

Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud

A. Hernández Sánchez^a, R. de Dios del Valle^b, A. Franco Vidal^c, G. Tena Ortega^d, E. Grueso Muñoz^d y M. Muedra Sánchez^d

^aCentro de Salud Gandhi. Área Sanitaria IV. Madrid.

^bGerencia de Atención Primaria. Área Sanitaria I. Asturias.

^cGerencia de Atención Primaria. Área Sanitaria VIII. Asturias.

^dÁrea Sanitaria IV. Madrid.

OBJETIVO. El objetivo general de este estudio es conocer las demandas sanitarias y la frequentación planteadas por la población inmigrante asistida en un Centro de Salud, siendo secundario el análisis de las características demográficas.

MÉTODOS. Se diseñó un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de la población inmigrante adulta con tarjeta sanitaria asignada a una zona básica de salud. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con la morbilidad y con el uso del servicio sanitario.

RESULTADOS. De los 401 pacientes el 51,9% eran mujeres, con una edad media de 32 años y provenientes principalmente de Latinoamérica. Cerca del 75% no tenían historia clínica abierta y el 30% no habían acudido al centro durante el último año. El número medio de visitas fue de tres en un año, siendo un 80% consultas a demanda. Los pacientes hiperfrecuentadores eran mayoritariamente mujeres, de más edad, y con mayor porcentaje de consultas programadas y menos a demanda. Los motivos de consulta generalmente no estaban recogidos, siendo los más frecuentes los relacionados con el aparato locomotor y el embarazo.

CONCLUSIONES. Se trata de una población joven, proveniente de Latinoamérica, y predominantemente femenina, a diferencia de otras agrupaciones. El porcentaje de casos con historia clínica abierta es pequeño, lo que dificulta la continuidad de la atención y la posibilidad de conocer sus necesidades. Casi todas sus consultas se plantean a demanda. La hiperfrecuentación es similar a la de la población autóctona.

Palabras clave: Atención Primaria, inmigrantes, utilización de servicios sanitarios.

Correspondencia: R. de Dios del Valle.
San Lázaro, 31, 5.^o F.
33008 Oviedo. Asturias.
Correo electrónico: ricardodios@hotmail.com

Recibido el 29-04-03; aceptado para su publicación el 26-09-03.

OBJECTIVE. The general objective of this study is to know the health care requirements and visit frequencies that the immigrant population seen in a Health Center have, the analysis of the demographic characteristics being secondary.

METHODS. A descriptive, cross-sectional study was designed on a sample of the adult immigrant population with health care card assigned to a basic health care zone. Demographic variables related with morbidity and with the use of health care service were collected.

RESULTS. A total of 51.9% of the 401 patients were women, with a mean age of 32 years and they were mainly from Latin America. Close to 75% had no clinical history opened, and 30% had not come to the center during the last year. The mean number of visits was 3 in one year, 80% being visits on demand. The hyper-frequent visiting patients were mostly women, older, and with a greater percentage of programmed visits and less on demand. The visit reasons were generally not recorded, the most frequent being those related with the locomotor apparatus and pregnancy.

CONCLUSIONS. This is a young population, from Latin America, and predominately female, on the contrary to other groups. The percentage of cases with an open clinical history is small, which makes the continuity of care and the possibility of knowing their needs difficult. Almost all their needs are posed through visits on demand. Hyperfrequent-visiting is similar to that of the autochthonic population.

Key words: Primary Health Care, immigrants, use of health care services.

INTRODUCCIÓN

El número de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo aumenta cada año de forma significativa. En nuestro país desde 1985 presenciamos un incremento de esta población que actualmente representa un 2% de la población total¹. En nuestra zona básica de salud, la población inmigrante con tarjeta sanitaria mayor de 14 años es de 2.533 personas; puesto que la población mayor de

14 años según el censo de 1991 es de 27.333, el incremento poblacional debido al fenómeno de la inmigración ha sido muy importante en los últimos años. Debido a este brusco aumento, también observable en otras zonas básicas del territorio, los centros se ven desbordados por la afluencia de pacientes de los que se desconoce su estado de salud. Los equipos han de diseñar estrategias que permitan el abordaje de los problemas que plantea esta población, y por ello es necesario un mayor conocimiento de las características de la misma.

