



# Informe Tècnic

Necesidades en salud y  
utilización de los servicios  
sanitarios en la población  
inmigrante en Cataluña

Revisión exhaustiva de la  
literatura científica

---

IN01/2004  
Mayo de 2004



Agència d'Avaluació  
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



La *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* es una empresa pública, sin ánimo de lucro, creada en mayo de 1994. Tiene como objetivos promover que la introducción, la adopción, la difusión y la utilización de tecnologías médicas se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia demostradas, y también promover la investigación orientada a las necesidades de salud de la población y a las de conocimiento del sistema sanitario. La *Agència* es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en evaluación de tecnología médica, es miembro fundador de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica (INAHTA), y es centro coordinador de la Red de Investigación Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS).

Para citar este documento hay que hacerlo de la siguiente manera: Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004.

**Las personas interesadas en recibir ejemplares de este documento pueden dirigirse a:**

Unidad de Comunicación y Gestión. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*.  
Esteve Terradas, 30 | Recinto Parc Sanitari Pere Virgili | Edificio Mestral, 1ª planta | 08023 Barcelona  
Tel. 93 259 42 00 | Fax 93 259 42 01 | E-mail: [direccio@aatrm.catsalut.net](mailto:direccio@aatrm.catsalut.net) | <http://www.aatrm.net>

---

**Edita:** *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* 1ª edición, maig de 2004, Barcelona

**Diseño:** Joana López Corduente

**Traducción y corrección:** AATRM

**Impresión:** AATRM

**Depósito legal:** B-40.844-2003

**ISSN:** 1579-4458

**© *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques***

La *Agència* tiene la propiedad intelectual de este documento. Ningún fragmento de esta edición puede ser reproducido, almacenado o transmitido de ninguna forma ni por ningún procedimiento, sin el permiso previo expreso del titular del copyright.





# Informe Tècnic

Necesidades en salud y  
utilización de los servicios  
sanitarios en la población  
inmigrante en Cataluña

Revisión exhaustiva de la  
literatura científica

---

## Equipo investigador:

Silvina Berra<sup>1</sup>

Josep Maria Elorza Ricart<sup>3</sup>

Noemí Bartomeu<sup>2</sup>

Susanna Hausmann<sup>2</sup>

Vicky Serra-Sutton<sup>1</sup>

Luis Rajmil<sup>1</sup>

1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

2 Antropòloga

3 Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

Este proyecto se ha llevado a cabo conjuntamente con los Dres. Rafel Guayta y Estanislao Alonso, de la Oficina de Cooperación Sanitaria Internacional y Salud Migracional del Departamento de Sanidad y Seguridad Social



Agència d'Avaluació  
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



# ÍNDICE

---

<b>RESUMEN</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
El análisis de necesidades en salud enfocado a la inmigración en Cataluña y España	11
Características de la población inmigrante en Cataluña y en el Estado español	11
Objetivos y presentación del informe	12
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>15</b>
Diseño de la búsqueda	15
Identificación de los estudios	15
Criterios de selección de estudios o contribuciones empíricas originales	15
Clasificación de referencias y distribución de documentos para la revisión	15
Extracción de los datos	16
Síntesis de los datos	17
<b>RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS</b>	<b>17</b>
Características de los estudios seleccionados	17
Aspectos metodológicos de los estudios	18
<b>RESULTADOS SOBRE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS</b>	<b>25</b>
Estado de salud, morbilidad y mortalidad	25
Utilización de servicios sanitarios	32
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS</b>	<b>49</b>



## RESUMEN

---

Una de las preocupaciones más importantes del fenómeno social que supone la inmigración creciente es la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la llegada de los inmigrantes y a sus necesidades. El objetivo de este informe ha sido revisar la literatura disponible en el Estado español en general y en Cataluña en particular, para identificar las necesidades en salud y describir la utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Cataluña. Asimismo, se planteó describir las limitaciones de los estudios revisados.

Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura sobre el tema y se han seleccionado 85 estudios o contribuciones originales, es decir, trabajos originales de investigación que hayan evaluado la salud de los inmigrantes o su utilización de los servicios sanitarios, realizados en la población habitante del Estado español.

La mayoría de los estudios presentan importantes carencias en aspectos metodológicos. Entre las limitaciones encontradas destacan las dificultades en la identificación de la población inmigrante, en los diseños de investigación y en la falta de instrumentos adaptados correctamente.

A pesar de eso, se han encontrado las siguientes diferencias en la población inmigrante con respecto a la autóctona:

- ↪ Es, en general, más joven, no siendo considerada inicialmente como un grupo de riesgo para la salud.
- ↪ La precariedad laboral y las condiciones de la vivienda podrían tener una influencia negativa en su salud.
- ↪ La mala salud autopercebida podría ser más prevalente.
- ↪ Podrían tener más somatizaciones y clínica de sintomatología mal definida como expresión de los problemas de salud mental, así como menos frecuencia de trastornos mentales psicóticos.
- ↪ Algunos colectivos podrían tener más probabilidades de estar infectados o de haber pasado alguna infección antes de llegar a España, ya que provienen de zonas donde ciertas enfermedades infecciosas son más prevalentes.
- ↪ La incidencia de enfermedad tuberculosa aumentaría o se mantendría constante en algunos colectivos, mientras que en la población autóctona disminuiría.
- ↪ Las personas infectadas por el virus del VIH diagnosticadas del SIDA podrían tener una supervivencia menor.
- ↪ Los niños suelen tener peor salud dental.
- ↪ Utilizan más la red sanitaria pública y los servicios de urgencia.
- ↪ Las principales dificultades en el acceso a ciertos servicios sanitarios serían el desconocimiento del sistema y el miedo por su situación de irregularidad.
- ↪ Los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven, predominando la atención ginecoobstétrica de las mujeres (partos) y las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva).
- ↪ La participación en programas preventivos, así como el cumplimiento de las pautas terapéuticas podría ser menor.

Las recomendaciones de este informe señalan la necesidad de disponer de una serie de variables consensuadas para diferentes estamentos que permitirían identificar y estudiar la población inmigrante; profundizar en mejorar sus condiciones laborales y de vivienda; facilitar el acceso efectivo

a los servicios sanitarios; analizar la mejora del acceso y la efectividad de los servicios sanitarios mediante el uso de mediadores multiculturales; mejorar el conocimiento científico sobre el estado de salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña con estudios de calidad, haciendo énfasis en la efectividad de las actividades preventivas, incluyendo la perspectiva de las desigualdades sociales en salud y de género, así como la perspectiva del colectivo de inmigrantes y de los profesionales de la salud.

### El análisis de necesidades en salud enfocado a la inmigración en Cataluña y España

Las crecientes cifras de inmigrantes en la última década no han tenido precedentes en Cataluña y en el Estado español y han planteado un reto para los servicios sanitarios. Una de las preocupaciones políticas más importantes del fenómeno social que supone la inmigración creciente es la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la llegada de los inmigrantes y a sus necesidades. Las características diferenciales de la población que llega, su cultura, su religión, su manera de interpretar la salud y la enfermedad pueden requerir una adaptación del sistema para afrontar la situación de la forma más adecuada posible. Este estudio pretende evaluar las necesidades en salud de los inmigrantes, así como el uso que hacen del sistema sanitario.

El análisis de necesidades es el proceso de evaluación de los servicios sanitarios que intenta determinar qué servicios sanitarios se tienen que crear, fortalecer, modificar o evaluar, en función de las características de la población. La valoración de las necesidades pretende identificar diferencias o distancias de un individuo o de un grupo respecto de un estado deseado y la consecuente posibilidad del sistema de responder con los medios necesarios para acortar o eliminar esta diferencia.<sup>1</sup> El objetivo fundamental del sistema nacional de salud es proveer servicios con criterios de equidad, por lo que las características de la población que tienen que considerarse para determinar las necesidades no son sólo el estado de salud, sino también su condicionamiento. De aquí que la condición de migración, así como la clase social, el nivel de estudios y otras variables sociodemográficas sean consideradas en la evaluación de los servicios sanitarios, además de condiciones específicas de salud y enfermedades. Asimismo, la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios están condicionadas tanto por factores propios del sistema como de la perspectiva de los usuarios.

La consideración de la migración entre los determinantes de salud tiene muchos antecedentes en países con tradición histórica de recibir extranjeros. Tal es el caso de países como los Estados Unidos, Francia o el Reino Unido, donde las variables como raza o país de origen frecuentemente son incluidas en estudios poblacionales de salud. En cambio, hasta hace poco tiempo, los estudios que analizaban la salud en relación con procesos migratorios a España eran escasos y tenían en cuenta la procedencia, estudiando personas de otros países desarrollados<sup>2</sup> o migrantes de una región a otra de España.<sup>3</sup> La llegada de extranjeros provenientes de países con notables desventajas económicas con respecto a España es un fenómeno nuevo donde las repercusiones sociosanitarias se han empezado a estudiar recientemente. Se han elaborado muchas hipótesis sobre los problemas de salud que los inmigrantes podrían tener en una mayor proporción o incidencia que los de la población nativa, sin embargo normalmente las poblaciones que migran son las jóvenes y sanas.

### Características de la población inmigrante en Cataluña y en el Estado español

En los últimos años, la población inmigrante procedente de países en vías de desarrollo ha aumentado considerablemente, tanto en Cataluña como en el resto del Estado español. El número de inmigrantes varía según la comunidad autónoma. Así, más del 50% de los inmigrantes empadronados en España en el año 2000 residían en Cataluña, en la comunidad de Madrid y en Andalucía.

Según los datos del *Instituto Nacional de Estadística*, en el año 2002 había un 3,2% de extranjeros residentes en el Estado español, mientras que la media de la Unión Europea era de 4,8% (donde destacan Luxemburgo con un 33%, Suiza con un 17%, o Bélgica con un 9% de su población total). No obstante, en la ciudad de Barcelona, el incremento de ciertos colectivos ha sido espec-

tacular entre los años 2000 y 2002. Los inmigrantes de Europa del Este han aumentado un 94% y los de Latinoamérica aproximadamente un 84%, y hay barrios de la ciudad donde el porcentaje de inmigrantes ha llegado al 35% del total de la población.

Los inmigrantes procedentes de los países en vías de desarrollo, aunque hayan empezado a llegar a principios de los sesenta, no son socialmente visibles hasta finales de los ochenta. A partir de la incorporación de España a la Comunidad Europea la presencia de los inmigrantes adquiere una funcionalidad simbólica, una utilidad identitaria en tanto que un indicador de la transformación que ha supuesto la redefinición de España como país comunitario.

El establecimiento de la nueva regulación sociojurídica (*La ley de Extranjería*), vinculada con la integración y la homologación de España dentro de este espacio comunitario, no solamente instituye socialmente la denominada inmigración sino que la asocia por definición como extracomunitaria. Aparece una nueva definición de la relación entre cultura y política, y la delimitación de las nuevas políticas catalanas de integración. Está dentro de este contexto que surge la necesidad de revisar estos dichos políticos.

Se ha estimado que aproximadamente tres de cada cuatro inmigrantes económicos no están regularizados, <sup>4</sup> resultados obtenidos a través del método de captura-recaptura, cruzando fuentes de datos de la Delegación de Gobierno, Comisiones Obreras y entidades que prestan servicios a los inmigrantes y relacionadas con la salud. La identificación de los individuos se realizó con la fecha de nacimiento y el país de origen. Estimó en 39.392 individuos el número total de inmigrantes económicos, mientras que el número de inmigrantes regularizados en esta fecha era de 9.000.

En el área sanitaria 6 de Madrid en el año 1997 se realizó una encuesta sobre condiciones de vida y problemas de salud a 300 inmigrantes mayores de 14 años y que llevaban en España más de 3 meses. <sup>5</sup> La encuesta se desarrolló a partir de entrevistas a informantes claves. La media de edad fue de 32,6 años y llevaban 6,6 años por término medio en España. Eran mayoritariamente marroquíes (62%), y la mayoría de éstos eran hombres (83%). El 40% eran analfabetos en castellano y el 34,6% no habían realizado ninguna tarea remunerada en las dos semanas anteriores. El 30,9% tenían una situación irregular. El 60% vivían en pisos compartidos o que no estaban a su cargo, y un 18% en la vivienda de la persona que los daba trabajo (compartiéndolo con los hijos en un 98%), y el resto vivían en barracas o sin residencia fija. Había una media de 6,5 personas por vivienda. El 19% no disponía de agua corriente, electricidad o recogida de basura.

## Objetivos y presentación del informe

El objetivo de este informe ha sido revisar la literatura disponible sobre la salud y el uso de servicios sanitarios de los inmigrantes en el Estado español en general y en Cataluña en particular. Los objetivos específicos de la revisión de la bibliografía son:

- Identificar las necesidades en salud y describir la utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Cataluña, a partir de una revisión exhaustiva de estudios publicados sobre el tema.
- Describir las limitaciones de los estudios llevados a cabo sobre necesidades en salud de la población inmigrante, e identificar áreas con más falta de información.

Esta revisión es la primera parte de un estudio que pretende incorporar el punto de vista de expertos en el tema, y la percepción y opinión de los propios inmigrantes, además de revisar las experiencias de otros países en materia de salud y migración. La búsqueda bibliográfica se ha dirigido a la identificación de trabajos originales de investigación que hayan evaluado la salud de los inmigrantes o su utilización de los servicios sanitarios, realizados en población residente en el Estado español.

El análisis de la producción científica permite no sólo detectar algunas necesidades en salud de la población inmigrante o descartar otras supuestas, sino también indicar determinadas limitaciones

que tienen que superar las investigaciones que pretendan contribuir a la toma de decisión políticas o sanitarias. En esta revisión se ha intentado también dar una visión de la situación de las publicaciones sobre necesidades en salud de la población inmigrante.

La información obtenida se reúne en tres partes que se han considerado relevantes para esta fase del estudio. En primer lugar, se presentan los resultados de la búsqueda de documentos propiamente dicho y una descripción de características generales de los estudios seleccionados, como temas estudiados, análisis y presentación de resultados, técnicas de recogida de datos utilizados y grupos de comparación.

En la segunda parte, se reúnen los resultados de la revisión sobre estado de salud y utilización de servicios sanitarios, e intentan aclarar las características diferenciales que pueden llevar a una salud diferente y a una utilización diferente de los servicios sanitarios, así como conocer las posibles barreras en el uso de los servicios sanitarios.

Finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones del informe, así como también se señalan aspectos metodológicos que tendrían que considerarse en futuras investigaciones sobre este tema.



### **Diseño de la búsqueda**

Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura sobre la salud de la población inmigrante en el ámbito del Estado español y de Cataluña. Se han seleccionado las contribuciones originales sobre el tema, es decir, publicaciones de trabajos originales de investigación que hayan evaluado la salud de los inmigrantes o su utilización de los servicios sanitarios, realizados en la población habitante del Estado español.

### **Identificación de los estudios**

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Pascal, Índice Médico Español, IBECs, Psycinfo, Psycodoc, BDIE-enfermería, CUIDEN, Cuidatge, Mayores, Sociological Abstracts (Sociofile on-line), Social Sciences Citation Index (SSCI), CSIC-Ciencias Humanas y Sociales (ISOC), CSIC-Psicología (ISOC). Asimismo, se consultaron los catálogos bibliográficos de la U.S. National Library of Medicine, U.S. Library of the Congress, British Library, Biblioteca Nacional de España, Biblioteca de Cataluña, Catálogo Colectivo de les Universidades Catalanas, Biblioteca Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, y el Catálogo español del ISBN.

Se utilizaron los siguientes bloques de descriptores y de palabras clave:

- Bloque A: descriptores de inmigración
- Bloque B: descriptores de salud, enfermedad y utilización de los servicios sanitarios
- Bloque C: descriptores para la localización de lugares e instituciones del Estado español.

Las estrategias de búsqueda realizadas fueron: [Bloque A] AND [bloque B] AND [bloque C].

Se han buscado artículos que incluyeran las expresiones: inmigración, inmigrantes, emigración, migraciones, o extranjeros, adaptándolas al idioma de la base de datos para ser buscadas tanto en el título como en el campo de los descriptores. En casos específicos se han incorporado términos como grupo étnico, minoría étnica, refugiados o racismo.

Las estrategias se limitaron a las fechas de publicación entre enero de 1992 y julio de 2003.

### **Criterios de selección de estudios o contribuciones empíricas originales**

Se han seleccionado aquellos documentos que cumplen los siguientes criterios:

- Trabajos o estudios, en forma de documentos, ponencias, tesis, tesinas, presentaciones a congresos o comunicaciones personales, que informan de una contribución empírica original al conocimiento de la salud de la población inmigrante de Cataluña y del Estado español, así como de la utilización que hacen de los servicios sanitarios.
- Estudios realizados en humanos, sin restricción del número de casos.
- Publicaciones o documentos en catalán, castellano, inglés, alemán, holandés, francés e italiano.
- Estudios con fecha de publicación posterior a diciembre de 1991.
- Se han excluido los estudios en población inmigrante procedente de países desarrollados.

### **Clasificación de referencias y distribución de documentos para la revisión**

Con el fin de facilitar la distribución por temas, se elaboró una primera clasificación ad-hoc de los títulos y resúmenes de los trabajos considerando la opinión de los investigadores del estudio. La

clasificación incluyó los siguientes temas: características de la población inmigrante; perspectiva del personal sanitario; estado de salud, morbilidad y mortalidad; utilización de servicios sanitarios; relación entre el personal sanitario y el usuario inmigrante; perspectiva del colectivo inmigrante.

