

ORIGINAL

Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad[☆]

María Jesús Almagro Lorca^a, María José Rojas Cecilia^a, Joan Guix Oliver^b, Silvia Garreta Girona^b, Blanca Ribot Serra^b y Victoria Arija Val^{b,c,*}

^aHospital Universitari Sant Joan, Reus, Tarragona, España

^bFacultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

^cUnitat de Soport a la Recerca Tarragona-Reus, Institut de Investigació en Atenció Primària, Reus, Tarragona, España

Recibido el 19 de febrero de 2009; aceptado el 2 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Sistema Sanitario;
Marroquí;
Inmigrantes;
Salud;
Enfermedad

Resumen

Objetivo: Describir la percepción que tiene la población marroquí del sistema sanitario catalán.

Diseño: Estudio epidemiológico descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Instituciones sociales y población general marroquí de la ciudad de Reus.

Participantes: Ciento cincuenta individuos (el 50,8% eran mujeres) de 33 ± 13 años de edad, de origen marroquí. Porcentaje de participación: 82,7%.

Método: Valoración de la percepción del sistema sanitario catalán mediante un cuestionario validado para el estudio, traducido al árabe.

Resultados: La población marroquí cree mayoritariamente en la efectividad de los fármacos y los programas de vacunación, pero también piensa que la enfermedad depende de la voluntad de Alá (el 93,7% de las mujeres y el 95,0% de los hombres). La desconfianza de los maridos a que los médicos varones atiendan a su mujer aumenta con los años de residencia en nuestro país (del 17,1 al 21,1%).

El colectivo se siente satisfecho con el sistema sanitario español (el 92,2% de las mujeres y el 86,7% de los hombres), aunque tiene dificultades relacionadas con el idioma (el 51,6% de las mujeres y el 43,3% de los hombres) y, especialmente los hombres, manifiestan dificultades para acudir a las visitas programadas (50,8%).

Conclusiones: La mayoría de los inmigrantes de origen marroquí están satisfechos con la asistencia sanitaria recibida en Cataluña. Indican como principales problemas las dificultades para acudir a las visitas programadas y el idioma.

[☆] Este trabajo se presentó como Ponencia en la I Jornada d'Immigració i Salut, organizada por el Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona. Junio de 2005. Comunicación en el XI Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes. Valencia, mayo de 2004. Comunicación póster en el I World Congress of Public Health Nutrition. VII Congreso de la SENC. Septiembre de 2006.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoria.arija@urv.cat (V. Arija Val).

KEYWORDS

Health system;
Moroccan;
Immigrants;
Health;
Disease

El tiempo de residencia en España no disminuye las dificultades y las diferencias en la relación con la población marroquí con el sistema sanitario. Esto indica la necesidad de promover acciones educativas en los colectivos implicados.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Moroccan population perception of the catalonian health system. Beliefs on health and disease

Abstract

Objective: To describe the perception that the Moroccan population have of the Catalanian Health System.

Design: A cross-sectional, descriptive epidemiological study.

Setting: Social Institutions and the general Moroccan population in the city of Reus, Spain.

Participants: A total of 150 people of Moroccan origin (50.8% females) from 33 ± 13 years of age, were selected, of which 82.7% took part.

Method: Evaluation of the perception of the Catalanian Health System using a questionnaire validated for the study, translated into Arabic.

Results: The majority of the Moroccan population believe that medications and vaccination programmes are effective, but also think that the disease depends on Allah (93.7% females and 95% males). The distrust of the husbands that their wives may be seen by male doctors increases (from 17.1% to 21.1%).

As group they felt satisfied with the Spanish Health System (92.2% females and 86.7% males), had difficulties associated with language (51.6% females and 43.3% males) and, the males, in particular, found it difficult to keep appointments (50.8%).

Conclusions: The majority of immigrants of Moroccan origin are satisfied with the health care received in Catalonia. The main difficulties they appear to have are keeping appointments and the language.

