

Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I

G. Pardo Moreno^a, J.L. Engel Gómez^b y S. Agudo Polo^c

^aDoctora en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud Ángela Uriarte. Área 1 de Atención Primaria de Madrid. España.

^bDoctor en Medicina. Médico de Familia. Unidad de Atención Primaria. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Salud Tres Cantos. Área 5 de Atención Primaria de Madrid. España.

^cDUE. Centro de Salud Potes. Área 11 de Atención Primaria de Madrid. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO. La población inmigrante procedente de África subsahariana es de las más desconocidas por los profesionales sanitarios; su constante incremento hace necesario aumentar el conocimiento sobre los condicionantes de salud de este colectivo. El objetivo del estudio es conocer la percepción del estado de salud y los principales problemas de salud en inmigrantes subsaharianos, en los primeros años tras su llegada a España.

PACIENTES Y MÉTODO. Estudio descriptivo transversal, en inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años, que han acudido a dos "Programas de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes de la Comunidad de Madrid" durante el período comprendido entre agosto de 2003 y febrero de 2004.

RESULTADOS. Seiscientos seis inmigrantes subsaharianos, 55,45% hombres. Edad media de 27 años (desviación estándar [DE]: 6,61). El 71,12% tiene una percepción positiva de su estado de salud. Esta percepción positiva disminuye con el tiempo de residencia en España. El 34,32% piensa que su salud es mejor aquí que en su país de origen. Los principales problemas de salud son respiratorios (22,68%), músculo-esqueléticos (14,85%) y gastrointestinales (11,39%). El porcentaje de hospitalizaciones ha sido de 6,27% y el número de accidentes que refieren es de 7,6%; el lugar donde se producen más accidentes es en la calle (41,30%), seguido del trabajo (34,78%).

CONCLUSIONES. La percepción del estado de salud es positiva en los primeros meses tras su llegada a España, empeorando con el paso del tiempo en nuestro país. Los principales problemas de salud son similares a los de la población autóctona y consisten principalmente en problemas respiratorios, osteomusculares y digestivos.

Palabras clave: salud, inmigrante, África subsahariana.

BACKGROUND AND OBJECTIVE. The population of sub-Saharan immigrants is unknown by health care professionals. Their continuous increase makes it necessary to improve knowledge on their health conditions. This study aims to find out how sub-Saharan immigrants view their health condition and their main health problems during the first few years following their arrival in Spain.

PATIENTS AND METHODS. Cross-sectional descriptive survey carried out in sub-Saharan immigrants over 18 years who have visited two "health and social centers for immigrants in the Madrid Community" between August 2003 and February 2004 and who reside in Madrid.

RESULTS. Six hundred and six sub-Saharan immigrants, 55.45% of whom are men. Average age of 27 (SD: 6.61). The 71.12% view their health condition positively. This positive opinion declines the longer they live in Spain. A total of 34.32% believe that their health is better here than in their country of origin. Their main health problems are breathing difficulties (22.68%), muscle and skeletal problems (14.85%) and gastrointestinal complaints (11.39%). The percentage of hospitalizations recorded was 6.27% and the number of accidents reported was 7.6%. The place where most accidents occurred was in the street (41.30%), followed by the work place (34.78%).

CONCLUSIONS. Sub-Saharan immigrants view their health condition positively during the first few months following their arrival in Spain, but their positive condition view declines as they stay longer in our country. Their main health problems are similar to those of the native population and primarily comprise breathing difficulties, bone and muscle problems and digestive complaints.

Key words: health, immigrants, Sub-Saharan Africa.

G. Pardo Moreno.
Centro de Salud Ángela Uriarte.
C/ Candilejas, n.º 66.
28018 Madrid.
Correo electrónico: gema-pardo@terra.es

Recibido el 04-01-06; aceptado para su publicación el 20-06-06.