## Extracción de los datos

Los documentos identificados fueron revisados para la extracción protocolizada de los siguientes datos (ver Anexo):

- Datos de identificación del estudio: referencia bibliográfica.
- Tipo de publicación o documentación: artículo original, informe de investigación, tesis, tesina, comunicación en reuniones científicas, etc.
- Temas estudiados: temas tratados en el documento, clasificados en principales y secundarios a partir de una lista confeccionada *ad-hoc*.
- Ámbito de estudio: Cataluña o resto del Estado español.
- Análisis y presentación de resultados: a partir del diseño general del estudio y del análisis de los datos y la presentación de los resultados, se han clasificado los artículos en:
  - descriptivos: se presentan datos de frecuencias o datos poblacionales, tendencias, sin relación de asociación entre las diferentes variables.
  - de asociaciones: estudios donde se presentan medidas de asociación entre variables. Los análisis estadísticos son bivariantes. Pueden ser tanto estudios transversales como longitudinales.
  - explicativos: las relaciones entre variables se han obtenido ajustando por variables de interés en la relación. Pueden ser estudios transversales o bien longitudinales.
  - casos: descripción de casos o de serie de casos.
  - cualitativos: diseños que utilizan metodología y análisis cualitativo (por ejemplo, prospección etnográfica), para los cuales no aplica la clasificación basada en métodos y análisis habitualmente utilizados en epidemiología. Estrategia temporal: longitudinal o transversal.
- Base muestral: grupo de la población, en términos generales, de donde proviene la muestra y de la cual se pueden inferir los resultados:
  - Poblacional: fuentes poblacionales o muestras aleatorias de población no institucionalizada, como registros de nacimientos, mortalidades y encuestas de salud.
  - Institucional: población atendida en centros sanitarios.
  - Comunitaria: muestras no poblacionales ni institucionales, de sectores delimitados de una ciudad.
  - Reclusa: reclusos en prisiones o centros de menores.
- Criterios de selección y tamaño de la muestra o población.
- Grupos de comparación: se ha considerado que había grupos de comparación, autóctonos o inmigrantes, cuando se presentan resultados de manera comparativa para dos o más grupos.
- Fuentes y técnicas de recogida de datos.
- Resultados principales sobre los temas tratados.
- Recomendaciones de los autores.
- Notas de los revisores: valoraciones de la calidad y limitaciones del trabajo (validez o sesgo), etc.

## Síntesis de los datos

Los datos obtenidos se han sintetizado de la siguiente manera: :

- Descripción de las características de los estudios revisados: ámbito de estudio, tipo de publicación o documento, diseño del estudio, grupo de población estudiado y temas estudiados.
- Resúmenes de los resultados más relevantes por temas.

## RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se han identificado, a través de títulos y resúmenes, 358 referencias de interés para esta revisión para tratar sobre la salud de los inmigrantes o su utilización de los servicios sanitarios, refiriéndose a población residente en el Estado español. La Tabla 1 presenta los porcentajes por temas de las referencias identificadas, según la clasificación inicial de los documentos a partir de títulos y resúmenes obtenidos en la búsqueda. Un 57% se han clasificado en temas de estado de salud, morbilidad y mortalidad; un 31% en utilización de servicios sanitarios, y un 12% en características de la población inmigrante.

Tabla 1. Clasificación por temas de las referencias identificadas y de los documentos revisados

Temas	Referencias identificadas
Condiciones socioeconómicas de la población inmigrante	12%
Estado de salud, morbilidad y mortalidad	57%
Utilización de servicios sanitarios:	
Acceso, perfil de utilización, motivos de consulta y hospitalización, actividades preventivas e intervenciones terapéuticas	27%
Relación entre el personal sanitario y el usuario inmigrante	4%
Otros no clasificados	0,3%
<b>Cantidad total<sup>a</sup></b>	<b>358</b>

<sup>a</sup> Las referencias fueron clasificadas bajo un solo tema; la cantidad total coincide con la cantidad de documentos.

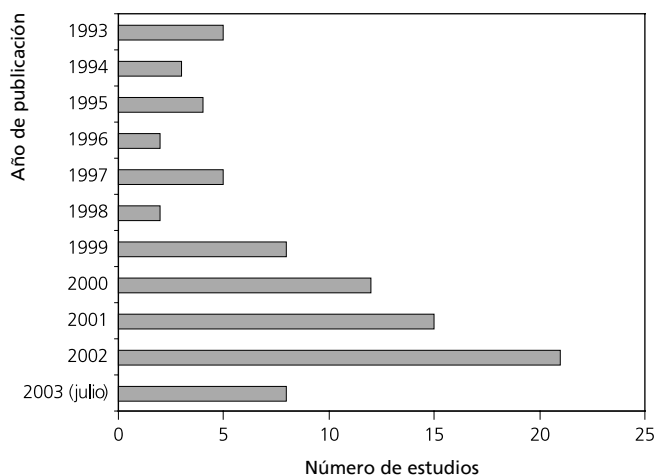
En el proceso de revisión, se ha decidido si su contenido cumplía los criterios de selección, es decir, si se trataba de un estudio o contribución original de interés para tratar de temas de salud o de uso de los servicios de salud por parte de la población inmigrante o si, al contrario, tenían que descartarse. Así pues, se han seleccionado 85 estudios, y se han descartado los restantes.

## Características de los estudios seleccionados

### PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La preocupación ante el nuevo fenómeno migratorio en los diferentes niveles de la asistencia sanitaria se ha hecho evidente en el número de publicaciones dirigidas a este tema que ha aumentado en los últimos cinco años. Entre el 1993 y el 1996 se localizan 14 de los estudios seleccionados, 15 fueron publicados en los 3 años siguientes, y 56 en los 3 años y medio restantes. A partir de 1999 se observa un incremento anual en la cantidad de publicaciones de estudios: 8 en el 1999; 12 en el 2000; 15 en el 2001; y 21 en el 2002. En el año 2003, la búsqueda fue parcial y se encontraron 8 estudios (Figura 1).

Figura 1. Número de estudios publicados por año



La Tabla 2 presenta los temas tratados en los 85 estudios seleccionados. Los temas principales tratados por los estudios son: el estado de salud, morbilidad y mortalidad (70%); la utilización de servicios sanitarios (20%); y la caracterización demográfica de la población inmigrante (6,4%). Al sumar todos los temas principales y secundarios tratados por los estudios, la distribución es más equilibrada entre estos tres temas, mientras que no aumentan los temas relativos a las perspectivas o la relación entre los colectivos inmigrante y el personal sanitario.

Tabla 2. Clasificación por temas de las referencias identificadas y de los estudios revisados

Temas	Estudios seleccionados (n = 85)	
	TP <sup>a</sup>	TP+TS <sup>b</sup>
Caracterización demográfica	6,4%	17,7%
Estado de salud, morbilidad y mortalidad	70%	48,7%
Utilización de servicios sanitarios::		
Acceso, perfil de utilización, motivos de consulta y hospitalización, actividades preventivas e intervenciones terapéuticas	17,3%	26,3%
Relación entre el personal sanitario y el usuario inmigrante	2,7%	3,4%
Otros no clasificados	3,6%	3,9%
<b>Cantidad total<sup>c</sup></b>	<b>110</b>	<b>232</b>

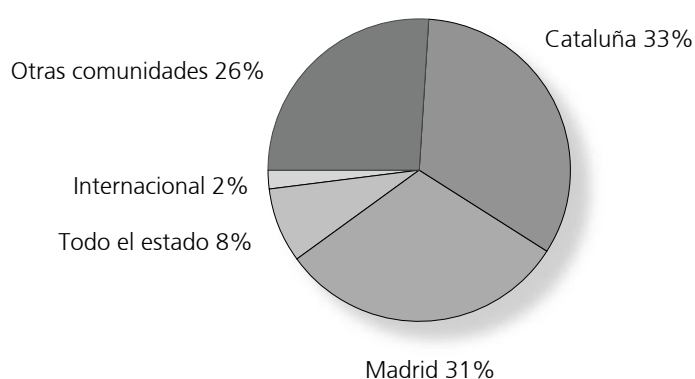
<sup>a</sup> TP: tema principal.

<sup>b</sup> TP+TS: tema principal + tema secundario.

<sup>c</sup> De cada documento revisado se registraron todos los temas que se trataban, por lo que la cantidad total es superior a la de los documentos revisados en cada caso..

Los estudios llevados a cabo en diferentes regiones del Estado español son más frecuentes que los de ámbito estatal, que representan sólo un 8%. El porcentaje de estudios realizados en Cataluña es de 29% (Figura 2).

Figura 2. Clasificación de los estudios seleccionados según el ámbito del estudio



## Aspectos metodológicos de los estudios

### LIMITACIONES DE LOS DISEÑOS Y DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los detalles de la metodología utilizada en los estudios pueden verse en la Tabla 3. Los estudios fueron considerados mayoritariamente descriptivos, por presentar datos de frecuencias sin relación de asociación entre las diferentes variables (65%). El 19% fueron estudios de asociación, por

ajustar los resultados teniendo en cuenta variables por un mínimo control de la confusión, y sólo 3 estudios fueron clasificados como explicativos por el tratamiento de las variables de confusión en el diseño o el análisis. Dos de los estudios han sido cualitativos, y ocho han sido casos clínicos.

Las investigaciones realizadas incluyen casi únicamente métodos cuantitativos. Sólo un 4% de los estudios incluyen métodos cualitativos y un 6% combinan ambas metodologías.

Muchos de los estudios presentan los datos de forma absoluta. Algunas incidencias de patología se expresan en porcentaje respecto del total de incidencia de la enfermedad, indicando una evolución temporal de este porcentaje. No expresan una incidencia por cada uno de los colectivos, y tampoco muestran cómo ha evolucionado la población inmigrante en porcentaje respecto del total de población.

Habitualmente no comparan la población inmigrante con la población autóctona. De los 76 estudios con diseños epidemiológicos (excluyendo estudios cualitativos y descripciones de casos), 25 no utilizaron grupos de comparación en la presentación de los resultados; de los restantes, 21 comparaban entre grupos de inmigrantes, 16 comparaban con autóctonos, y 14 presentaban grupos de comparación tanto de inmigrantes como de autóctonos.

En algunos estudios donde se comparan resultados entre la población autóctona y la población inmigrante, no se tiene en cuenta la procedencia del colectivo inmigrante, mezclando países de renta alta, con países de renta baja.

### **SELECCIÓN DE INDIVIDUOS Y REPRESENTATIVIDAD DE LAS MUESTRAS**

La mayor parte de los estudios se basaban en poblaciones relacionadas con instituciones de salud, ya sea por población atendida o por población incluida en un determinado programa. Se han hecho estudios de base comunitaria, pero no dan suficiente información sobre la probabilidad de selección de las personas incluidas y las que no lo han sido.

Unos de los diseños más utilizados para el estudio de la salud de la población son las encuestas de salud, para conseguir información de la población no institucionalizada. Tanto la Encuesta de Salud de Cataluña como la de Barcelona incluyen en los cuestionarios las preguntas para determinar el lugar de origen de las personas y el tiempo desde la llegada, sin embargo no se han presentado resultados sobre datos comparativos entre inmigrantes y autóctonos.

Los grupos que se comparan no suelen ser representativos de la población diana y presentan sesgos de selección, por ejemplo, por seleccionar los inmigrantes que no entendieran el castellano. Éste es el caso de los estudios de comparación de prevalencias de anticuerpos entre población autóctona y población inmigrante.

En estudios de control y seguimiento el porcentaje de pérdidas es elevado (a menos que se incluyan mediadores culturales), como sucede en los estudios de contactos con enfermos de tuberculosis activa.

Los estudios de enfermedades tropicales suelen ser estudios de casos, sin que la muestra sea representativa de la población de donde proviene, ya que se trata de una muestra seleccionada entre aquellos que van a un servicio de enfermedades tropicales, especializado y hospitalario.

Otra característica importante a tener en cuenta es la heterogeneidad que puede haber en la población de estudio, atendiendo a los diferentes orígenes migratorios. Este hecho hace que el tamaño muestral necesario aumente, cosa que permite conseguir representatividad suficiente para estudiar características particulares de algunos colectivos.

### **IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

No pueden estimarse con precisión prevalencias o incidencias de acontecimientos sanitarios porque es difícil conocer los denominadores de la población de inmigrantes de nuestro país. Con

respecto al acceso a los servicios sanitarios, teniendo en cuenta que en algunas ciudades depende sólo del empadronamiento, es posible suponer una gran cantidad de inmigrantes sin tarjeta sanitaria y que no aparecen en ningún registro oficial ni en organizaciones no gubernamentales.

Pocos registros han incluido la identificación de individuos inmigrantes; además, no hay una única manera de definir la condición de inmigrante, como país de origen, lugar de nacimiento, nacionalidad, apellido o número de tarjeta sanitaria; todas ellas tienen, además, limitaciones específicas en su validez y/o precisión. La situación legal varía con la nacionalidad y con la procedencia (los grupos de determinados países la consiguen antes). Kaplan y col. <sup>6</sup> informaron de numerosas dificultades en la identificación de mujeres africanas a través de los nombres. En el caso de individuos latinoamericanos, este método es inútil por la similitud con los apellidos españoles.

Abad Pérez y col. <sup>7</sup> establecieron una sensibilidad del 62% con la nacionalidad en la captura de datos relativos a población inmigrante de los registros de altas de hospitales públicos de la ciudad de Valencia. Por eso, contrastaron los datos de filiación del registro de alta con el Sistema de Información Poblacional de la Generalitat Valenciana.

Los instrumentos más utilizados para la recogida de datos fueron encuestas o cuestionarios (44%) y explotación de datos de historias clínicas (48%). Un estudio cualitativo que comparaba la información obtenida mediante entrevistas e historias clínicas <sup>6</sup> muestra algunas limitaciones de estas técnicas y que la utilidad es diferente para diferentes tipos de información.

## ADAPTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Un sesgo de selección importante y habitual se relaciona con la condición de lectura o comprensión de la lengua en que se hacen las encuestas o entrevistas. Cuando se estudia la población atendida (y también en estudios comunitarios), habitualmente se excluyen individuos que no conocen la lengua local y que no pueden responder con los instrumentos disponibles para la investigación.

No hay ningún análisis de fiabilidad y validez de los instrumentos de medida utilizados en el diagnóstico, cuando se aplican a poblaciones inmigrantes específicas, donde podría haber una interpretación diferente de los síntomas.

Tabla 3. Características metodológicas de los estudios revisados

Tema principal	Análisis y presentación de resultados	Estrategia temporal	Recogida de datos (a)	Grupo de comparación	Año de publicación	Núm. ref.
Situación laboral	Descriptivo	Transversal	QS	No	1999	8
Demografía	Descriptivo	Transversal	CR	Inmigrantes	2002	9
Enfermedades crónicas	Explicativo	Transversal	QS, EM, PL	Autóctonos	2001	10
Enfermedades de origen o importadas	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2001	11
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Autóctonos	2000	12
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Transversal	EM	No	2002	13
Enfermedades de origen o importadas	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	1999	14
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Longitudinal	HC, EM	No	2002	15
Enfermedades de origen o importadas	Asociación	Longitudinal	HC	Inmigrantes	2001	16

Tabla 3. Características metodológicas de los estudios revisados (continuación)

Tema principal	Análisis y presentación de resultados	Estrategia temporal	Recogida de datos (a)	Grupo de comparación	Año de publicación	Núm. ref.
Enfermedades de origen o importadas	Casos	Longitudinal	EE	No aplica	2002	17
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Transversal	HC	No	2002	18
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Longitudinal	HC	No	2002	19
Enfermedades de origen o importadas	Casos	Longitudinal	HC, EM	No aplica	1995	20
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Transversal	HC, EM	Autóctonos	1995	21
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Transversal	HC, PL	Inmigrantes	1995	22
Enfermedades de origen o importadas	Descriptivo	Longitudinal	QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	1993	23
Enfermed. infecciosas	Asociación	Transversal	QS, EM	Inmigrantes	2003	24
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	HC, QS, EE	Inmigrantes-Autóctonos	2003	25
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes	1997	26
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	HC, EM	No	2001	27
Enfermed. infecciosas	Explicativo	Longitudinal	HC, QS	Autóctonos	2000	28
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	No	2002	29
Enfermed. infecciosas	Asociación	Transversal	QS, EM	Autóctonos	2002	30
Enfermed. infecciosas	Asociación	Transversal	HC	Autóctonos	2001	31
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	QS, EM	Inmigrantes	2002	32
Enfermed. infecciosas	Explicativo	Transversal	HC, QS, EM	Autóctonos	1998	33
Enfermed. infecciosas	Asociación	Longitudinal	QS, EM	No	2000	34
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Autóctonos	2002	35
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	QS	Inmigrantes-Autóctonos	2001	36
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	QS, EM	Inmigrantes	2002	37
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	1997	38
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	HC, QS, EM	Autóctonos	2002	39
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes	1994	40
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	HC, QS, EE	Inmigrantes-Autóctonos	2001	41
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	EE	Inmigrantes-Autóctonos	1993	42
Enfermed. infecciosas	Descriptivo	Transversal	HC, RL	Autóctonos	2002	43

Tabla 3. Características metodológicas de los estudios revisados (continuación)