The length of residence in Spain as regards the Moroccan population does not decrease the difficulties and differences in the Health System. This shows that education activities need to be promoted in the groups involved.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El colectivo de inmigrantes de nuestro país ha tenido un notable aumento durante los últimos años^{1,2}, el colectivo de origen marroquí es el más numeroso en nuestra zona de influencia.

Los profesionales sanitarios toman conciencia en su labor diaria de las peculiaridades del trato con dicho colectivo. Existen diversos estudios realizados con el objeto de identificar sus dificultades de acceso a los servicios sanitarios, necesidades o afecciones más comunes^{3,4}. Rasgos específicos de esta población, como la situación previa en su lugar de origen, la situación laboral, la precariedad de la vivienda y las consecuencias emocionales y físicas del proceso migratorio^{5,6}, sin duda determinan el uso que hacen de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, otro aspecto que como profesionales sanitarios ha despertado nuestra inquietud, es conocer cuál es la percepción y el grado de satisfacción que el colectivo marroquí tiene de la atención sanitaria que recibe. Pensamos que es fundamental conocer qué carencias observan como usuarios del sistema, así como profundizar en sus creencias sobre los conceptos de salud y enfermedad, conceptos que también repercuten directamente en el uso que hacen de los servicios sanitarios⁷.

Nuestro objetivo es conocer qué percepción tiene la población adulta de origen marroquí sobre el sistema sanitario español, así como sus creencias sobre salud y enfermedad.

Material y método

Este estudio descriptivo y transversal se realizó en inmigrantes de origen marroquí. Se contactó con el mediador intercultural del Consell Comarcal de Reus en busca de asesoramiento para la selección y acceso a la muestra debido a la falta global de censos de este colectivo. A partir de su consejo se determinó que el 50% de la muestra procediera de instituciones sociales frecuentadas por dicho colectivo: Centros Cívicos, Cáritas y Cruz Roja. En estas instituciones se seleccionaron al azar los participantes, diferenciados por sexo. El 50% restante se contactó a través del mediador intercultural.

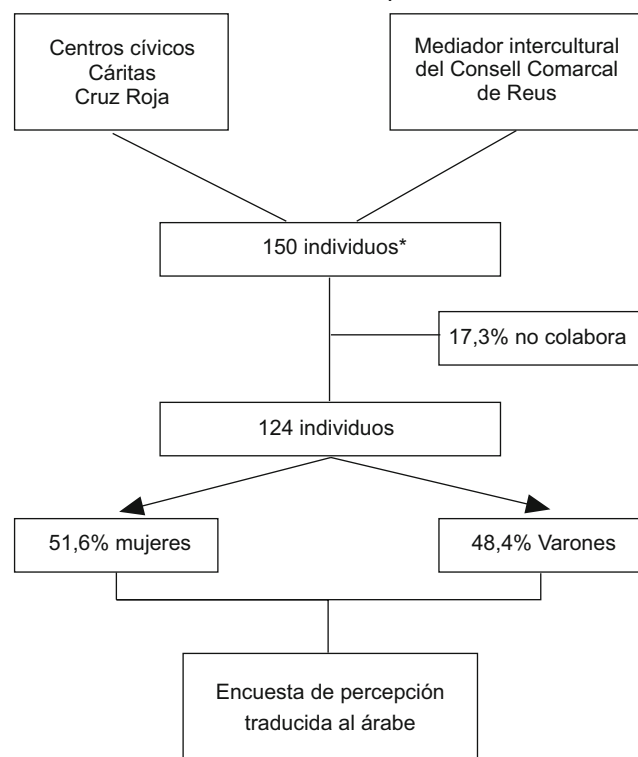
El número de sujetos participantes se estableció en 150, de los cuales un 17,3% no aceptó participar.

