

¿Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid

J. las Heras-Mosteiro^a, Á. Otero-Puime^b y C. Gallardo-Pino^c

^aCentro de Salud Torrelaguna. Área 5 de Atención Primaria de Madrid. Madrid. España.

^bFacultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^cFacultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. El objetivo del estudio era conocer el proceso asistencial del colectivo ecuatoriano, describir su concepto de salud, los factores que influyen en la utilización de los distintos sistemas de atención y las características de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Diseño cualitativo a través de grupos de discusión realizado en los años 2002 y 2003 con inmigrantes ecuatorianos residentes en Madrid. Captación por el sistema de "bola de nieve". Criterios de segmentación: sexo, situación administrativa y laboral. Muestreo intencional y teórico hasta el punto de saturación. Utilización para la interpretación de la Teoría Fundamentada.

RESULTADOS. La representación social de salud más frecuente es la visión holística de la salud. Existe una percepción idealizada del sistema sanitario español, valorándose la proximidad, la tecnología y la gratuidad. Existe una idealización de la atención especializada que fomenta la minusvaloración del médico de familia y la Atención Primaria. Las urgencias son el sistema más valorado; acuden a él por su rapidez, su flexibilidad de horarios y la presencia de especialistas.

CONCLUSIONES. Los profesionales sanitarios deben conocer las características socioculturales de la población inmigrante para mejorar su atención. Se debe fomentar el conocimiento de las características del sistema sanitario por la población inmigrante para una mejor utilización de los recursos sanitarios.

Palabras clave: investigación cualitativa, inmigrante, creencias, salud, utilización de servicios sanitarios, Ecuador.

BACKGROUND. The objective of this study was to discover the health care process of the Ecuadorian group, to describe their concept of health, the factors that influence the use of the different care systems and their characteristics.

METHODS. Qualitative research conducted through discussion groups in the years 2002 and 2003 with resident Ecuadorian immigrants living in Madrid. They were selected by snowball sampling. Segmentation criteria were gender, administrative and work situation. Intentional and theoretical sampling until the saturation point. Use for the interpretation of the Grounded Theory.

RESULTS. The more frequent social representation of health is the holistic view of the health. There is an ideal perception of the Spanish health care system, evaluating proximity, technology and free of charge. Specialized care is glorified, this leading to the undervaluation of the family doctor and primary health care. The emergency services are the most valued system. They go there due to its rapidity, flexibility of schedules and presence of specialists.

CONCLUSIONS. The health care professionals must know the sociocultural characteristics of the immigrants to improve their care. Knowledge of the characteristics of the health care system by the population should be encouraged in order to improve the health care resource usage.

Key words: health, immigrants, beliefs, qualitative research, Ecuador, utilization of health care services.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio es una realidad que ha ido transformado muchos escenarios de la vida pública española y

de una forma intensa la sanidad, y en particular la Atención Primaria. El colectivo ecuatoriano es el grupo más numeroso de la población inmigrante en la Comunidad Autónoma de Madrid y el segundo más importante a nivel nacional¹.

Los abordajes cualitativos desde el ámbito sanitario a este fenómeno son escasos². La necesidad de un mayor conocimiento en este campo ha sido reiteradamente expuesta por numerosos profesionales y se recomienda implementar estudios desde una perspectiva cualitativa³⁻⁶.

Correspondencia: J. las Heras Mosteiro.
Centro de Salud Torrelaguna. Área 5 de Atención Primaria de Madrid.
C/Costa Brava 20, Portal 1, 6º D. 28034 Madrid.
Correo electrónico: lunamosteiro@hotmail.com

Recibido el 11-10-2007; aceptado para su publicación el 31-01-2008.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener entre 25 años y 45 años	Menores de 25 años o mayor de 45 años
Haber tenido contacto con el sistema sanitario español alguna vez, ya sea como paciente o como acompañante	Formación sanitaria
Nacionalidad ecuatoriana	Inmigrante procedente de otro país
Residir en España, ya sea regular o irregularmente	No residir en España