INTRODUCCIÓN

La población inmigrante es, según los distintos estudios, un hombre o una mujer joven y sano¹⁻³. Algunas encuestas de salud generales indican el buen estado de salud general de una población mayoritariamente joven y trabaja-

dora⁴⁻⁶. En muchos artículos se comenta que las propias características del viaje que emprenden selecciona social y naturalmente en el origen a los individuos más sanos de las comunidades⁷. Los principales determinantes de salud de esta población son secundarios sobre todo a las condiciones de vida en España: falta de acceso a un trabajo normalizado, situación irregular de residencia, falta de acceso normalizado a las redes sanitarias, vivir en zonas de riesgo social elevado, problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias culturales⁸. Según Roca et al⁹, son las enfermedades de distribución cosmopolita y las asociadas a las situaciones de precariedad económica y marginación social las que suponen un mayor riesgo para esta población. A su llegada no constituyen grupos de riesgo específicos; es la marginación, la soledad, el hacinamiento y la pobreza lo que contribuyen a que presenten determinadas patologías¹⁰. Las enfermedades pueden clasificarse, para un manejo más cómodo, en los siguientes grupos^{1,11}: a) enfermedades importadas; b) enfermedades adquiridas, y c) enfermedades reactivas o de adaptación. Dentro de las enfermedades importadas se consideran las enfermedades tropicales (su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune^{12,13}) y otras¹⁴. Dentro de la patología adquirida hay que nombrar los accidentes laborales, que parecen ser más frecuentes entre los inmigrantes sobre todo por la necesidad de realizar trabajos con unas condiciones no adecuadas, con poca seguridad y muchas horas de trabajo mal pagadas. Otras peculiaridades son las condiciones de vida en las que a menudo se desenvuelven, como el hacinamiento y la pobreza, que favorecen la transmisión de algunas enfermedades dentro de este colectivo¹⁵⁻¹⁷. Dentro de las enfermedades reactivas se encontraría la enfermedad mental importada y/o patología mental resultante o favorecida por el proceso de migración.

Un colectivo con mayor riesgo son los inmigrantes en situación administrativa de residencia y de trabajo irregular. En estas condiciones el acceso a los servicios sanitarios puede estar obstaculizado por el miedo al contacto con servicios percibidos como "oficiales"⁵. En el caso de la inmigración procedente de África subsahariana esta situación de irregularidad está muy presente y hace que muestren, en general, unas condiciones de vida y unos indicadores de salud previsiblemente mejorables con acciones de asistencia sanitaria, de prevención de la enfermedad y de integración social.

El objetivo del presente trabajo es conocer cuál es la percepción que tienen ellos sobre su salud y si esta percepción cambia a lo largo del tiempo tras estar sometidos a una serie de factores estresantes, algunos propios del proceso migratorio (dejar la familia, su país, etc.) y otros por las condiciones de vida en las que viven en nuestro país.

Para conseguir equidad en materia de salud, se hace necesario priorizar intervenciones o programas fundamentalmente dirigidos a la población que más lo requiera. Una manera de solventar esta situación sería estudiar qué problemas presentan con mayor frecuencia y elaborar

programas sociales y sanitarios, y sanitarios que prioricen estos problemas¹⁸.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal en una población de inmigrantes subsaharianos. Para ello se han escogido dos Programas de Atención a Inmigrantes: uno desarrollado por la Asociación KARIBU y el otro por Médicos del Mundo; la elección de estos dos programas es porque recogen un gran porcentaje de población subsahariana sobre todo en los primeros años tras su llegada a España, y esto nos servirá para conocer un poco más sobre las personas inmigrantes que no llegan a otros servicios.

Población de estudio

Inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años, que han acudido a los lugares de reclutamiento durante el período comprendido entre agosto de 2003 y febrero de 2004 y que residen en Madrid.

Fuente de selección de la muestra

La selección de la muestra no será aleatoria por dos razones: no conocer la población en estudio (falta de fuentes secundarias actualizadas sobre el volumen de esta población, diferencias entre los recuentos oficiales y la población real) y por la dificultad de acceder a estas personas.

Recogida de información

Los participantes fueron informados sobre las bases, objetivos y procedimientos del estudio. La recogida de la información se realizó mediante entrevista personal, con un cuestionario estructurado, a todas aquellas personas que acudieron a estos centros de atención. La participación fue completamente voluntaria.

Se recogió información sobre variables relacionadas con características demográficas (edad, sexo, tiempo de residencia en España, situación laboral, situación administrativa, nivel de español, si tienen hijos), y en segundo lugar variables relacionadas con la percepción del estado de salud (cómo percibe su salud en el momento actual, cómo es su salud respecto a su país de origen, qué problemas de salud ha presentado en los últimos cuatro meses).

