

Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos

Josep M. Jansà / Patricia García de Olalla

Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Josep M. Jansà. Diàleg Salut i Desenvolupament Reptes per al s. XXI. Fòrum Universal de les Cultures-Barcelona 2004. Fundació IMIM-ASPB. Doctor Aiguader, 80. 08003 Barcelona. España.

Correo electrónico: jjansa@imsb.bcn.es

(Health and immigration: new situations and challenges)

Resumen

La nueva situación sociodemográfica del Estado español, vinculada a la incorporación de poblaciones inmigrantes, requiere mejorar el conocimiento de su estado de salud y determinar las prioridades preventivas y asistenciales.

Se realiza una revisión bibliográfica de la información disponible sobre salud e inmigración, analizando sus contenidos desde una óptica de salud pública. Entre los resultados encontrados cabe destacar la elevada proporción de recién nacidos de mujeres de origen extranjero, las necesidades en salud mental, la detección de los déficit en salud bucodental y el incremento de casos de tuberculosis que, junto a limitaciones de las coberturas vacunales en la población infantil, definen el espectro de la salud de esta población. Del análisis de los servicios de salud se desprende la elevada frecuentación de los servicios de ginecología y obstetricia y pediatría por parte de la población inmigrante.

La población inmigrante, a pesar de no presentar necesidades específicas en materia de salud, incluye colectivos que requieren una especial atención respecto a la tuberculosis, la salud materno-infantil y la prevención y promoción de la salud. Se recomienda reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud potenciando la figura del agente de salud y los recursos humanos y formativos de los profesionales.

Palabras clave: Salud. Migración. Enfermedades prevalentes. Servicios de salud.

Abstract

The new social and demographic framework in Spain that has appeared since the arrival of new migrant populations, raises the need to improve the knowledge of their health status and to identify preventive measures and priorities in health services.

A bibliographic review of the available information on migration and health in Spain is performed, together with an analysis of their contents from a Public Health point of view. The high proportion of new borns from foreign mothers, the mental needs, deficits in oral and dental health, and the increase of tuberculosis in migrants, together with limited vaccine coverage in children, define the main health needs of these populations. The analysis of health services, reveals a high use of pediatric, obstetric and gynecologic resources by migrant populations. Conclusions; although no particular health needs have been identified for migrants, special attention for tuberculosis, mother and child health and health promotion and prevention, have to be funded for specific migrant populations. Health resources and services have to be reinforced with health agents, human resources, and specialized education for health professionals.

Key words: Health. Migration. Prevalent diseases. Health services.

Introducción

La nueva realidad sociodemográfica, que se ha configurado en nuestro país a partir de la incorporación de la población inmigrante, requiere analizar las necesidades y prioridades generadas por esta situación en todos los ámbitos.

Las migraciones suelen suponer, además de una traslación espacial, un cambio social. El individuo inicia el proceso migratorio cuando adopta y lleva a efecto la decisión de emigrar, como respuesta a factores de signo negativo que operan en el punto de partida, y a factores positivos en el punto de llegada. Las mi-

graciones pueden ser clasificadas sobre la base de los siguientes ejes: de la obligatoriedad a la voluntariedad; de las cortas a las largas distancias de migración, y de la migración económica a la no económica. En cualquier caso, el movimiento de las personas dentro de un país se considera un derecho humano, mientras que el movimiento a través de fronteras no lo es. El emigrante económico podría ser el ejemplo de las virtudes del mercado global pero, en lugar de ello, mientras los bienes y el dinero se mueven con libertad, el mercado de trabajo debe detenerse en las fronteras.

El objetivo de este trabajo se centra en determinar, a finales del año 2003 y desde el prisma de la salud pública, algunas de las principales características y los

retos que plantea la inmigración en nuestro país. Para ello, se lleva a cabo una revisión de los trabajos realizados sobre la inmigración y la salud en el Estado español, analizando algunos de sus principales resultados y ofreciendo pautas sobre indicadores, tendencias y necesidades.