Para comprender muchas de las situaciones que encuentra en la consulta diaria el médico de familia es necesario conocer el proceso asistencial que realiza el enfermo⁷. El objetivo de este trabajo es el de describir el proceso asistencial del colectivo ecuatoriano. Para ello se detallará su concepto de salud, los factores que influyen en la utilización de los distintos sistemas de atención y las características de éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa llevada a cabo mediante el método fenomenológico, apropiado para conocer opiniones, percepciones y discursos⁸. El trabajo de campo se realizó durante los años 2002-2003. El ámbito de estudio fue la Comunidad de Madrid y los sujetos de estudio los inmigrantes ecuatorianos. Dada la naturaleza de nuestra investigación la técnica escogida fue la del grupo de discusión^{9,10}. Los grupos se configuraron de forma que en cada uno de ellos se incluyera la suficiente heterogeneidad que posibilitase el contraste de puntos de vista.

Se realizó un diseño muestral estructural. Los criterios de inclusión y exclusión aparecen en la tabla 1. La selección de individuos fue en función de unos perfiles cuyas variables estructurales fueron: sexo, situación administrativa y situación laboral. La captación de los participantes se realizó a través de distintas asociaciones y ONG que trabajan con población inmigrante siguiendo el proceso de “bola de nieve”. Para favorecer la asistencia y la participación la convocatoria se realizó en la misma semana en la que se iba a llevar a cabo el grupo de discusión; el horario

Tabla 2. Composición de los grupos de discusión

Grupo de discusión	Sexo	Situación administrativa	Situación laboral
Grupo 1	5 mujeres	2 regulares	5 en activo
	3 varones	6 irregulares	3 desempleados
Grupo 2	6 mujeres	2 regulares	4 en activo
	2 varones	6 irregulares	4 desempleados
Grupo 3	5 mujeres	1 regular	6 en activo
	3 varones	7 irregulares	2 desempleados
Grupo 4	4 mujeres	1 regular	5 en activo
	3 varones	6 irregulares	2 desempleados

escogido fue el de fin de semana por la tarde y los escenarios seleccionados fueron dos salones de asociaciones de inmigrantes. La composición final de la muestra consistió en 4 grupos de discusión diseñados según se expone en la tabla 2.

El discurso producido fue registrado en una cinta magnetofónica con el previo consentimiento de los participantes, y posteriormente se transcribió para su interpretación. La interpretación se fundamentó en los principios de la *Grounded Theory*¹¹. Durante todo el proceso de recogida, análisis y elaboración de resultados el equipo investigador desarrolló, siguiendo el esquema propuesto por Dezin, un proceso de triangulación, lo que aumenta la fiabilidad del estudio¹² (fig. 1). Las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados, y se crearon categorías emergentes a partir del análisis de los textos. Dada la homogeneidad del discurso, y la ausencia de grandes divergencias o complejidades detectadas, se ha considerado que el diseño ha conseguido saturar el discurso de esta población, cumpliendo los objetivos del estudio^{13,14}.

RESULTADOS

La visión holística de la salud ha sido la representación más presente en los discursos “La salud es completo bienestar físico, psicológico, mental, afectivo... ¡armonía!”, “El cuerpo y la mente, o sea, ¡una balanza!, porque los dos tienen que ir en una balanza”. La realidad laboral en la que se encuentran los inmigrantes está presente en la mayoría