El estudio estadístico se hizo mediante el análisis bivariante con la prueba de ji-cuadrado.

RESULTADOS

Características generales de la muestra

Se trata de un colectivo de 606 casos analizados de inmigrantes subsaharianos, de los cuales 336 (55,45%) son hombres y 270 (44,5%) son mujeres, con una media de edad de 27,09 años y una desviación estándar (DE) de 6,61.

El tiempo medio de estancia en España es de 18,02 meses (DE: 18,00). Lleva menos de dos años un 72,2% y más de dos años un 27,8%.

Tabla 1. Salud autopercebida respecto al tiempo de residencia (p < 0,0001)

Tiempo de residencia	Salud autopercebida			
	n		% (IC 95%)	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
< 2 años	351	87	80,13 (76,09-83,77)	19,86 (16,23-23,91)
> 2 años	80	88	47,62 (39,87-55,45)	52,38 (44,55-60,13)

IC: intervalo de confianza.

Tabla 2. Salud autopercebida respecto a inmigrantes con hijos y sin hijos (p < 0,0001)

	Salud autopercebida					
	n		% (IC 95%)		Totales	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	n	%
Hijos sí	129	86	60,00 (53,12-66,60)	40,00 (33,40-46,88)	215	100
Hijos no	302	89	77,24 (72,76-81,30)	22,76 (18,70-27,24)	391	100
Totales	431	175	71,12 (67,33-74,70)	28,88 (25,30-32,67)	606	100

IC: intervalo de confianza.

Respecto al estado civil, un 31% (IC 95%: 27,36-34,87) está casado o vive en pareja. Un 35,48% (IC 95%: 31,67-39,43) tiene hijos.

En cuanto a los problemas para hablar español, un 54,6% (IC 95%: 50,56-58,64) tiene un nivel bajo de español.

La situación laboral nos muestra cómo un 27,8% (IC 95%: 24,19-31,47) no trabaja en el momento de la entrevista y no ha trabajado en los últimos 4 meses, un 41,8% (IC 95%: 37,79-45,79) trabaja de forma eventual sin contrato, y un 19,3% (IC 95%: 16,24-22,68) declara que realiza otros trabajos. Se puede considerar que solo un 11,1% (IC 95%: 8,67-13,83) se encuentra dentro de una situación laboral aceptable, trabajando como eventual con contrato un 10,1% (IC 95%: 7,79-12,74) y como autónomo o contrato fijo un 1% (IC 95%: 0,36-2,14).

En relación con la situación regularizada, un 88,6% (IC 95%: 85,81-91,03) de la muestra estudiada se encuentra en situación administrativa irregular, mientras que solo un 11,4% (IC 95%: 8,97-14,19) está en situación administrativa regular.

Percepción del estado de salud

Hemos querido conocer cómo era su percepción del estado de salud y si existe alguna variación respecto al tiempo de residencia en España.

Cogiendo el total de la muestra, tenemos que el 7,92% (IC 95%: 5,90-10,36) percibe su estado de salud como muy bueno, un 63,2% (IC 95%: 59,22-67,05) como bueno, un 23,27% (IC 95%: 19,96-26,84) regular, un 5,28% (IC 95%: 3,64-7,37) como malo y un 0,3% (IC 95%: 0,04-1,19) como muy malo.

Si agrupamos como salud autopercebida positiva a los que refieren su estado de salud como muy bueno o bueno y salud autopercebida negativa aquellos que refieren un estado de salud regular, malo o muy malo, observamos que existen diferencias significativas respecto al tiempo de residencia en España con una p < 0,0001 (tabla 1).

