito de la Salud Pública.¹⁷

Las medidas para mejorar la asistencia sanitaria a los inmigrantes deben basarse en la lucha contra estas barreras desde un abordaje integral, para garantizar el acceso, la asistencia sanitaria adecuada y su necesaria continuidad asistencial. Para ello se requiere un esfuerzo adicional del sistema y de los profesionales que lo integran.

El farmacéutico como profesional sanitario, puede participar en la mejora de la atención sanitaria de los inmigrantes llevando a cabo las funciones propias de los farmacéuticos, Atención Farmacéutica y concretamente el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), según el Documento de Consenso en Atención Farmacéutica,²⁷ con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de estos pacientes. Además los farmacéuticos comunitarios como profesionales accesibles, deben promocionar la educación para la salud e informar a estos pacientes sobre vacunaciones y recomendaciones alimenticias etc.²⁸

Según Durán,²⁹ “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”.

El objetivo del presente trabajo fue 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.

MÉTODOS

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 y julio-05.

Ámbito de estudio: La Mancomunidad de municipios del Campo de Gibraltar, que comprende los siguientes municipios: Algeciras, La Línea de la Concepción, San Roque, Los Barrios, Tarifa, Jimena de la Frontera y Castellar de la Frontera.

Población de estudio: Inmigrantes económicos en situación administrativa irregular en el Campo de Gibraltar.

Criterios de inclusión y exclusión: Los residentes extranjeros en el Campo de Gibraltar son un grupo

heterogéneo. Básicamente se dan dos situaciones: una "inmigración social" (en su mayoría son extranjeros procedentes de países desarrollados en busca de ocio y descanso, pero también se incluyen refugiados políticos, personas desplazadas y demandantes de asilo), y una "inmigración económica". Inmigrante económico,³⁰ se consideró a todo aquél procedente de cualquier país (excepto los de la Unión Europea, por encontrarse bajo régimen comunitario), en su mayoría en vías de desarrollo (África, Latinoamérica, Europa del Este y Sudeste Asiático) cuyo motivo principal que le impulsa a emigrar es la búsqueda de trabajo pues llegan buscando oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. 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 (sin permiso de residencia y trabajo en nuestro país). Se decide la inclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular, por tratarse de un colectivo que no dispone de recursos y sufre diversas formas de exclusión social, que dificultan su acceso normalizado y una atención sanitaria adecuada. 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.

Procedimiento: Realizamos entrevistas estructuradas e individuales a inmigrantes 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.

Para realizar las entrevistas a este colectivo de difícil acceso, se planteó acudir a casas de acogida para inmigrantes, así como a lugares donde acude diariamente un número considerable de inmigrantes, 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 (no participa en el convenio, pero sí procura información, orientación al inmigrante y ayuda en la tramitación de las tarjetas sanitarias a través de las entidades suscritas).

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.

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 (EIRE) son trasladados a las dependencias de Algeciras. Se pudo acceder a una muestra de 95 inmigrantes en situación administrativa irregular.

RESULTADOS

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

Lugares de recogida de datos: Se hizo mayor número de entrevistas en Algeciras Acoge, y obtuvimos mayor porcentaje de respuesta en Cardijn Algeciras y Cruz Roja de Algeciras.

Los inmigrantes entrevistados son en un 59 % hombres (46 del total de la muestra). La edad media de los encuestados es de 30 años (D.E.:9,7), teniendo una distribución con asimetría negativa. Por grupos de edad, un número de 53 inmigrantes (67,9%) tiene entre 18 y 30 años. Según la procedencia el grupo más representado porcentualmente son los subsaharianos (57,69%, 45 inmigrantes), seguidos de iberoamericanos (26,92%, 21 inmigrantes) y magrebíes (24,35%, 19 inmigrantes). El tiempo medio de estancia en España es de 36,1 meses, con una distribución de tiempo muy asimétrica.

La población inmigrante entrevistada se aloja en pisos de alquiler en un 53,8%, y en centros de acogida (residencias de acogida y centros de extranjeros) se aloja el 46,2% de la muestra, es decir 36 de los inmigrantes encuestados. El 93,6% (73) inmigrantes de la muestra viven acompañados, de éstos el 48,7% (38) conviven con otros inmigrantes.

Inmigrantes sin estudios 9%, con estudios primarios 32,1%, secundarios 50% y un 9% son universitarios. 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.