Consideraciones sobre inmigración y salud en el Estado español. Repercusiones de la Ley de Extranjería

La Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en el Estado español y su integración social (Ley de Extranjería)* constituye el marco jurídico actual sobre la situación de los inmigrantes en nuestro país. El artículo 12 de esta norma, dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, estipula que: «Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta el alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto».

Así, el elemento clave que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes extranjeros se centra en la obtención del empadronamiento en sus localidades de residencia, y la vinculación de este procedimiento con la tramitación de la tarjeta sanitaria individual (TSI) como documento de acceso al sistema público de salud.

Evolución sociodemográfica de la inmigración extranjera en el Estado español

Primera etapa: hasta el año 1998

Desde mediados de los setenta hasta mediados de los noventa, la inmigración extranjera en el Estado español evolucionó de 165.000 personas en 1975, a 198.042 en 1981, 415.000 en 1992 y 538.984 en 1996. Se ha triplicado en 15 años y representa el 1,3% de la población

*Es la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre de 2000 y el Real Decreto 239/2000 de 18 de febrero.

total del Estado al final de este período. En 1998 la cifra de inmigrantes extranjeros se elevaba a 719.647 personas, sin incluir la población no regularizada.

Segunda etapa: 1999-2003

Desde el año 1999 la evolución de la población extranjera en nuestro país ha experimentado un notable crecimiento. Los datos publicados por la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, a 31 de diciembre de 2002, apuntaban que los extranjeros en situación regularizada en el Estado español eran 1.324.001 personas (210.000 más que el año 2001); el 3,2% de los 40.847.371 habitantes del Estado. Durante los primeros 6 meses de 2003, esta cifra se incrementó en 124.670 nuevos residentes, y llegó a ser de 1.448.671 personas. Si se tiene en cuenta la existencia de un elevado número de personas no regularizadas, la proporción de inmigrantes en nuestro país se situaría probablemente al acabar el año 2003 en torno al 4%, avanzando hacia los niveles de los Países Bajos o Suecia, donde en diciembre de 2000 los inmigrantes representaban el 9 y el 11,3% de sus poblaciones respectivas.

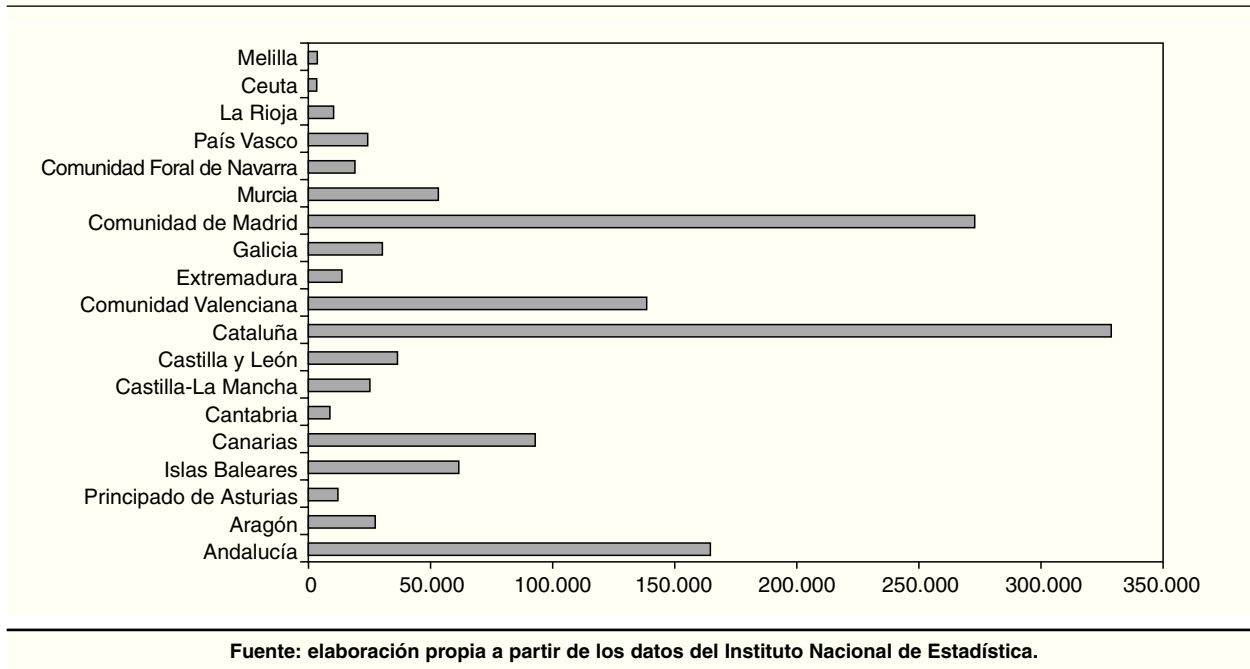
La población inmigrante censada presenta una edad media inferior a la autóctona, el 54% son hombres, con una mayor proporción de mujeres procedentes de los países iberoamericanos. El 58% de los inmigrantes regularizados residen en Cataluña, Madrid y Andalucía, donde también se centra la mitad de la población española¹ (fig. 1).