Tema principal	Análisis y presentación de resultados	Estrategia temporal	Recogida de datos (a)	Grupo de comparación	Año de publicación	Núm. ref.
Enfermedades infecciosas	Casos	Transversal	EM	No aplica	1996	44
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	EM	Inmigrantes-Autóctonos	1993	45
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	2003	46
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Autóctonos	1999	47
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	No	1997	48
Enfermedades infecciosas	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2003	49
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	HC	Autóctonos	2000	50
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	HC	No	2002	51
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	EE	Autóctonos	1995	52
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	1994	53
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	QS, EM	Inmigrantes	2001	54
Enfermedades infecciosas	Asociación	Transversal	QS, EM	Autóctonos	2001	55
Enfermedades infecciosas	Asociación	Transversal	HC, QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	2000	56
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Longitudinal	QS, EM	No	1996	57
Enfermedades infecciosas	Cohortes	Transversal	HC	Inmigrantes	2000	58
Enfermedades infecciosas	Descriptivo	Transversal	EM	Inmigrantes	1993	59
Nutrición	Descriptivo	Transversal	HC, RL, Qs	Inmigrantes	1999	60
Nutrición	Asociación	Transversal	QS	No	2001	61
Nutrición	Casos	Longitudinal	HC, EM, EF	No aplica	2002	62
Nutrición	Asociación	Transversal	QS, EM	Inmigrantes-Autóctonos	2003	63
Nutrición	Asociación	Transversal	HC, QS	Inmigrantes	2003	64
Salud de la mujer	Descriptivo	Transversal	BD	Inmigrantes-Autóctonos	2003	65
Salud maternoinfantil	Descriptivo	Transversal	HC	Inmigrantes-Autóctonos	2002	66
Salud maternoinfantil	Asociación	Transversal	EO, QS	Autóctonos	2001	67
Salud mental	Asociación	Transversal	QS	Inmigrantes	2001	68
Salud mental	Asociación	Transversal	QS	Inmigrantes	2001	69
Salud mental	Asociación	Transversal	HC	Inmigrantes	2002	70
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	EM	No	2002	71

Tabla 3. Características metodológicas de los estudios revisados (continuación)

Tema principal	Análisis y presentación de resultados	Estrategia temporal	Recogida de datos (a)	Grupo de comparación	Año de publicación	Núm. ref.
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	EP, HC	No	1993	72
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	EP, OP	Inmigrantes	1997	73
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	QS	Inmigrantes	1998	74
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC	Inmigrantes	2003	75
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC, QS, EF	No	2001	76
Uso del servicio sanitario	Asociación	Transversal	BD	Inmigrantes-Autóctonos	2002	77
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC, QS, EM	No	2000	78
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC	Autóctonos	1999	79
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC, PA	No	1999	80
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Longitudinal	HC	No	1997	81
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC, Cs	No	1994	82
Uso del servicio sanitario	Asociación	Transversal	QS	No	2000	83
Uso del servicio sanitario	Descriptivo	Transversal	HC, EM, PA	No	1999	84
Varios	Descriptivo	Transversal	HC, QS, EP, GF	Inmigrantes	2002	85
Varios	Descriptivo	Transversal	BD	Inmigrantes	2000	86
Varios	Descriptivo	Transversal	QS, IC	No	2000	5
Varios	Descriptivo	Transversal	PA	No	2000	87
Varios	Casos	Longitudinal	HC	No aplica	2002	88
Varios	Descriptivo	Transversal	EP	No	2001	89
Varios	Descriptivo	Transversal	QS, EM	No	1999	90
Varios	Cualitativo	Transversal	EP, GF, OP	No aplica	2002	6

(a) Fuentes y técnicas de recogida de datos:

HC: Historias clínicas

RL: Revisión de literatura

QS: Cuestionarios

CR: Censo y registros

EE: Encuesta epidemiológica

BD: Bases de datos

EP: Entrevistas en profundidad

GF: Grupos focales

ME: Extracción de muestras

RE: Reunión de expertos

OP: Observación participante, trabajo de campo

IC: Entrevistas con informantes clave

EF: Exploración física

EO: Exploración odontológica

PAN: Protocolo de atención

PL: Pruebas de laboratorio



## RESULTADOS SOBRE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

---

### Estado de salud, morbilidad y mortalidad

#### SALUD Y MORBILIDAD PERCIBIDA

El estudio de Belén Sanz <sup>5</sup> muestra que un 63,2% de los 300 inmigrantes que respondieron la encuesta tienen una autopercepción negativa de su estado de salud (regular, mala o muy mala), un 36,8% la define como buena y muy buena, un 33,4% consideran que su salud ha empeorado con la llegada a España y un 9,9% consideran que ha mejorado. En relación con la morbilidad percibida, resalta que el porcentaje de morbilidad declarada más elevado se asocia a cuestiones potencialmente relacionadas con un trabajo de desgaste físico; un 53,2% han tenido dolores musculares/articulaciones durante el año 2001, y un 37,1% accidentes, hecho que contrasta con las cifras más reducidas de problemas de patologías comunes como afecciones de las vías respiratorias altas (32,2%) o el dolor de cabeza (32%).

Un trabajo realizado con enfoque cualitativo a través de entrevistas con profundidad y realización de historias de vida a una veintena de mujeres inmigrantes (así como entrevistas con el personal sanitario) de la comunidad de Madrid, <sup>91</sup> subraya como hipótesis que el trabajo condiciona la experiencia de las mujeres (inmigrantes) con respecto a su salud y establece pautas de formas de pensamiento y acción. En los discursos de las mujeres inmigrantes, la prioridad es buscar trabajo y la regularización legal. La salud es, pues, percibida como algo secundario. Destaca cómo se percibe el valor de una persona a través de la producción; la enfermedad implica dejar de producir. El cuerpo se presenta "biologizado", y su máxima expresión funcional y orgánica queda a margen del control de la persona y a cuenta de unas condiciones externas. Se describe una imagen del cuerpo "alienado", arrastrado por circunstancias en que la persona parece perder el control.

#### SALUD LABORAL

Además de la percepción de los propios inmigrantes de la relación entre salud y trabajo antes comentada, en los estudios que hemos localizado en esta revisión se trata, aunque acotadamente, la influencia en la salud de la inestabilidad laboral y la cuestión de los accidentes laborales. Igualmente destaca cómo, muchas veces, las conclusiones provienen más de opiniones de los autores que no de los resultados de los estudios realizados.

El estudio realizado entre el colectivo marroquí del Área sanitaria 6 de Madrid formula como hipótesis que la población inmigrante (económica) es especialmente vulnerable a los problemas de salud, causada en parte por las condiciones sociolaborales en que trabajan. Una respuesta frecuente en las entrevistas que realiza entre el colectivo marroquí (un total de 186) es que no tienen una buena salud, motivada por la carencia de trabajo, hecho que repercute en la posibilidad de tener una situación administrativa regularizada. El 37,1%, habían sufrido accidentes laborales, y el 9% de ellos más de uno a lo largo del año. Resalta que el 81,8% de los accidentados no sabía leer ni escribir en español, y un 68,2% no lo sabía hablar. La autora sugiere la posible relación del desconocimiento de la lengua española con la dificultad de leer e identificar peligros laborales. <sup>8</sup>

El trabajo de revisión de estadísticas oficiales de los años 1990, 1992, 1994 y 1995, realizado por Lorenzo Cachón Rodríguez, <sup>92</sup> muestra cómo la incidencia de accidentes laborales mortales entre las 44 ramas de actividad sólo supera el 30 por 100.000 ocupados en 7 sectores de actividad, dos de los cuales se encuentran entre los 5 más prevalentes entre la población inmigrante. Se trata del servicio doméstico, donde trabajan un 26,6% de los inmigrantes, y de la construcción, donde lo hacen el 9,4% de los inmigrantes. Los otros sectores mayoritarios entre los inmigrantes son la

hostelería (13,4%), el comercio al detalle (9,4%) y la agricultura (26,6%), datos que se confirman en los estudios de Carlota Solé sobre inmigración económica.<sup>93</sup> Estudios realizados en España en el sector de la agricultura<sup>a</sup> ponen de manifiesto cómo los inmigrantes se encuentran más expuestos a pesticidas y a otras sustancias químicas y presentan a menudo problemas crónicos asociados a depresiones y trastornos neurológicos.

Por otra parte, el estudio del colectivo de investigadores del L.I.C.I.T (Línea de Investigación y Cooperación con las Inmigrantes Trabajadoras Sexuales), liderado por la Dra. Dolores Juliano,<sup>94</sup> realiza un trabajo de campo basado en entrevistas a mujeres inmigrantes trabajadoras sexuales durante los años 2000 y 2001, y constata que en 1999 sólo había 79 casos de "coacción" a la prostitución, y apuntan como posible motivo el bajo nivel de denuncias y la criminalización de la actividad, ya que al denunciar, se incriminan como transgresoras de la ley. La coacción a menudo está asociada a maltratos físicos. En el trabajo de campo de Rogelio López Vélez se ha confirmado que muchas mujeres inmigrantes contraerían en España las enfermedades de transmisión sexual.<sup>51</sup> También coincide con los datos de la encuesta realizada por Àmbit Prevenció<sup>b</sup> en que un 98% de las trabajadoras y trabajadores sexuales coincide en señalar que la mitad de los clientes exigen expresamente relaciones sin preservativo. Subrayan cómo los controles periódicos sobre VIH y MTS se realizan a las prostitutas y no a los clientes.

También hay datos en la literatura internacional que indican que la población inmigrante es una población especialmente propensa a sufrir accidentes laborales y que las tasas de accidentalidad existentes en la población inmigrante son mayores que en la población autóctona.<sup>95</sup>

## SALUD MENTAL

Los problemas de Salud Mental (SM) representan un aspecto importante a tener en cuenta cuando se analiza la salud de los inmigrantes, no sólo por su frecuencia de presentación y los problemas para identificar a las personas con más riesgo de sufrir estos trastornos de salud, sino también por las dificultades en la interpretación de los síntomas y en su manejo clínico.

Todos los procesos migratorios representan cambios en la vida de los individuos que los sufren. Según como se viva el proceso de inmigración y los recursos individuales para superarlo, así como la red social de apoyo que disponga, podría desarrollarse un problema de SM. El luto migratorio puede resolverse de manera favorable e incluso puede representar un beneficio para el individuo. En el otro extremo, se ha descrito el luto patológico del inmigrante sometido a estrés crónico y múltiple como el síndrome de Ulises, por su semejanza con la historia del héroe de la mitología griega.<sup>96</sup>

Pocos estudios empíricos han abordado las diferencias en la psicopatología entre inmigrantes y población autóctona. Un grupo de inmigrantes, mayoritariamente del Magreb e Indostán, no ha presentado diferencias bioestadísticamente significativas en los diagnósticos de SM en relación con un grupo de personas nativas que consultaban la misma área básica de salud de la ciudad de Barcelona.<sup>70</sup> No obstante, parece que los inmigrantes podrían presentar menor proporción de trastornos psicóticos y una proporción más elevada de somatizaciones. Además, cuando los inmigrantes tenían una etiqueta diagnóstica recibían menos tratamientos que los autóctonos. Estos resultados tendrían que confirmarse en muestras más amplias.

Por otra parte, un estudio ha encontrado más del doble de trastornos multisomatormorfes en un grupo de mujeres inmigrantes con lengua nativa castellana, comparado con la población general de mujeres de la misma área.<sup>68</sup> Otro estudio, sin grupo control, ha encontrado un porcentaje mayor de síntomas depresivos en adultos jóvenes procedentes de diversas nacionalidades.<sup>69</sup> En este caso, se ha encontrado una asociación negativa entre apoyo social y síntomas depresivos.

---

a Castelló,SF. Condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las invernaderos. Ponencia presentada en el curso sobre Inmigración y enfermedades transmisibles. Nerja, Málaga, 1992

b Àmbit Prevenció. Estudios del trabajo sexual de calle en el barrio del Raval y en el de las Corts de la ciudad de Barcelona. Enero y junio de 2001

En estos estudios se indica que la falta de comunicación, sobre todo por el desconocimiento de la lengua, representa una barrera importante para la atención a la SM, tanto en la atención primaria como en la especializada, barrera agravada por el uso de instrumentos de medida y clasificación que no han tenido en cuenta las diferentes expresiones culturales de enfermedad mental en el contexto de países y culturas diferentes al occidental. La relación médico- enfermo y las creencias religiosas y sociales con respecto a SM podrían tener una influencia potencial en el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de los problemas de SM en inmigrantes.<sup>97</sup>

### **SALUD MATERNOINFANTIL**

Según las estadísticas vitales en Barcelona del 1995 a 1999, la natalidad de mujeres nacidas fuera de España representaba el 9,4%, con una tendencia a incrementarse durante este periodo. El origen de las madres es en primer lugar de Centroamérica y Latinoamérica, seguido de Europa y países desarrollados. El 30,5% de estos nacimientos se dan en mujeres residentes en Ciutat Vella. En comparación con el resto, los bebés de madres africanas que no son del Magreb presentan mayor proporción de bajo peso y de prematuros que el resto. Hay una proporción más elevada de nacimientos de madres filipinas de más de 35 años que del resto de países. Los partos de mujeres del Magreb y asiáticas se realizaron mayoritariamente en hospitales públicos. La población de madres inmigrantes es proporcionalmente más joven.<sup>9</sup>

Un informe del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) sobre 3.857 recién nacidos sanos nacidos entre 1999 y 2000<sup>66</sup> indica que el 31% fueron hijos de mujeres inmigrantes (según nacionalidad). La descripción de la antropometría de los recién nacidos por grupos mediante medias no permite llegar a conclusiones en relación con diferencias en peso.

A pesar de la facilidad legal de acceso de la población infantil a los servicios sanitarios, es probable que la situación de menor cobertura vacunar mostrada en el colectivo de hijos/as de filipinas hace 10 años continúe siendo actual, cuando menos, para los colectivos con poco tiempo de llegada al país, y dependiendo del país de origen así como de aspectos culturales.<sup>72</sup>

Se han descrito casos de enfermedades infecciosas y sobre todo parasitarias, muchas de ellas asintomáticas, en el colectivo de menores de 14 años provenientes del área subsahariana que consultan en un centro de enfermedades tropicales. A partir de los resultados sugieren realizar cribados de infección de VHB, PPD e, incluso, de cribado de infecciones parasitarias, aunque tendrían que completarse estos estudios con datos de poblaciones menos seleccionadas antes de recomendar el cribado a todos los niños provenientes de este área.<sup>51</sup>

La mayoría de niños y adolescentes inmigrantes en general son sanos desde el punto de vista nutricional. Cuando se han comparado los datos antropométricos de adolescentes ilegales de Marruecos y Argelia no se ha encontrado diferencias estadísticas con los estándares de Nutrición del Estado español.<sup>87</sup>

Es en la salud bucodental donde podrían presentarse importantes diferencias entre los niños nativos y los inmigrantes, y sería un campo importante que tendría que abordarse en cuanto a las medidas de prevención.<sup>60</sup>

### **Nutrición**

Los colectivos de inmigrantes mantienen muchos de los hábitos nutricionales de sus lugares de origen en la medida en que mantienen estructuras familiares o costumbres religiosas y que pueden acceder a alimentos similares a los de uso tradicional. Si partimos de la idea que se trata de grupos sanos, que además llegan a un territorio con suficiente cantidad y variedad de alimentos, podría pensarse que a medida que se produce la integración en la sociedad de acogida, es posible un enriquecimiento de su dieta y no un compromiso con la salud. No obstante, la precariedad de su inserción laboral y social, así como la ruptura de redes sociales, son hechos frecuentes, especialmente en los inmigrantes de primera generación, que pueden repercutir en el acceso a los alimentos y en el equilibrio de la alimentación.

La única valoración de la composición nutricional de la dieta encontrada en esta revisión fue realizada por Sierra Pujol y col.,<sup>60</sup> al estudiar el hábito alimenticio de la población inmigrante de origen magrebí y centroafricano (gambiana y senegalesa) en Mataró (Barcelona). A partir de recordatorios de 24 horas y cuestionarios de frecuencia de consumo, se analizó la dieta de 155 familias (625 individuos). Se tomó como referencia los datos de una encuesta realizada en la población catalana, donde se expone que los inmigrantes consumen más cantidad de proteínas, hidratos de carbono y ácidos grasos poliinsaturados, y menos de ácidos grasos monoinsaturados, calcio, vitamina B12, vitamina C y folatos. Aunque la ingesta total de energía es mayor, la distribución en principios inmediatos (hidratos de carbono, proteínas y grasas) es adecuada (17%, 53% y 29%, respectivamente). Los autores concluyen que estos colectivos, en general, mantienen sus dietas base tradicionales pero han incorporado pautas de su entorno actual, subutilizando (con respecto a las normas) algunos grupos de alimentos importantes como verduras y fruta.

En el estudio transversal realizado en Madrid con 300 inmigrantes con más de 14 años y que llevaban más de 3 meses viviendo en España se administró también un cuestionario sobre consumo de alimentos. No hay suficientes detalles metodológicos en cuanto a la técnica de recogida de los datos, y el análisis no permite establecer comparaciones con recomendaciones nutricionales, pero se encuentran diferencias en la frecuencia con que se consumen algunos alimentos y el hecho de vivir en pareja (mayor consumo de pollos, verduras y hortalizas), o saber leer y escribir en castellano (más consumo de cordero, leche, ternera, sopas, dulces y café, y menos refresco de cola y huevos).<sup>61</sup>

Aproximadamente la mitad de los inmigrantes económicos proceden de países donde se profesa mayoritariamente el islam. Un de los hechos más importantes relativos a la alimentación de aquellos que la practican es el ayuno durante los meses del ramadán. El estudio de Mataró, antes mencionado,<sup>60</sup> se realizó fuera de este periodo de ayuno y no hay ningún otro en España que valore su influencia en los tipos de alimentos ingeridos. Un estudio realizado en Almería analiza si el hecho de que los musulmanes hagan el ramadán afecta o no su salud.<sup>64</sup> Se incluyeron personas musulmanas que acudieron en un servicio de urgencias, 192 durante el periodo del ramadán y 213 fuera de él, sin estar aparejados ni por edad ni por sexo. El único motivo de consulta donde se encontraron diferencias significativas fue en el dolor abdominal. Los autores dicen que no parece haber problemas en personas sanas a causa del ayuno.