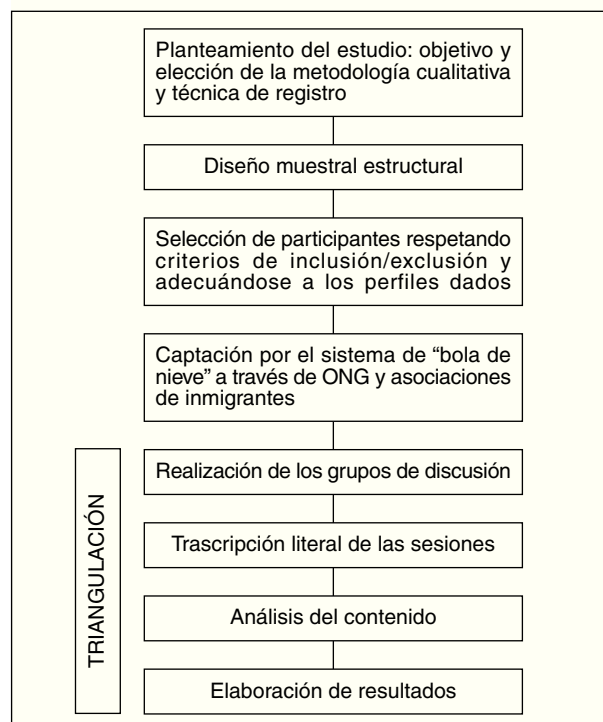


Figura 1. Esquema general del estudio. Diseño cualitativo a través de grupos de discusión a partir de un muestreo estructural.

Tabla 3. Factores facilitadores para la utilización del sistema profesional

Factor	Característica	Narración
Sociedad española	Percibida como una sociedad enferma, medicalizada y dependiente del médico La enfermedad constituye una preocupación constante y la salud, un nuevo valor	“En Ecuador no tenemos tantas enfermedades, aquí ¡todo el mundo anda enfermo!” “Porque mira que nos están vendiendo eso de la depresión y como que se nos está ganando, y es que ¡aquí es una enfermedad la depresión!...”
Interpretación del síntoma	Valorado como signo de alarma que debe ser estimado por un especialista	“Yo por eso no tomo nada porque primero hay que investigar por qué me viene ese dolor, o por qué me viene una fiebre, ¿no?”
Red social de poder	Puede facilitar el acceso a la medicina privada	“Ella me dijo, cuando yo llegué ‘Verónica, yo en mi casa no la puedo tener sin seguro médico, porque en cualquier momento le pasa algo... y la responsable soy yo’”.
Red social de intimidad	Facilita información sobre los recursos sanitarios, dónde acudir, cómo hacerlo:	“Mi hermana me dijo todo lo que tenía que hacer para empadronarme, lo de la tarjeta, ¡todo! para poder tener salud, pero no todos tienen esa información”

de los discursos sobre el proceso salud-enfermedad-atención. La salud se transforma en un capital que se invierte en el trabajo, que es el medio para la consecución de sus objetivos migratorios: “La salud es lo principal, con la salud puedes hacer todo, si no tienes la salud no puedes hacer nada”. Esta circunstancia favorece la adopción de conductas en las que se niega u oculta la enfermedad para conseguir o perpetuar el puesto de trabajo: “Le duela o no le duela tienen que estar atendiendo a la persona que está a su cargo”.

Los factores que facilitan el acceso al sistema sanitario profesional y los que fomentan el uso de los cuidados legos se encuentran resumidos en las tablas 3 y 4. Las características más sobresalientes atribuidas al Sistema Sanitario se resumen en la tabla 5.

Del sistema de cuidados legos se habla exclusivamente de sistemas de autoatención, siendo casi inexistentes las referencias a actitudes de autocuidados y autoayuda: “Allá te da una gripe o lo que sea y estás en tu casa, te puedes acostar y te va atender tu madre, en cambio aquí no”. Los cuidados legos, para la población estudiada, tienen sus es-

pecificidades y sus límites. De forma sintética se podría decir que la especialidad de los cuidados legos es el alivio y la desaparición del síntoma. En el equilibrio beneficio-riesgo el tratamiento local parece ser el más adecuado: “Si te duelen los riñones te pones un huevo batido y es como que te congela la espalda y es como que te mejoras al momento.” Los participantes de visiones holísticas utilizan aquellos remedios considerados naturales incluyendo remedios tradicionales o reformulaciones y adaptaciones de éstos a la farmacopea europea: “Yo no me tomé ni pastillas ni nada, le pregunté a mi primo que me diera algo y me dijo que lo que hay aquí es orégano y lo puse a hervir en agua”. En los casos en donde prevalece la importancia del alivio del síntoma no se duda en optar por la automedicación: “Cuando le duele se compra esas pastillas, ya no yendo al doctor ¡no!, porque le dio tal cosa y le funcionó y se automedica”, “hay mucha automedicación también en el grupo... de ecuatorianos”.