Para la recogida de datos referentes a las creencias y las percepciones del sistema sanitario, se formó un grupo focal constituido por 2 varones y 2 mujeres de origen marroquí residentes en Reus (edad media de 33 años), contactados a través del mediador intercultural con el objetivo de adaptar la encuesta a las peculiaridades de su cultura y recoger así datos con mayor precisión y validez. Los criterios utilizados para la creación de este grupo pretendían abarcar las características más relevantes de este colectivo, por lo que se escogió a personas de ambos sexos categorizados al mismo tiempo según su tiempo de estancia en España (menos o más de 3 años). Posteriormente se procedió a la

validación del cuestionario en un grupo de 10 hombres y mujeres usuarios de los servicios sociales de Cruz Roja.

El cuestionario, traducido al árabe, recopilaba datos sociodemográficos y aspectos relacionados con las creencias sobre salud y enfermedad, satisfacción y accesibilidad al sistema sanitario, nivel de integración y gestión de la enfermedad.

Para comparar el porcentaje de respuestas entre los grupos de estudio, se efectuó el test estadístico de la chi-cuadrado de Pearson. En el caso de no cumplirse las condiciones del test, se procedió al uso de pruebas no paramétricas. Las estimaciones se expresan con un intervalo de confianza del 95% en la hipótesis bilateral. Se aceptó como límite mínimo de significación estadística una $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico de análisis de datos SPSS versión 15.0 para Windows.



Esquema general del estudio: Estudio epidemiológico descriptivo y transversal en población de origen marroquí que vive en Reus.

Resultados

La muestra final está formada por 124 individuos, el 51,6% eran mujeres y el 48,4% eran hombres, con una edad media de 33 años, cuyas características sociodemográficas podemos apreciar en la [tabla 1](#).

Según la encuesta de percepción, podemos observar en la [tabla 2](#) que no suelen automedicarse, creen en la efectividad de los tratamientos farmacológicos y en la vacunación de los niños.

En la [tabla 3](#) podemos ver que la mitad de los encuestados tienen problemas relacionados con el idioma, en especial las mujeres.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Mujeres (n = 64)	Hombres (n = 60)	p
Sexo	51,6%	48,4%	
Edad, años	33 (± 13)		
Estado civil, %			
Solteros	31,7	60,0	*
Casados	68,3	40,0	
Tiempo de estancia en Cataluña, %			
Menos de 3 años	65,6	68,3	
Más de 3 años	34,4	31,7	
Nivel cultural, %			
Analfabetos o estudios primarios	46,9	51,7	
Estudios secundarios o superiores	53,1	48,3	
Ocupación laboral, %			
Operarios (peones, camareros o agricultores)	7,8	56,7	
Grado medio (profesores, cargos de empresas, administrativos o empresas)	3,1	11,7	
Paro	–	31,7	**
Labores del hogar	89,1	–	
Religión, %			
Musulmanes	97,6	96,6	
Practican ramadán	93,7	95,0	

* $p < 0,01$.

** $p < 0,001$.

Creer mayoritariamente que la enfermedad depende de la voluntad de Alá y que ellos no pueden hacer nada para evitar enfermar, pero no lo consideran un castigo divino.

El porcentaje de hombres que no permitirían que un médico varón visitase a su esposa presenta una tendencia al alza, entre los que llevan más de 3 años de residencia en Cataluña ([tabla 4](#)).

La mayoría de éstos están satisfechos con la asistencia sanitaria que reciben, aunque, aproximadamente la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres piensan que el médico no tiene en consideración su religión y costumbres. Es estadísticamente significativa la diferencia que se observa entre hombres y mujeres cuando se les pregunta sobre el respeto con el que son tratados en relación con los sanitarios de su país ([tabla 5](#)).

Como puede observarse en la [tabla 6](#), no tienen dificultades en seguir las prescripciones médicas, pero sí las tienen, en especial los hombres, para acudir a las visitas programadas.