Estado de salud percibido y atención sanitaria recibida

Un 56,4% (44) declara haber padecido al menos un problema de salud desde que se encuentran en España. Los problemas de salud más prevalentes son los relacionados con el Sistema Nervioso Central (25,9%), Aparato Respiratorio (21%) y Aparato Digestivo (18,5%), según la clasificación de la WONCA.³¹

Los inmigrantes que han necesitado recibir atención sanitaria, durante su estancia en España, han sido 56 (71,8%). El 62,5% (35 inmigrantes) dicen no haber encontrado ninguna dificultad para recibir atención sanitaria. Entre los que presentan alguna dificultad, el 21,4%, ha sido de índole

administrativa, y en un porcentaje del 16,2% debido a otras causas, como problemas de comunicación por el idioma, problemas diagnósticos o del tratamiento o problemas originados por el temor y el miedo a acudir a los centros de salud públicos, con porcentajes del 5,4% en cada respuesta. Ante un problema de salud, acudiría a un centro de salud u hospital el 55,1%, usaría la medicina tradicional o acudiría a alguna ONG el 21,8%, y a la farmacia el 12,8%

El 82,1% (64 inmigrantes del total de la muestra) ha tomado algún medicamento desde que se encuentran en España. Los inmigrantes adquieren los medicamentos en un 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 46,8% de los inmigrantes de la muestra obtienen los medicamentos con receta de régimen general. El 75,8% de los inmigrantes encuestados (50 del total de la muestra) dice 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 profesional sanitario que les explica cómo tomar los medicamentos, según el 62,5% de los inmigrantes, es el médico. Al retirar medicamentos de la farmacia, el 54,2 % (26 inmigrantes) recibió explicaciones de los farmacéuticos.

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. El 28,2% (22), acudió en alguna ocasión a la farmacia solicitando el consejo del farmacéutico. Un 62,7% de los inmigrantes encuestados afirma haber tenido problemas de comunicación con el farmacéutico.

Los inmigrantes que han recibido educación sanitaria sobre enfermedades, medicamentos y sus derechos sanitarios, se corresponde con el 28,6% de la muestra. A través de ONG, el 16,9% de la muestra.

En el momento de la encuesta, de los 78 inmigrantes que respondieron a la encuesta, tomaba algún medicamento el 24,7 % (19 inmigrantes). El 13,7% (10 inmigrantes) manifestó 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.

También percibieron una reacción adversa medicamentosa 10 inmigrantes (el 12% del total de la muestra). Las reacciones adversas 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). 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), seguido de complejos de hierro oral (3 casos), antibióticos (1 caso) y anticitarrales (1 caso).

Se observó 19 posibles resultados clínicos negativos de la medicación en los inmigrantes de la muestra, en 7 casos se sospechó de resultados clínicos negativos de tipo 1, en 4 casos de tipo 3, 1 caso de tipo 4, 4 casos de tipo 5 y en 3 casos, tipo 6, según el concepto de resultados clínicos negativos de la medicación³² y la "clasificación de problemas relacionados con los medicamentos" (resultados clínicos negativos de la medicación) en el segundo consenso de Granada.³³

El 33,7% (30 casos) nos ofrece alguna propuesta para mejorar la atención sanitaria que recibe, por no saber qué opinar. Un número de 11 inmigrantes (12,4%) no tienen propuestas, por considerarse bien atendidos (tabla 1).

Tabla 1: propuestas de los inmigrantes para mejorar la atención farmacéutica recibida		
	N	%
No sabe / No contesta	30	33,7
No, considera que ha sido bien atendido	11	12,4
Recibir más información sobre el uso de los medicamentos y problemas de salud	16	18
Recibir ayuda para adquirir los medicamentos	11	12,4
Mejoras en la comunicación con los profesionales de la salud	8	9
Información y seguimiento de los tratamientos	6	6,7
Mejoras en la accesibilidad al sistema sanitario	5	5,6
Regularización administrativa para una adecuada atención sanitaria	2	2,2
Total	89	100

Entre las sugerencias proporcionadas por los inmigrantes, la mayoría demanda 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%). Otras: 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.

DISCUSIÓN

Por la complejidad de los objetos de estudio en la investigación en salud se recomienda la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, por su complementariedad.³⁴ La utilización de técnicas cualitativas nos permite aproximarnos a la realidad de la cambiante sociedad socio-sanitaria (por ejemplo, para abordar la realidad de la atención sanitaria de los inmigrantes económicos irregulares con mayor perspectiva) y las técnicas cuantitativas, el estudiar la asociación o correlación entre variables.