El inmigrante tiende a minusvalorar el sistema de Atención Primaria y a ensalzar el sistema especializado, del que se veía privado en Ecuador (tabla 3). El médico de familia

Tabla 4. Factores facilitadores de la elección de los cuidados legos

Factor	Característica	Narración
Barreras de acceso al sistema sanitario	Dificultad o negativa al empadronamiento. Incompatibilidad con los horarios asistenciales	“Trabajaba en donde mi jefa y tampoco ella me empadronó” “Las citas médicas están dentro de un horario y sabes que en el trabajo te dicen: ‘no puedes ir’”
	Miedo a las instancias públicas que favorece la invisibilidad social. La falta de información	“El caso es que uno ignora ciertas cosas, yo pensaba: yo no tengo mis papeles y el médico va a hacerme expulsar de aquí de España”.
Interpretación del síntoma	Valorado como una entidad en sí misma y es algo cotidiano.	“Yo por ejemplo si tengo una gripe, o me duele la cabeza ¡no me voy al médico! alguien me recomendó ‘tómate un gelocatil’ . Me lo tomo y el dolor se pasa”
Red social de poder	Minimiza y niega los síntomas del inmigrante	“Me decía ‘tómese eso, y se le pasa!’ Es que no se interesan, porque si fueran sus niños los lleva en el momento al doctor”
	Se ofrece con criterios productivos	“No te dan permiso para irte a tu médico, ¡que no!... que tienes que hacer esto y ¡no!”
Red social de intimidad	Facilitan y recuerdan, actualizándolos, remedios tradicionales y otras medidas de autocuidados	“Yo, por ejemplo, cuando tuve una gripe, un amigo, que sabe de medicina también, me explicaba: ‘mejor que con pastillas cúrate con la agüita de manzanilla o con algo nuestro ¡que son naturales!’”

Tabla 5. Características y efectos del sistema profesional y la atención

Característica	Percepción/efecto	Narración
Tecnología	Admiración que lleva a una idealización del poder de la técnica, relatando experiencias cuasi-milagrosas	“En cambio acá viene mi mama, y le mandaron una pastilla en el INSALUD... ¡qué grandioso, con una simple pastilla se le eliminó la gasa! Y hoy está disfrutando de la vida”.
	Oportunidad para hacer todo de lo que se vieron privados en Ecuador.	“Es que allá, por falta de tecnología, no te pueden diagnosticar y no te pueden curar como aquí. No tienes por ejemplo acceso a unos análisis completos como los hacen aquí”
Gratuidad	La salud pasa de ser el “privilegio” de unos en Ecuador al derecho de todos en España	“No es la misma atención, porque en Ecuador no nos regalan los medicamentos. Aquí te vas donde el médico de cabecera y el descuento que te hacen es ¡grandísimo! cuando te dan una receta”
	Sistema rico en recursos que se llegan a derrochar y se ve legítimo solicitar todo tipo de pruebas	“Yo digo, aquí me voy a hacer curar. Yo nunca me había hecho un examen médico completo, allí en Ecuador pero... tú sabes que allí en Ecuador tienes que pagar”
Universalidad	Se sorprende ante la sencillez con que se puede acceder a todos los recursos del sistema sanitario, estimulando su utilización	“Aquí se tiene más acceso a médicos y todo es mejor. Y por esto también es que nosotros estamos aquí. Nada más que aquí llegamos, nos empadronamos y ya vamos al centro de salud y ya tenemos acceso a médico y ¡cualquier persona que viene, joven o adulto! Tal vez eso no nos pasa en nuestro país, allí el que tiene dinero...”
Proximidad	Utiliza el criterio de proximidad para acceder a los recursos sanitarios más cercanos independientemente de que le estén asignados.	“Tú te puedes hacer atender donde tú escojas. Como me quedaba cerca el centro de salud... cerca de mi trabajo, pues me hice atender allí”
Listas de espera	Una contradicción con la abundancia de recursos percibida. Perciben una deslegitimación de la gravedad de sus síntomas	“Si uno va y dice ‘Oye, es que me duele el estómago, ¿sabes qué? Me he fracturado el pie’, te dicen ‘¡vete después de dos meses, tres meses, un mes, un mes y medio!’; y no te dicen ‘Mira, vete a emergencias’”
	La vivencia de la enfermedad como proceso agudo y su inestabilidad laboral y habitacional les lleva a buscar otras soluciones	“Es excesivo, demasiado largo. Porque si uno se va al médico es porque se siente mal ahora ¿no? y no puede esperar y esperar”
Los profesionales médicos	Se valora e idealiza a los especialistas, escasos en Ecuador, y se relaciona a los médicos de familia con la escasez de recursos de Ecuador	“Porque hay un médico que te atiende para todo. Te ve los ojos, te ve los pies, te ve esto, te ve todo y eso ¿por qué? Por falta de recursos, o sea en Ecuador estábamos desatendidos” “La medicina en Ecuador no es tan buena como aquí, no hay tantos especialistas como aquí”