Discusión

En relación con el diseño de la encuesta, nos encontramos con algunos factores que podían sesgar los resultados: a pesar de que la encuesta estaba traducida al árabe, en algunos casos se hizo necesaria la realización de una entrevista personal. El hecho que los autores del trabajo

Tabla 2 Actitud ante la enfermedad según el sexo y el tiempo de estancia en Cataluña

Gestión de la enfermedad	Sexo		Tiempo de estancia	
	Mujeres	Hombres	< 3 años	> 3 años
<i>Cuando me encuentro mal, me tomo por mi cuenta algún medicamento antes de ir al médico</i>				
De acuerdo	7,8	10	7,2	12,2
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	1,6	0	1,2	0
Desacuerdo	90,6	90	91,6	87,8
<i>Si tengo hábitos sanos, no enfermaré</i>				
De acuerdo	57,7	59,2	58	59,4
Ni de acuerdo/ ni desacuerdo	13,5	6,1	8,7	12,5
Desacuerdo	28,8	34,7	33,3	28,1
<i>Si tomo los medicamentos me curaré</i>				
De acuerdo	88,9	91,7	89,2	92,5
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	9,5	6,7	8,4	7,5
Desacuerdo	1,6	1,7	2,4	0
<i>Pienso que es imprescindible que los niños se vacunen para no enfermar</i>				
De acuerdo	98,4	93,3	95,1	97,6
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	1,6	0	1,2	0
Desacuerdo	0	6,7	3,7	2,4

Los valores se expresan en %.

Tabla 3 Percepción del sistema sanitario según el sexo y el tiempo de estancia en Cataluña

Integración	Sexo		Tiempo de estancia	
	Mujeres	Hombres	< 3 años	> 3 años
<i>El idioma es un problema para entenderme con el médico</i>				
De acuerdo	51,6	43,3	53	36,6
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	4,7	1,7	2,4	4,9
Desacuerdo	43,8	55	44,6	58,5
<i>Para entender la información referente a mi enfermedad es imprescindible que esté escrita en mi idioma</i>				
De acuerdo	46,9	33,3	44,6	31,7
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	14,1	20	15,7	19,5
Desacuerdo	39,1	46,7	39,8	48,8

Valores expresados en %.

pertenezcan a la sanidad y a otra cultura, creímos que podría crear ciertas reticencias y condicionar las respuestas. En ambos casos, para solventar estas dificultades contamos con la ayuda de un colaborador de origen marroquí.

No hemos encontrado estudios que hablen de la percepción que los inmigrantes tienen del sistema sanitario, pero sí algunos que evidencian la necesidad de conocerla para una intervención eficaz^{8,9}.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que la automedicación no es una opción utilizada habitualmente (tabla 1). Al comparar nuestros resultados con los del estudio de Gailly¹⁰, observamos que los inmigrantes de origen magrebí en Bélgica utilizan menos medicación por prescripción facultativa y se automedican más que los nativos belgas.

Según las respuestas obtenidas sobre la accesibilidad al sistema sanitario, no tienen problemas para conseguir los

medicamentos que el médico les receta, pero hay un 15% de hombres que tienen más dificultades que las mujeres. Como dicen otros autores¹¹, «las farmacias aparecen como un punto de contacto y consumo importante de medicamentos».

Manifiestan desconocimiento sobre la importancia de tener hábitos saludables, aunque sí saben de la importancia de la vacunación de los niños, los resultados son similares al estudio de Gailly¹⁰ donde el nivel de prevención de la población inmigrante sólo es equiparable a la de los autóctonos cuando hablan de la prevención primaria. Además, como dicen Alonso y Jansà⁹ los inmigrantes tienen otras prioridades, como el trabajo o la vivienda antes que su salud, por tanto, las demandas van más asociadas a la asistencia de las enfermedades que a actividades preventivas.