Como limitaciones de la investigación cabe destacar que en este trabajo resumimos los problemas de la investigación con inmigrantes en dos áreas fundamentales:

- 1) Validez y fiabilidad de los instrumentos aplicados a las minorías étnicas: 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, traducción y re-traducción, y la participación de mediadores y traductores - intérpretes.
- 2) La accesibilidad a la población inmigrante en situación administrativa irregular y la representatividad de las muestras de población foránea (por 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, 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, busca la saturación.^{35,36} De aquí se deduce que el tamaño de la muestra será flexible y reducido.³⁶

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 quisiera responder a la encuesta, a pesar de garantizarles el anonimato.

Tipología de los inmigrantes encuestados: El 59% de los inmigrantes entrevistados son hombres (46 sobre el total de la muestra). Esto pone de manifiesto que existe todavía una inmigración económica protagonizada sobre todo por hombres, aunque con un porcentaje de mujeres progresivamente más importante.

Según la edad de la muestra, en Andalucía como en el resto de España, existe una mayor concentración de extranjeros en edades activas (entre 16-64 años), ya que la mayoría de la población inmigrante viene a España a buscar un puesto de trabajo.

Según la procedencia de los inmigrantes, están más representados porcentualmente, por este orden, los subsaharianos, seguidos de iberoamericanos y magrebíes. Por tanto, hay una mayor presencia de inmigrantes procedentes del continente africano y en segundo lugar, de los procedentes de países iberoamericanos. Lo cual coincide con los datos de extranjeros no comunitarios de mayor presencia residendo en Andalucía (los extranjeros no comunitarios más representados son los Africanos en primer lugar e iberoamericanos en segundo).³⁷

El tiempo medio de estancia en España de los inmigrantes encuestados, es de 36,1 meses, gráficamente se distribuye de forma 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.

A pesar de que aproximadamente el 91% (80) tiene estudios, 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 iberoamericanos (26,92%).

Estado de salud percibida por los inmigrantes y atención sanitaria recibida:

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.³¹ 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 (10), que concluye que la mayoría de los motivos de consulta de los inmigrantes son banales y similares a los de la población autóctona, siendo la mayor parte de las patologías adquiridas por hábitos y condiciones sociolaborales, siendo más prevalentes las patologías reactivas o de adaptación, como trastornos mentales o síntomas psicosomáticos relacionados con el estrés (cefaleas frecuentes, dolores musculares o mialgias, úlcera, trastornos del sueño) sin repercusión en la Salud Pública.

El 71,8%, 56 de los inmigrantes de la muestra, ha necesitado recibir atención sanitaria en nuestro país, y un 62,5% (35) no ha encontrado ninguna dificultad en dicha atención. Hemos de tener en cuenta que la mayoría procede de países en vías de desarrollo, donde la atención sanitaria no está muy avanzada. Según el estudio realizado por la Escuela Nacional de Sanidad sobre la percepción de los inmigrantes de su propio estado de salud (10), 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 sus países de origen. Sin embargo, los datos referidos por dicho estudio también 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, y dan prioridad a otros problemas, como son la regularización o la vivienda, concluye otro estudio llevado a cabo por la Escuela Andaluza de Salud Pública.³⁸

Entre los que responden haber tenido dificultades, el 21,4% (12) son de tipo administrativas. El 16,2% manifiesta haber tenido dificultades para recibir la asistencia sanitaria que ha necesitado, a causa del idioma, problemas diagnósticos o del tratamiento y por el desconocimiento y/o temor que va unido a su situación de irregularidad en España. Se observan pues, barreras específicas que condicionan la normal integración de este colectivo al sistema sanitario público, a pesar de que en Andalucía se garantiza la accesibilidad sanitaria, por la intermediación de las ONG con el Servicio Andaluz de Salud, prestando atención sanitaria sin distinción de situaciones administrativas a toda la población inmigrante que la requiere.^{4,9}

Un 25,64% de los inmigrantes ante un problema de salud utiliza remedios de la medicina tradicional de sus países de origen, puede ser debido al desconocimiento sobre la atención sanitaria que pueden recibir y el sobre uso de los medicamentos. El tratarse de un colectivo receloso de acudir a las instituciones públicas y desconocer las posibilidades de ser atendidos sanitariamente, es el motivo por el que utilizan inadecuadamente los servicios sanitarios, según confirma un estudio sobre la atención sanitaria a inmigrantes, pues fundamentalmente hacen uso de los mismos a través de los servicios de urgencia. Todo esto conlleva dificultades en el seguimiento de sus problemas de salud y la falta de adhesión a los tratamientos, con especial interés en enfermedades como la tuberculosis. Para eliminar estas barreras es de interés la participación de los profesionales sanitarios, reforzar su labor como educadores sanitarios y formarlos en la atención a la diversidad cultural, para una mejora de la atención en estos pacientes.