es considerado el filtro de entrada en el sistema español, tanto para el acceso a la técnica y a los especialistas como para la distribución de los recursos del mismo, como recetas o bajas laborales: “Aquí quien manda es el médico de cabecera: ‘tiene que irse al especialista’, ‘no le hago tal análisis’, ‘que tómeselo esto’, ‘que tómeselo lo otro...’”

La medicina privada ha sido una elección poco frecuente que era promovida en algunos casos por los empleadores o las empresas donde trabajan. Se encuentra una mayor rapidez en la atención y se experimenta un abordaje más individualizado: “Allí (centro de salud) no me explicaron y fui a un médico privado: ‘Mira es que te ha dado asma hija y es por esto y por lo otro...’ o sea, como debe ser”.

Las urgencias son el máximo exponente de la eficiencia del sistema sanitario español: “Las urgencias médicas tienen una excelente atención, desde la persona que les recibe hasta los profesionales que le atienden, ahí sí recibe una atención excelente”. Es el sistema de atención estrella en la medida que conjuga las virtudes del sistema público y minimiza las carencias observadas. La disponibilidad rápida de recursos, la compatibilidad con sus horarios laborales y la atención especializada hacen de las urgencias un sistema óptimo a los ojos de los inmigrantes: “Las urgencias aquí son muy buenas, te atienden

bien, te hacen todos los análisis y todo lo que necesitas, no le mandan a casa hasta que esté bien”. La dificultad de planificación y la vivencia de la enfermedad como un proceso agudo hacen insoportable la espera de unos resultados o de una valoración por parte de un especialista, acudiendo a urgencias para acortar esta incertidumbre. En otros casos es el desconocimiento de la organización del sistema sanitario el que lleva al inmigrante al Servicio de Urgencias: “Muchas personas no saben que primero tienen que ir a un médico de cabecera, y ¿qué hacen? Se van directamente al hospital y luego en el hospital muchas veces ni los quieren atender”.

DISCUSIÓN

Una de las limitaciones del enfoque cualitativo de investigación es que la información obtenida es muy específica para el universo de estudio. No es posible extraer, a partir de los datos obtenidos, conclusiones generalizables a otros grupos humanos, o a otras circunstancias¹⁵⁻¹⁷. A pesar del tiempo transcurrido entre el trabajo de campo y su publicación creemos que los resultados tienen vigencia en el momento presente, tanto por la validez y el rigor de la investigación como por la coincidencia de nuestros resulta-

dos con los de otros estudios. En nuestro estudio uno de los posibles sesgos es la probable magnificación del discurso de aquellos inmigrantes con mejor red social, en perjuicio de inmigrantes con menos redes de apoyo y menor acceso a asociaciones, ONG, u otros organismos que trabajan con dicha población.

Las representaciones sociales de la salud son uno de los factores más determinantes para explicar la utilización de los servicios sanitarios¹⁸⁻²⁰. La visión holística de la salud recoge muchas características de la medicina popular latinoamericana, como las alusiones a estados de armonía y equilibrio, la visión integral de la salud o la unicidad del ser^{2,21-23}. La concepción de la salud como un instrumento y las conductas de negación u ocultación de la enfermedad que conlleva han sido descritas en poblaciones autóctonas trabajadoras en nichos laborales manuales²⁴.