Un estudio realizado en 42 jóvenes magrebíes ilegales interceptados en Zaragoza en el año 1997 (22 argelíes y 20 marroquíes) se llevó a cabo bajo la hipótesis de encontrar alteraciones nutricionales por el hecho de haber llegado recientemente de países en desarrollo. No se encontraron diferencias significativas en peso ni talla, perímetro braquial y pliegues tricípital y subescapular con respecto a los estándares de la población española. Sólo el perímetro cefálico era más pequeño (54,86 cm con respecto a 55,61 cm). No hay datos individualizados de posibles malnutriciones (crónicas o agudas), aunque no se ha analizado el índice de masa corporal. En cualquier caso, el informe corrobora la buena salud física de los jóvenes inmigrantes, incluso habiendo sobrevivido momentos difíciles.<sup>87</sup>

Un estudio comparativo entre niños nativos y niños de padres inmigrantes realizado en Mataró en el año 2001 sobre 987 jóvenes (más del 90% autóctonos, 6,2% magrebíes, 2% del África subsahariana y 1,6% de otros) encontró que la prevalencia de déficit de yodo fue del 7% en autóctonos, 20% en los de África subsahariana, 18,4% en magrebíes y 15% en otras procedencias. El *odds ratio* de no autóctonos vs. autóctonos fue de 2,88 (IC95%:1,33-9,12). Los niños que sus padres conocen y utilizan la sal yodada tienen valores más altos. No se encontró asociación con el bajo peso, la talla, la agudeza visual o la dentición. Hay que decir que no se ha tenido en cuenta la clase social u otras variables que podrían afectar las diferencias a la hora de comparar la prevalencia entre nativos e inmigrantes.<sup>63</sup>

Los estudios de casos tienen poca utilidad para la toma de decisiones sanitarias, pero alertan a los clínicos sobre patologías muy poco frecuentes. Se presenta la descripción de un caso de tetania

hipocalcémica en una mujer hindú de 38 años con mejora del calcio sérico y de la Parathormona una vez instaurado el tratamiento,<sup>62</sup> y 3 casos de raquitismo en Barcelona. Se da la circunstancia que esta enfermedad es muy poco frecuente y que los tres casos son niños inmigrantes del Pakistán (2 niñas, de 12 y 13 años; y un niño de 14 años), que llevan como mucho 3 años en España. Los parámetros bioquímicos se normalizaron con el tratamiento adecuado.<sup>88</sup>

No obstante, no hay ningún estudio que valore la adecuación o la suficiencia de la dieta de estos grupos, donde la Nutrición es fundamental. Teniendo en cuenta que en la mayoría de las comunidades la mujer tiene un rol central en la alimentación y que entre las mujeres de la familia acostumbra a haber un apoyo importante en la crianza de los hijos y en el aprendizaje de la cultura alimenticia, tendría que enfocarse también sobre el efecto que pudiera tener la ruptura de las relaciones familiares tradicionales y las condiciones laborales de las mujeres inmigrantes sobre su propia alimentación y la de sus familias, especialmente la de los hijos en edad de ser amamantados. Dos de los estudios seleccionados señalan a los hombres solteros como un grupo de riesgo, encontrándose que sus dietas son menos variadas que cuando viven en pareja.<sup>60</sup>

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Los inmigrantes económicos provienen de países donde la prevalencia de algunas infecciones es más elevada que en España, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB), la tuberculosis ...e, incluso, pueden ser portadores de enfermedades inexistentes en nuestro país o que fueron erradicadas años atrás.

En un estudio realizado en Calamocarro, campamento situado en Ceuta donde se retienen de forma preventiva los inmigrantes que acaban de llegar antes de entrar a la Península, se hizo la prueba de la tuberculina a 2.226 personas, la mayoría hombres procedentes del África subsahariana. Esta fue superior a 10 mm en más del 50% de los procedentes de algunos países como Camerún o Congo, y había, además, 19 imágenes radiológicas sugestivas de enfermedad y 2 baciloscopias positivas.<sup>98</sup> Un seguimiento similar es el que realizaron en Las Palmas de Gran Canaria a 173 inmigrantes africanos. En ellos la prevalencia de infección fue del 25% en los procedentes del África subsahariana y de un 5% en los magrebíes. Durante el año en que duró el seguimiento, ninguno de ellos desarrolló la enfermedad.<sup>32</sup>

Las prevalencias de virus de la hepatitis podrían también variar en la población inmigrante. En un estudio realizado entre 1992 y 1993, el porcentaje de positivos al VHB y al virus de la hepatitis C (VHC) en inmigrantes del África subsahariana llegaba al 81% en el caso del VHB y al 17% en el caso del VHC, siendo del 34% en los procedentes de Guinea.<sup>40</sup> En un estudio realizado en Barcelona, se analizó la prevalencia de marcadores frente al VHB en diferentes colectivos de inmigrantes. Las prevalencias mayores se observaron en hombres del África subsahariana (17%) y en mujeres procedentes de Asia (20%).<sup>26</sup> En un estudio llevado a cabo en Madrid, se comparó las prevalencias de anticuerpos frente a VHB, VHC y de VHD entre adultos inmigrantes y niños inmigrantes procedentes ambos del África subsahariana, especialmente de Guinea Ecuatorial. La prevalencia de marcadores de VHB era similar en niños y adultos (33% y 36%), pero mucho menor en anticuerpos frente al VHC (1% y 7,4%) y no se detectó ninguna coinfección VHB y VHD en niños, frente a un 10% de los casos de adultos positivos a HbsAg.<sup>48</sup> En otro estudio se comparaba la prevalencia de virus de la hepatitis E (VHE) de un grupo de inmigrantes con muestras de donantes españoles y no se encontraron diferencias.<sup>56</sup>

Con respecto al VIH se estudia también el patrón filogenético. Según dos estudios realizados en Madrid, la prevalencia de virus mutantes no-B, virus que requieren posiblemente diferentes pruebas diagnósticas y que podrían tener más resistencia a los tratamientos tradicionales, es superior en los inmigrantes procedentes del África subsahariana que en los autóctonos o en los originarios de otros países.<sup>27,39,47</sup> En otro estudio, destaca cómo el porcentaje de virus no-B en población autóctona se ha incrementado con el tiempo, pasando de poco más del 10% en los infectados

antes de 1996, a cerca de un 25% en los infectados después de 1996. <sup>46</sup> Otros estudios profundizan en el tipo de virus VIH no VIH-1 (describiendo los casos de VIH-2) y otros virus (HTLV-I y HTLV-II). En estos estudios se observa que la mayoría proceden del África subsahariana en el caso del VIH-2 y de América en el HTLV-I. En los autóctonos se concentran la mayoría de casos de infección por HTLV-II. <sup>23,43-45,53</sup>

Los estudios que evalúan los diagnósticos infecciosos en la población inmigrante y que muestran también resultados en población autóctona son escasos o bien son estudios descriptivos de la actividad de servicios especializados en medicina tropical. Así, los inmigrantes que regresan de países con anquilostomiasis y estrongiloidiasis endémicas y afectados por los parásitos suelen estar más poliparasitados que los españoles que viajan a aquellos países, a pesar de no tener diferencias en las manifestaciones clínicas. <sup>21</sup> Otros estudios muestran series de casos de 10 parasitaciones por *Taenia solium* en españoles e inmigrantes, <sup>11</sup> 32 casos de afectación por *Schistosoma mansoni*, <sup>15</sup> también en españoles e inmigrantes, 4 casos de neurocisticercosis en inmigrantes, <sup>14</sup> 2 casos de criptococosis diseminada en inmigrantes de Colombia, <sup>49</sup> 2 casos de paracoccidiomicosis en inmigrantes de Venezuela <sup>20</sup> y 162 casos de parasitosis intestinales en 674 inmigrantes estudiados. <sup>13</sup>

Entre estos estudios, el agente etiológico de más importancia es el plasmodium. En diferentes artículos se describe la epidemiología de los casos, destacando que la gran mayoría de aquellos viajeros que sufren la enfermedad no han cogido la quimioprofilaxis o no han hecho una pauta correcta, <sup>12,16,19</sup> habiendo una posible diferencia entre inmigrantes y autóctonos a la hora de tomar la medicación adecuada, y es menor en estos últimos. <sup>12</sup> Otro estudio se centra en el aspecto clínico y la importancia de los procesos asintomáticos en la población inmigrante. <sup>22</sup>

En la Unidad de Medicina de Inmigración y Tropical de Mataró clasificaron las infecciones diagnosticadas en la población inmigrante en tres categorías: de bajo riesgo de transmisión a la población autóctona, de riesgo evitable con medidas adecuadas de higiene, y de riesgo no evitable, pero asociadas a situaciones de precariedad y marginalidad social, hecho que dificultaba la diferenciación entre enfermedades importadas o adquiridas en España. Según los resultados de las infecciones diagnosticadas, un 27% se consideraron del primer grupo, un 35% del segundo y un 38% del tercero. <sup>18</sup>

Otras cuatro publicaciones describen los diagnósticos más prevalentes de la población inmigrante atendida, y enumeran también la patología infecciosa, pero sin hacer comparaciones con la población autóctona de la zona, <sup>51,80,82,84</sup> o comparan entre diferentes poblaciones inmigrantes, <sup>24</sup> o bien describen los diagnósticos de un grupo de niños interceptados en situación ilegal. <sup>87</sup> En estos estudios, a pesar de la falta de datos comparativos, destaca la elevada prevalencia de casos de tuberculosis activa <sup>37,80,84,87</sup> y otras patologías como la sífilis <sup>30,84</sup> o la parasitosis intestinal. <sup>51,80</sup>

Aparte de los estudios que analizan los diagnósticos en la población atendida están los que profundizan los análisis en poblaciones seleccionadas, muchas de ellas relacionadas con el VIH. Es el caso de un estudio realizado en Barcelona a partir de las personas diagnosticadas de sida en la ciudad entre 1988 y 1998. El 4,7% eran inmigrantes, tenían más probabilidades que los autóctonos de vivir en Ciutat Vella, de ser hombres, de tener más edad, no tener antecedentes penales y no ser adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). Se encontraron diferencias en supervivencia, y esta era superior en los españoles, sin que hubiera diferencias entre inmigrantes de países de renta alta y baja. <sup>28</sup>

Sobre población reclusa hay dos publicaciones. En León, a principios de los noventa, vieron que la prevalencia de infección de VIH era menor en los inmigrantes y otros colectivos con respecto a los de raza caucásica, a excepción de los de raza gitana. <sup>38</sup> En Barcelona, en un estudio de casos (150 inmigrantes) y controles (300 autóctonos), los inmigrantes tenían una mayor proporción, aunque no significativa, de pruebas de la tuberculina positivas y una menor prevalencia, estadísticamente significativa, de infección por VIH, probabilidad que se mantenía cuando se ajustaba por variables sociodemográficas y de consumo de drogas. <sup>33</sup>

En la misma línea, dos estudios incluyen datos de las personas que quieren hacerse la prueba de cribado del VIH. El realizado en la Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual de Barcelona incluye sobre todo trabajadores del sexo y ADVP. Los inmigrantes eran con más proporción mujeres, se dedicaban más a la prostitución y tenían menos prácticas homosexuales o bisexuales. La prevalencia de infección de VIH fue similar (1,8%), y más alta prevalencia de anticuerpos frente al VHB y sífilis.<sup>30</sup> En la "Corona Metropolitana del Sudeste de Madrid" se realizó un estudio donde detectaron un incremento absoluto de inmigrantes que pedían la prueba con los años, y superaron los autóctonos en el año 2001, concordando con la evolución de la inmigración.<sup>35</sup>

También en Madrid se realizó un estudio en trabajadores del sexo que entendieran el castellano. A pesar de no incluir los que no entendían la lengua, los inmigrantes tenían prevalencias de infección por VIH bastante más altas (35% vs. 21%), utilizaban menos el preservativo en sus relaciones y se hacían menos la prueba de cribado del VIH.<sup>55</sup>

En el hospital de Basurto, Vizcaya, se realizó un estudio descriptivo de los casos incidentes de infección por VIH entre 1998 y 2000. Los inmigrantes eran más jóvenes, con práctica sexual más heterosexual que los autóctonos (80% y 37%). El diagnóstico tardío de la infección (en estadio de sida) se dio en el 35% de los casos y no se asoció al hecho de ser inmigrante. Estos resultados podrían estar sesgados por ser población que acudía al centro hospitalario para su diagnóstico.<sup>31</sup>

Entre los inmigrantes se encuentran algunos de los colectivos menos favorecidos. Estos, por las condiciones de vida, de vivienda, laborales... podrían estar más afectados por enfermedades como la tuberculosis.<sup>25,41</sup> A finales de los ochenta y al principio de los noventa, la incidencia de infección tuberculosa aumentó en muchos países desarrollados. A partir de las notificaciones de nuevos casos de tuberculosis en 14 países europeos entre los años 1980 y 1990, se vio que la incidencia de la enfermedad se mantuvo invariable en la población autóctona, incrementándose en la población inmigrante, sobre todo entre 1988 y 1990.<sup>42</sup> En Gran Canaria se observó que entre los años 1988 y 1992, la incidencia de la enfermedad disminuía en la población autóctona, manteniéndose o incrementándose en los inmigrantes así como en los sin techo y en la población infectada por el VIH.<sup>52</sup> Esta tendencia a incrementarse en población inmigrando también se introduce en un estudio sobre los nuevos casos de tuberculosis en la comarca del Garraf, donde el 49,5% de los nuevos casos entre 1996 y 2000 se dieron en inmigrantes.

En el informe de 1999 sobre la "Situación epidemiológica y tendencia de la endemia tuberculosa en Cataluña" se indica que es un factor de riesgo de sufrir la enfermedad tuberculosa el hecho de ser inmigrante reciente (lleva menos de dos años viviendo en Cataluña), ya que entre 1992 y 1999 se redujo la incidencia de la enfermedad en población autóctona, y se mantuvo en la población de inmigrantes recientes.<sup>50</sup> El incremento de incidencia en los inmigrantes también se indica en los informes sobre tuberculosis en la ciudad de Barcelona de los años 2000 y 2001, donde se aprecia la gran diferencia de incidencia entre inmigrantes y autóctonos. La incidencia más elevada se observó en los inmigrantes procedentes de Asia que en el año 2000 fue de 721/100.000 y el año 2001 de 420/100.000 (siendo superior a 1.000/100.000 en los procedentes de Pakistán), frente a la incidencia global de la ciudad que se situaba en 37/100.000 y 34,9/100.000.<sup>25,41</sup> La media de incidencia en el global de inmigrantes en Barcelona fue de 349/100.000 en el año 1999 y 555/100.000 en el año 2000, mientras que en personas autóctonas fue de 32,7/100.000 y de 29,6/100.000.<sup>17</sup>

En un estudio realizado en el área sanitaria 6 de Madrid se evaluó la aceptación de un programa de búsqueda de personas con tuberculosis activa en un colectivo de inmigrantes, mayoritariamente de procedencia magrebí. En el estudio 6 de 142 tenían enfermedad tuberculosa activa.<sup>90</sup> También se evaluó la aceptabilidad en un programa similar realizado en Bilbao, incluyendo inmigrantes de otras procedencias, no sólo magrebíes. En este estudio sólo 1 de 327 tuvo una baciloscopia positiva, y había cuatro radiografías sugestivas, a pesar de estar el 89% inmigrantes indocumentados (existe, además, un sesgo de selección ya que los inmigrantes buscaban asistencia sanitaria). El 31% tenía una prueba de la tuberculina positiva, superior a 10 mm.<sup>29</sup>

Dos estudios más describen los problemas que tuvieron los investigadores para hacer el control de contactos en casos de enfermedad tuberculosa activa, no sólo a la hora de identificarlos, sino de hacer el seguimiento. Ambos se dan en colectivos de inmigrantes magrebíes. En el primero, los factores de riesgo asociados a la positividad de la prueba de la tuberculina fueron: ser hombre, vivir en agrupaciones no familiares, no estar casados y el hecho de no vivir con la pareja. El número de años en agrupaciones familiares y el número de familiares viviendo con ellos fueron factores protectores. La tasa de enfermedad fue del 1,97% anual, muy por encima de la europea.<sup>34</sup> En el segundo estudio, destaca la elevada tasa de respuesta (40 de 44) en las medidas de control, que según los autores se debería a la participación de un colaborador del colectivo inmigrante.<sup>57</sup>

## OTRAS PATOLOGÍAS

El hecho de ir a vivir a otros países puede asociarse con la aparición o agravamiento de otras patologías, fuera de las relacionadas con la salud de la mujer, la salud mental o las enfermedades infecciosas.