Tabla 3. Problemas de salud en los últimos 4 meses

	n	% (IC 95%)
Accidentes	14	2,31 (1,27-3,85)
Agresiones	18	2,97 (1,77-4,65)
Prob. músculo-esqueléticos	90	14,85 (12,11-17,94)
Prob. gastrointestinales	69	11,39 (8,97-14,19)
Prob. neurológicos	46	7,46 (5,47-9,81)
Prob. respiratorios	137	22,68 (19,33-26,15)
Prob. urinarios	19	3,14 (1,9-4,85)
Prob. ginecológicos	47	7,76 (5,75-10,18)
Prob. dermatológicos	39	6,44 (4,62-8,69)
Prob. oftalmológicos	4	0,66 (0,18-1,68)
Prob. cardiovasculares	13	2,15 (1,15-3,64)
Prob. infecciosos	21	3,47 (2,16-5,25)
Prob. urológicos	15	2,48 (1,39-4,05)
Prob. odontológicos	23	3,80 (2,42-5,64)
Prob. psicológicos	16	2,64 (1,52-4,25)
Astenia	17	2,81 (1,64-4,45)
No problemas	135	22,28 (19,02-25,80)

IC: intervalo de confianza; Prob.: problemas.

Otra variable con la que hemos encontrado relación es la percepción de salud y el tener hijos, teniendo mejor salud autopercebida los que no tienen hijos, p < 0,0001 (tabla 2).

Otra pregunta que se les realizó fue cómo pensaban que era su salud respecto a su país. Un 34,32% (IC 95%: 30,55-38,26) contestó que pensaban que su salud era mejor ahora que en su país de origen, un 58,42% (IC 95%: 54,38-62,37) igual y un 7,26% (IC 95%: 5,32-9,62) peor.

Problemas de salud que han presentado en los últimos 4 meses

En la tabla 3 se muestran los distintos problemas de salud que refirieron haber presentado en los últimos 4 meses.

Tabla 4. Tipo de lesión en las personas que han sufrido algún accidente en España

	n	% (IC 95%)
Contusión	35	76,09 (61,23-87,41)
Fracturas	6	13,04 (4,94-26,26)
Quemaduras	1	2,17 (0,06-11,53)
Heridas	3	6,52 (1,37-17,90)
Mordeduras	1	2,17 (0,06-11,53)
Total	46	100

IC: intervalo de confianza.

Tabla 5. Lugar donde se ha producido el accidente (IC 95%)

	n	%
Trabajo	16	34,78 (21,35-50,25)
Casa	9	19,57 (9,36-33,91)
Calle	19	41,30 (27-56,77)
Tráfico	2	4,35 (0,53-14,84)
Total	46	100

IC: intervalo de confianza.

Las personas que han necesitado hospitalización desde que viven en España han sido un 6,27% (IC 95%: 4,48-8,51).

Accidentes

El número de personas de nuestra muestra que sufrió algún accidente fue de 46, es decir un 7,60% del total (IC 95%: 5,61-10,0).

En la tabla 4 se muestran los tipos de lesión y en la tabla 5 se muestran los datos acerca de dónde se produjeron esos accidentes.

Existe una relación entre las personas que sufrieron accidentes y el tiempo de residencia: un 2,98% entre las personas que llevan menos de dos años residiendo en España, frente a un 4,63% entre los que llevan más de dos años ($p < 0,0001$).

DISCUSIÓN

Se observa cómo la percepción de su estado de salud es positiva en un alto porcentaje comparado con otros estudios¹⁹. En cuanto a la percepción de salud respecto a su país de origen, un 34,32% considera que es mejor en España que en su país de origen; en cambio en el estudio de Sanz, realizado entre otros colectivos, se encontró que un 61% de la población considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen¹⁹. En nuestros datos observamos cómo esta percepción del estado de salud empeora con el tiempo de residencia, lo que podría indicar cómo el paso del tiempo empeora la salud de los inmigrantes. Otra variable relacionada con la percepción del estado de salud es el tener hijos; las personas que no tienen hijos tienen una percepción de la salud peor que los que tienen, que podría explicarse por la mayor preocupación por conseguir los

retos marcados, ya sean económicos, reagrupación familiar, etc. que los que no tienen hijos, cuyas preocupaciones serían más individuales. Esto también se observa al considerar la percepción del estado de salud respecto a su país de referencia, donde los datos muestran cómo la percepción de su estado de salud es peor en España que en su país de origen.

Problemas de salud

Entre los problemas de salud que refieren los inmigrantes subsaharianos de la muestra se encuentran: problemas respiratorios (22,68%) seguidos de problemas músculo-esqueléticos (14,85%), y después estarían los problemas gastrointestinales (11,39%).