Muchos estudios determinan que una de las principales dificultades es la comunicación intercultural poco efectiva^{9,12}. En la tabla 3 vemos cómo las mujeres tienen más

Tabla 4 Opinión sobre salud y enfermedad según el sexo y el tiempo de estancia en Cataluña

Assistant Professor	Sexo		Tiempo de estancia	
	Mujeres	Hombres	< 3 años	> 3 años
<i>Me parece que no puedo hacer nada para evitar enfermarme</i>				
De acuerdo	64,1	71,5	65,1	73,2
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	6,3	5	6	4,9
Desacuerdo	29,7	23,3	28,9	22
<i>Enfermar o no enfermarse depende de la voluntad de Dios</i>				
De acuerdo	93,7	95	95,2	92,5
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	1,6	1,7	0	5
Desacuerdo	4,8	3	4,8	2,5
<i>Enfermar es un castigo</i>				
De acuerdo	12,5	10	12	9,8
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	3,1	0	2,4	0
Desacuerdo	84,4	90	85,5	90,2
<i>Nunca dejaría que a mi esposa la visitase un médico hombre. (Datos referentes sólo a hombres)</i>				
De acuerdo	–	18,3	17,1	21,1
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	–	53,3	53,7	52,6
Desacuerdo	–	28,3	29,3	26,3

Valores expresados en %.

Tabla 5 Percepción del sistema sanitario según el sexo y el tiempo de estancia en Cataluña

Satisfacción	Sexo		p	Tiempo de estancia		p
	Mujeres	Hombres		< 3 años	> 3 años	
<i>Los médicos de Cataluña no tienen en consideración ni mi religión ni mis costumbres</i>						
De acuerdo	42,2	33,3		41	31,7	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	9,4	5		4,8	12,2	
Desacuerdo	48,4	61,7		54,2	56,1	
<i>Los médicos catalanes me tratan con más respeto que los de mi país</i>						
De acuerdo	17,2	41,7	*	26,5	34,1	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	75	50		65,1	58,5	
Desacuerdo	7,8	8,3		8,4	7,3	
<i>Cuando voy al médico me tratan peor que a los catalanes</i>						
De acuerdo	6,3	5		6	4,9	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	48,4	41,7		38,6	58,5	
Desacuerdo	45,3	53,3		55,4	36,6	
<i>Estoy satisfecho con la asistencia sanitaria que recibo en Cataluña</i>						
De acuerdo	92,2	86,7		89,2	90,2	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	3,1	3,3		3,6	2,4	
Desacuerdo	4,7	10		7,2	7,3	

Valores expresados en %.

*p < 0,01.

p < 0,001.

problemas debido a un menor conocimiento del idioma y es con el paso del tiempo y el aprendizaje, que este porcentaje disminuye. Algunos autores¹⁰ destacan que el desconocimiento de la lengua dificulta la relación médico-paciente y tiene consecuencias negativas para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

Otro aspecto para destacar es la variable sexo del profesional sanitario. Según el estudio de Gailly¹⁰ y contra-

riamente a lo que se piensa, el sexo del profesional sanitario no parece que tenga demasiada relevancia. Sin embargo, otros autores apuntan que la vergüenza desempeña un papel importante en el ámbito islámico, por lo que las mujeres musulmanas prefieren tratarse con una mujer¹³. En el presente estudio hemos observado un elevado número de mujeres indecisas frente a la pregunta de si estaban conformes en atenderse por una doctora, esto nos hace

Tabla 6 Encuesta de percepción del sistema sanitario, según el sexo y el tiempo de estancia en Cataluña

Accesibilidad	Sexo		p	Tiempo de estancia		p
	Mujeres	Hombres		< 3 años	> 3 años	
<i>Si el médico me receta medicamentos, tengo dificultades para conseguirlos</i>						
De acuerdo	4,8	15		12,3	4,9	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	3,2	5		4,9	2,4	
Desacuerdo	91,9	80		82,7	92,7	
<i>Si el médico me aconseja hacer una dieta especial, tengo dificultades para seguirla</i>						
De acuerdo	12,5	18,3	*	18,1	9,8	
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	14,1	1,7		9,6	4,9	
Desacuerdo	73,4	80		72,3	85,4	
<i>Los horarios que tienen en el CAP, hacen más difícil el que pueda acudir a las visitas</i>						
De acuerdo	29,7	50,8	*	42,7	34,1	*
Ni de acuerdo/ni desacuerdo	14,1	13,6		8,5	24,4	
Desacuerdo	56,3	35,6		48	41,5	