En un estudio multicéntrico realizado en diversos países desarrollados del mundo, y entre ellos España, se comparó la prevalencia de sintomatología de asma en población autóctona, con la prevalencia de sintomatología de asma en la población inmigrante. Se vio que los inmigrantes tenían un 21% más de riesgo de sufrir la enfermedad que no los autóctonos, y era similar la respuesta bronquial a la metacolina y el porcentaje de atopia.<sup>10</sup>

Un servicio de hematología realizó un escrutinio de hemoglobinopatías y talasemias estudiando 250 muestras de sangre pertenecientes a adultos sanos de la etnia Sindhi, de procedencia del Pakistán. Según los autores, los resultados mostraron una incidencia de Hb Q India del 3,2% y de  $\beta$  talasemia del 10,5%, que confirmaría las altas incidencias de estas patologías en la población Sindhi.<sup>59</sup>

## Utilización de servicios sanitarios

### ACCESO Y PERFIL DE UTILIZACIÓN

Actualmente, en España, la atención sanitaria de urgencias, así como de embarazadas y de niños, está garantizada para cualquier ciudadano extranjero, independientemente de su situación administrativa (*Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social*). Para el resto de casos, el acceso a los servicios sanitarios de cobertura universal y gratuita dependen de la obtención de la tarjeta sanitaria, que sólo requiere el empadronamiento en el municipio. Muy diferente es la condición de residencia, relacionada con la situación laboral del extranjero y, por lo tanto, de su afiliación a la seguridad social.

Muchos autores reconocen el acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante, como una de las dificultades más importantes en la provisión de servicios. La diferencia en la accesibilidad se asocia a barreras culturales, idiomáticas, situación de legalidad o no en el país de acogida, y desconocimiento del sistema sanitario por parte de los inmigrantes. Sugieren que el idioma, la manera de expresarse, el concepto de enfermedad y de salud, o la religión, pueden afectar a los procesos de atención sanitaria (diagnóstico, decisiones terapéuticas, seguimiento, cumplimiento, etc.). Los estudios seleccionados en esta revisión ilustran este tema junto con algunos datos.

Maluquer Margalef investigó los aspectos sociales de la salud de los inmigrantes a través de entrevistas con personal sanitario (informantes claves) en la provincia de Barcelona. La autora recalca que en el informe de la Diputación de Barcelona del 1990, los servicios sociales definen las dificultades de los inmigrantes para acceder al sistema sanitario casi exclusivamente como impedimentos jurídicos y de orden económico, mientras que en las entrevistas a profesionales sanitarios destacan otros factores, que denominan factores "culturales". Basándose en estas entrevistas,

destaca como necesidad específica el problema de la comunicación lingüística, que podría llevar a la desconfianza mutua.<sup>99</sup>

Un estudio transversal realizado entre 1998 y 1999 en el barrio de San Francisco de Bilbao incluyó a 406 inmigrantes que pedían asistencia sanitaria, con una media de edad de 32,5 años; el 89% de los casos resultaron inmigrantes sin papeles y sin seguridad social.<sup>29</sup>

En Salt, Gerona, Jauma Pou Viñamata<sup>82</sup> contrastó las historias clínicas del Centro de Atención Primaria con la población censada del área correspondiente al CAP y encontró que había censado 103 personas inmigrantes de las cuales 57 tenían HC en el CAP.

Un estudio similar se realizó a partir de todos los pacientes ingresados en el Hospital del Poniente, Almería, durante 8 meses. El 24% no estaban empadronados. El 16% de los no empadronados eran inmigrantes, así como el 3% del total de los ingresos.<sup>100</sup>

Ramos y col. realizaron 24 entrevistas a médicos, trabajadoras sociales e inmigrantes de los servicios donde se atienden a un mayor número de inmigrantes (CAP, servicios de urgencias, infecciosas o pediatría hospitalaria) con el objetivo de conocer y priorizar las propuestas de los profesionales para mejorar la atención a los inmigrantes. Los autores encontraron que las restricciones administrativas en el acceso son uno de los principales problemas identificados por los profesionales, que los inmigrantes tienen dificultades para obtener la tarjeta sanitaria aunque estén dados de alta de la seguridad social, y que en los casos irregulares, la atención especializada se hace en urgencias mediante ONG.<sup>89</sup>

La evaluación del Programa Integral de Atención al Inmigrante, desarrollado por la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana<sup>86</sup>, mostró que el 80% de los 2.657 usuarios de los años 1998 y 1999 no tenían cobertura sanitaria. Los porcentajes globales relativos con respecto a hombres y mujeres no cambian mucho, pero sí se aprecian diferencias según la zona geográfica de origen: se eleva a un 91,6% entre los procedentes de los países del este y al 85% en los sudamericanos, descendiendo entre los originarios del Norte de África a un 74% y sobre todo de África subsahariana a un 69%. Llama la atención que el porcentaje de mujeres magrebíes sin cobertura es muy inferior a la de los hombres magrebíes.

De 4.206 demandas registradas (con una media de 1,5 demandas por sujeto), un 14% corresponde a asistencia sociosanitaria (segunda después del 29% correspondiente a la información sobre recursos sociales). Entre las demandas de asistencia sanitaria existe una diferencia entre sexos que no está presente en otros servicios demandados: 31% en mujeres y 17% en hombres. Según el país de procedencia, los grupos más numerosos de los 2.657 usuarios son de Argelia (15,4), Ecuador (15,3) y Marruecos (14,3%), con una media de edad de 29 años, y el 73,3% se encuentra entre 21 y 40 años. No obstante, los inmigrantes sudamericanos son los más propensos a demandar servicios y los primeros demandantes de asistencia sanitaria. Los inmigrantes de África subsahariana piden información en mayor grado que otros grupos y son el segundo grupo en importancia en cuanto a demandantes de asistencia sociosanitaria. Los autores destacan que piden más los inmigrantes que muestran una situación de precariedad vital relativa. Resulta particularmente importante constatar que los inmigrantes procedentes de los países de Europa del Este, en situación irregular y necesitados de cobertura sanitaria, no se encuentran entre los principales demandantes.

La red sanitaria pública es la más utilizada, aunque no es posible estimar el número de inmigrantes asistidos a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) o que utilizan medicinas alternativas.

El informe de estadísticas vitales de Barcelona muestra que el 70% de los partos de mujeres extranjeras se atienden en la red pública.<sup>9</sup>

Torres y Sanz dirigieron un estudio de base comunitaria en un área de Madrid durante dos meses del año 1997.<sup>5,83</sup> De los 300 inmigrantes entrevistados, el 30,9% tienen una situación irregular y

el 25% no disponen de tarjeta sanitaria. El 84% declaran haber utilizado un servicio sanitario en España, el 65% de estos, los centros de atención primaria (CAP); el 70% han tomado medicamentos, y el 22% remedios caseros o de medicina tradicional. Las consultas a ONG son poco frecuentes y el 23,3% han sido hospitalizados alguna vez, siendo el 81% vía urgencias.<sup>5</sup> 231 declaran haber sido enfermos en España, de los cuales 72 no han buscado atención médica, hecho asociado a la carencia del permiso de residencia (OR=2,6; IC95%:1,2-5,8), ajustado por sexo, país de origen, educación, conocimiento de la lengua española, autopercepción del estado de salud, número de años vividos en España y gravedad del último episodio de enfermedad.<sup>83</sup>

Antonio Ugalde comenta los resultados de una encuesta realizada a trabajadores de la construcción, magrebíes (n=100) y españoles (n=100). El 31% de los magrebíes y el 22% de los españoles no habían acudido a un centro de salud en el momento en que percibieron que lo habrían necesitado. Los motivos fueron diferentes para los dos grupos: mientras los magrebíes temían por ser ilegales (33%) o perder el puesto de trabajo (27%), los españoles se referían a la falta de tiempo (89%), sin tener en cuenta la gravedad del problema.<sup>101</sup>

Los servicios de urgencia parecen ser el primer contacto con el sistema sanitario de la mayoría de los inmigrantes y la demanda de atención por problemas que tendrían que abordarse en atención primaria parece ser alta.

El estudio de Cots y col.<sup>77</sup> muestra que el 7,7% del total de las altas del Hospital del Mar (Barcelona) durante el año 2000 pertenecen a personas de países de renta baja (PRB); pero este porcentaje es del 13,3% cuando se considera los ingresos a urgencias y sólo llegan el 2,3% por consultas externas. En otro estudio el 74,7% de los casos que sufrieron accidentes laborales fueron a un servicio sanitario, un 64% a urgencias hospitalarias y un 36% al centro de salud.<sup>8</sup>

Asimismo, la revisión de las historias clínicas de 1.577 ingresos en hospitales públicos de la ciudad de Valencia correspondientes a inmigrantes (nacionalidad de países con menor desarrollo económico que los de la Unión Europea) mostró que el 82,9% de los ingresos se produjo a través del servicio de urgencias, el 14,7% fueron programados o incluidos en citas correspondientes a programas de control y el 2,4% fueron remitidos de otros centros hospitalarios. Este estudio no estableció comparaciones con los ingresos de autóctonos.

Cañavate Gea comenta las estadísticas de consultas y urgencias de febrero y marzo del año 2001, en tres centros sanitarios de Áreas de Atención Primaria de Cartagena, Murcia, municipios con porcentajes muy elevados de población inmigrante. Las visitas de extranjeros a atención primaria (sin diferenciar la procedencia, cosa que puede incluir turistas o inmigrantes europeos) es del 3,4% del total, una tercera parte de estos sin tarjeta sanitaria. Aunque el autor destaca la falta de información estadística sobre el uso de los servicios sanitarios porque no consta el origen del paciente, concluye que la población inmigrante utiliza proporcionalmente más la atención de urgencias hospitalarias que las consultas de especialistas en consultas externas. Por otra parte, los partes de inmigrantes en el Área de Lorca suponen un 15% del total.<sup>71</sup>

## **MOTIVOS DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN**

Los motivos de consulta y hospitalización más habituales se relacionan con necesidades de la población joven. Las demandas más frecuentes en la población inmigrante son la atención ginecoobstétrica, la pediatría y la medicina general.

En el estudio de Torres y Sanz anteriormente comentado, el 23,3% de los 300 inmigrantes marroquíes entrevistados habían sido hospitalizados alguna vez, y los dos motivos más frecuentes de hospitalización eran los partos (22,9%) y los accidentes (21,4%).<sup>5</sup>

El estudio del perfil de casuística hospitalaria del Hospital del Mar de Barcelona, realizado por Cots y col., compara inmigrantes procedentes de países de renta baja (PRB) con autóctonos e inmigrantes procedentes de países de renta alta (PRA) a partir de datos del CMBDH. Los principales motivos

de consulta en inmigrantes de PRB eran los obstétricos y la neonatología (65,8%), mientras que en el grupo PRA, eran la medicina general (44,6%) y la cirugía (25,4%), y quedaban en tercer lugar las especialidades maternoinfantiles (19,7%).<sup>77</sup>

Los motivos de ingreso son diferentes según el sexo, tal como informa el estudio de los hospitales públicos de la ciudad de Valencia, que relacionó principalmente los partos o abortos con los ingresos de mujeres (55,2%) y los originados por traumatismos (30,8%) o enfermedades del aparato digestivo (12,1%) con los de los hombres.<sup>75</sup>

Además, la necesidad de atención maternoinfantil es creciente. La proporción de nacimientos de mujeres de la América Latina, África y Asia ha aumentado en un 21% entre 1995 (5,3%) y 1999 (6,4%), mientras que la de nacimientos de mujeres españolas ha disminuido un 5% (91,4% en 1995 a 87,4% en 1999) en Barcelona.<sup>9</sup>

Otros datos del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria muestran que la incidencia de partos sencillos es más elevada en mujeres de PRB (45%) que en españolas (34%), pero la incidencia de cesáreas sobre embarazos complicados es superior (51% vs. 43% en españolas y 32% en mujeres de PRA).<sup>65</sup>

En el estudio de Jaume Pou Viñamata en Salt (Gerona), la media de visitas por año, es máxima por debajo de los 10 años de edad reduciéndose a menos de tres visitas a partir de los 20 años, para los dos sexos, aunque es superior en las mujeres. Los principales motivos de consulta en pediatría son la puericultura (22%), las revisiones médicas (18%) y las vacunaciones (13%). Los motivos de consulta más frecuentes en adultos son el dolor abdominal (9%) y el epigastralgia (7%), siendo el ulcus duodenal (10%) el diagnóstico más frecuente, aunque no se estudia la presencia de *helicobacter pilori*.<sup>82</sup>

Kaplan y col<sup>85</sup> hicieron entre los años 2000 y 2002 un estudio de salud reproductiva de las mujeres de África subsahariana, pacientes del Centro de Atención de la Mujer (CAD, siglas del catalán 'Centre d'Atenció a la Dona') en Mataró, contrastando la información obtenida por entrevista (E) o por Historia Clínica (HC) (ver capítulo de aspectos metodológicos).

La primera consulta viene motivada por el embarazo en el 52% de los casos, según E, y en el 35% de los casos, según HC. La planificación familiar es el segundo motivo más enunciado para acudir por primera vez a la ginecóloga, en un 33% según las HC y en un 24% según las entrevistas. El control ginecológico es motivo de primera consulta para un 2,4% de las mujeres según HC y para un 11,4% según E.

Un 65% de las mujeres declaran en las entrevistas no haber ido anteriormente a profesionales, manteniéndose un porcentaje parecido independiente de las oleadas migratorias (diferentes años de llegada), la etnia y el país de procedencia. En cambio, en las HC consta que un 46% han tenido consultas ginecológicas en España, un 4,4% en África y un 2,4% ninguna consulta. Las mujeres perciben que las visitas al CAD han sido indicadas por el médico de cabecera.

Además, se observa que la mayoría (63,5%) acude sola a la consulta ginecológica. El acompañante más frecuente es el cónyuge, especialmente en la tercera oleada migratoria, mujeres llegadas entre 1996-2001. Las mujeres mandinga son las menos acompañadas por el cónyuge, en un 66,7%, frente a las saraholes que son las más acompañadas, en un 80,9%. La segunda oleada, mujeres llegadas entre 1990-1995, y la tercera oleada, han realizado más visitas con presencia de mediadoras (4,9% y 4,4%, respectivamente vs. 2,2% en mujeres de la primera oleada, llegadas en la década de los 80), reflejando una mayor necesidad por el tiempo inferior de residencia en el país (datos según la entrevista).

Rodríguez y González comunican en una carta los motivos de consulta urgente en un servicio de urgencias de un centro de AP de Villanueva de la Calzada (Madrid), comparando 332 inmigrantes marroquíes y 332 autóctonos. No hay aportaciones metodológicas que permitan conocer si fueron

aparejados, ni constancia de los intervalos de confianza. Los diagnósticos más frecuentes se daban por causas dermatológicas, junto con muchos diagnósticos no identificados o no bien definidos.<sup>79</sup>

En las visitas médicas aparecen frecuentemente signos y síntomas en los cuales no se llega a establecer un diagnóstico, aparentemente relacionados con somatizaciones.

El informe de Roca y col.<sup>80</sup> sobre 1.321 inmigrantes atendidos en la unidad de medicina de inmigración y tropical (UMIT) del Hospital de Mataró (Barcelona) entre 1984 y 1994 muestra que el primer contacto con el sistema sanitario se da a través de urgencias. Un 53,5% de signos y síntomas de consulta están mal definidos, sobre todo de tipo digestivo. Han consultado por dolor abdominal, más que el resto, aquellos pacientes procedentes del África subsahariana y los que tienen una situación laboral inestable. Trece pacientes han consultado por problemas psiquiátricos.

## ACTIVIDADES PREVENTIVAS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

La percepción de la salud y de los riesgos, el valor otorgado a la salud o las expectativas de beneficios ante determinados tratamientos, entre otros factores, varían entre culturas. Así, es posible que el interés y la participación en programas preventivos, la búsqueda de asistencia sanitaria y la adherencia a tratamientos sean diferentes en diversos colectivos inmigrantes así como respecto a los autóctonos.

El estudio realizado en Almería recoge las indicaciones terapéuticas realizadas en un servicio de urgencias a personas musulmanas que acudieron durante el periodo del ramadán (R; n=192) y fuera de él (NR; n=213). Si bien existen diferencias significativas en la distribución de la posología de los medicamentos, un 49% de prescripción de tratamiento cada 8 horas en el periodo R parece ser inadecuado aunque en periodo NR consigue un éxito del 78%. Los autores sugieren una búsqueda de alternativas con el fin de evitar el no cumplimiento del tratamiento.<sup>64</sup>

Con respecto a las actividades preventivas, los estudios son descriptivos y no permiten analizar su cumplimiento en las actuaciones de los equipos de salud que, además, tendrían que hacerse comparando el cumplimiento con el de la población autóctona, ni el aprovechamiento de estos servicios por parte de la población inmigrante. Algunos de los estudios seleccionados en esta revisión presentan resultados de la aplicación de protocolos de exámenes de salud o cribados, que incluyen encuestas de salud, exploración física y pruebas complementarias,<sup>78,84</sup> pero ninguno evalúa la efectividad de realizar este tipo de intervenciones. La efectividad de las actividades preventivas y terapéuticas en relación con los inmigrantes es una línea de investigación poco explotada, incluidas actuaciones como la utilización de mediadores culturales que pueden facilitar el entendimiento entre el inmigrante y el profesional sanitario, mejorar la aceptabilidad de los servicios, la utilidad percibida y su atención.

En el estudio descriptivo retrospectivo realizado por Lacalle Rodríguez-Labajo y col. en un consultorio médico rural de Villafranca del Castillo, Madrid,<sup>78</sup> la cobertura de vacunación es deficiente en el 64,5% por el tétanos y en el 11,8% por el tétanos y la rubeola; el 68,4% de serología del VHB resulta negativa; ningún caso de hepatitis activa o crónica por VHB y el 14,5% presenta serología de infección pasada. El 35,5% presenta Mantoux > 10 mm (infección tuberculosa) y el 7,9% Mantoux de 5-10 mm (probablemente secundario a la vacuna); 0% de TBC activa.