Por otro lado, la hiperfrecuentación del primer nivel asistencial de nuestro sistema de salud ha sido estudiada por diversos autores en nuestro medio¹⁻⁴, habiendo determinado que la alta frecuentación está en relación con algunos factores presentes en la población inmigrante como son la presencia de malestar psíquico, el bajo nivel de estudios y el menor apoyo social. Además, el gran y rápido crecimiento de esta población ha dado lugar a la idea de que el ciudadano inmigrante presenta una gran frecuentación en las consultas de Atención Primaria.

Con el objetivo de conocer las demandas sanitarias planteadas por la población inmigrante asistida en nuestro centro y analizar las características demográficas de la misma, así como la frecuentación por este grupo de población, hemos diseñado el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional transversal donde se analizan las características de las demandas sanitarias de la población inmigrante. El *ámbito de estudio* es la zona básica de salud correspondiente a los Equipos de Atención Primaria (EAP) de Cirajas I y II que tiene una población de 31.244 habitantes con un 52,92% de mujeres (16.537), habiendo 2.353 personas en la franja de edad correspondiente a los 30 a 34 años, según el censo de la Comunidad de Madrid de 1991.

La *población de estudio* es la población inmigrante con tarjeta sanitaria correspondiente a los EAP de Cirajas I y II en el Área 4 de Madrid. Los criterios de exclusión son tener menos de 14 años. El *período de estudio* se encuentra entre abril de 1999 a abril de 2000. El cálculo del tamaño muestral se realizó teniendo en cuenta una población inicial de 2.533 personas, una precisión deseada del 5%, una prevalencia esperada del 50% (dado que desconocemos la prevalencia de los factores a estudiar en esta población se utiliza la prevalencia que arroja un mayor tamaño muestral) y un riesgo alfa del 0,05. El tamaño de la muestra fue de 400 y el muestreo fue de tipo sistemático con arranque aleatorio. Las *variables* recogidas fueron: edad, sexo, país de procedencia, existencia de historia clínica y tipo de historia (Oficina Médica Informatizada [OMI], papel); en el último año se recogieron los motivos de consulta, antecedentes personales (médicos, quirúrgicos y ginecológicos), antecedentes y motivos codificados con la Clasificación Internacional en Atención Primaria-2 (CIAP-2), medicación crónica, tipo de consulta (demanda, programada, urgencia) y número

de consultas. La recogida de la información se realizó a partir de las historias de los pacientes en papel y OMI y del sistema de citaciones. Para establecer el porcentaje de hiperfrecuentadores en esta población nos encontramos con la dificultad de definir este concepto, así en función de diferentes estudios se entendía por hiperfrecuentador a los pacientes que sobrepasaban los percentiles 75^{3,4}, 90¹ o 95² en la distribución del número de consultas de la población estudiada. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra tal que las variables cuantitativas se describieron a partir de la media, la desviación estándar y la mediana y las variables cualitativas por la distribución porcentual de frecuencias. Posteriormente se realizó un análisis univariante buscando la relación entre las diferentes variables con la prueba del Chi-cuadrado para las variables cualitativas y, tras comprobar la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizaron pruebas no paramétricas para las variables cuantitativas. En todo caso se definió un nivel de significación estadística del 5% mostrándose los intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 9.0 para Windows.

RESULTADOS

En cuanto a las características de la muestra se estudiaron 401 pacientes de los que 208 eran mujeres (51,9%, IC 95%: 47-56,7) y la edad media fue de 32,64 años (IC 95%: 31,7-33,5). Según el país de origen encontramos 337 pacientes procedentes de países de América del Sur y Centro, destacando el hecho de que el 59,1% (IC 95%: 54,2-63,8) procedían de Ecuador (fig. 1).

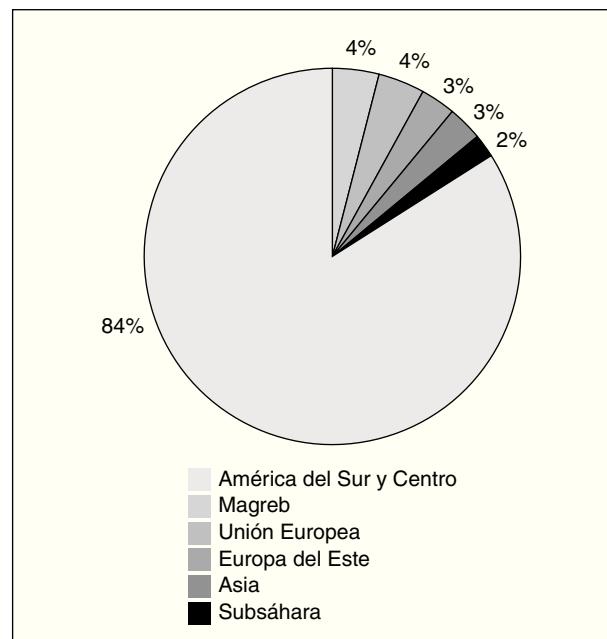


Figura 1. Distribución de la muestra según área de origen.

Tabla 1. Factores relacionados con la hiperfrecuentación según el percentil utilizado para su definición

	Hiperfrecuentación P ₇₅			Hiperfrecuentación P ₉₀			Hiperfrecuentación P ₉₅		
	Sí	No	p-valor	Sí	No	p-valor	Sí	No	p-valor
Edad	34,46	32,18	0,0147	35,53	32,32	0,158	38,8	32,31	0,025
Sexo			< 0,0001			0,007			0,039
Hombres	27,5%	53,3%		27,5%	50,4%		25%	49,3%	
Mujeres	72,5%	46,7%		72,5%	49,6%		75%	50,7%	
Origen Latinoamérica			ns			ns			n.s.
Sí	80%	85%		80%	84,5%		75%	84,5%	
No	20%	15%		20%	15,5%		25%	15,5%	
Horario asignado			ns			ns			0,172
Mañana	40%	47%		37,5%	46,5%		30%	46,5%	
Tarde	60%	53%		62,5%	53,5%		70%	53,5%	
Historia abierta			< 0,0001			< 0,0001			< 0,0001
Sí	51,3%	19,6%		57,5%	22,4%		65%	23,9%	
No	48,8%	80,4%		42,5%	77,6%		35%	76,1%	
Tipo de visitas			< 0,0001			< 0,0001			< 0,0001
Demanda	77,6%	85,7%		75,3%	84,5%		72,4%	83,7%	
Programada	15,3%	6,9%		17,5%	8,3%		18,4%	9,8%	
Urgencias	7,1%	7,3%		7,2%	7,1%		9,2%	6,5%	

P: percentil; ns: no significativo.

Respecto a las características de la atención, cabe destacar que el 54,4% (IC 95%: 49,7-59,2) de los pacientes tenían asignado médico por la tarde. Sólo 104 pacientes tienen abierta historia (25,9%, IC 95%: 21,8-30,4), de ellos 58 la tienen abierta en el OMI (55,8%, IC 95%: 46,1-65,1). El número de consultas generadas por nuestra muestra en un año fue de 1.241; dado que 127 pacientes (31,67%; IC 95%: 27,3-36,4) no acudieron ninguna vez al Centro de Salud en el año estudiado, el número medio de visitas del total de la muestra fue de 3,09 (IC 95%: 2,7-3,5). En relación con el tipo de consultas el 80,82% (IC 95%: 78,6-82,9) fue a demanda, el 12% (IC 95%: 10,3-13,9) programadas y sólo un 7,17% (IC 95%: 5,8-8,7) urgencias.

En nuestro estudio dichos percentiles fijados para la definición de hiperfrecuentador (P75, P90 y P95) correspondían a una media de consultas de 5, 7,8 y 11,9, respectivamente. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre hiperfrecuentación (en cualquiera de sus definiciones) y el sexo, de tal forma que se observa un mayor porcentaje de hiperfrecuentadores entre las mujeres que entre los hombres. Del mismo modo, en general, la edad media de los hiperfrecuentadores es mayor que la de los no hiperfrecuentadores. Respecto a la apertura de historia clínica, es más frecuente entre los hiperfrecuentadores. También se encontraron diferencias en la distribución del tipo de consultas, de tal modo que entre los hiperfrecuentadores fue mayor el porcentaje de consultas programadas y menor el de consultas a demanda, siendo más o menos el mismo el porcentaje de visitas urgentes. Estos resultados se muestran en la tabla 1.

Respecto a los motivos de consulta sólo se pudieron analizar en el 27,9% de los casos, ya que en el resto no estaban recogidos. Se recogieron un total de 292 motivos de consulta, lo que supone una media de 2,6 motivos de consulta por paciente. Los más frecuentes fueron embarazo (6,5%), signos y síntomas lumbares (5,1%), astenia/

cansancio/debilidad general (3,3%), evaluación de salud (3,1%) y otras enfermedades víricas (3,1%). Los motivos de consulta por aparatos se recogen en la tabla 2.

En relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperfrecuentadores estaban recogidos entre un 30% y un 46,25% de los casos (según el nivel fijado para definir hiperfrecuentación). Los 10 motivos de consulta más frecuentes suponían el 41% del total para los hiperfrecuentadores según el percentil 75, el 47% para el 90 y el 65% para el 95%. Independientemente del nivel fijado para definir hiperfrecuentación, entre los 10 motivos más frecuentes de consulta figuraban los siguientes: cefaleas, embarazo, hipertensión, otras enfermedades víricas, signos y síntomas lumbares. Los motivos de consulta por aparatos entre pacientes hiperfrecuentadores según el percentil elegido se muestra en la tabla 3.

Tabla 2. Motivos de consulta por aparatos

Capítulos	n	Porcentaje
Aparato locomotor	35	12,0
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	33	11,3
Aparato genital femenino y mamas	33	11,3
Aparato digestivo	33	11,3
Aparato respiratorio	33	11,3
Problemas generales e inespecíficos	28	9,6
No clasificables	16	5,5
Piel y faneras	15	5,1
Aparato circulatorio	13	4,5
Ojos y anejos	10	3,4
Aparato nervioso	10	3,4
Aparato urinario	10	3,4
Problemas psicológicos	8	2,7
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmune	6	2,1
Aparato genital masculino y mamas	3	1,0
Aparato auditivo	3	1,0
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	3	1,0

El porcentaje se calcula sobre el total de motivos de consulta (292).

Tabla 3. Motivos de consulta por aparatos entre pacientes hiperfrecuentadores según el percentil elegido

Categoría	Hiperfrec. según P75		Hiperfrec. según P90		Hiperfrec. según P95	
	n	%	n	%	n	%
Problemas generales e inespecíficos	19	12,75	10	10,75	4	8,33
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	3	2,01	1	1,08	1	2,08
Aparato digestivo	17	11,41	12	12,90	8	16,67
Ojos y anejos	8	5,37	5	5,38	1	2,08
Aparato auditivo	2	1,34	1	1,08	1	2,08
Aparato circulatorio	11	7,38	8	8,60	8	16,67
Aparato locomotor	19	12,75	12	12,90	8	16,67
Sistema nervioso	8	5,37	4	4,30	2	4,17
Problemas psicológicos	8	5,37	7	7,53	3	6,25
Aparato respiratorio	14	9,40	10	10,75	3	6,25
Piel y faneras	9	6,04	6	6,45	1	2,08
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	3	2,01	2	2,15	2	4,17
Aparato urinario	6	4,03	3	3,23	1	2,08
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	13	8,72	9	9,68	3	6,25
Aparato genital femenino y mamas	9	6,04	3	3,23	2	4,17
Total	149		93		48	
Número medio de motivos por paciente		1,8625		2,325		2,4

Respecto a los antecedentes médicos no tenían o no estaban registrados en 375 pacientes (93,52%; IC 95%: 90,78-95,63), haciendo referencia a enfermedades importadas en tres casos correspondientes a malaria y otros tres casos a hepatitis víricas. Acerca de los antecedentes quirúrgicos debemos decir que en 391 casos (97,51%; IC 95%: 95,6-98,73) no había antecedentes quirúrgicos o no se habían registrado; los antecedentes ginecológicos figuraban sólo en 29 mujeres (13,94%; IC 95%: 9,7-19,2), siendo los más frecuentes los embarazos (42,86%) seguido de los abortos (23,8%), entre los que destaca que más de la mitad de los casos corresponden a interrupciones voluntarias (6 casos de los 10 recogidos). Respecto a la medicación crónica debemos decir que en 383 casos no tenían o no estaba recogida (95,51%; IC 95%: 93,13-97,23); los casos registrados correspondían a antihipertensivos, anticonceptivos orales, analgésicos, antiácidos, anti-H2 y psicofármacos.

DISCUSIÓN

En relación con los aspectos sociodemográficos se trata de una población joven, proveniente en su mayoría de América del Sur, especialmente de Ecuador, lo que confirma la tendencia a agruparse geográficamente encontrada por otros autores⁵. Esta agrupación da lugar al establecimiento de una nueva comunidad, con sus propias reglas sociales, culturales, creencias, etc., que es necesario conocer si se quiere plantear el abordaje de sus necesidades sanitarias.

Respecto a distribución por sexos, predominan ligeramente las mujeres, correspondiendo esta distribución a una característica de la población inmigrante de Sudamérica^{6,7} y que la diferencia claramente de la proveniente del Magreb o del África subsahariana donde la población es predominantemente masculina⁸⁻¹⁰. Esta diferente proporción de mujeres se refleja también en los problemas sanitarios que presenta la población estudiada y, presumiblemente, también en los modelos de salud.

En relación con la asistencia sanitaria, tan sólo un 25,9% de los pacientes tienen historia clínica abierta¹¹. El estudio de Basterretxea et al establece como estándar de calidad tener un 90% de los pacientes con historia. Si tenemos en cuenta la importancia de la historia clínica como elemento de continuidad en la asistencia, la ausencia de ésta puede estar en relación con la dificultad de esta población para recibir una atención sanitaria continuada y adecuada¹¹, ya sea motivada por factores inherentes a la propia población inmigrante o por factores relacionados con el propio sistema sanitario. Como hemos visto, existe un bajo porcentaje de pacientes con historia abierta en el centro y abundan los que la tienen abierta en OMI, esto se puede deber a diversos motivos, en primer lugar el escaso tiempo que llevan en la zona habiendo coincidido con la informatización del centro, este hecho puede tener relación con la movilidad de esta población, apuntada por otros autores⁷, y que en nuestro caso no podemos confirmar; otro posible motivo es que esta población acude al Centro de Salud para la resolución de problemas agudos y no hemos sido capaces de captarlos por motivos culturales (estar acostumbrados a sistemas sanitarios privados que funcionan a demanda), o por motivos laborales (escasez de tiempo para acudir al centro de forma programada), el caso es que esto hace que no conozcamos bien las características y el estado de salud de una población que acaba de llegar y que debido al número tan importante de inmigrantes ha cambiado el perfil de la población activa de nuestra zona básica.

Respecto a la demanda sanitaria, el porcentaje de pacientes que no realizan ninguna visita en un año (31,7%) es algo más alto que el de la población autóctona que según el doctor Ángel Ruiz Téllez alcanza un 25% de los pacientes, esto refuerza la idea de los inmigrantes como población joven y sana y que no requiere cuidados sanitarios especialmente¹².

Respecto al tipo de consultas éstas son principalmente a demanda, siendo por tanto el paciente el que establece el

contacto con el sistema fundamentalmente para la resolución de problemas agudos, quedando las actividades de promoción y prevención relegadas; este hecho también aparece reflejado en otros estudios realizados con población inmigrante⁷. El porcentaje de consultas a demanda en el territorio INSALUD durante el año 2001 fue del 78,37%, algo inferior al existente en nuestro caso. La tasa de utilización de la atención continuada es de 221,87 por 1.000 habitantes, siendo en Madrid en 2001 de 264/1.000 habitantes año, como vemos presentan porcentajes muy similares de uso¹³.

En relación con la frecuentación debemos decir que ésta es claramente inferior a la existente en la población autóctona, así los datos de frecuentación de 2001 en el territorio INSALUD arrojaron una media de 6,9 consultas por habitante y año, siendo en Madrid algo inferior (5,73 consultas por habitante y año)¹³, ambas cifras muy superiores a las 3,09 consultas por habitante y año obtenidas en nuestra muestra. Así mismo, el número de consultas que define al paciente hiperfrecuentador es similar a otros estudios en población autóctona, aunque es necesario matizar que estos estudios engloban a pacientes de todas las edades, y si se tiene en cuenta que a mayor edad mayor frecuentación podríamos pensar que este porcentaje es alto para la franja de edad a la que corresponde nuestra población. Hemos encontrado relación entre la frecuentación, el sexo y la edad, siendo ésta mayor en mujeres y con una edad media superior. Esta relación ya ha sido descrita en otros estudios sobre hiperfrecuentación en población española^{2,5,11}. Esto muestra una población que presenta una escasa utilización del sistema sanitario (alto porcentaje de pacientes no tienen contacto con el sistema, escasa frecuentación, igual nivel de hiperfrecuentación), y rechaza la imagen, existente en algunos profesionales sanitarios, del ciudadano inmigrante como hiperfrecuentador.

Los motivos de consulta más frecuentes también coinciden con los de otros estudios^{6-8,10}. En este sentido es interesante destacar los motivos de consulta sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE), planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual por las mujeres, así como consultas relacionadas con el embarazo. Parece que a la luz de los resultados de este estudio sería conveniente diseñar intervenciones en educación sexual, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS) para esta población, así como programas de salud materno-infantil. Aparecen pocas enfermedades importadas y vemos que los motivos de consulta no difieren de los que presentan la población española y se derivan en gran medida de las condiciones de vida y de trabajo⁹. Sin embargo, destaca la escasa disponibilidad de información relacionada con el ámbito laboral, modo de vida, dinámica familiar y salud mental, siendo estos aspectos importantes en la morbilidad de la población inmigrante sujeta a una difícil situación sociolaboral, económica y de desarraigo familiar y cultural.

En relación con las conclusiones planteadas se han de observar algunas limitaciones de este estudio como son el hecho de que sólo se ha tenido en cuenta población inmigrante con tarjeta asignada, lo que no permite sacar con-

clusiones respecto a aquella población que no puede acceder a dicho sistema de identificación, ya sea por llevar poco tiempo en la zona o por desconocimiento del funcionamiento del sistema. Además, como se ha señalado, la población procede principalmente de Iberoamérica, por lo que las características de morbilidad y utilización del sistema sanitario no son extrapolables a otros grupos de inmigrantes que, al proceder de otras localizaciones geográficas, mantienen no sólo otros patrones demográficos, sino que además pueden utilizar de forma diferente el sistema y presentar un patrón de morbilidad distinto. Sin embargo, consideramos útil conocer las características de la población estudiada dado su importante auge en nuestras consultas a lo largo de todo el territorio estatal.