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 Salud⁹ y el I Plan Integral para la inmigración en Andalucía 2001-2004,¹ donde se establecen estrategias para potenciar la captación de la población inmigrante y atender sus problemas de salud, para así preservar su salud individual y la comunitaria.

Uso y acceso a los medicamentos: El 82,1% (64) ha tomado medicamentos desde su llegada a España. Los inmigrantes no presentan grandes dificultades para adquirir los medicamentos, en su mayoría los adquieren a través de la farmacia y con la preceptiva receta médica, otros a través de entidades como las ONG. Entre las dificultades que encuentran para adquirirlos, nombran principalmente las de índole económica. El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos financiaba a los inmigrantes sin recursos parte del coste de los medicamentos no cubierta por la prestación pública, tras firmar un acuerdo de colaboración con la Fundación Progreso y Salud,^{39,40} en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para inmigrantes,⁴ pero actualmente no se cumplen estas medidas. Los inmigrantes sin recursos, en muchas ocasiones, acceden a los

medicamentos gracias al voluntariado, la iglesia y organizaciones no gubernamentales.

Desde el punto de vista de Salud Pública, es necesario la aplicación de medidas de protección social relacionadas con la prestación farmacéutica hacia este colectivo, para asegurar una continuidad de la asistencia y el cumplimiento terapéutico, al menos en el caso de enfermedades que revisten especial importancia, como por ejemplo la tuberculosis²³ (en la provincia de Cádiz presenta una tasa de 20 casos / 100.000 habitantes),⁴¹ pues el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, en comunidades de inmigrantes, suele ser más elevado por las condiciones de vida en la que se desenvuelven.²⁵

Con respecto a la educación sanitaria recibida por los inmigrantes, el 71,4% (55) de los encuestados no ha recibido información sobre enfermedades, medicamentos y derechos sanitarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la educación para la promoción de la salud⁴² 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, la participación del individuo, tanto en el comportamiento y estilos de vida, como en la adherencia al tratamiento, son imprescindibles para el control de muchas enfermedades crónicas y/o transmisibles.⁴³

En cuanto al uso de los medicamentos la mayoría recibe explicaciones del médico, pero también el profesional farmacéutico explica cómo tomarlos cuando son retirados de la farmacia. Los problemas de comunicación constituyen una barrera en el entendimiento con estos profesionales, lo que conlleva que pocos inmigrantes hayan solicitado el consejo del farmacéutico ante un problema de salud, o bien por desconocer la figura de éstos como agentes de salud. Casi la totalidad de los inmigrantes encuestados no reciben Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de sus tratamientos. Sólo un paciente inmigrante recibe 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, como reacciones adversas medicamentosas (diarrea, problemas gastrointestinales o reacciones alérgicas) que percibieron por la toma de medicamentos (AINES, hierro oral, antibióticos o anticitarráreas).

El Documento de Consenso en Atención Farmacéutica²⁷ auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, define Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) personalizado, como "la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de

problemas relacionados con la medicación" (resultados clínicos negativos de la medicación).

Se analizaron los resultados de la medicación en los 19 pacientes que tomaban algún medicamento en el momento de la entrevista. Se detectó 19 posibles casos de resultados clínicos negativos de la medicación. El objeto de este análisis es ver la incidencia de estos resultados en la población inmigrante irregular, porque a pesar de tratarse de una población joven, debido a las circunstancias en las que se desenvuelven en el país de acogida y las barreras intrínsecas y extrínsecas a las que se enfrentan, pueden presentar mayor riesgo de resultados clínicos negativos de la medicación, que la población joven autóctona, reiteramos la necesidad de reforzar su educación sanitaria, enfocada en la mejora del cumplimiento farmacoterapéutico, uso de programas preventivos, promoción de hábitos saludables etc.

No se intervino en la resolución de éstos, por la dificultad de acceder de nuevo a los inmigrantes de la muestra, es por ello que no lo consideramos como objetivo en este estudio. Pero sí se hicieron recomendaciones a estos pacientes, informándoles sobre sus tratamientos y la necesidad de tomarlos adecuadamente, de acudir al médico por fallos en su farmacoterapia (por necesidad, efectividad o seguridad).