Muchas de las variables que influyen en la elección de atención en el colectivo ecuatoriano no difieren de las encontradas en otros grupos²⁵⁻²⁸. La preferencia por los servicios de urgencias se ha descrito también en otros grupos de inmigrantes^{29,30}. Los inmigrantes estudiados comparten con la población española los argumentos de la disponibilidad rápida de recursos o la compatibilidad con los horarios laborales para acudir a urgencias³¹, así como la rapidez en la atención y un abordaje individualizado para utilizar la medicina privada^{32,33}. La automedicación es un fenómeno que está muy presente en la realidad de los inmigrantes^{34,35}, al igual que en la población española³⁶⁻³⁹. Cabe destacar el sistema de cuidados legos, donde su elección parece estar influida por la herencia cultural de Ecuador^{2,29,40-42}, así como por la imposibilidad de contar con una red social íntima y cercana que pueda desarrollar funciones de apoyo afectivo^{43,44}.

A la luz de los resultados surgen algunas implicaciones prácticas: en el caso de conocer la utilización del sistema de cuidados legos creemos que el profesional deberá profundizar en el conocimiento de dichas prácticas y favorecer su utilización cuando considere oportuno, y sólo en el supuesto de que se objetive un efecto perjudicial para la salud del paciente argumentar la postura crítica sin deslegitimar la totalidad de los cuidados legos²³. Ante las demandas injustificadas o utilizaciones erróneas de los servicios sanitarios el profesional deberá mantener una actitud pedagógica, explicando las particularidades del sistema español de salud e informando de su funcionamiento, en especial acerca de las características y competencias de la Atención Primaria de Salud y sus profesionales, al ser, en el caso de Ecuador, una disciplina muy reciente y con escasa presencia en su sistema sanitario⁴⁵.

Sintéticamente las conclusiones del trabajo son:

1) Se debe facilitar una adecuada información acerca de las características del sistema sanitario español para favorecer un mejor uso del mismo y disminuir las barreras de acceso que crean la invisibilidad social de la población inmigrante^{35,44,46,47}.

2) Es necesaria la educación en competencia cultural del profesional sanitario, que conllevaría, entre otras mu-

chas medidas, aumentar el conocimiento de la realidad cultural de la población inmigrante para mejorar su atención^{48,49}. Con este objetivo consideramos prioritario realizar nuevas investigaciones de corte cualitativo para profundizar en las vivencias y percepciones sobre la salud, enfermedad y atención que tienen los distintos grupos de inmigrantes presentes en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración. Observatorio permanente de la inmigración. 2006;9.
- Documentos Técnicos Salud Pública n.º 91. Inmigrantes, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; 2005.
- Romaní O. La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología. FMC. 2002;9:498-50.
- Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004;18 Suppl:207-13.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc). 2002;118:187-91.
- Gutiérrez Sigler MD. Comentario editorial: Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? Aten Primaria. 2002;29:6-13.
- Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Suppl 1:9-25.
- Taylor SJ, Bodgman R. Introducción. Ir hacia la gente. En: Introducción a los métodos cualitativos. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1992.
- Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. 3th ed. Madrid: Siglo XXI de España; 1992.
- Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. Métodos y técnicas de investigación. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. Madrid: Alianza editorial; 2000. p. 147-75.
- Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded Theory. 1st ed. New York: Aldine Publishing; 1967.
- Dezin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Sage Thousand Oaks; 1994. p. 501.
- Canales M, Peinado A. Grupo de discusión. En: Delgado J, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994.
- Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel Practicum; 2001.
- Gramide I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. Aten Primaria. 1994;14:631-6.
- Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria. 2000;23:496-502.
- Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria. 2000;24:295-300.
- Calvo Buezas T. Inmigración, cultura y salud. OFRIM. 1997;Supl: 95-110.
- González M, Sanz B, Schumacher R, Torres AM. Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la población inmigrante del Área 6 de la Comunidad de Madrid. OFRIM. 1997; Supl:43-93.
- Checa F. La "culturalización del dolor". Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos. En: Checa F, editor. Africanos en la orilla. Barcelona: Ícaro; 1998. p. 81-121.
- Foster GM. Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana. En: Kenny M, de Miguel J, comps. La Antropología Médica en España. Barcelona: Anagrama; 1980. p. 123-48.
- Guto Cerezo Y. Medicina popular y medicina científica: ¿dos discursos nosológicos y una traducción imposible? Algunas reflexiones sobre el problema de la integración cultural en América Latina desde esta problemática. Asclepio-I; 1992. p. 327-45.
- Helman CG. Culture, health and illness: introduction for health professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.