Inmigración y condicionantes de salud

Las desigualdades en salud y en el acceso y la utilización de los servicios, en función del país de origen²⁻⁴, constituyen fenómenos conocidos. Los parámetros fundamentales a tener en cuenta en una primera etapa del proceso migratorio podrían resumirse del modo siguiente: las particularidades de la zona de origen (hábitos dietéticos, características fisiológicas, rasgos culturales, tradiciones en salud materno-infantil...)^{5,6}; las debidas a las consecuencias de las desigualdades sociales y económicas entre países (formación deficiente, deficiente control sanitario de los alimentos, factores de riesgo ambiental, limitaciones de acceso a recursos de salud...), y las debidas a los trastornos vinculados al proceso migratorio (agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones⁷, hacinamiento y malas condiciones de la vivienda, condiciones de trabajo, etc.).

En una segunda etapa pueden aparecer alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas (evolución a enfermedad de infecciones la-

Figura 1. Población extranjera por comunidad autónoma de residencia (Estado español, 31-12-2001).



tentes, como la tuberculosis, trastornos relacionados con descompensaciones nutricionales, cumplimiento de tratamientos farmacológicos, ausencia de visitas de control del embarazo, trastornos psicoafectivos...)⁸.

El emigrante, instalado ya en la nueva realidad, tiende a identificarse desde una perspectiva de salud con la situación de la población del país (uso de recursos de salud, patrones de morbilidad, actividades preventivas...)⁹.

Aproximación a algunas prioridades en salud de los inmigrantes extranjeros en el Estado español

Salud percibida y salud mental

A pesar de que una de las mejores medidas de la salud percibida de la población se recoge en las encuestas de salud, en nuestro país los datos sobre inmigrantes extranjeros incluidos en estos instrumentos resultan todavía poco útiles por su escasa representatividad en ellas.

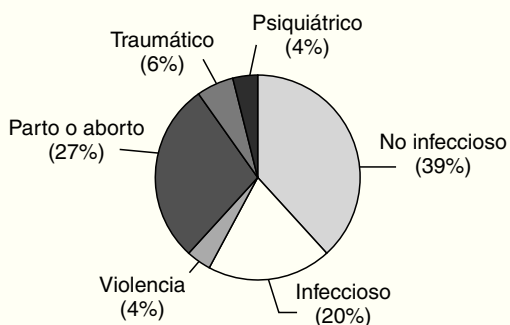
La salud mental constituye uno de los elementos a considerar en el análisis de la salud de las poblaciones inmigradas¹⁰. Algunas revisiones recientes concluyen que la inmigración no produciría por sí misma un incremento del riesgo de presentar enfermedades mentales, sino que éstas se vincularían sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio^{11,12}.

