

CAPÍTULO 7

Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones

Marisa Ros Collado, Carmen Ollé Rodríguez

"El reconocimiento del derecho de las poblaciones inmigrantes a disfrutar del nivel más elevado de salud física y mental, debería incluir el derecho a servicios de salud accesibles, el derecho a unas condiciones de trabajo y vivienda saludables y el derecho a una educación sanitaria aceptable"

Margaret Duckett¹

"Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria".

Declaración IV Alma-Ata

Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Exposición de motivos

1. CONSIDERACIONES

El fenómeno de la inmigración ha supuesto un impacto en la atención a la salud de la población. Los servicios sanitarios han sido planificados sin considerar la presencia de la población inmigrada que progresivamente ha ido en aumento y ha planteado nuevas necesidades en salud a las que se deben dar respuestas adecuadas en un entorno bio -psico-social², incluyendo el concepto de adaptación

¹Duckett, M. Migrant's Right to Health. UNAIDS-OIM. UNAIDS March 2001.

²Pincus T. Will racial and ethnic disparities in health be resolved primarily outside of standard medical care?. Ann Intern Med 2004;141:224-5.

mutua y teniendo en cuenta a las personas como elementos activos en relación a su salud. Todo ello implica nuevos retos.³

Hay que considerar la diversidad de la comunidad inmigrante según su origen, prestando atención a sus múltiples diferencias como son el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, los códigos de salud, la alimentación y el entorno entre otras. Estas diferencias determinarán la adaptación de algunas de las intervenciones a desarrollar en estos colectivos con el objetivo de favorecer su accesibilidad y garantizar una asistencia de calidad.⁴

La persona inmigrada suele ser joven, sana con gran iniciativa, capacidad de adaptación a los cambios, y una situación social, económica y laboral a menudo de características precarias. Actualmente las reagrupaciones familiares han comportado algunos cambios en el perfil de esta población.

Para aproximarnos a la población inmigrada en el contexto de la salud deberemos tener en cuenta algunos aspectos:

- La condición de género y las desigualdades de rol.⁵
- El propio trayecto migratorio (Cuadro 1).
- El valor de la salud no como una prioridad, excepto cuando ésta afecta la capacidad laboral. Son por lo general otras las prioridades que se anticipan a la salud relacionadas con el motivo que ha desencadenado la inmigración. El acceso y la utilización habitualmente en situaciones que podríamos caracterizar como agudas.
- La concepción del sistema de salud a partir del contexto de país de origen, por lo general basado en la atención hospitalaria.
- Un concepto de salud muy diverso en relación al síntoma, la enfermedad y el tratamiento.

³ Jansa, JM, G de Olaya, P Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos Gac San 2004;18:207-213.

⁴ A Position Paper of the American College of Physicians. Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Ann Intern Med 2004;141:226-232.

⁵ Maquiera V. Gregorio C y Gutierrez E., Políticas públicas, género e inmigración. En: Perez P. (ed.) También somos ciudadanas. Madrid:UAM, 2000; 370-442.

- La dificultad para la comprensión del concepto de prevención y en consecuencia a ello la capacidad de incorporar prácticas preventivas en salud.

Cuadro 1- Fases del proceso migratorio según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

FASES	HAY QUE CONSIDERAR
ORIGEN	El lugar de procedencia El motivo de la emigración Las relaciones que mantienen en el entorno de origen mientras están fuera
TRÁNSITO	Los lugares por donde pasan Como viajan Como se mantienen mientras viajan
DESTINO	El lugar a donde van Las actitudes que encuentra a la llegada Sus condiciones de vida y de trabajo en el nuevo país
RETORNO	Las comunidades a las que retornan Sus familias Sus recursos o la ausencia de ellos

También hay que destacar las situaciones de desigualdad que vive la población inmigrada como el desconocimiento, el déficit o la ausencia de derechos, el proceso del duelo migratorio, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, la dificultad para acceder a los recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local... que favorecen una mayor vulnerabilidad en su salud.⁶

El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se expresan entre la población inmigrante y dificultan el acceso al sistema sanitario en un contexto de normalidad. Pero también la diferencia cultural y los problemas de comunicación en un sentido amplio, más allá del idioma, favorecen que las demandas de la población inmigrada a los servicios sanitarios sean

⁶ Jansa JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades (editorial). Aten Primaria 2002;29:466-8.

inespecíficas, a menudo expresadas en forma de somatización y realizadas en los servicios urgencias de asistencia primaria y hospitalaria de forma recurrente e incluso itinerante.