El 50% de los individuos procede de los Centros Cívicos, Cáritas y Cruz Roja, y el 50% restante fue obtenido a través del mediador intercultural. Valores expresados en %.

*p<0,05.

pensar que puede deberse a no haberse encontrado en la situación que se les plantea.

El porcentaje de individuos varones que no permitirían que un médico hombre atienda a su esposa es más elevado en los que llevan más de 3 años de residencia en Cataluña (tabla 4). Esto puede interpretarse como que los individuos que llevan menos tiempo, o bien no tienen esposa o bien la tienen en su país.

Es importante la influencia de la religión y su capacidad de modelar los procesos de salud y enfermedad de cualquier colectivo^{8,9,12}. En nuestro caso queda manifiesta la creencia de que tener una enfermedad depende de la voluntad de Alá y que, por tanto, no puede prevenirse¹⁴, de ahí las escasas medidas de prevención.

Como podemos ver en la tabla 4, están satisfechos con la asistencia que reciben en Reus y es una sensación que se mantiene con el paso del tiempo. Pensamos que esto es fruto de la comparación con la asistencia que reciben en su país.

Al igual que en otros estudios¹⁵, llama la atención el elevado número de individuos, sobre todo mujeres, que opinan que los sanitarios no tienen en cuenta ni su religión ni sus costumbres, porcentaje que disminuye con el tiempo. Suponemos que esto es debido a un aprendizaje cultural mutuo y del sistema sanitario.

Creemos que el hecho de que algunos hombres tengan problemas para seguir una dieta puede deberse a que muchos viven solos o en grupos de hombres, por lo que tener que realizar menús especiales resulta más difícil para ellos. Este porcentaje disminuye con el paso del tiempo, consecuencia de una familiarización con nuestras costumbres culinarias y un mejor estatus socioeconómico.

Respecto a la incompatibilidad de horarios con las visitas médicas, entendemos que los hombres tienen más dificultades porque son los que trabajan y han de compaginar estos horarios con los de su jornada laboral. Esto, a simple vista, podríamos extrapolarlo a la población autóctona de Reus. Sin embargo, no debemos olvidar que la precariedad laboral

de este colectivo condiciona su actitud ante el seguimiento de las visitas médicas.

Por todo esto, deberíamos reflexionar a la hora de poner en marcha planes de intervención sanitaria dirigidos a inmigrantes. Se parte de una premisa importante, el conocimiento de la población diana, aunque generalmente este juicio pasa por ser un simple conocimiento de aspectos sociodemográficos, se obvian aspectos culturales, costumbres y creencias que determinarán la percepción de la salud y la enfermedad. Todo esto es de suma importancia para incidir en este grupo de forma específica y eficaz^{16,17}.

Según hemos podido ver en algunos estudios¹⁸, es importante, además, la mayor formación de los profesionales. «El personal sanitario debe estar preparado y disponer de los conocimientos oportunos para el abordaje del inmigrante por las especiales características que en él y en su entorno confluyen»^{5,8}.

En resumen, cabe destacar que el desconocimiento del idioma dificulta gravemente la comunicación con el equipo asistencial.

El colectivo marroquí está satisfecho con la asistencia sanitaria que recibe en Reus.

La mayoría de la población estudiada no acostumbra a automedicarse y sigue el tratamiento médico y la vacunación de los niños, pero no cree necesario seguir pautas de vida sana para prevenir enfermedades.