En un estudio realizado en Barcelona sobre población marginal en el año 1997¹³ que incluía inmigrantes económicos, se detectó que el 48% de los hombres inmigrantes y el 65,7% de las mujeres declaraban un estado de salud regular, malo o muy malo, cifras superiores a las obtenidas en población general en el mismo territorio (un 20% de los hombres y un 29% de las mujeres de 14 años o más en la encuesta de salud de Barcelona del año 2000). Un 52% de los inmigrantes declaraba una elevada utilización de los servicios de salud (visita al médico en el último mes) y un elevado número de trastornos crónicos, entre ellos depresiones, declaradas en un 58% de los casos, dolor de espalda en un 33% y migraña en un 37% (prevalencias también mucho más altas que las de la población autóctona); en relación con la salud mental, un 58% de los inmigrantes entrevistados manifestó haber presentado trastornos depresivos.

Salud materno-infantil

Natalidad, bajo peso al nacer y prematuridad. Desde 1998, año en que el saldo vegetativo (nacimientos menos defunciones) fue uno de los más bajos de las pasadas décadas, se ha observado una tendencia creciente de la natalidad, principalmente debido al incremento de nacimientos de niños de madres extranjeras. Así, durante el año 2002, en el Estado español nacieron 416.518 niños, de los que el 11% fueron hijos de mujeres con nacionalidad extranjera,

Figura 2. Motivos de ingreso de la población inmigrante (ciudad de Valencia, 2001-marzo de 2003).



Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal. Centro Nacional de Epidemiología 2003;11(5):49-52.

lo que supone un incremento del 25% con respecto al año anterior.

En 1999, en Barcelona, entre las madres de origen subsahariano se observaban proporciones más elevadas de recién nacidos con bajo peso y pretérmino que en el resto de los colectivos de extranjeros (según los datos de la Agència de Salut Pública de Barcelona del año 2002), mientras que la elevada proporción de madres de origen filipino de más de 35 y 40 años de edad se asemeja a los patrones de natalidad cada vez más frecuentes en nuestro entorno.

En la ciudad de Valencia, en un estudio reciente realizado sobre altas hospitalarias en población inmigrante¹⁴, destacaba que los partos y abortos supusieron entre octubre de 2001 y marzo de 2003 el 27,1% de todas las altas, y el diagnóstico más frecuente fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (fig. 2).

Embarazos en adolescentes, abortos y prostitución. Algunos estudios¹⁵ han destacado que la inmigración recae cada vez más sobre las mujeres, en el sentido de que el número de mujeres inmigrantes resulta progresivamente creciente, lo que introduce el fenómeno de la feminización de la pobreza a la que a menudo se vinculan las trabajadoras sexuales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de un informe de la Organización Internacional para las Migraciones, señala que en el año 2001 el Estado español fue el país europeo donde se incorporaron, durante los últimos 5 años el mayor número de mujeres dominicanas en la industria del sexo, seguido de Italia y Grecia.

El Programa de Atención a la Maternidad a Riesgo, dirigido por la Asociación Salud y Familia, constató que en Cataluña, de las 2.578 mujeres atendidas en el subprograma de financiamiento de la interrupción vo-

luntaria del embarazo (IVE) durante el año 2000, el 40% eran extranjeras. En 1992 esta cifra era del 17% (sobre un total de 718 mujeres).

Utilización y acceso de los servicios sanitarios

En el informe España 2003¹⁶ se recogen los datos sobre las escasas dificultades que tienen los inmigrantes en el acceso a los servicios de salud. Así, el 82% de los inmigrantes sabe a quién recurrir para informarse sobre lo que necesita para obtener información sanitaria, y tendía a considerar fácil el trato que por término medio recibía del personal de los servicios de salud.