Estos porcentajes relacionados con otros estudios son bajos, pero sí coincide con que estos son los principales problemas de salud; en el estudio de Sanz et al¹⁹, los tres problemas de salud que refieren son problemas músculo-esqueléticos (69,0%), problemas respiratorios (42,7%) y gastrointestinales (39,0%). En el estudio de Esteban²⁰, los motivos más registrados son las infecciones de tracto respiratorio (11%), las lumbalgias (4,8%) y desórdenes depresivos (4,3%). En el estudio de Madueño et al²¹, las patologías más frecuentes son algias osteomusculares y fractura (24,7%), epigastralgia y dolor abdominal (10,7%) y catarro de vías altas y cefaleas (9,2%); este estudio se realizó a inmigrantes que acudieron a una Unidad de Urgencias. En el estudio de González González²², donde se recogen patologías diagnosticadas en algunas ONG (Cruz Roja), se observa que en inmigrantes las patologías más frecuentes son las cardiorrespiratorias (25%) y traumatológicas (10%), y en el estudio de Jaumà Pou et al²³ las principales patologías son las derivadas del aparato digestivo, las enfermedades infecciosas y parasitarias y patología del aparato locomotor.

Se recoge en algunos estudios la posible vulnerabilidad de la población inmigrante a padecer enfermedades infecciosas, siendo posibles factores favorecedores el estrés, el hacinamiento, la malnutrición, la marginación¹⁵⁻¹⁷. Igualmente los problemas músculo-esqueléticos podrían estar relacionados con la situación laboral, en la que realizan jornadas prolongadas, trabajos que suponen un gran esfuerzo físico y por otro lado la somatización de la tensión, estrés, ansiedad, miedo que sufre el inmigrante²⁴. A pesar de que estas personas vienen de países en los que existe una epidemiología de morbimortalidad diferente a la nuestra, está claro que al no tener la misma cadena epidemiológica, difícilmente se pueden crear problemas con esta patología infecciosa. La mayor parte de las enfermedades importadas son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona inmune^{13,17}. Son enfermedades que hay que tener presentes; es el caso de la malaria de ciertos países africanos (de Guinea provienen el 50% de los casos según López Vélez²⁵), las hepatitis, etc. Pero estas patologías no son tan frecuentes, como observamos en nuestra muestra y los estudios que hemos analizado antes.

En distintos trabajos se concluye que la morbilidad atendida no difiere de la que presenta la población española para su edad^{5,19,26}. Todo ello nos indica cómo el inmigrante que llega a España se puede considerar como un inmigrante joven y con una patología parecida a la de la población española.

El porcentaje de accidentes es menor respecto al de otros estudios²⁷. Aunque no sean totalmente comparables con los resultados obtenidos aquí, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud²⁸ muestran que el porcentaje de personas accidentadas entre los 16 y 44 años es del 4,4%, porcentaje menor que en nuestro estudio. Se ha cogido este rango de edad para acercarnos a la edad de la gran mayoría de la población inmigrante. Según diferentes estudios, los trabajadores inmigrantes tienen más predisposición a sufrir accidentes laborales o enfermedades secundarias al ambiente laboral, refiriendo que es una población especialmente propensa, con una tasa de accidentalidad mayor que en población autóctona²⁹⁻³³; dicho riesgo es un efecto de las condiciones de trabajo que soportan estos inmigrantes (rotación laboral, presión de tiempo, fuerte carga social y familiar, etc.).

Todo ello nos indica cómo la percepción del estado de salud de la población inmigrante subsahariana es positiva en los primeros meses tras su llegada a España, empeorando con el paso del tiempo en nuestro país. Los principales problemas de salud son similares a los de la población autóctona y consisten principalmente en problemas respiratorios, osteomusculares y digestivos.

No cabe duda que la atención a esta población se ha de desarrollar en el ámbito de Atención Primaria, desde un abordaje integral^{5,34}, pero también es verdad que se requieren unas condiciones que no se están dando en el momento actual, se hace necesaria una adaptación de los servicios sanitarios. El impacto de este fenómeno requiere un gran esfuerzo de adaptación tanto personal como organizativa para dar soluciones a situaciones nuevas^{8,35,36}.