En un estudio realizado en Ciutat Vella, se evaluó la susceptibilidad de recibir la vacuna del VHB en diferentes colectivos. El grupo con menor susceptibilidad era el de inmigrantes procedentes del África subsahariana. Con respecto a este grupo, el resto de colectivos tenía un riesgo 2,4 veces mayor o superior de ser susceptibles de recibir la vacuna.<sup>26</sup>

Los datos del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria muestran que la participación en el cribado de cáncer de mama es del 81% de las españolas, 58% de las del Magreb, el 100% de las de África, el 73% de las de América Latina, el 48% de las de Filipinas, y el 44% de las del Asia.<sup>65</sup>

El estudio realizado en el COMESEM (Corona Metropolitana del Sudeste de Madrid) con información de 6.065 personas que fueron a consultar para la detección del VIH entre 1988 y 2001 <sup>35</sup> muestra que la proporción de inmigrantes ha ido aumentando desde el 0,8% en el año 1988 al 21,5% en el 2001, y que asociado a este incremento, el diagnóstico de enfermedad por infección por VIH se hacía en mejor estadio clínico.

En el estudio sobre asma comentado con anterioridad, los inmigrantes tenían un 40% más de probabilidades de tomar medicación oral si tenían sintomatología que los autóctonos, diferencias que no existían en la medicación inhalada. <sup>10</sup>

El estudio transversal realizado en población magrebí en el área sanitaria 6 de la Comunidad de Madrid donde se utilizó la mediación de un intérprete, de una población posible de 1.500, 750 de los cuales estaban empadronados (6,2:1 hombres), se ofreció el estudio a 218 personas de las cuales aceptaron 166 (siendo menor la aceptabilidad en mujeres, 19 sobre 30, frente a los 147 de los 188 hombres) y acabaron el estudio 152, no habiendo diferencias significativas entre mujeres y hombres. El principal motivo por el cual se dio por finalizado el estudio fue que no acudieron a la lectura del PPD (5) o no entregaron el esputo (6). Sugieren que el principal problema para la adhesión y continuidad en el programa tiene que buscarse en los condicionantes horarios y en la confluencia con sus horas de trabajo, a pesar de la mediación del intérprete, que consideran de gran ayuda. Con respecto a las mujeres indican que dependen de si el hombre acepta que ella participe en el estudio. Si el hombre no quiere, ellas no entran. <sup>90</sup>

El estudio similar realizado en el barrio de San Francisco de Bilbao <sup>29</sup> incluyó 406 inmigrantes de los 449 a los que se los ofreció, aunque completaron todo el estudio sólo 306 (se requerían dos visitas, una para hacer las pruebas y otra para darlas). La gran mayoría eran personas que pedían asistencia sanitaria porque estaban sintomáticas o porque querían un certificado médico o eran acompañantes. El principal motivo para no aceptar entrar en el estudio era el hecho de estar asintomático. Estar sintomático el día de la primera visita o ir por un certificado médico, fueron variables a favor de la asistencia los dos días del estudio.

## **EL ENCUENTRO ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y EL USUARIO INMIGRANTE**

El encuentro médico no puede considerarse como una situación neutral y aislada, sino que es una interacción social compleja. El encuentro del personal sanitario con el paciente (inmigrante o no) está caracterizado por una relación social no igualitaria de personas con diferentes expectativas, experiencias, conocimientos y poderes. Para que una interacción entre el personal de la salud y el usuario sea beneficiosa y satisfactoria es necesario que haya un entendimiento mutuo. El inmigrante se enfrenta en la consulta médica a una situación de dificultades añadidas al colectivo de pacientes autóctonos: la barrera de la lengua, diferencias no verbales (gestos, contactos físicos, etc.), diferencia en la expresión de dolor y de problemas de salud (p.ej. somatización de problemas), diferentes conceptos del cuerpo, diferente conocimiento de enfermedades, diferente significado asociado a diagnósticos específicos, diferentes expectativas de una consulta médica (p.ej. relativa a experiencias previas con los sistemas sanitarios en los países de origen), confrontaciones posibles con estereotipos y xenofobia por parte del personal sanitario, experiencias traumáticas causadas por el fondo migratorio que se manifiestan en la consulta, condiciones de pobreza y marginación, y condiciones laborales difíciles.

En un encuentro médico, sobre todo en el ámbito de atención primaria, todos estos factores tienen un papel central para la relación entre el personal sanitario y el paciente. Una buena provisión de atención sanitaria al inmigrante requiere más una focalización en el paciente, que en su enfermedad, que tenga en cuenta las condiciones de vida de la persona ('patient-centred approach').

La opinión y algunas reivindicaciones del personal sanitario están bastante reflejadas en las discusiones de la mayoría de los artículos. Algunos trabajos lo han aceptado como tema estudio.

Ramos y col. <sup>89</sup>encuentran, después de realizar entrevistas a médicos, trabajadores sociales e inmigrantes, que los principales problemas identificados por los profesionales son las restricciones administrativas en el acceso, el seguimiento de los pacientes y la falta de entrenamiento en enfermedades tropicales. Por otra parte, los inmigrantes identifican como principales problemas la regularización y el acceso a la vivienda. Se señala también, que existe un choque cultural y diferente percepción de la enfermedad, así como, que la atención sanitaria difiere entre centros, dependiendo del personal y la actitud. Las dificultades idiomáticas parecen ser más frecuentes en el ámbito rural y en inmigrantes asiáticos. Además, comentan que la sospecha de enfermedades está condicionada por la procedencia del inmigrante.

El estudio de Maluquer Margalef <sup>99</sup> señala los siguientes factores identificados por parte del personal sanitario entrevistado: la formación de los profesionales en aspectos médicos y antropológicos; la concentración de las visitas en un equipo o un sanitario de referencia; una atención personalizada y adaptable a las necesidades de los inmigrantes; la participación de los inmigrantes en el diseño y la realización de la educación sanitaria.

Seguramente hay expectativas y necesidades en el personal sanitario que tienen que explorarse porque también es un tema no investigado en profundidad.

Aunque se conoce que diferentes recursos existentes al margen del sistema sanitario (curanderos, remedios caseros...) pueden influenciar su uso y su acceso, entre los estudios seleccionados escasamente se introducen estas variables en el análisis.

De los 300 inmigrantes entrevistados en el estudio de Torres y Sanz <sup>5</sup>, el 22% utilizan remedios caseros o medicina tradicional. Las prácticas tradicionales involucran normas sociales de los colectivos inmigrantes y de la sociedad receptora, generando conflictos en la integración; igual que con las costumbres alimenticias. Es necesario conocer sus motivos y sus efectos sobre la salud antes de establecer recomendaciones para modificarlas .

Entre grupos de inmigrantes existen maneras de entender la salud, la reproducción y la sexualidad, diferentes a las habituales en nuestra cultura occidental y cristiana, compartida por la mayoría del personal sanitario de los centros de salud. Estas diferentes concepciones pueden dificultar que se garantice en la atención sanitaria una buena comunicación verbal y no verbal entre médico y paciente. Por ejemplo, los ritos de iniciación son en un principio prácticas que sirven para construir una identidad étnica y de género entre quien las practican. Algunas prácticas asociadas, como la circuncisión masculina o la mutilación genital femenina, son consideradas ilegales y pueden tener complicaciones que afectan directamente a la salud. Todo eso hace que la situación en que puede encontrarse el personal sanitario esté dotada de una gran complejidad. Dentro de la revisión no hemos encontrado estudios referentes a la circuncisión masculina, pero sí en relación con la mutilación genital femenina. El estudio de Kaplan <sup>6</sup> nos recuerda que la circuncisión masculina es una obligación emanada del Corán; la femenina es una sunna y tiene carácter recomendable y no obligatorio. El estudio muestra que existe un "factor de conmoción" recíproco entre las inmigrantes de África subsahariana procedentes de países donde se practica la mutilación genital femenina, y el personal sanitario. No se entiende y resulta difícil de aceptar, tanto por parte de ellas, el hecho que no estén circuncidadas, como por parte del personal sanitario, que ellas sí lo estén.

## CONCLUSIONES

---

El número de estudios dirigidos a analizar la salud de los inmigrantes ha aumentado en los últimos años. No obstante, se han encontrado vacíos importantes en el estudio de la salud de la población inmigrante. La mayoría de los estudios no son concluyentes con respecto a las diferencias de problemas de salud entre inmigrantes y nativos, ni en relación con las intervenciones de salud específicas dirigidas a este colectivo. Además, los estudios analizados presentan importantes carencias en aspectos metodológicos, o no pueden responder determinadas hipótesis por problemas del propio diseño o por falta de muestra.

Entre las limitaciones encontradas en los estudios pueden destacarse las limitaciones en la identificación de la población inmigrante, en los diseños de investigación y en la falta de instrumentos adaptados correctamente. La mayoría de los estudios son descriptivos y transversales, no utilizan grupos de control comparables ni recogen suficientes variables para ajustar los resultados, lo que no permite establecer asociaciones causales.

A pesar de eso, en términos generales puede afirmarse que:

Los inmigrantes que llegan al Estado español y a Cataluña son, en general, más jóvenes que la población autóctona, y no son considerados inicialmente como grupo de riesgo.

Los condicionantes sociales, la precariedad laboral y las condiciones de la vivienda podrían tener una influencia negativa en su salud. Como consecuencia del tipo de trabajos a que acceden y la dificultad para mantener la regularidad jurídica, podría haber un exceso tanto en la accidentalidad como en las enfermedades profesionales, constituyendo una desigualdad en salud para la población inmigrante. El hecho de no tener trabajo asegurado, que no permita solucionar problemas económicos o legalizar su situación, puede condicionar la salud del inmigrante.

La mala salud autopercebida podría ser más prevalente en la población inmigrante que en la nativa.

No hay estudios que comparen la alimentación de las diferentes poblaciones de inmigrantes con la de los autóctonos. Las diferencias encontradas en la selección de alimentos no tienen en cuenta diferencias socioeconómicas que podrían determinar el acceso a los alimentos.

Los niños inmigrantes suelen tener peor salud dental que la población autóctona, pero no hay diferencias claras en otros aspectos de la salud.

La población inmigrante podría tener más somatizaciones y clínica de sintomatología mal definida como expresión de los problemas de salud mental, así como menos frecuencia de trastornos mentales psicóticos cuando se compara con la población nativa.

El hecho de que provengan de zonas donde ciertas enfermedades infecciosas son más prevalentes hace que algunos colectivos de inmigrantes tengan más probabilidades de estar infectados o de haber pasado alguna infección más prevalente que en España antes de llegar. A pesar de que podría estar indicada la introducción de programas de cribatge en población adulta para identificar estas infecciones y que numerosos centros sanitarios han realizado exhaustivos exámenes de salud a manera de cribado, no existen estudios ni criterios claros sobre cuáles habría que introducir ni en qué situaciones.

Mientras que la incidencia de enfermedad tuberculosa tendería a disminuir entre la población autóctona, aumentaría o se mantendría constante en diferentes colectivos de inmigrantes.

La proporción de personas infectadas por el virus VIH mutantes no-B podría ser superior en inmigrantes, especialmente en el caso de los virus procedentes del África subsahariana. Estos casos

podrían requerir otras pruebas diagnósticas y ser más resistentes al tratamiento habitual de la infección por el VIH.

Las personas inmigrantes diagnosticados de sida podrían tener una supervivencia menor que los autóctonos diagnosticados de sida.

La red sanitaria pública es la más utilizada y los servicios de urgencia son frecuentemente el primer contacto con el sistema sanitario.

El acceso a ciertos servicios sanitarios parece tener dificultades independientes de la situación legal. Desde el punto de vista del inmigrante los motivos principales serían el desconocimiento del sistema y el miedo por su situación de irregularidad. Según los profesionales existirían ciertas barreras burocráticas y la inadecuación del acceso a las condiciones sociales (horarios laborales, redes de apoyo) de los inmigrantes.

Los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven, predominando la atención ginecoobstétrica de las mujeres (partos) y las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva). Hay una notable dificultad en los diagnósticos ante signos y síntomas mal definidos.

No hay información suficiente ni adecuada para conocer si las prácticas preventivas se realizan de la misma manera que en la población autóctona. Hay indicios de que la participación en programas preventivos, así como el cumplimiento de las pautas terapéuticas podría ser menor en la población inmigrante que en la nativa, pudiendo aumentar las desigualdades en salud.

## RECOMENDACIONES

---

### Políticas de salud

A la hora de planificar las políticas sanitarias hay que tener presente la creciente población inmigrante procedente de países de renta baja. Una de las carencias más importantes es la falta de registros adecuados de la población inmigrante, independientemente de su situación de legalidad. Sería preciso disponer de una serie de variables consensuadas por diferentes estamentos, y que evitaran estigmatizar al individuo. El mejor conocimiento de la población permitiría mejorar en la planificación y distribución de recursos disponibles, estableciendo políticas dirigidas en las necesidades reales de la población que se atiende.

Las políticas sanitarias tendrían que estar orientadas a reducir las desigualdades en salud entre los inmigrantes y la población autóctona. Sería preciso profundizar en mejorar las condiciones laborales y de vivienda, dos de los factores más importantes que pueden explicar las diferencias entre poblaciones. Hay que impulsar la vigilancia y el control de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, especialmente en los colectivos más desfavorecidos donde se mantienen o aumentan las incidencias anuales. A la hora de poder evaluar la efectividad de programas de vigilancia y control se hace de nuevo necesario la disponibilidad de registros de la población, ya que es necesario disponer de los denominadores adecuados.

Facilitar el acceso efectivo a los servicios sanitarios parece un punto clave en la mejora de la atención sanitaria de los inmigrantes. La mayoría de estudios asocian los problemas en la atención a los inmigrantes a las diferencias culturales y de comprensión de la lengua más que a otros aspectos biomédicos. El uso de mediadores multiculturales parece mejorar el acceso y la efectividad de los servicios sanitarios, aunque no queda claro cuál es el perfil adecuado del mediador multicultural y bajo qué condiciones mejoran el acceso y la efectividad de los servicios sanitarios.

La formación y el uso coordinado de recursos de mediadores (aprovechando la experiencia de otros países de nuestro entorno), así como la coordinación de todas las instituciones y servicios públicos, privados, voluntarios, etc., que se dedican a la atención social y sanitaria de los inmigrantes puede mejorar esta situación.

### Atención sanitaria. Relación profesional-inmigrante

Uno de los aspectos que dificulta más la relación entre el profesional sanitario y el inmigrante es el de las diferencias culturales y de idioma. La figura de los mediadores multiculturales podría ser adecuada para reducir las distancias existentes, aunque haría falta profundizar en la manera de llevar a cabo este trabajo.

Por otra parte, es importante que el personal sanitario esté formado y sea conocedor de las diferencias que pueden existir entre los diferentes colectivos de población que pueden atender en los centros sanitarios. Un conocimiento más profundo del inmigrante llevará a una mejor atención. Sería preciso establecer cursos de formación continuada en inmigración y salud en los profesionales sanitarios.

Hay que hacer énfasis en las actividades preventivas. Sobre todo hay que incidir en las actividades preventivas en salud materno-infantil, como la cobertura vacunar infantil y adoptar medidas para disminuir el riesgo de caries. Hay que potenciar la figura de la mujer como cuidadora de la salud de su familia y aprovechar todos los contactos con el sistema sanitario para mejorar la educación sanitaria de los inmigrantes y llevar a cabo las prácticas preventivas.

Igualmente tendría que favorecerse la creación y mantenimiento de redes de apoyo sociales para los inmigrantes, siendo una herramienta que mejoraría la salud mental de la población inmigrante.

Hay una serie de enfermedades infecciosas que son más prevalentes en los países de origen que en Cataluña. Quizás sería adecuado incluir técnicas de cribado con el fin de detectarlas de forma precoz, especialmente nada más llegar al país. De esta manera, el desarrollo de protocolos o guías de práctica clínica en el manejo del recién-llegado podrían ser adecuados para mejorar la atención y la práctica clínica y centrarse más en el paciente.

Se tendría que validar y adaptar instrumentos para los diferentes colectivos de inmigrantes, ya que los valores que se tienen en cuenta en la población autóctona podrían no ser válidos para algunas de las poblaciones inmigrantes.

## **Mejora del conocimiento y de las evidencias**

La investigación, pues, se hace imprescindible para aportar evidencias que hagan avanzar en el conocimiento tanto para orientar las políticas sanitarias como para mejorar la atención al inmigrante.

Es preciso que los estudios que se desarrollen aporten las evidencias necesarias en estos campos. Por eso, tendrían que ser de calidad, y comparar con la población autóctona para conocer tanto las diferencias de la población inmigrante como de la población autóctona.

Se tendría que tener en cuenta a la población inmigrante en estudios de salud representativos de la población general. Si bien la cantidad de inmigrantes incluidos y la heterogeneidad de estos colectivos no se han tenido en cuenta para conseguir una potencia estadística que permita obtener información precisa, sería interesante explorar los datos de utilización de los servicios sanitarios. Dado que el acceso a los servicios sanitarios parece ser uno de los aspectos cruciales de la equidad en la provisión de servicios al colectivo inmigrante, parece recomendable que se realice un esfuerzo especial en las próximas ediciones de las encuestas de salud para estudiar este aspecto.

Otra característica importante a tener en cuenta es la heterogeneidad que puede haber en la población de estudio, por los diferentes orígenes migratorios. Este hecho hace que el tamaño muestral necesario aumente, cosa que permite conseguir representatividad suficiente para estudiar características particulares de algunos colectivos.