No tienen problemas para seguir las instrucciones médicas, pero tienen, sobre todo los hombres, dificultades para compaginar los horarios con las visitas de los médicos.

Deberíamos reflexionar sobre una realidad innegable, es frecuente y hasta cierto punto comprensible que nuestra sociedad tienda a interpretar las costumbres y actitudes de las personas de otras procedencias desde el etnocentrismo, aunque éste no suela ser buen «traductor» del lenguaje sanitario de otras culturas.

En conclusión, podemos decir que un mejor conocimiento de lo anteriormente citado permitirá adoptar medidas

adecuadas no sólo a las necesidades ya detectadas por los profesionales sanitarios, sino también a las percibidas por los propios usuarios¹⁵.

Lo conocido sobre el tema

- Existe un aumento de inmigrantes de origen marroquí en España.
- Los rasgos específicos de su cultura determinan el uso del sistema sanitario español.
- Los inmigrantes de origen marroquí utilizan con menor frecuencia el sistema sanitario.

Qué aporta este estudio

- El desconocimiento del idioma dificulta la comunicación con los sanitarios.
- Los inmigrantes de origen marroquí no creen importante seguir pautas de vida sana, ya que la enfermedad depende principalmente de Alá.
- La mayoría de los inmigrantes de origen marroquí están satisfechos con la asistencia sanitaria recibida en Cataluña.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El Departamento de Salud Pública del Ayuntamiento de Reus, Tarragona, financió este estudio.

Bibliografía

1. INE. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: una monografía [monografía de Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009. [consultado 10/1/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/eni07/eni07.htm>
2. Arango J, Jachimowicz M. Regularizing immigrants in Spain: A new approach. Migration Information Source. [consultado 1/8/2005]. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org>.
3. Rogero ME, Montero A, Zornoza JC, Quintana JL. Comportamiento de la población inmigrante de un centro de salud. *Semerger*. 2007;33:223-7.
4. Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:81-8.
5. López-Abuin JM. El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante. *Formación Médica Continuada*. 2002;9:492-7.
6. García MA, Martín V, Ramírez D, González Y, Hidalgo I, Escribano E, et al. Socioeconomic factors and utilization of public family practice facilities in Madrid. *Gac Sanit*. 2007;21:219-26.
7. Rashidi A, Rajaram S. Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant women in US hospitals. *Holistic Nursing Practice*. 2001;16:55-64.
8. Romani O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada*. 2002;9:498-504.
9. Alonso E, Jansà JM. La salut i els immigrants a Catalunya: situació i perspectives. En: *La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2004. p. 293-325.
10. Gailly, A. El acceso de los inmigrantes a la sanidad en Bélgica. Observaciones y buenas prácticas. Informe para el proyecto "Sanidad para todos, todos sanos. [consultado 10/1/2010]. Disponible en: <http://users.telenet.be/allemesch/KlinPsy/text/Text-G.htm>
11. Sanz B, Torres AMY, Shumacher R. Características sociodemográficas y utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*. 2000;26:314-8.
12. Consell de Col.legis de metges de Catalunya. *Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut*. Barcelona: Col.legi oficial de metges de Barcelona; 2003.
13. Martin M, Le Baron S. Attitudes toward cervical screening among Muslim women: A pilot study. *Women Health*. 2004;39:63-77.
14. Ayaan Hirsi Ali A. Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas. Barcelona: Ed. Galaxia Gutenberg; 2006.
15. Carter DJ, Rashidi A. East meets West: Integrating psychotherapy approaches for Muslim women. *Holistic Nursing Practice*. 2004;18:152-9.
16. Ohm R. The African American experience in the Islamic faith. *Public Health Nursing*. 2003;20:478-86.
17. Carter DJ, Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness. *Health Care Women Int*. 2003;24:399-413.
18. Bahar Z, Okcay H, Ozbicakci S, Ustun B, Ozturk M. The effects of Islam and traditional practices on women's health and reproduction. *Nursing Ethics*. 2005;12:557-70.