Por otra parte la escasa formación de los profesionales en competencia cultural, la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y porque no, también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población, pueden contribuir a cronificar la sintomatología expresada, disconformidad en la persona atendida, impotencia del profesional, aumento de costes y frustración mutua.⁷

Como conclusión podemos deducir que las dificultades para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la comunicación repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en la utilización de los recursos sanitarios. Será importante identificar las barreras de acceso y las definiremos como restricciones internas y externas.

2. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS: RESTRICCIONES^{8 9}

Según Bollini y Siem¹⁰, los colectivos de inmigrantes “no sólo están expuestos a trabajos precarios y a pobres condiciones de vida, que, per. se, determinan un nivel de salud bajo, sino que además han visto como se reducían las facilidades de acceso a la salud, debido a razones políticas, administrativas y culturales, que no siempre están presentes para las poblaciones autóctonas y que además varían en diferentes sociedades y para según que grupos. Distintos conceptos de salud y enfermedad, lenguaje o la presencia de racismo son ejemplos de estas barreras selectivas”.

El conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que la persona disponga de una atención sanitaria adecuada definen las **restricciones de acceso a los servicios de salud.**

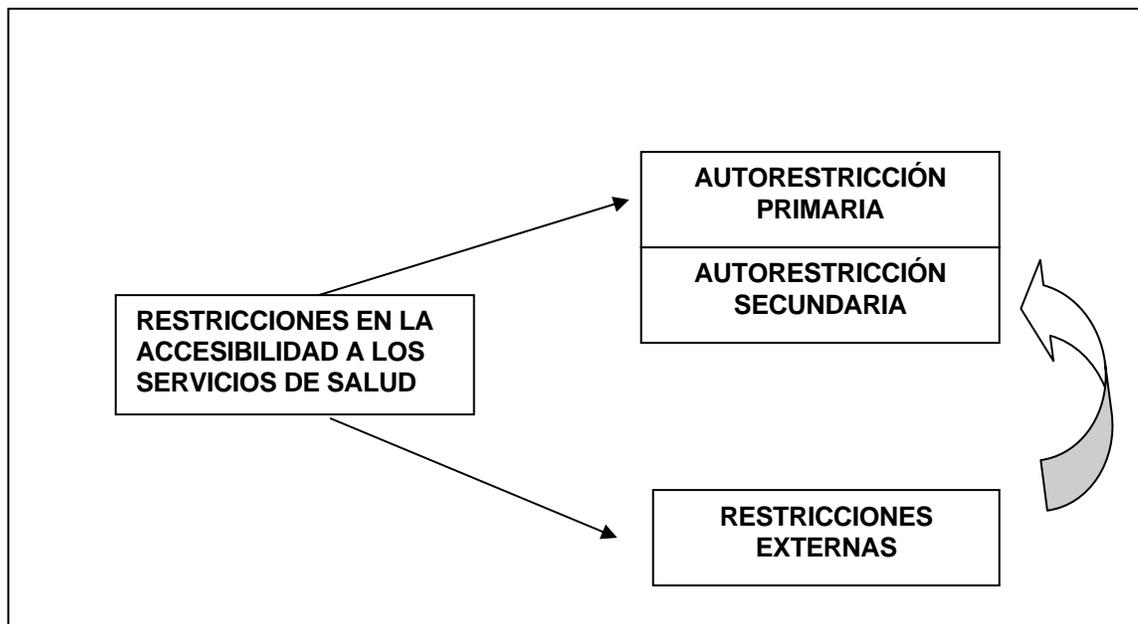
⁷ Els Immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxi, núm.16. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Octubre 2003.

⁸ Bada E. y col. Programas de salud comunitaria. En la atención primaria de salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Madrid,2002:323-356.

⁹ Pla M, Ros M, Fernández E, Pérez R, Llena A, Vega C. Sexualidad e imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa/participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães & Mercado, Francisco J. (orgs.) Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. trópolis/ Brasil:ed. Vozes, 2004: 410-442

El esquema que planteamos a continuación¹¹ no pretende realizar una identificación exhaustiva de barreras concretas, sino estructurar una clasificación de las mismas según su origen que nos permita diseñar estrategias destinadas no sólo a reducir barreras específicas sino a incidir en las causas que las generan.

Cuadro 2- Accesibilidad y restricciones



Las restricciones internas, son las que provienen del propio individuo, tendríamos en primer lugar lo que denominamos **auto restricción primaria** que consistiría en una serie de factores de carácter interno que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud. A partir de la percepción que la persona tiene de su situación y en función de lo que define como "actuación normal" puede darse una discrepancia con lo que los servicios de salud consideran necesario que hiciera. Esta diferencia de criterios se ve acentuada en la población inmigrante, dado que, entre otros factores se parte de unas definiciones de salud/enfermedad diferentes de las de la sociedad de acogida; la experiencia previa en los países de origen suele estar ligada a sistemas de salud con redes de

¹⁰Bollinl, P.; Siem, H. No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000, Soc.Sci. Med. Vol.41.

¹¹Ros M, Bada E. Restricciones internas y externas en la accesibilidad a los servicios de salud. 1^{er} Congreso Nacional de Salud Reproductiva y Forum de Salud y Sociedad. Sitges. Diciembre 1998.

atención primaria muy débiles y en muchas ocasiones falta una información clara sobre las posibilidades que brinda el sistema de salud del país de acogida. Es importante tener en cuenta que en este primer caso, la persona no tendría una vivencia de dicha restricción.

Las restricciones externas se manifiestan cuando ya se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud. Las **restricciones externas** pueden ser generadas por dificultades de carácter legal-administrativo (empadronamiento, tarjeta sanitaria...), estructurales (concertación de visita, pruebas complementarias, visitas de control...), desconocimiento del sistema sanitario, socio económicos (precariedad laboral, vivienda...), culturales (creencias, religión, tabú...), de comunicación (idioma, lenguaje no verbal, interpretaciones...) o de relación con el personal del centro (actitudes, estereotipos, tópicos...). Todos estos factores externos pueden generar a su vez un efecto de feedback negativo que provoque la aparición de una auto restricción de carácter interno, que también puede ser provocada por factores externos al sistema sanitario: la **auto restricción secundaria**. En este caso la persona sí define la necesidad de acudir a los servicios de salud, pero la experiencia previa (sea por razones objetivas o subjetivas) hace que decida no acudir.

3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR LAS RESTRICCIONES

La intervención se debería estructurar realizando proyectos tanto en el ámbito de la comunidad como en los servicios sanitarios que incidieran en la reducción de las restricciones.

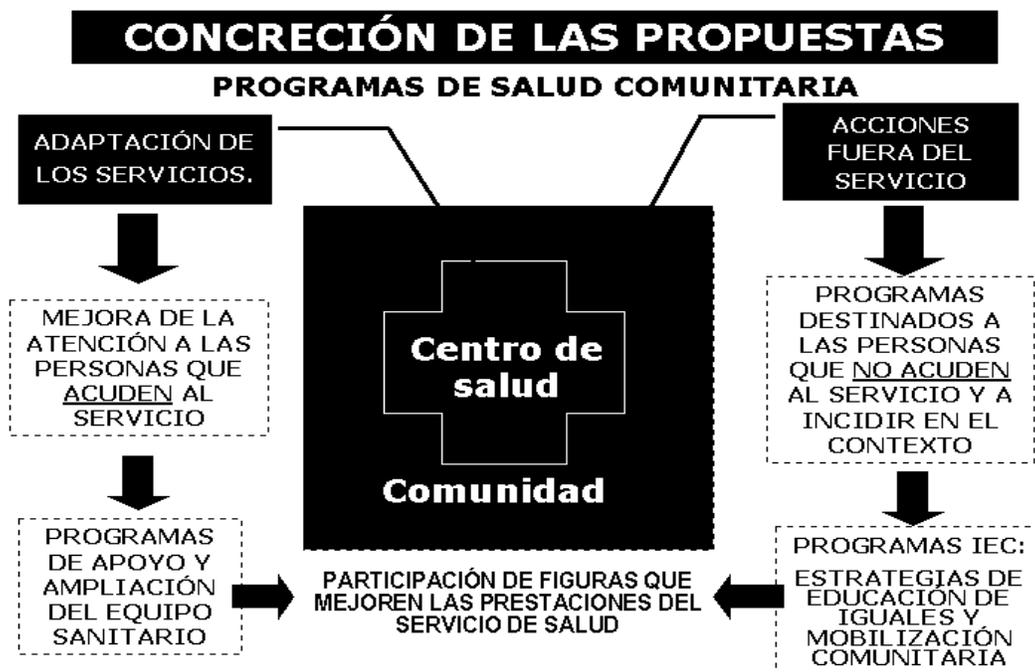
- Reducción de la auto restricción primaria:
 - Programas de salud comunitaria.
 - Programas de información sanitaria.
 - Acciones específicas conjuntas para inmigrantes llegados recientemente.
- Reducción de las restricciones externas y prevención de la auto restricción secundaria.
 - Formación en competencia cultural y medicina de la inmigración de los profesionales en activo y de los que se encuentran en período de formación.
 - Programas de salud comunitaria.

- Incorporación laboral de profesionales de procedencias diversas.
- Servicio de traductores-intérpretes, mediadores y agentes de salud comunitarios integrados a los equipos de salud.
- Formación específica para los equipos de salud.
- Políticas de carácter general adaptadas a las necesidades y oportunidades que plantea esta diversidad creciente

Los programas de acción en la comunidad, con la participación de la figura del agente de salud y la competencia cultural de los profesionales, serían las coordinadas que determinarían un mejor acceso y utilización de los servicios sanitarios y que permitirán actuar de forma directa en la reducción de barreras.

Una breve descripción de estos instrumentos nos aproximarán a como intervenir en la propuesta de soluciones:

3.1 PROGRAMAS DE ACTIVIDAD COMUNITARIA^{12 13}



¹² Bada E. y col. Programas de salud comunitaria. En la atención primaria de salud ante la población inmigrante. Fundación CESM. Madrid,2002:323-356.

Los programas de actividad comunitaria han de facilitar el acceso a los recursos de salud y a la información sanitaria a las personas inmigradas y especialmente a aquellas que se encuentran en una situación socio-sanitaria de mayor vulnerabilidad, para poder aumentar su autonomía y capacidad de decisión en relación a su salud.

Los objetivos operativos de los programas de salud comunitaria son:

- **La adaptación de los servicios de salud** para mejorar la atención de las personas que acuden a ellos. La respuesta pasará por la oferta de programas de formación en aspectos culturales y sanitarios específicos para los profesionales y también programas de apoyo y refuerzo.
- **La realización de programas externos**, destinados de forma prioritaria a la captación de la población inmigrada con más dificultades que no acude a los servicios sanitarios. Las acciones a desarrollar en la comunidad se deberían trabajar en la línea de programas de Información, Educación y Comunicación (IEC)¹⁴, fundamentados en las estrategias de educación de iguales

Para explicar esta estrategia, citamos a continuación un fragmento de una publicación del ONUSIDA¹⁵: *"Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas."*

La incorporación de nuevas figuras de distintas procedencias culturales en los servicios de salud como: la del traductor-intérprete, la del mediador, la del agente comunitario de salud

¹³ Pla M, Ros M, Fernández E, Pérez R, Llena A, Vega C. Sexualidad e imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa/participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães & Mercado, Francisco J. (orgs.) Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. trópolis/ Brasil:ed. Vozes, 2004: 410-442

¹⁴ O'Sullivan, G.A., Yonkier, J.A., Morgan, W., and Merritt, A.P. A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy, Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, March 2003.

¹⁵ Kerrigan, D. Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. ONUSIDA 1999:6.

y también la de personal sanitario de procedencias diversas en cuanto a país de origen considerando la presencia de población inmigrada.

Las actividades de los programas de salud comunitaria se desarrollan en cinco áreas fundamentales:

- El análisis de las necesidades objetivas y de las necesidades percibidas por la población y por los profesionales.
- El soporte a los equipos asistenciales.
- Los proyectos de información sanitaria y desarrollo de habilidades.
- La movilización comunitaria.
- La creación de redes entre profesionales inmigrantes y la sociedad civil.

Los programas de salud comunitaria han de contar con la participación de los profesionales y también de la población, y vincularse al entorno del agente comunitario de salud.

3.2 AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

Cuadro 4. Agentes comunitarios de salud.



Vale la pena aproximarnos con más detalle a estas nuevas figuras, todas ellas pueden tener en algunos momentos funciones similares relacionadas con la traducción, la interpretación cultural, la mediación o la promoción de la salud.

La definición de esta figura realizada por el Equipo de Salud Comunitaria¹⁶ UMTI-ICS /ACSAR-Creu Roja, de Drassanes, Barcelona en 1998 es la que nos puede aproximar mas al concepto de agente comunitario: *“un/una profesional, miembro de la comunidad con la que se trabaja, que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de que mejore la circulación de información, iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de ellas o de forma conjunta”*.

El trabajo del agente de salud se desarrollaría tanto en el centro de salud como en la comunidad, en torno a tres grandes ámbitos:

- El sociocultural
- El sanitario
- El comunitario

Ámbito socio-cultural con el objetivo de disminuir las dificultades provocadas por las diferencias culturales entre la población inmigrada y el personal sanitario. Las actividades principales serían:

- Traducción e interpretación.
- Mediación cultural tanto en el ámbito individual como colectivo.
- Formación del personal sanitario en competencia cultural, conocimientos y habilidades.
- Detección de dificultades de la comunidad para acceder y utilizar los servicios sanitarios y propuesta de soluciones elaboradas con el equipo.
- Acciones de información sobre aspectos de carácter social, laboral y legal-administrativo así como de recursos que puedan ofrecer soporte en estos temas.

Ámbito sanitario, con el objetivo de aumentar el nivel de información sanitaria y desarrollar habilidades individuales y grupales para reducir la vulnerabilidad del individuo y la comunidad ante las problemáticas de salud. Las actividades principales serían:

- Colaborar en la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones.

¹⁶ Equipo de Salud Comunitaria UMTI (Unitat de Malalties Tropicals i Importades) - ICS (Institut Català de la Salut) / ACSAR (Associació Catalana de Solidaritat i Ajuda al Refugiat) - Creu Roja de Drassanes, Barcelona.

- Dar a conocer y aproximar a la población los recursos de apoyo con que cuentan los servicios locales así como la propia comunidad (asociaciones, recursos administrativos, de soporte social...).

Ámbito comunitario, con el objetivo de favorecer el tejido social de las comunidades. Las actividades principales serían:

- Mejorar los circuitos de información con las comunidades.
- Dar soporte y dinamizar iniciativas comunitarias que permitan establecer redes de acogida más estables y mejor vinculadas a los servicios de salud.
- Favorecer el contacto entre los diferentes ámbitos de la administración que inciden en la población inmigrada: sanidad, educación, servicios sociales, ONG... para mejorar la detección y derivación de posibles problemas de salud.
- Detectar, movilizar y coordinar recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades.
- Incluir la salud en las agendas de las organizaciones (formales o informales) de la comunidad para fomentar acciones de promoción de la salud realizadas desde dichos colectivos.
- Facilitar la participación de las comunidades en el debate sobre las necesidades sanitarias, así como en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir dichas necesidades.

Estas podrían ser algunas propuestas de acciones a desarrollar, si bien es importante que se realicen de forma adaptada a las necesidades y a los recursos de cada territorio.

En relación con el perfil del agente, pensamos que es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Capacidad de interlocución amplia con diferentes sectores de la comunidad.
- Habilidades de comunicación y dinamización.

- Mismo origen del paciente ya que existen muchas particularidades entre los diferentes grupos étnicos y culturales que deben ser consideradas.

La figura del agente comunitario de salud es una pieza clave como eje en estos programas de salud comunitaria, tanto para facilitar el acceso de la comunidad a los servicios de salud como para permitir a los servicios de salud acceder a las comunidades.

3.3 COMPETENCIA CULTURAL

A menudo los profesionales de la salud al referirse a personas inmigradas, describen especificidades particulares de estas personas que son vistas como diferencias y que pueden llegar a consolidar tópicos que a menudo hacen más compleja la comunicación¹⁷, la interpretación de la demanda y en definitiva la relación terapéutica, entre ellas podemos destacar¹⁸:

- La barrera idiomática.
- Los rasgos físicos (como el color de la piel, la ropa que utiliza).
- Las formas de vida (vida en comunidad, gestión del tiempo).
- Las creencias (fatalismo, medicina tradicional).
- La percepción de la enfermedad (falta, pecado, destino).
- El uso de tratamientos alternativos en relación a la medicina tradicional.
- Los diferentes códigos en torno a la enfermedad, el dolor, la fertilidad, la muerte...
- El retraso horario en las citas previas o la no asistencia.
- La frecuentación recurrente.
- El discurso de queja y demanda.

El proceso de comunicación es fundamental en la atención a la población inmigrada. Hay que activar un proceso de aproximación mutua, favoreciendo el vínculo, con una actitud acogedora. Es necesario observar, escuchar, preguntar todo aquello que se desconoce de su cultura, hay que evitar los tópicos (interpretaciones socialmente aceptables pero seguramente falsas cuando el conocimiento es

¹⁷ Lavizzo-Mourey R, Lumpkin JR. From unequal treatment to quality care. *Ann Intern Med.* 2004; 141:221

¹⁸ La infecció pel VIH en la població immigrant. Infosida 29. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

insuficiente) y los estereotipos (simplificación de la realidad), garantizar el respeto, comprender sin juzgar y dar una información adecuada para garantizar una asistencia de calidad¹⁹.

La habilidad para negociar los significados culturales y actuar de forma comunicativa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los que participan en el diálogo, podría definir lo que entendemos por competencia cultural. Es ésta la que permite dar una interpretación de los mensajes de acuerdo a los conocimientos, con un grado de comprensión aceptable, con sinergia de emociones y de conocimiento.

En el desarrollo de la comunicación intercultural, es fundamental la motivación en el interés hacia otras culturas, el deseo de aprender, la necesidad de romper barreras culturales, la importancia de reconocernos mutuamente. La incorporación laboral en los servicios de profesionales de la salud de diversas procedencias también será un elemento a considerar como positivo, ya que éstos facilitarán la relación y la comunicación con las personas de su mismo origen, y a su vez permitirán mejorar de forma indirecta el grado de competencia cultural de su entorno laboral.²⁰

Los movimientos humanos actuales y el creciente fenómeno de la inmigración hacen necesario el que los profesionales incorporen la cualidad de competencia intercultural. Para ello se deberán desarrollar programas de formación específicos que permitan mejorar conocimientos, actitudes, conductas y habilidades para dar respuesta a la diversidad cultural²¹. Estos programas han de estar dirigidos no sólo a los profesionales en ejercicio de atención directa, sino también a los profesionales en periodo de formación y a los profesionales y responsables que intervienen en la organización, gestión y toma de decisiones, son estos últimos los máximos responsables en el proceso de cambio de la cultura organizativa, que han de garantizar la equidad de la población inmigrada en el acceso a los servicios.²²

¹⁹ Els Immigrants i la seva salut. Quaderns de la bona praxi, núm.16. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Octubre 2003.

²⁰ Kaplan S, Greenfield Sh. The patient's role in reducing disparities. Ann Intern Med. 2004;141:222.

²¹ Racial and Ethnic Disparities in Health Care. A Position Paper of the American College of Physicians. Ann Intern Med 2004;141:226-232.

²² Niessen J, Schibel J. (Migration Policy Group) Hand bood on integration for policy-makers and practitioners. European communities. 200:34-8. http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/immigration/integration/doc/handbook_en.pdf

4. CONCLUSIONES

- Es necesario garantizar el acceso a los servicios sanitarios de la ciudadanía, esto incluye a la población inmigrada que vive en nuestro país, independientemente de su situación administrativa.
- Es necesario desarrollar políticas de carácter general que aporten recursos y respuestas a las necesidades y oportunidades que plantea la diversidad creciente de la inmigración.
- Es necesario adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de la población con los recursos adecuados, considerando la población inmigrada protagonista de la realidad actual.
- Es necesario garantizar la equidad y la calidad de la asistencia y para ello será necesario incorporar nuevas estrategias basadas en la no discriminación y en la atención a las desigualdades.
- Es necesario captar a la población que tiene las máximas dificultades en el acceso, con una especial atención a aquellas que no llegan a contactar con los servicios sanitarios o si lo hacen es exclusivamente en situaciones de extrema gravedad.
- Es necesario garantizar la formación en competencia cultural de los diversos profesionales, tanto los asistenciales, como los gestores de políticas en salud²³.
- Es necesario favorecer la contratación de profesionales de diversos orígenes en los servicios de salud.
- Es necesario realizar programas de salud comunitaria que incorporen la participación de las diversas comunidades.
- Es necesario incluir figuras en los equipos de salud encaminadas a ser un puente entre el personal sanitario y el paciente inmigrante. Las figuras más conocidas serían los traductores-interpretes, mediadores/as y agentes de salud comunitarios.

²³ Niessen J, Schibel J. (Migration Policy Group) Hand bood on integration for policy-makers and practitioners. European communities. 200:34-8. http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/immigration/integration/doc/handbook_en.pdf

Bibliografía

- A Position Paper of the American College of Physicians. Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Ann Intern Med* 2004;141:226-232.
- Bada E. y col. Programas de salud comunitaria. En *La atención primaria de salud ante la población inmigrante*. Fundación CESM. Madrid,2002:323-356.
- Bollini, P.; Siem, H. No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000, *Soc.Sci. Med.* Vol.41.
- Duckett, M. Migrant's Right to Health. UNAIDS-OIM. UNAIDS March 2001.
- Jansa, JM, G de Olaya, P Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac San* 2004;18:207-213.
- Jansa JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades (editorial). *Aten Primaria* 2002;29:466-8.
- Kaplan S, Greenfield Sh. The patient's role in reducing disparities.*Ann Intern Med.* 2004;141:222.
- Kerrigan, D. Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas.ONUSIDA 1999:6.
- La infecció pel VIH en la població immigrant. Infosida 29. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Lavizzo-Mourey R, Lumpkin JR. From unequal treatment to quality care. *Ann Intern Med.* 2004; 141:221.
- Maquiera V. Gregorio C y Gutierrez E., Políticas públicas, género e inmigración. En: Perez P. (ed.) *También somos ciudadanas*. Madrid:UAM, 2000; 370-442.
- Niessen J, Schibel J. (Migration Policy Group) Hand book on integration for policy-makers and practitioners. European communities. 2004:34-8. http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/immigration/integration/doc/handbook_en.pdf
- O'Sullivan, G.A., Yonkler, J.A., Morgan, W., and Merritt, A.P. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*, Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, March 2003.
- Pincus T. Will racial and ethnic disparities in health be resolved primarily outside of standard medical care?. *Ann Intern Med* 2004;141:224-5.
- Pla M, Ros M, Fernández E, Pérez R, Llena A, Vega C. Sexualidad e imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa/participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. En: BOSI, Maria Lúcia Magalhães & Mercado, Francisco J. (orgs.) *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Trópolis/ Brasil:ed. Vozes, 2004: 410-442.
- Ros M, Bada E. Inmigración y accesibilidad a los servicios sanitarios. 1^{er} Congreso Nacional de Salud Reproductiva y Forum de Salud y Sociedad. Sitges. Diciembre 1998.