A la hora de hacer comparaciones es muy importante evitar los sesgos de selección y cuando menos, evitar conclusiones que no salgan de los resultados del estudio. Hay que tener en cuenta que el hecho de ser "inmigrante" asociado a los problemas legales y éticos que comporta es una limitación que afecta la selección de los casos, la determinación de los denominadores y la comparación con grupos de control. Con el fin de reducir los sesgos de selección hay que disponer de registros adecuados y de esta forma obtener muestras lo más representativas posibles de las poblaciones de estudio. Se hace necesario la disponibilidad de buenos registros. No obstante, en aquellos casos en que es difícil llegar a la población diana por la falta de registros, podría ser de utilidad realizar un muestreo en bola de nieve.

Es importante tener en cuenta que el enfoque de los estudios desde la perspectiva de las desigualdades sociales en salud y de género es imprescindible para determinar qué parte de sus necesidades es atribuible a estos condicionantes.

Es necesario conocer los hábitos alimenticios de los colectivos de inmigrantes para adecuar las prescripciones dietéticas y los planes de educación alimenticia respetando el valor cultural o religioso de la alimentación. No hay evidencia que corrobore que las prácticas alimenticias de estas comunidades sean deficientes y tendría que evaluarse con estudios adecuados y así valorar la necesidad o no de intervenciones.

Son escasas las investigaciones que abordan la perspectiva del profesional de la salud, y hay un déficit en el conocimiento de la relación personal sanitario–usuario y la perspectiva del colectivo

de inmigrantes. Tiene que tenerse en cuenta que esta carencia tiene implicaciones importantes ya que no se conoce qué prioridad tiene la salud dentro de los problemas de los colectivos de inmigrantes, cosa que afecta su comportamiento y motivación en programas preventivos y en la búsqueda de asistencia sanitaria. La perspectiva del colectivo inmigrante incluye también conceptos sobre la salud y la enfermedad y sobre el propio cuerpo que permiten diferenciarlos de los de la población autóctona. Conocer las perspectivas de los inmigrantes sería una de las prioridades más importantes a la hora de diseñar los programas de salud adaptados a sus necesidades.

La efectividad de las actividades preventivas y terapéuticas en relación con los inmigrantes es una línea de investigación poco explotada, incluyendo actuaciones como la utilización de mediadores culturales que pueden facilitar la comprensión entre el inmigrante y el profesional sanitario, y mejorar su atención.

Tendría que tenerse en cuenta a la población inmigrante en estudios de salud representativos de la población general. El sobremuestreo de determinadas poblaciones de inmigrantes, según la necesidad de llevar a cabo intervenciones específicas, representa una posible solución en encuestas poblacionales.

Los registros sanitarios tendrían que incluir variables específicas que permitan analizar el patrón de morbilidad y mortalidad de la población inmigrante en Cataluña. Puede ser necesario establecer una manera de medir los antecedentes culturales y migratorios a partir de una combinación de datos.

La investigación en la salud de los inmigrantes, sus costumbres, las diferencias con la población autóctona, etc., permitirá determinar la magnitud de los problemas de salud, identificar estrategias efectivas para mejorar el acceso a los servicios sanitarios y de cumplimiento de planes preventivos o terapéuticos, así como mejorar la atención de los recién llegados.



## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998;316(7140):1310-3.
2. Pons SO, Benito OE, Catalan FG, Roca SP, Proenza AA, Garau L, I et al. Prevalencia del consumo de tabaco en Mallorca. *Gac Sanit* 1992;6(28):25-9.
3. Sanchez V, Rohlfis I, Borrás JM, Borrell C. Migration within Spain, level of education, and cervical cancer screening. *Eur J Cancer Prev* 1997;6(1):31-7.
4. Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria* 2002;29(8):463-8.
5. 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(5):314-8.
6. Kaplan A. Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones. (Ponencia presentada al II Congreso sobre la Inmigración en España. Celebrado los días 5 a 7 de Octubre, en la Universidad Pontificia Comillas, Madrid). 2000. [en línea]. URL disponible en: <http://www3.upco.es/pagnew/iem/newweb/actividades/CD/documentos/adr.pdf> Fecha de acceso: 20-11-03.
7. Abad I, González A, Moya MJ, Palau P, Taberner F, Navarro E et al. Sensibilidad de los registros hospitalarios en la identificación de la población inmigrante. Comunicación oral, presentada en: VIII Congreso Nacional de Documentación Médica, Gijón 5 y 6 de junio. *Pap Med* 2003;12(2):63.
8. Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población inmigrante marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. *Ofrim Suplementos* 1999;185-94.
9. La salut dels immigrants (Informe 2001). Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1995-99. Barcelona: Servei d'Informació Sanitària, Institut Municipal de la Salut Pública. 2002.
10. Tobias A, Soriano JB, Chinn S, Anto JM, Sunyer J, Burney P et al. Symptoms of asthma, bronchial responsiveness and atopy in immigrants and emigrants in Europe. *European Community Respiratory Health Survey*. *European Respiratory Journal* 2001;18(3):459-65.
11. Terraza S, Pujol T, Gascon J, Corachan M. Neurocisticercosis: ¿una enfermedad importada? *Med Clin (Barc)* 2001;116(7):261-3.
12. Zubero SZ, Santamaria Jauregui JM, Munoz SJ, Teira CR, Baraia-Etxaburu AJ, Cisterna CR. Enfermedades importadas "tropicales": experiencia de una consulta especializada en un hospital general. *Rev Clin Esp* 2000;200(10):533-7.
13. Diaz J, Igual R, Alonso MC, Moreno MJ. Estudio de parasitismo intestinal en inmigrantes de la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana) [carta]. *Med Clin (Barc)* 2002;119(1):36.
14. Font PC, Ruiz Postigo JA, Munoz BC, Pardos AF, Corachan CM. Neurocisticercosis en España. A propósito de 4 casos observados en pacientes inmigrados de países endémicos. *An Med Interna* 1999;16(2):89-91.
15. Roca C, Balanzo X, Gascon J, Fernandez-Roure JL, Vinuesa T, Valls ME et al. Comparative, clinico-epidemiologic study of *Schistosoma mansoni* infections in travellers and immigrants in Spain. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 2002;21(3):219-23. Madrid. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 2001;20(8):591-3.
16. Huerga H, Lopez-Velez R. Imported malaria in immigrant and travelling children in
17. Valles X, Sanchez F, Panella H, Garcia dO, Jansa JM, Cayla JA. Imported tuberculosis: an emerging disease in industrialised countries [Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados]. *Med Clin (Barc)* 2002;118(10):376-8.
18. Roca C, Balanzo X, Fernandez-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascon J et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002;119(16):616-9.
19. Bartolome RM, Balanzo F, X, Roca SC, Ferrer AP, Fernandez Roure JL, Daza LM. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)* 2002;119(10):372-4.
20. Miguelez M, Amerigo MJ, Perera A, Rosquete J. Imported paracoccidiodomycosis. Apropósito de 2 casos [Paracoccidiodomycosis de importación. A propósito de dos casos] [carta]. *Med Clin (Barc)* 1995;105(19):756.
21. Vilalta E, Gascon J, Valls ME, Corachan M. Anquilostomiasis y strongiloidiasis: estudio comparativo clinicoepidemiológico en viajeros procedentes de áreas endémicas. *Med Clin (Barc)* 1995;105(8):292-4.
22. Cabezas J, Duran E, Trevino B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1995;104(2):45-8.
23. Soriano V, Gutierrez M, Tuset C, Martinez-Zapico R, Ortiz dL, Aguilera A et al. A multicenter study of infection with human immunodeficiency virus type-2 (HIV-2) in Spain (1991). The Spanish Group for the Study of HIV-2 [Estudio multicéntrico de

- la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2) en España (1991)]. *Med Clin (Barc)* 1993;100(14):531-5.
24. Ramos JM, Pastor C, Masia MM, Cascales E, Royo G, Gutierrez-Rodero F. Health in the immigrant population: prevalence of latent tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus and syphilis infection [Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21(10):540-2.
  25. Orcau A, García de Olalla P, Caylà JA. La tuberculosis a Barcelona. Informe 2001. Programa de prevenció i control de tuberculosi de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública. 2003.
  26. Romea LS, Duran PE, Cabezos OJ, Bada Ainsa JL. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. *Med Clin (Barc)* 1997;109(17):656-60.
  27. Holguin A, Aracil B, Alvarez A, Barros C, Soriano V. Prevalence of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) non-B subtypes in foreigners living in Madrid, Spain, and comparison of the performances of the AMPLICOR HIV-1 MONITOR version 1.0 and the new automated version 1.5. *J Clin Microbiol* 2001;39(5):1850-4.
  28. García de Olalla P, Lai A, Jansa JM, Bada JL, Cayla JA. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 2000;14(3):189-94.
  29. Salinas SC, Altube UL, España Yandiola PP, Capelastegui SA, Quintana Lopez JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. *Arch Bronconeumol* 2002;38(11):506-10.
  30. Vall MM, Arellano E, Armengol P, Escriba JM, Loureiro E, Saladie P et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20(4):154-6.
  31. Lopez DM, Camara MM, Santamaria JM, Zubero Z, Baraia-Etxaburu J, Munoz J. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2001;117(17):654-6.
  32. Perez Arellano JL, Hernandez GA, Sanz PO, Moreno Maroto AA. Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa [carta]. *Med Clin (Barc)* 2002;118(1):38.
  33. García VJ, Lopez d, V, García de Olalla RP, Barnes V, I, Cayla Buqueras JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(3):197-208.
  34. Rivas Clemente FP, Nacher CM, Corriero MJ, García-Herreros Madueno MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000;114(7):245-9.
  35. Gaspar G, Lopez-Gay D, Castilla V, Condes E. Características clinicoepidemiológicas de los pacientes recién diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [carta]. *Med Clin (Barc)* 2002;119(6):238-9.
  36. Chirveches PE, Peleato C, Cabello Diaz MS, Torne CJ. Enfermedad tuberculosa en inmigrantes de la comarca del Garraf [carta]. *Aten Primaria* 2001;28(7):508-9.
  37. Huerga H. Infección tuberculosa en inmigrantes procedentes de América Latina [carta]. *Med Clin (Barc)* 2002;119(3):117.
  38. Martín V, Cayla JA, Moris ML, Alonso LE, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. *Rev Esp Salud Publica* 1997;71(3):269-80.
  39. Holguin A, Alvarez A, Soriano V. High prevalence of HIV-1 subtype G and natural polymorphisms at the protease gene among HIV-infected immigrants in Madrid. *AIDS* 2002;16(8):1163-70.
  40. García-Samaniego J, Soriano V, Enriquez A, Lago M, Martínez ML, Munoz F. Hepatitis B and C virus infections among African immigrants in Spain. *Am J Gastroenterol* 1994;89(10):1918-9.
  41. Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosis de Barcelona. La Tuberculosis a Barcelona. Informe 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona. 2000.
  42. Raviglione MC, Sudre P, Rieder HL, Spinaci S, Kochi A. Secular trends of tuberculosis in western Europe. *Bulletin of the World Health Organization* 1993;71(3-4):297-306.
  43. Toro C, Soriano V, Tuset C, Aguilera A, Caballero E, de Lejarazu RO et al. Infection with retroviruses other than HIV-1 in Spain: a retrospective analysis for HIV-2, HTLV-I, and/or HTLV-II. *HIV Clinical Trials* 2002;3(5):397-402.
  44. Soriano V, Gutierrez M, Vallejo A, Aguilera A, Pujol E, Calderon E et al. Epidemiology of HTLV-I infection in Spain. HTLV Spanish Study Group. *International Journal of Epidemiology* 1996;25(2):443-9.
  45. Soriano V, Calderon E, Esparza B, Cilla G, Aguilera A, Gutierrez M et al. HTLV-I/II infections in Spain. The HTLV-I/II Spanish Study Group. *International Journal of Epidemiology* 1993;22(4):716-9.
  46. Alvarez M, García F, Martínez NM, García F, Bernal C, Vela CM et al. Introduction of HIV type 1 non-B subtypes into Eastern Andalusia through immigration. *Journal of Medical Virology* 2003;70(1):10-3.
  47. Holguin A, Rodes B, Dietrich U, Soriano V. Human immunodeficiency virus type 1 subtypes circulating in Spain. *J Med Virol* 1999;59(2):189-93.
  48. Lopez-Velez R, Turrientes C, Gutierrez C, Mateos M. Prevalence of hepatitis B, C, and D markers in sub-Saharan African immigrants. *J Clin Gastroenterol* 1997;25(4):650-2.
  49. Ramos Rincon JM, Escolano Hortelano CM, Masia CM, Gutierrez RF. Disseminated cryptococcosis in Colombian immigrants infected with HIV.

- Emerging problem? [Criptococosis diseminada en inmigrantes colombianos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana] [carta]. *Med Clin (Barc)* 2003;120(13):518.
50. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria 1999. Barcelona: Programa de prevenció i Control de la Tuberculosi, Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya. 2000.
  51. Huerga H, Lopez-Velez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21(9):830-4.
  52. Caminero JA, Diaz F, Rodriguez dC, Pavon JM, Esparza R, Cabrera P. The epidemiology of tuberculosis in Gran Canaria, Canary Islands, 1988-92: effectiveness of control measures. *Tuber Lung Dis* 1995;76(5):387-93.
  53. Vallejo A, Gutierrez M, Soriano V. HTLV-III infection among immigrants to Spain [carta]. *Vox Sang* 1994;67(1):79-80.
  54. Fernandez Sanfrancisco MT, Diaz PJ, Sanchez Romero JM, Perez FA, Vadillo AJ. Prevalencia de infección tuberculosa en la población de inmigrantes en Ceuta, España. *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(6):551-8.
  55. Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la FL. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001;13(5):677-82.
  56. Tarrago D, Lopez-Velez R, Turrientes C, Baquero F, Mateos ML. Prevalence of hepatitis E antibodies in immigrants from developing countries. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19(4):309-11.
  57. Palomo PM, Rodriguez Martin-Millares C, Ayerbe Mateo-Sagasta T. Un estudio de contactos de tuberculosis en inmigrantes marroquíes. *Rev Esp Salud Publica* 1996;70(3):345-9.
  58. Huerga H, Lopez-Velez R, Navas E, Gomez-Mampaso E. Clinicoepidemiological features of immigrants with tuberculosis living in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19(3):236-7.
  59. Malcorra JJ, Balda MI, Campo C, Mataix R, Molero T, Castro E. Hemoglobinopatías y talasemias en la colonia hindú afincada en las islas Canarias. *Sangre (Barc)* 1993;38(4):342.
  60. Serra ME, Castell S, Ribas L, Torres T, Serra LI, Bolívar I. Aproximación a los hábitos alimentarios de la población inmigrante de origen africano residente en Mataró. Comunicación oral, presentada en III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), celebrado en Las Palmas de Gran Canaria del 25 al 28 de Noviembre de 1998. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 1999;143-6.
  61. Montoya Saez PP, Torres Cantero AM, Torija Isasa ME. La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Aten Primaria* 2001;27(4):264-70.
  62. Aparicio A, Munoz G, Alarcon D, I, Ortega Dominguez JA. Inmigración, nuevas enfermedades: tetania hipocalcémica nutricional [carta]. *Aten Primaria* 2002;30(10):662.
  63. Serra-Prat M, Diaz E, Verde Y, Gost J, Serra E, Puig DM. Prevalencia del déficit de yodo factores asociados en escolares de 4 años. *Medicina Clinica* 2003;120(7):246-9.
  64. Parrilla F, Cardenas DP, Vargas DA, Cardenas A. El ayuno del Ramadán y una unidad de urgencias [carta]. *Aten Primaria* 2003;32(1):61-2.
  65. Varela J. El IMAS en la atención sanitaria de los inmigrantes en Barcelona [apuntes]. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003. Ref ID:
  66. Armadá MI, Alonso T, Alonso P. Aspectos epidemiológicos de los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Toko-Gin Pract* 2002;61(3):125-33.
  67. Nieto G, V, Nieto Garcia MA, Lacalle R, Jr., Abdel-Kader ML. Salud oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(6):541-9.
  68. Herrero M, González E, Valverde T, Caballero L. Utilización del cuestionario PRIME-MD® para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes [carta]. *Med Clin* 2003;18(117):719.
  69. Martínez MF, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema* 2001;13(4):605-10.
  70. Pertiñez MJ, Viladas JL, Clusa GT, Menacho P, I, Nadal GS, Muns SM. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002;29(1):6-13.
  71. Cañavate J. Los efectos de la inmigración en el campo de la salud en la Región de Murcia. *Anales de Historia Contemporánea* 2002;18:175-90.
  72. Ganduxer D, Villalbi JR. Asistencia médica y cobertura vacunal de los hijos de mujeres de origen filipino. *An Esp Pediatr* 1993;39(3):235-9.
  73. Esteban ML, Díaz B. La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao). Bilbao: Fundación EDE. 1997. Informe Núm.13.
  74. Sanz B, Schumacher R, Torres AM. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud? *Ofrim Suplementos* 1998;16:15-24.
  75. Salazar A, Navarro-Calderon E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev Esp Salud Publica* 2003;77(6):713-23.
  76. 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(1):25-8.