24. Pierret J. Los significados sociales de la salud: Paris, the Essonne and the Herault. En: Auge M, Herzlich C, editores. *The meaning of illness, Antropology, History and Sociology*. Luxemburg: Harwood Academic Publishers; 1995. p. 175-205.
25. García García JL. Enfermedad y cultura. *Trabajo Social y Medicina*. 1998;29:15-25.
26. Durán MA. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: Tecnos S.A.; 1983.
27. Scambler G, Scambler A. La enfermedad "iceberg" y algunos aspectos de la conducta en el consultorio. En: Fitzpatrick R, Hinton J, Staton N, Scambler G, Thompson G, editores. *La enfermedad como experiencia*. México, D.F: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 42-64.
28. Haro Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguer E, Comelles JM, comps. *Medicina y cultura*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2000. p. 101-62.
29. Solé S. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 139-50.
30. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La atención al Inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos SemFYC n.º 17. 2002.
31. Aguilera Guzmán M, Delso Medinilla A, Fernández Moreno R, Rico Jiménez F Encuesta de satisfacción 2006. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; 2007.
32. Pérez Peñasco A, coord. *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma*. Madrid: Ed. Encuentro; 1983.
33. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centro de salud y aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999;24:259-66.
34. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
35. González González MAS. Análisis de la situación sociosanitaria de la población inmigrante en la Comunidad Autónoma de Madrid e impacto de la nueva Ley de Extranjería 4/2000 en el área 10. Tesis de la Diplomatura de dirección y gestión de organismos socio-sanitarios. Escuela Nacional de Salud; 2001.
36. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:420-4.
37. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López A, Vidal C, López F. Desórdenes comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria*. 1995;16:13-8.
38. Ras Vidal E, Moya Ortiz P. Prescripción médica o automedicación. *Aten Primaria*. 2005;36:285.
39. Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Rubio Gomis E, Martínez-Mir I. Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. *Aten Primaria*. 2001;28:311-4.
40. Menéndez EL. El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En: González Alcantud J, Rodríguez Becerra S, comps. *Creer y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial; 1996. p. 31-61.
41. Rodríguez JA, De Miguel JM. *Salud y Poder*. Madrid: Siglo XXI de España; 1990.
42. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados en salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica*. Madrid: Ed. Harcourt Brace; 2003. p. 125-40.
43. Vidal Rodríguez JA, Moreno Lorite C. El lugar de encuentro de los inmigrantes ecuatorianos en el parque del Oeste. Madrid: Ed. Junta de distrito de Moncloa, Servicios sociales; 2000.
44. Labrador J. Identidad e inmigración. Un estudio cualitativo con inmigrantes peruanos en Madrid. Madrid: UPCO servicio de publicaciones; 2001.
45. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. *Aten Primaria*. 2006;38:515-6.
46. Ugalde A. Salud e inmigración económica del tercer mundo en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 57-78.
47. Fitzpatrick R. Satisfacción con la atención a la salud. En: Fitzpatrick R, Hinton J, Staton N, Scambler G, Thompson G, editores. *La enfermedad como experiencia*. México, D.F: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 173-95.
48. Jansá JM, Borrell C. Comentario editorial: Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;15:466-8.
49. Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Fundación Humanidades Médicas*. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/tema0713/revista.html>