Por último, se les preguntó por alguna sugerencia para mejorar la atención sanitaria que reciben. Pocos inmigrantes nos ofrecen alguna, entre las cuales destacamos las siguientes, el recibir mayor información sobre las enfermedades, el uso de los medicamentos y recibir ayuda para adquirir los medicamentos, con mayores porcentajes. 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.

Según concluyen Ramos et al, en un estudio sobre problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos,³⁸ 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.). El citado estudio,³⁸ 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 idiosincrasia 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.

CONCLUSION

1. Los pacientes inmigrantes no priorizan sus problemas en la atención sanitaria y/o farmacéutica 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 presentar resultados clínicos negativos de la medicación que toman, por la situación de precariedad en el país de acogida y la falta de seguimiento de sus tratamientos.
2. El coste de los medicamentos es el principal problema observado que impide una correcta accesibilidad 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.
3. Este problema es subsanado, en parte, gracias al voluntariado y las ONG que participan en el seno del Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes, sufragando en muchas ocasiones la aportación de los medicamentos.

Referencias

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. 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.
4. Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes. Documentación Básica Subcomisiones Provinciales. Fundación Progreso y Salud. 2002.
5. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), de 10 de Diciembre de 1948.
6. Declaración de Alma-Atta. Conferencia Internacional de atención Primaria en Salud. Alma-Atta, 12 de septiembre de 1978.

Vázquez V, Espejo J, Faus MJ. Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de Gibraltar. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 24-33.

7. 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).
8. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA nº 74/1998, de 4 de julio de 1998.
9. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
10. 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.
11. 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.
12. Rodríguez CB. Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad. ReEs 2002.
13. Bada L, Bada RM. El inmigrante no contagia enfermedades. Unitat Maltiels Tropicals i importadas. Drassanes. Institut Català de la Salut.
14. Valero L, Sabriá M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clin, 2002; 118: 508-514.
15. 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.semfyc.es>)
16. Memoria Técnica Convenio en materia de Salud Pública para Inmigrantes. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003
17. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante. Documentos SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria); 2001. (<http://www.semfyc.es>)
18. López JM, Grupo de Salud Pública - SEMERGEN. Atención sanitaria al inmigrante. Centro de Salud de Padrón . A Coruña
19. Jansá JM. Inmigración extranjera en el estado español Consideraciones desde la Salud Pública. Rev Española de Salud Publica, 1998; 72 . (165-168).
20. Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
21. Sistema de Información Interhospitalario (INHIOS).
22. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac sanitaria, 2004; 18 (Supl) : 207-13.
23. Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona. Migración, Salud y Políticas Sociales. Granada : EASP; 1997.
24. Dolin P, Ravagliione M, Kodin A. Global tuberculosis incidence and mortality durin 1990-2000. Bull WHO, 1994; 72 : 213-220.
25. Manual de Atención Sanitaria al Inmigrante. Fundación Progreso y Salud. Junta de Andalucía. 2003.
26. Felip N, Gayoso S, Guerra A, Martín C, Ruiz-Escribano E, Zúñiga A. Inmigrantes y atención sanitaria en España.
27. Documento Consenso en Atención Farmacéutica. Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
28. 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)
29. Durán J. La farmacia social, principal reto para este siglo. Correo farmacéutico, Año V. 14-20 Marzo 2005; nº 171:2.
30. Izquierdo A. El proyecto migratorio y la integración de los extranjeros. Revista de Estudios de Juventud. 2000; (49): 43-52.
31. WONCA Clasification Comité. An International Glossary o general / family practice. Farm prt 1995; 12 (3): 341-369.
32. Fernández-Llimós F., Faus MJ., Gasteluturria MA., Baena MI., Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro de nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
33. Segundo Consenso de Granada sobre los Problemas Relacionados con los Medicamentos. Comité de Consenso. Ars Pharmaceutica, 2002; 43:3-4 179-178.
34. 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.
35. Castillo E., Vázquez ML. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34: 164-167.
36. 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.
37. 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.htm)
38. 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.
39. 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.
40. 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.

Vázquez V, Espejo J, Faus MJ. Determinación de las necesidades en atención farmacéutica de los inmigrantes del Campo de Gibraltar. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 24-33.

41. 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
42. Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud (OMS); Ginebra, 1989.
43. Metodología en educación para la salud. El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad.
<http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm>