

Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia

M. Esteva^{a,b}, S. Cabrera^{a,c}, D. Remartinez^{a,c}, A. Díaz^{a,c} y S. March^{b,d}

Objetivos. Conocer los problemas que percibe el médico de familia en la atención al inmigrante y describir las soluciones propuestas.

Diseño. Descriptivo, transversal.

Sujetos. Un total de 262 médicos de 18 centros de salud de un área.

Mediciones. Cada profesional recibió un cuestionario con variables sociodemográficas, visitas inmigrante/día, lugar de procedencia, 6 ítems sobre accesibilidad, 5 sobre barreras a la atención, 6 sobre clínica y 7 sobre soluciones.

Resultados. Respondieron 159, el 57,2% mujeres, edad media 41,1 años, el 64% de las cuales atendía a 2-3 inmigrantes/día. Un 52,3% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 45,0-61,4) reconoce que la atención al inmigrante plantea problemas de índole profesional. Suscriben que los inmigrantes acuden más de urgencia (81,1%), es más habitual que no tengan historia clínica (74,7%), tienen dificultades para obtener la tarjeta sanitaria individual (53%) y un 67% no manifiesta dificultades para acceder al hospital. Las barreras percibidas son la movilidad del colectivo (82,9%), el idioma (82,3%) y la cultura (71,3%), y como soluciones se proponen tener traductor (95,6%), o mediador cultural (82,7%). En clínica no se perciben diferencias en las enfermedades en los inmigrantes (56,7%), así como tampoco una mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas (66%); asimismo, la falta de pericia en las enfermedades infecciosas dificulta la atención (60,3%). Un 82,8% afirma la necesidad de elaborar protocolos específicos y el 80,3%, la creación de una unidad de enfermedades importadas. Entre las prioridades en la atención destacan la información sobre circuitos sanitarios y facilitar la tarjeta sanitaria.

Conclusiones. Las dificultades sustentadas por un amplio porcentaje de profesionales son diversas y destacan las de acceso y las idiomático-culturales. Para paliarlas son necesarias la sensibilidad de los profesionales y la acción de la administración.

Palabras clave: Migración. Atención primaria. Actitudes. Acceso.

PERCEPTION OF DIFFICULTIES IN FAMILY MEDICINE IN THE DELIVERY OF HEALTH TO ECONOMIC IMMIGRANTS

Objectives. To find the problems, as seen by family doctors, in care for immigrants, with description of proposed solutions.

Design. Transversal and descriptive.

Participants. 262 doctors from 18 health centres in a district.

Measurements. Each professional received a questionnaire containing social and demographic variables, number of immigrants seen per day, their place of origin, 6 items on accessibility, 5 on barriers to care, 6 on clinic, and 7 on solutions.

Results. 159 doctors, 57.2% women, replied. Average age was 41.1; 64% saw 2-3 immigrants a day. 52.3% (95% CI, 45.0%-61.4%) recognised that care for immigrants posed professional problems. They said that immigrants attended as an emergency more often (81.1%); they more often had no clinical records (74.7%); and they had difficulties obtaining a health card (53%). 67% expressed no difficulties for getting to the hospital. Perceived barriers were the mobility of immigrants (82.9%), language (82.3%), and culture (71.3%). Solutions suggested were translators (95.6%) or cultural intermediary (82.7%). Clinically, doctors saw no differences of pathology in immigrants (56.7%), and no greater psychiatric pathology (66%). Lack of skill in contagious pathologies hampered care (60.3%). 82.8% affirmed that specific protocols were needed. 80.3% argued for a unit of imported diseases. Among care priorities were information on health circuits and making the health card easier to obtain.

Conclusions. The difficulties sustained by a broad range of professionals are diverse, with access and linguistic-cultural questions standing out. To palliate them, sensitivity from health staff and action from management are needed.

Key words: Migration. Primary care. Attitudes. Access.

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Baleares. España.

^bUnidad de Investigación. Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Baleares. España.

^cCentro de Salud Escola Graduada. Mallorca. Baleares. España.

^dBeccario de la Red IAPP, nodo Baleares. España.

Correspondencia:

M. Esteva.
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Reina Esclaramunda, 9. 07003 Palma de Mallorca. Baleares. España.
Correo electrónico: mesteva@ibsalut.caib.es

El trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad pública o privada y ha sido realizado como trabajo de investigación durante el tercer año de residencia de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Fue presentado como comunicación oral en el Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria en Barcelona en diciembre 2003.

Manuscrito recibido el 9 de noviembre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18 de mayo de 2005.

Introducción

España se ha convertido en un país receptor de inmigración y en junio de 2004 ya se reconocían en el estado español 1.776.953 extranjeros con tarjeta o permiso de residencia¹. El flujo de inmigrantes ha sido muy intenso en la última década, con un aumento del 268% entre 1992-2003². Se estima que alrededor del 75% son inmigrantes económicos¹, un colectivo que busca oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. Se suman a éstos los llamados inmigrantes *irregulares*, es decir, los que no disponen de permiso de residencia en regla, colectivo que podría superar el millón en todo el Estado³.

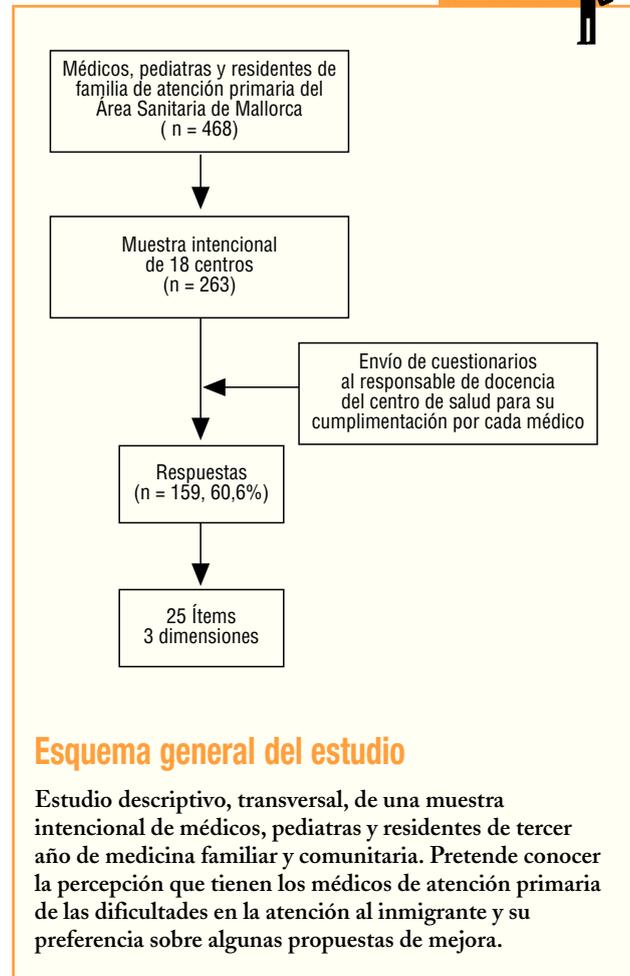
Este aluvión de inmigrantes no ha facilitado la creación de una estructura social de acogida suficientemente preparada para facilitar su integración. En España, las políticas erráticas de la administración han dificultado que algunos inmigrantes consigan la tarjeta sanitaria y, por tanto, un acceso fácil a los servicios sanitarios. Tal y como discuten algunos autores, tampoco los servicios sanitarios están suficientemente preparados para asumir el auge de un nuevo tipo de población con culturas e idiomas distintos y, en ocasiones, entidades nosológicas específicas⁴⁻⁶. A pesar de que han surgido propuestas para mejorar la atención de los inmigrantes en nuestro país desde muy distintos foros^{7,8}, el incremento de inmigrantes económicos ha supuesto una dificultad añadida a la práctica de los profesionales sanitarios, como queda reflejado en el trabajo de Ramos et al⁹.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción que tienen los médicos de atención primaria sobre las dificultades en la atención a los pacientes inmigrantes y su preferencia sobre algunas propuestas de mejora.

Sujetos y método

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo entre el 1 de abril y el 15 de mayo del 2003. El tamaño de la muestra fue calculado sobre el total de médicos, residentes de tercer año de familia y pediatras de atención primaria de Mallorca (n = 468) sobre una p = 0,50, una precisión del 4% y nivel de confianza de 95%. Se seleccionó a 262 profesionales mediante una muestra intencional de 18 centros de salud urbanos y rurales. La selección de los centros se hizo según la presencia de una persona clave que se responsabilizara de la recogida de información entre los profesionales y de remitirla al grupo de investigación. Con la ayuda de expertos locales en la salud del inmigrante, y a partir de los resultados de un estudio cualitativo realizado en Mallorca⁹, se elaboró un cuestionario anónimo para ser autocumplimentado. Los problemas en la atención al inmigrante se agruparon en 3 dimensiones: dificultades de accesibilidad a los servicios sanitarios (6 ítems), barreras (5 ítems) y problemas clínicos (6 ítems), más 8 ítems para valorar la opinión de los facultativos sobre propuestas de mejora. Cada ítem tiene 7 posibles respuestas con puntuaciones de 0 a 6 (0 máximo desacuerdo y 6 máximo acuerdo). Adicionalmente se in-

Material y métodos
Cuadro resumen



cluyó una lista de propuestas de mejora que el profesional debía priorizar. Otras variables fueron el sexo, la edad, los años trabajados en atención primaria, el número y la procedencia de los inmigrantes, y el conocimiento de los circuitos de los inmigrantes. Los datos fueron mecanizados en una hoja de cálculo Excel y el análisis estadístico se ha realizado con el SPSS versión 11.5 Para facilitar la descripción de las dimensiones se han agrupado las puntuaciones en «acuerdo» (4, 5, 6), «neutral» (3), y «desacuerdo» (0, 1, 2).

Resultados

Respondieron 159 profesionales (60,6%). Un 58,7% (n = 91) eran mujeres, con una media de edad de 41,12 ± 6,7 años, el 75,5% (n = 120) era médico de familia; el 12,6% (n = 20), pediatra y el 5,7% (n = 9), residentes; el resto no contestó a la especialidad. Un 23,4% (n = 36) de los médicos tenía entre 1 y 5 años de experiencia laboral; un 43,2% (n = 82), entre 5 y 15 años y un 23,4%, más de 15 años. La mediana de consultas a inmigrantes por día que declararon los profesionales fue de 3. Un 83,9% (n = 125) de los médicos atendía al día entre 1 y 5 inmigrantes, un 13,4% (n = 20), entre 6 y 10, un 1,3% (n = 2), más de 10, y 2 profesionales declararon no

atender a ninguno. Respecto a la variable «lugar de origen de los inmigrantes atendidos habitualmente», los profesionales podían marcar como máximo 2 opciones. Los resultados de las 290 respuestas obtenidas se presentan en la tabla 1.

Un 61,6% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 53,4-69,9) declaraba no conocer la Ley de Extranjería 8/2000, mientras que un 64,3% (IC del 95, 53,4-72,2,) declaraba conocer los mecanismos que debe seguir un inmigrante para obtener la tarjeta sanitaria. El 79,5% (IC del 95%, 72,7-86,2) de los médicos se mostraba a favor de que la atención sanitaria a los inmigrantes se realice dentro de los circuitos habituales, sin diferencias con el resto de la población. No obstante, un 17,9% (IC del 95, 11,4-24,3) está a favor de incorporar consultas especializadas para inmigrantes en el sistema público, y una minoría, 2,6% (IC del 95%, 0,7-6,6), que éstos sean atendidos por organizaciones no gubernamentales (ONG).

TABLA 1 Procedencia mayoritaria de los inmigrantes atendidos

N.º orden	Procedencia mayoritaria de los inmigrantes	N (%)
1	Iberoamericanos	134 (46,21)
2	Magrebíes	71 (24,48)
3	Subsaharianos	39 (13,45)
4	Unión Europea	23 (7,93)
5	Países del Este de Europa	16 (5,52)
6	Países asiáticos	7 (2,41)
	Total	290 (100,00)

Un total de 82 de los encuestados, un 52,3% (IC del 95%, 45,0-61,4), está de acuerdo en que la atención al inmigrante le plantea problemas de índole profesional. Los re-

TABLA 2 Opinión de los médicos sobre la atención sanitaria al inmigrante

Ítems sobre problemas en la atención al inmigrante	Desacuerdo N (%)	Acuerdo N (%)	Neutral N (%)	Mediana
La atención al inmigrante me plantea problemas de índole profesional	49 (31,8)	82 (53,2)	23 (14,9)	4
Accesibilidad				
Con frecuencia tienen dificultades para acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud	62 (39,2)	70 (44,3)	26 (16,4)	3
Con frecuencia el inmigrante se encuentra con dificultades para la obtención de la tarjeta sanitaria individual	43 (28,2)	82 (53,9)	27 (17,7)	4
Es más habitual que un paciente inmigrante atendido en un centro de salud no tenga historia abierta que el resto de pacientes	33 (20,8)	118 (74,6)	7 (4,4)	5
El inmigrante acude de urgencias a la consulta con mayor frecuencia que el resto del cupo	16 (10,1)	128 (81,0)	14 (8,8)	5
Los inmigrantes tienen problemas para acudir a la consulta debido a que tienen mayor dificultad para faltar al trabajo que el resto de mis pacientes	47 (30,1)	92 (58,9)	17 (10,8)	4
El inmigrante no regularizado tiene dificultades para acceder a los servicios del hospital	70 (45,7)	56 (36,6)	27 (17,6)	3
Barreras				
El seguimiento correcto de una patología en pacientes inmigrantes es más difícil por su alta movilidad	10 (6,3)	131 (82,9)	17 (10,7)	5
Los problemas de idioma que suele haber con el paciente inmigrante me suponen dificultades en su atención	21 (13,2)	130 (82,2)	7 (4,4)	5
Las diferencias culturales con el inmigrante me suponen dificultades en su atención sanitaria	33 (21,0)	101 (64,3)	23 (14,6)	4
La forma en que el paciente inmigrante expresa sus síntomas o percibe su enfermedad supone una dificultad respecto al resto de mis pacientes	25 (15,9)	112 (71,3)	20 (12,7)	4
Habitualmente la consulta con el paciente inmigrante me toma más tiempo que las consultas con otros pacientes	25 (15,8)	125 (79,1)	8 (5,0)	5
Clínica				
Tengo más problemas para hacer el seguimiento del proceso patológico en el inmigrante que con el resto de mis pacientes	18 (11,3)	129 (81,6)	11 (6,9)	5
Con mayor frecuencia los pacientes inmigrantes no cumplen el tratamiento comparado con el resto de mis pacientes	33 (21,1)	89 (57,0)	34 (21,7)	4
Hay diferencias en cuanto a la enfermedad que presentan los pacientes inmigrante respecto a la del resto de pacientes	41 (26,1)	68 (43,3)	48 (30,6)	3
Los inmigrantes acuden a la consulta por problemas de salud mental con mayor frecuencia que el resto de pacientes	101 (66,0)	30 (19,6)	22 (14,4)	2
Mi falta de pericia en enfermedades infecciosas tropicales me supone un problema en la atención al colectivo inmigrante	39 (25,0)	94 (60,3)	23 (14,7)	4
Cuando atiendo a un paciente inmigrante recién llegado le hago cribado de enfermedades infecciosas según el país de procedencia	83 (54,6)	41 (27,0)	28 (18,4)	2

TABLA 3 Opinión de los profesionales sobre las propuestas de mejora que aporta el cuestionario

	Desacuerdo N (%)	Acuerdo N (%)	Neutral N (%)	Mediana
S1 El seguimiento de las enfermedades en inmigrantes mejoraría si el inmigrante llevara consigo su historia clínica	30 (19,2)	105 (67,3)	21 (13,5)	5
S2 Disponer de un traductor cuando tengo problemas de idioma me ayudaría a mejorar la atención que presto al paciente inmigrante	5 (3,2)	151 (95,6)	2 (1,3)	6
S3 Disponer de material de soporte en diferentes idiomas sería útil para la atención al inmigrante	11 (7,0)	131 (82,9)	16 (10,1)	5
S4 Si cada centro pudiera disponer de un mediador cultural mejoraría la atención al inmigrante	11(7,1)	129 (82,7)	16 (10,3)	5
S5 Me gustaría recibir formación en aspectos culturales de la salud para entender mejor a mis pacientes inmigrantes	23 (14,6)	108 (68,4)	27 (17,1)	5
S6 Es necesario disponer de protocolos de actuación ante el paciente inmigrante	13 (8,3)	130 (82,8)	14 (8,9)	5
S7 La presencia de una unidad de «enfermedades importadas» sería útil para mejorar la atención a enfermedades específicas del inmigrante	15 (9,6)	126 (80,3)	16 (10,2)	5

sultados al preguntar sobre los diferentes problemas se expresan en la tabla 2.

Las propuestas de mejora que se aportan en el cuestionario han producido un alto grado de acuerdo en general. Los resultados se presentan en la tabla 3, y en la figura 1 se expone el orden de prioridad de las propuestas de mejora que hacen los profesionales.

Discusión

Se han examinado las dificultades percibidas por los médicos de familia ante la atención a los inmigrantes económi-

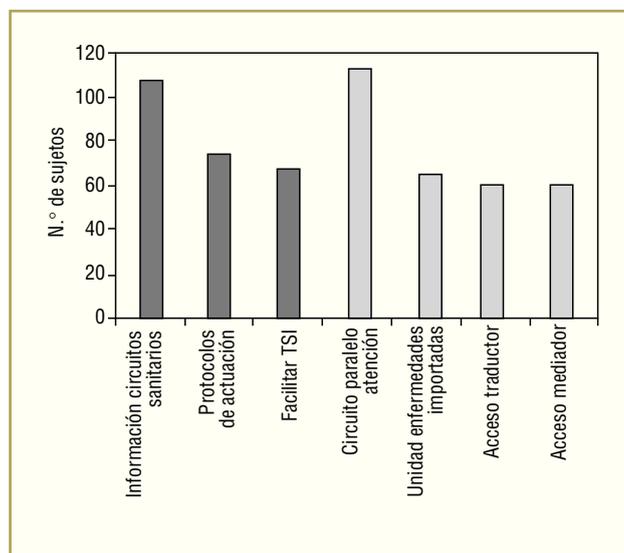


FIGURA 1 Número de sujetos que votaron las propuestas de mejora consideradas entre las 3 primeras y entre las 4 últimas.

cos. El hecho de que un 40% de los médicos no respondiera puede suponer un sesgo si las opiniones de estos divergieran sustancialmente de las de los profesionales que contestaron. Los que respondieron son similares, en cuanto a edad, a los facultativos contratados en el área; el porcentaje de mujeres es superior.

Este trabajo revela que las normas que rigen la atención sanitaria a los inmigrantes incluidas en la ley de extranjería no son bien conocidas por los facultativos de familia, como también apuntan otros autores¹⁰. En cambio, afirman conocer el camino que debe hacer un inmigrante para obtener la tarjeta sanitaria individual (TSI), considerando que la disponibilidad de tarjeta sanitaria es una prioridad para mejorar la atención. Resultados parecidos se obtuvieron en otro estudio realizado también en profesionales sanitarios de Mallorca⁹.

En el debate actual sobre la atención sanitaria al inmigrante, la mayoría de los autores aboga por la necesaria incorporación de los inmigrantes al circuito habitual como medida para garantizar su correcta atención y favorecer su integración⁴⁻⁶. La mayoría de los facultativos consultados asume esta opción, aunque un porcentaje no desestimable cree que la atención debería ser realizada por unidades específicas para inmigrantes. La sensibilización de los profesionales reticentes a integrar la atención a los inmigrantes en las consultas de AP debería ser uno de los objetivos de las instituciones sanitarias, ya que como muestra nuestro estudio la atención a los inmigrantes es una práctica habitual en las consultas diarias. Aun así, más de la mitad de los consultados considera que esta atención les plantea problemas de índole profesional.

Otro de los problemas identificados es la preferencia de los inmigrantes por la utilización de los circuitos de urgencias. Este hecho ha sido descrito en algunos estudios con resultados dispares. En un centro de salud de Madrid se observaba que el 60% de las consultas de inmigrantes irregulares era sin cita previa¹¹. En otro estudio¹² no se encontraron

diferencias en la proporción de consultas fuera de circuito entre pacientes inmigrantes y autóctonos. Las dificultades con que se encuentran los inmigrantes para dejar el trabajo o mantener la clandestinidad podrían obligarles a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas horarios¹³ o no impliquen una identificación previa^{14,15}. Otro problema manifestado se refería a la dificultad para abrir una historia clínica. En el estudio de Coll et al¹² se observaba que los pacientes inmigrantes económicos carecían con mayor frecuencia de historia clínica que los pacientes autóctonos. La mayor proporción de pacientes inmigrantes sin cita programada y sin médico adscrito lleva a una situación de precariedad en la atención, al no disponer de información sobre los antecedentes y la evolución clínica.

La dimensión clínica de la atención a los inmigrantes es probablemente la que mayor inseguridad ofrece al médico. Los médicos consideran difícil realizar un seguimiento adecuado de la enfermedad en un paciente inmigrante. La mayor movilidad geográfica del inmigrante en busca de la mejora de oportunidades vitales obstaculiza el seguimiento del paciente desde atención primaria. Este hecho se complica ante una mayor ausencia de documentación clínica y en una mayor incomparecencia en la consulta¹¹. Un 67% de los encuestados declara que si el paciente inmigrante llevara consigo la historia clínica se podría mejorar su seguimiento.

Las enfermedades tropicales no se hallan entre los primeros motivos de consulta u hospitalización^{11,13,16} y afectan mayormente a los inmigrantes recién llegados o que han viajado a su país^{17,18}. No obstante, siguen siendo un motivo de preocupación para un 60% de los médicos. En el mismo contexto, la pertinencia del cribado sistemático de enfermedades tropicales sigue siendo un tema controvertido, tanto desde el punto de vista de su utilidad clínica como desde un enfoque ético¹⁹. En nuestro caso, sólo un 27% de los encuestados afirma hacer cribado de enfermedades infecciosas en esa población.

La presencia de protocolos de actuación ante el inmigrante es una medida muy bien aceptada y reconocida entre las principales prioridades para mejorar esta situación (82,8%). Otros países europeos y también algunas comunidades autónomas del Estado disponen ya de ellos^{20,21}.

La presencia de un mayor estrés psicológico en inmigrantes ha sido confirmada por varios estudios²²⁻²⁴; sin embargo, la mayor parte de los facultativos consultados no suscribe esta afirmación. En un trabajo reciente realizado en nuestro país tampoco se encontraron diferencias en los porcentajes de trastornos mentales entre inmigrantes y autóctonos²⁵. La disparidad de resultados puede deberse al reciente del fenómeno de la migración y a la dificultad de expresión de problemas mentales en las consultas.

El idioma y las diferencias culturales son una barrera para la atención y se reconoce mayoritariamente que un traductor y la ayuda de mediadores supondría una mejora en la atención sanitaria. Aun así, no son consideradas medidas

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El crecimiento de la inmigración en nuestro país durante el último decenio ha supuesto un reto considerable para la integración de la atención sanitaria a los inmigrantes.
- Muchos autores se preguntan si los servicios sanitarios están preparados para la incorporación de los nuevos ciudadanos.
- A pesar de que han surgido propuestas de mejora de la atención, el incremento de inmigrantes ha puesto en crisis a los profesionales sanitarios.

Qué aporta este estudio

- La mayoría de los profesionales asume la asistencia al inmigrante dentro del sistema público, aunque la mitad considera que se generan problemas de atención.
- La utilización de circuito de urgencias y la falta de historia clínica son dos problemas de acceso en el que los médicos se manifiestan muy de acuerdo.
- La mitad de los médicos no considera que tengan enfermedades diferentes de las del resto de sus pacientes, ni más problemas de salud mental, pero reconocen mayoritariamente que hay dificultades de seguimiento de su enfermedad por cuestiones de movilidad.
- Entre las propuestas de mejora que se priorizan están la información sobre circuitos, el facilitar la TSI y la puesta en marcha de protocolos de actuación.

prioritarias, como ya ocurría en el trabajo de Ramos et al⁹. No obstante, la falta de comunicación por problemas culturales o idiomáticos genera insatisfacción y disminuye la calidad de la atención. En un estudio realizado en Estados Unidos²⁶ se observaba que los médicos ofrecían menos facilidades o ignoraban los comentarios de los pacientes de habla hispana en comparación con los de habla inglesa. También los padres de diversas etnias en Estados Unidos percibían más calidad en la atención pediátrica de sus hijos cuando no había barreras idiomáticas con el profesional sanitario²⁷. Finalmente, los facultativos reconocen que la atención al inmigrante les toma más tiempo que el habitual. Este hecho, en el actual contexto de presión asis-

tencial, merece ser considerado en el diseño de cupos y en la gestión de agendas.

En conclusión, las dificultades en la atención al inmigrante económico percibidas por los médicos son diversas y claras, sustentadas además por un porcentaje considerable de profesionales. Algunas comunidades han puesto en marcha estrategias para paliar algunos de los problemas identificados en este trabajo. Sin embargo, la mayoría de los problemas detectados no han recibido todavía la atención que merecen. Los clínicos deben ser sensibles a los problemas de comunicación y aumentar sus habilidades clínicas. Los problemas de acceso, barreras y organizativos requieren que las instituciones sanitarias y no sanitarias sean suficientemente sensibles para poner los dispositivos necesarios que garanticen un acceso y una calidad de la atención sanitaria igual para todos los ciudadanos.

Agradecimientos

Queremos agradecer las sugerencias al contenido del cuestionario a los Dres. Paco Sánchez y Arturo Arenas, y a Rosa Cañellas, enfermera, de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Finalmente, agradecer a María Ramos sus aportaciones a lo largo de todo el trabajo. Este estudio ha recibido el apoyo de la RedIAPP.

Bibliografía

1. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 30 de junio 2004 (Monografía en Internet). Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales; 2004 [citado 29 May 2005]. Disponible en: http://extranjeros.mtas.es/es/general/indice_junio2004.html
2. Ayuda de Bruselas para el control de las fronteras. *El País*, Internacional, domingo 26 de octubre 2003; p. 4.
3. Madrid y la Comunidad Valenciana albergan a casi la mitad del millón de inmigrantes irregulares. *El País*, martes 28 de septiembre 2004; p. 25.
4. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;28:89-90.
5. Jansá JM, Borell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: Situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:463-8.
6. Romani O. La salud de los inmigrantes y la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC*. 2002;9:498-504.
7. Gámez Gámez E, Galindo Pelayo JP, Cañada Millán JL, Coll Verd J, Díaz Olalla M, Hernández González E, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documento SemFYC n.º 17. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2002.
8. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes (Monografía en internet). ABS Raval Nord. Barcelona: AEPAP; 2002 [citado 29 May 2005]. Disponible en: <http://aepap.org/inmigrante/RavalNord.pdf>.
9. Ramos M, García, R Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001;15:320-6.
10. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: Legislación. *FMC*. 2002;9:505-8.
11. 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.
12. Coll D, Cid M, Rosselló C, Esteva M. Demanda sanitaria en atención primaria de pacientes africanos en el centro de escuela graduada. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:S131.
13. Ruiz-Beltrán M, Kamau JK. The socio-economic and cultural impediments to well-being along the Us-Mexico border. *J Community Health*. 2001;26:123-32.
14. Torres AM, Sanz B. Health Care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:478-9.
15. Ugalde A. Salud e inmigración económica del tercer mundo en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, Salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.
16. Sanz B, Torres M, 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.
17. Bartolomé Segué M, Balanzó Fernández X, Roca Saumell C, Ferrer Arguelles P, Fernández Roure JLI, Daza López M. Paludismo importado, una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:372-4.
18. Valerio LI, Sabrià M, Fabregat A. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:508-14.
19. Coker R. Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV. *BMJ*. 2004;328:298-300.
20. Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit, i Suïssa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.
21. Camps N, Corachan M, Donaden J, Fernández JL, Garrido P, Gascón J, et al. Direcció General de Salut Pública. Protocol per a la vigilància de les malalties importades. (Monografía en Internet). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1999 [citado 20 May 2005]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/sp-prot2.pdf>.
22. Bayard-Burfield L, Sundquist J, Johansson S-E. Ethnicity, self reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:6457-64.
23. Sundquist J, Bayrd-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of thenicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *J Nervous Mental Dis*. 2000;188:357-65.
24. Chandrasena R, Beddage V, Fernando ML. Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada. *Br J Psychiatry*. 1991;159:707-9.
25. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual S, Nadal Gurpegui, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria*. 2002;29:6-13.
26. Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. Patient Centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med*. 2000;108:270-4.
27. Seid M, Stevens GD, Varni JW. Parent's perception of pediatric care quality: effects of race/ethnicity, language, and access. *HRS*. 2003;38:1009-31.