BIBLIOGRAFÍA

- Cañada Millán JL, Coll Verd J, Díaz Olalla M, Hernández González E, Martínez Pastor A, Ochoa Prieto J, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos n.º 17. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona; 2002.
- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna J, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia*. 2000;2:162-8.
- Roca i Caparà. Inmigración y Salud (I). Situación actual en España. *Rev Rol Enfermería*. 2001;24:682-6.
- Roca i Caparà. Inmigración y Salud (II). La salud de las personas inmigradas. *Rev Rol Enfermería*. 2001;24:792-8.
- Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:320-7.
- Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil Juberías G, Sagardui Villamar JK, González López R, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria*. 2000;25:634-8.
- Ballesteros JM, Geraci S, Colasati R. El proyecto de Cáritas/ASFR de Atención en salud en Roma. En: Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 183-91.
- Vázquez Villegas J. Aspectos legales en la atención sanitaria a inmigrantes. En: Alonso A, Hueriga H, Morera J, editores. *Guía de Atención al Inmigrante Smmfyc*. Ergon; 2003. p. 13-26.
- Roca C, Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Sabih R, Gascón J, et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio I. 321 pacientes. *Med Clin*. 2002;119:616-9.
- Jansà JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la Salud Pública. *Revista Española Salud Pública*. 1998;72:165-8.
- Valtueña Borque O. Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España. *Migraciones*. 2000;8:231-49.
- Balanzó X, Bada JL, González CA. La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona). *Rev San Hig Pub*. 1984;58:769-78.
- Cabezas J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Barcelona. *Med Clin*. 1995;104:45-8.
- Vázquez Torres M. Incidencia y características de la tuberculosis en la población extranjera de la comunidad de Madrid (1996-2000). Facultad de Medicina. UAM. 2003 (tesis doctoral).
- Rasmussen L. Inmigración internacional y salud en la unión europea. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 19-27.
- 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.
- Bada Aínsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *Formación Médica Continuada (FMC)*. 1996;5:277-8.
- Díaz Olalla JM. Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud. En: Alonso A, Hueriga H, Morera J, editores. *Guía de Atención al Inmigrante*. Sociedad madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Smmfyc). Ergon; 2003. p. 13-26.
- Sanz B, Schumacher R, Torres AM. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud? *Ofrim/suplementos*. 1998;14-24.
- Esteban y Peña MM. Los inmigrantes sin papeles en atención primaria. *Formación Médica Continuada (FMC)*. 1999;5:486.
- Madueño Pulido AB, Godoy Sánchez F, Rodríguez Miranda M, Robles A, Vargas ortega DA, Parrilla Ruiz F. Urgencias inmigración: necesidades de adaptación. Actualización. *Revista de la SEMG*. 2003; 56:467-74.
- González González MA. Análisis de la situación sociosanitaria de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid e impacto de la nueva Ley de Extranjería en el Área 10. *Ofrim/suplementos*. 2001;134-73.
- Jaumà Pou RM, Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1994;13: 283-9.
- De las Heras Mosteiro J. El proceso asistencial y la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante irregular. El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. 2002 (tesis doctoral).
- López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II). *Formación Médica Continuada (FMC)*. 1996;3:278-86.
- Lagares Serrano D. Enfermedades prevalentes, visión general. En: Ayuntamiento de Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias, editores. Madrid: Primeras jornadas municipales sobre Inmigración y Salud; 2002. p. 7-9.
- Sanz Barbero B, Torres Cantero AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos a la población marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. *Ofrim/suplementos*. 1999;184-94.
- Encuesta Nacional de Salud 2003 (abril-septiembre 2003). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*. 1998;12: 936-44.
- Muyneck A. ¿En qué medida los proveedores de atención en salud belgas atienden adecuadamente a los pacientes turcos y marroquíes? En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 109-24.

31. Geiger A. Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar. En: Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 29-36.
32. Castelló SF. Condiciones de trabajo y seguridad e higiene en los invernaderos. Ponencia presentada al "Curso sobre inmigración y enfermedades transmisibles". Nerja, Málaga, 1992.
33. Parrón T, González MC, Mascaró ML. Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de plaguicidas en la zona del Poniente Almeriense. Ponencia presentada al "Curso sobre inmigración y enfermedades transmisibles". Nerja, Málaga, 1992.
34. Gutiérrez Sigler MD. Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? *Aten Primaria*. 2002;29: 12-3.
35. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;28:89-90.
36. Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:54-60.