Por otro lado, si bien este estudio está centrado en la población inmigrante atendida en una zona básica de salud, puede ser interesante tener en consideración algunas conclusiones como el porcentaje de historias clínicas abiertas, el uso del sistema sanitario o el perfil de los pacientes atendidos, dado que el fenómeno de la inmigración no se distribuye homogéneamente y hay zonas básicas en las que éste es un fenómeno incipiente.

Dentro de los datos sociodemográficos nos encontramos con una población joven y con pocos antecedentes médicos, similar a otros estudios realizados en nuestro país^{6-9,14}, ya que como señala Jansà y Villalbí "los inmigrantes procedentes de países en desarrollo son en general trabajadores manuales en edades jóvenes, y suelen gozar de un nivel de salud de partida bueno"¹⁵.

Otro dato destacable es el mayor número de mujeres, algo que varía según el estudio que consideremos, así los estudios en los que la población es mayoritariamente de América del Sur predominan las mujeres^{6,7} frente a otros donde la población procede de otros países (Magreb, subsaharianos, etc.) donde predominan los hombres⁸⁻¹⁰, quizás sea debido a una mayor facilidad de esta población para la reagrupación familiar, o de acceso al mercado laboral de las mujeres procedentes de países de habla hispana.

Para finalizar, a la luz de los resultados de nuestro estudio, hemos detectado algunas oportunidades de mejora donde debemos incidir; en primer lugar debemos hacer un esfuerzo por abrir mayor número de historias como primer paso para conocer adecuadamente a esta población, y que probablemente tengamos que aprovechar las consultas a demanda para esto; en segundo lugar parece que debemos hacer un esfuerzo en la prevención de ETS y embarazos no deseados, mediante educación individual y grupal. Y debido a la agrupación geográfica en función del país de origen, será necesario que vayamos conociendo su cultura y costumbres, porque muchas de ellas se van a mantener aquí, en este sentido sería interesante la colaboración con asociaciones de inmigrantes, embajadas, etc. Y si, como han comentado otros autores, existe una gran movilidad de esta población deberemos plantearnos estrategias similares a las que implantamos con los pacientes ancianos itinerantes, diseñando historias clínicas portátiles que estuviesen en poder del paciente y no archivadas en instalaciones del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Córdón Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellà D, Fernández Punset D, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998;22:627-30.
2. Fuertes Goñi MC, Álvarez Tutor E, García de la Noceda Montoya MD, Fernández Vélez Ruiz de la Torre M, Echarte Osacáin E, Abad Vicente J. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Aten Primaria* 1994;14: 809-14.
3. García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadoros Rubio J, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;18:484-9.
4. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;17:100-6.
5. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna J, et al. Atención al paciente inmigrante en Atención Primaria. *Medicina de Familia* (And) 2000;2:162-8.
6. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil Juberías G, Sagardui Villamor JK, González López E, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria* 2000;25:634-8.
7. Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes sin papeles en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001;27:25-8.
8. 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.
9. Roca Saumell C, Balanzó Fernández X, Fernández Roure JL, Pujol Ribera E, Corachán Cuyás M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999;111:215-7.
10. Jaumà Pou RM, Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994;13: 283-9.
11. Basterretxe Oiarzábal J, Hirsuta Argoitia M, Lazkano Galdós I, Gametxogoikoetxea Ribera E. Programa de garantía de calidad de las historias clínicas. *SEMERGEN* 2001;27:237-40.
12. Ruíz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto @pCOM 2001.
13. INSALUD. Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Madrid, 2002.
14. Rodríguez A, González E, Herrero M. Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de Atención Primaria. *Med Clin (Barc)* 1999;113:556-7.
15. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:320-7.