77. Cots F, Castells X, Olle C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16(5):376-84.
78. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil JG, Sagardui Villamor JK, Gonzalez LE, Martinez RR, Orden MB. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria* 2000;25(9):634-8.
79. Rodríguez A, Gonzalez E, Herrero M. Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria [carta]. *Med Clin (Barc)* 1999;113(14):556-7.
80. Roca SC, Balanzo F, X, Fernandez Roure JL, Pujol RE, Corachan CM. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos en la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999;112(6):215-7.
81. Espinosa JM, Carrasco A, Muñoz F. Aplicación de la estrategia de riesgo al programa materno-infantil en in centro de salud. *Atencion Primaria* 1997;19(7):362-6.
82. Jauma Pou RM, Vinamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Atencion Primaria* 1994;13(6):283-9.
83. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health* 2000;54(6):478-9.
84. Burrahay K. Jornades catalanes sobre salut i migració. 1999.[en línea]. URL disponible en: <http://www3.gencat.es:81/joventut/docs/migracio.pdf> Fecha de acceso: 25-8-03.
85. Kaplan A, Investigadora principal. Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España: retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias. Memoria Final de Investigación. Vol. I. Bellaterra, Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, Universidad Autònoma de Barcelona. 2002.
86. Condiciones de vida y necesidades de la población inmigrante beneficiaria del programa Rainbow Iniciativa Comunitaria empleo integradosfavorecidos en la Comunidad de valencia. *Ofrim Suplementos* 2000;189-207.
87. Oliván GG. Evaluación del estado de salud y Nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr* 2000;53(1):17-20.
88. Bonet AM, Lopez SN, Besora AR, Herrero PS, Esteban TE, Seidel P, V. Raquitismo en inmigrantes asiáticos en período puberal. *An Esp Pediatr* 2002;57(3):264-7.
89. Ramos M, Garcia R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001;15(4):320-6.
90. Rivas-Clemente FP, Nacher-Conches M, Corrillero-Martin J, Velez-Reyes S, Huerta-Galindo L. Resultados de un programa de búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes magrebíes: aceptabilidad y adhesión. *Aten Primaria* 1999;24(7):411-6.
91. Castillo S, Mazarrasa L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. *Ofrim Suplementos* 2001;(8):99-112.
92. Cachón L. Segregación sectorial de los inmigrantes en el mercado de trabajo en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 1997;(10):49-73.
93. Sole C. Immigració econòmica [apunts]. Curs de formació per a professionals sobre les polítiques d'immigració a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003. Ref ID:
94. Holgado I. Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona. Migración y cambio social. Número extraordinario dedicado al III Coloquio Internacional de Geocrítica del 28-31 de mayo de 2001. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* [en línea] 94(100). Barcelona: Universitat de Barcelona. 2003.[en línea]. URL disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-100.htm> Fecha de acceso: 30-9-03.
95. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):936-44.
96. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: SAPPRI (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados); 2002.
97. Garcia-Campayo J, Sanz CC. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118(5):187-91.
98. Stevens AF, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998;316(7142):1448-52.
99. II Informe sobre immigració i treball social. Barcelona: Àrea de Serveis Socials, Diputació de Barcelona; 1997.
100. Salas J, Diez F, Puerta J, Zambrana JL, Delgado M, Rivera F et al. Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gac Sanit* 2003;17(4):312-5.
101. Solas O, Ugalde A, editores. Inmigración salud y políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.

## Anexo. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

---

Núm. Ref Man: \_\_\_\_\_

Iniciales revisor/a: \_\_\_\_\_

### 1. Identificación del documento

Referencia bibliográfica:

Tipo de publicación o documento:

- Article original
- Tesis o tesina
- Participación en reunión científica
- Informe técnico
- Proyecto de investigación
- Otros (especificar):

Lista de temas tratados

Ponga un 1 al tema principal y un 2 a todos los que considere secundarios.

<p><b>Características de la población inmigrante</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Demografía</li><li><input type="checkbox"/> Situación familiar</li><li><input type="checkbox"/> Situación laboral</li><li><input type="checkbox"/> Otros (especificar):</li></ul> <p><b>Perspectiva del colectivo de inmigrantes sobre aspectos que afectan a su salud;</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Percepción de la salud</li><li><input type="checkbox"/> Otros (especificar):</li></ul> <p><b>Estado de salud, morbilidad y mortalidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hábitos y conductas relacionados con la salud</li><li><input type="checkbox"/> Salud mental</li><li><input type="checkbox"/> Salud de la mujer y salud reproductiva</li><li><input type="checkbox"/> Salud materno-infantil</li><li><input type="checkbox"/> Nutrición</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedades de origen o importadas</li><li><input type="checkbox"/> Otros (especificar):</li></ul>	<p><b>Utilización de los servicios sanitarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Conocimiento del sistema</li><li><input type="checkbox"/> Accesibilidad</li><li><input type="checkbox"/> Aceptabilidad</li><li><input type="checkbox"/> Utilización del sistema público-privado</li><li><input type="checkbox"/> Utilización de medicina alternativa/tradicional</li><li><input type="checkbox"/> Motivos de consulta o diagnósticos</li><li><input type="checkbox"/> Prácticas preventivas (especificar):</li><li><input type="checkbox"/> Prácticas de prevención colectiva</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Relación personal sanitario-paciente inmigrante (especificar):</p> <p><input type="checkbox"/> Perspectiva del personal sanitario (especificar):</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar):</p>
--	--

## 2. Datos del estudio

**Situación problemática planteada** (inquietud intelectual que ha llevado al investigador a hacer el estudio. Por ejemplo: existe una tendencia a asociar el aumento de la inmigración económica con el incremento en el riesgo de contagio por HIV en España):

**Objetivos** (finalidad del estudio. Por ejemplo: establecer la relación existente entre el aumento de la inmigración económica y el aumento de riesgo de contagio por HIV en la población española):

**Hipótesis específica (a contrastar) u objetivos específicos** (relación que los autores establecen entre dos o más variables dependientes e independientes que intentan contrastar en el estudio. Por ejemplo: el incremento de la inmigración económica no supone un incremento en el riesgo de contagio por HIV en la población española):

Ámbito del estudio:  Cataluña  Resto del Estado español  Todo el Estado  Otros países

Localidad, comarca, provincia, comunidad autónoma... donde se lleva a cabo el estudio:

Según su criterio, como definiría el ámbito donde se lleva a cabo el estudio:

1. Grandes ciudades:  (Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla, Málaga, Zaragoza, Valencia).
2. Ciudades:  (Terrassa, Sabadell, Alcalá de Henares, Granada...).
3. Pueblos, barrios de ciudades:
4. Otros:  Poblaciones especiales (por ejemplo prisiones, hospitales concretos...)

Años en que se llevó a cabo el estudio:

Población de donde se obtiene la muestra del estudio:

Población general:

Población con segregación. Muestra estratificada:

Sexo: 1.Hombres  2.Mujeres   
Edad: 1.Niños (<18 a)  2.Adultos (18-64 a)  3.Ancianos (65 a o más)

Inmigrantes  Autóctonos

Procedencia de los inmigrantes:

1.Comunitaria  2.Hospitalaria  3.Reclusos

"Comunitaria" correspondería a la población en general, no institucionalizada (es decir, con vida autónoma, no en centros psiquiátricos, prisiones, residencias geriátricas). "Hospitalaria" correspondería a estos estudios desarrollados en personas ingresadas o que pasan la mayor parte de su tiempo en hospitales. También es hospitalaria la incluida en centros psiquiátricos y geriátricos. "Reclusos" incluiría la población reclusa.

Otras características:

Tamaño de la muestra (N) =

Estrategia temporal:  Longitudinal;  Transversal

Variables: Criterio de definición de variables principales (dependientes e independientes?):

-  
-  
-

Técnica de recogida de datos:

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| 1. Historias clínicas <input type="checkbox"/>  | 2. Revisión literatura <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> Cualitativa  |
| 3. Cuestionarios <input type="checkbox"/>       | 4. Informadores clave <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> Cuantitativa |
| 5. Reunión de expertos <input type="checkbox"/> | 6. Entrevistas en profundidad <input type="checkbox"/> |                                       |
| 7. Grupos focales <input type="checkbox"/>      | 8. Extracción de muestras <input type="checkbox"/>     |                                       |
| 9. Otros:                                       |  |                                       |

---

Tipo de estudio:

1. Revisión historias clínicas     2. Estudio de casos   
3. Encuesta poblacional     4. Casos y controles   
5. Estudio de cohortes     6. Ensayos clínicos aleatorios   
7. Otros (especificar):

---

Institución que impulsa el estudio:

1. Proyecto personal   
2. Asociaciones, colectivos de inmigrantes   
3. EAP, agencias de salud pública, hospitales   
4. Fundaciones, universidades   
5. Ayuntamientos, diputaciones   
6. Gobiernos regionales, estatales

Pública

Privada

No consta

Observaciones:

## Resultados principales relativos a los temas tratados

### 3. Otros registros de interés (para cualquier tipo de documentos)

#### Comentarios de los autores del documento

- Argumentaciones explicativas principales y secundarias (hipótesis generales); fortalezas y limitaciones metodológicas (si es un estudio), recomendaciones, etc

#### Comentarios de los revisores del documento

- Argumentaciones explicativas principales y secundarias no explícitas por los autores  
- Fortalezas y limitaciones metodológicas (validez o sesgos) no explícitos por los autores  
- Otros temas o hallazgos interesantes no señalados por los autores

#### Observaciones sobre las referencias

- Revisar las referencias bibliográficas para:
- Buscar otros documentos
  - Contactar con otra persona o institución

a.

b.





## INFORMES DE EVALUACIÓN AATRM

- Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. **Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004 (catalán y castellano)
- Joan MV Pons. **Decisiones informadas: una (e)lección de sexo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2003 (catalán y castellano)
- Oriol de Solà-Morales, Josep M. Elorza. **Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2003 (catalán y castellano)
- Roger Pla, Joan MV Pons, Juan R. Gonzalez, Josep M. Borràs. **¿Hay niveles asistenciales en cirugía oncológica? ¿Los que más hacen, lo hacen mejor? Informe sobre la relación entre volumen de procedimientos y resultados en cirugía oncológica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán y castellano)
- Navarro MD (coordinación), Sánchez E, Aymerich M, Guillamón I, Espallargues M, Pons JMV. **Proceso de evaluación de los proyectos de investigación presentados a la convocatoria de La Fundació La Marató de TV3 sobre el SIDA.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán y castellano)
- Gallofré M. **Neuroradiología terapéutica en la patología vascular cerebral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán)
- Estrada M.D. **Estado del conocimiento sobre la electroestimulación medular de doble electrodo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán)
- Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E i Comas M. **Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas y artroplastia de cadera y tobillo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero de 2003 (catalán)
- Oliva G, Estrada M.D. **Tratamientos de hiperestimulación ovárica controlada en las técnicas de reproducción humana asistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2002 (catalán)
- Oliva G. **Ciclo de tratamiento en las técnicas de reproducción humana asistida. Delimitación del concepto.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2002 (catalán)
- Unidad de investigación. **Principales centros de investigación en ciencias de la salud en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2002 (catalán, castellano e inglés)
- Estrada M.D. **Pacientes con respuesta baja a la hiperestimulación ovárica controlada en la reproducción humana asistida. Definición, factores de pronóstico y posibles abordajes.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2002 (catalán)
- Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Oftalmología (SCO). **Cirugía de catarata: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
- Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica i Traumatología (SCCOT). **Liberación del túnel carpiano: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
- Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica i Traumatología (SCCOT). **Artroscopia de rodilla: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
- Oliva G, Vilarasau J, Martín-Baranera M. **La valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes: práctica**

Indicar el informe de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques que quiera recibir:

Título: \_\_\_\_\_

Idioma:  catalán  castellano  inglés

Datos del solicitante

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

- y opinión de los profesionales implicados. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán y castellano)
- Estrada MD. **El antagonista Cetrorelix vs los agonistas de la hormona de liberación gonadotropínica (GnRH). Eficacia, seguridad y coste de la supresión hipofisaria para la reproducción humana asistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán)
  - Alonso C, Cisnal M, García D, Grau I, Onaga H, Pallarés R. **Epidemiología de la resistencia bacteriana en el área del Baix Llobregat.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán y castellano)
  - Pons JMV. **El trasplante de hígado en donante vivo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero de 2002 (catalán y castellano)
  - Estrada M.D, Parada I. **Registro de equipamientos de tecnología médica en Catalunya (31 de octubre de 2000).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre de 2001 (catalán y castellano)
  - Larizgoitia I. **Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2001 (catalán y castellano)
  - Almazán C, Espallargues M. **Fototerapia extracorpórea (fotoaféresis) para el tratamiento del Síndrome de Sézary y la enfermedad del injerto contra el huésped.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2001 (catalán y castellano)
  - Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. **Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2001 (catalán y castellano)
  - Estrada MD. **Síndrome de fatiga crónica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2001 (catalán)
  - Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. **Situación y abordaje de las listas de espera en Europa.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre de 2000 (catalán)
  - Picaza JM, Serra-Prat M, Gallo P. **El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el último mes de vida: el papel de los PADES.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2000 (catalán y castellano)
  - Serra-Prat M, Espallargues M, Gallo P, Torné E. **Prescripción de antiretrovirales en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2000 (catalán)
  - Gallo P, Serra-Prat M, Granados A. **Equidad en la provisión de servicios sanitarios en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2000 (catalán, castellano e inglés)
  - Pons JMV. **Membranas de alta permeabilidad en la hemodiálisis.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2000 (catalán)
  - Gallego R. **Tipo de agencias y estructuras presupuestarias: Análisis de la separación entre comprador y proveedor en la administración sanitaria catalana.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2000 (catalán, castellano e inglés)
  - Larizgoitia I, Estrada MD, García-Altés A. **FSH-recombinante como adjuvante en la reproducción asistida. Algunos datos sobre eficacia y eficiencia de la FSH recombinante en relación con la FSH de origen urinario.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Febrero de 2000 (catalán, castellano e inglés)
  - Serra Prat M. **Cribraje neonatal de la fibrosis quística.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 2000 (catalán)
  - Pons JMV. **El tratamiento de infusión subcutánea continua de insulina con bomba portátil en enfermos con diabetes tipo 1.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 2000 (catalán y castellano)
  - Estrada MD. **Eficacia y seguridad de la lipoplastia por ultrasonidos interna (o endotermólisis).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1999 (catalán y castellano)
  - Larizgoitia I. **Amigdalectomía: evidencia científica, práctica clínica e incertidumbres.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo 1999 (catalán y castellano)
  - Almazán C, Gallo P. **Evaluación de la aplicación de la telemedicina en neurocirugía: Beneficio clínico de la telemedicina. Evaluación económica de la telemedicina.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo 1999 (inglés)
  - Pons JMV. **Elementos para la mejora de la efectividad y la eficiencia en la sustitución protésica de cadera** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (catalán)
  - Pons JMV. **La elongación de extremidades en la acondroplasia.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (catalán)
  - Larizgoitia I. **Eficacia y efectividad del láser Holmium: Yag en cirugía ortopédica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo 1999 (castellano e inglés)
  - Almazán C. **El efecto de los campos electromagnéticos residenciales en la población infantil.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1999 (catalán)

- Tous F, Piqueras J. **Criterios mínimos de calidad de las exploraciones con tomografía computadorizada.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1998 (catalán)
- Jovell AJ, Aymerich M, García-Altés A, Serra-Prat M. **Guía de práctica clínica del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* asociada a la úlcera duodenal en atención primaria.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Setiembre 1998 (catalán)
- Aymerich M, García-Altés A, Jovell AJ. **Revisión de la evidencia científica de las implicaciones clínicas y económicas de la resistencia bacteriana a la vancomicina.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1998 (catalán)
- Aymerich M, Almazán C, Jovell AJ. **Evaluación de la ecografía obstétrica para el control del embarazo en la atención primaria.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1997 (catalán y castellano)
- Pons JMV. **La terapéutica inhalatoria con óxido nítrico.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1997 (catalán)
- Serra-Prat M, Aymerich M, Jovell E, Jovell A. **Eficacia y seguridad del tratamiento trombolítico en el tromboembolismo pulmonar.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1997 (catalán)
- Oliva G., Almazán C. **Análisis del MTI Photoscreener™ para la detección precoz de anomalías visuales en la infancia.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo 1997 (catalán y castellano)
- AHFMR, SBU, AATM, OSTEB, NHS-CRD. **Efectividad del cribaje con densitometría ósea y del uso del tratamiento hormonal sustitutivo y de la calcitonina de salmón inhalada en la osteoporosis.** I proyecto de colaboración internacional de la *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*. Edmonton: Canadá; Septiembre 1996 (castellano e inglés).
- Bos M, Carlsson P, Kooij S, Liapopoulos L, Sampietro-Colom L, Schilling J y el subgrupo "Technology Assessment and Insurance Coverage" del Proyecto EUR-ASSESS. **El papel de la evaluación de la tecnología médica en el establecimiento de políticas de cobertura de servicios: el caso del tratamiento invasivo en cardiología en cinco países europeos.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Diciembre 1996 (catalán e inglés)
- Pons JMV, Granados A. **El desfibrilador automático implantable: la experiencia catalana (1989-1995) y elementos en su evaluación.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1997 (catalán)
- Pons JMV, Jovell AJ. **Los trombolíticos sistémicos en el infarto cerebral agudo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Borràs JM, coordinador. **El cribaje de cáncer de mama en Cataluña: coste-efectividad, impacto asistencial y coste del tratamiento del cáncer de mama.** Barcelona: Institut Català d'Oncologia i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Pons JMV. **La revascularización transmiorcárdica con láser.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Aymerich M, Jovell AJ. **Revisión de la evidencia científica de los productos comerciales basados en los campos electromagnéticos.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Agosto 1996 (catalán y castellano)
- Sampietro-Colom L. **Queratectomía fototerapéutica con láser Excimer.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio 1995 (catalán y castellano)





**Miembro fundador de la Red  
Internacional de Agencias de  
Evaluación de Tecnología Médica  
(INAHTA)**



**Centro colaborador de la  
Organización Mundial de la Salud  
en Evaluación de Tecnología  
Médica**



**Miembro de la Red IRYSS. Red de  
investigación cooperativa para la  
Investigación en Resultados de  
Salud y Servicios Sanitarios**