Por otro lado, se han observado distintos patrones de utilización de servicios de salud entre la población inmigrante y la autóctona, a causa de sus notables diferencias de edad y su mayor tasa de fecundidad. Así, en un estudio realizado en el Hospital del Mar de Barcelona¹⁷ se apreciaba que el 33% de los ingresos habían sido partos, y el coste medio de las altas de inmigrantes de países de baja renta (valorado en consumo de estancias hospitalarias) había sido un 30% menor que el del resto de altas. Se determinaba también que una vez ajustadas la edad, los problemas de salud y gravedad, las estancias de la población inmigrante habían sido significativamente menores, diferencia cifrada en un 5% cuando sólo se ajustaba por enfermedades y en un 10% cuando eran considerados otros factores. Partiendo de estos resultados, los autores del estudio consideraban que las diferencias estaban determinadas por la edad y las diferencias socioculturales y concluían que la pirámide de edad de la población inmigrante compensaba la envejecida estructura de edad de los pacientes autóctonos, lo que plantea la necesidad de recuperar el mayor peso de los servicios hospitalarios de ginecología-obstetricia y pediatría.

Salud bucodental

Algunos de los datos recopilados en documentos y artículos del área de pediatría, plantean la elevada frecuencia de los trastornos de la salud bucodental en los niños inmigrantes^{18,19}. Otros trabajos, que también han abordado esta cuestión, identifican un déficit en la higiene dental en algunos niños inmigrantes²⁰, así como alteraciones en sus hábitos alimentarios. Algunos de estos aspectos se vinculan a ciertas costumbres, como comer golosinas en exceso o mojar los chupetes de los recién nacidos con azúcar para que se tranquilicen, hechos que no hace muchos años resultaban habituales en amplios sectores de nuestra sociedad. Partiendo de los datos disponibles en los servicios de odon-

tología de atención primaria de la red pública, se evidencia que las limitadas prestaciones ofrecidas en este ámbito determinan que los colectivos de inmigrantes con mayores carencias sociales y económicas no puedan resolver sus necesidades de salud bucodental, tal como ocurre con la población autóctona con limitación de recursos económicos.

Vacunaciones

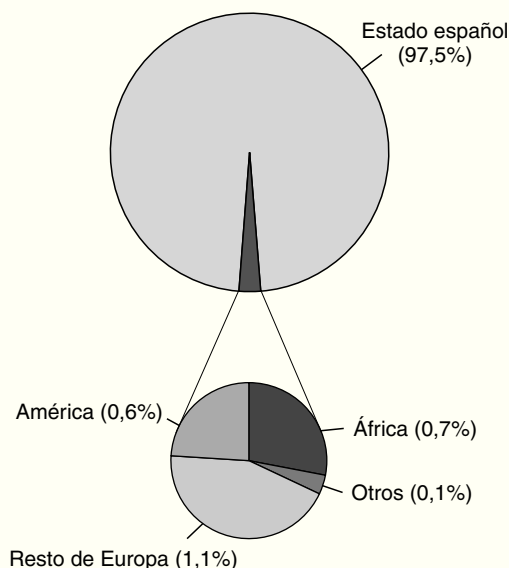
Con anterioridad al incremento migratorio actual, en Barcelona se detectó que las coberturas vacunales de niños entre 2 y 3 años de edad, hijos de mujeres filipinas, eran del 68% para el sarampión, la rubéola y la parotiditis, del 52% con 4 dosis contra la poliomielitis, la difteria y el tétanos, y del 69,5% cuando las cifras para el conjunto de la ciudad por estas vacunas eran superiores al 90%. En los niños y jóvenes filipinos entre 6 y 14 años de edad, estas coberturas eran todavía muy inferiores²¹.

Más recientemente, y a pesar de la ausencia de datos globales, se han detectado déficit de coberturas, o de los documentos justificativos de haber recibido las vacunas pertinentes, en niños procedentes de diversos colectivos de inmigrantes²². En este sentido, algunos de los protocolos, centrados en la atención sanitaria de la población inmigrante, determinan que cuando no se puede verificar el estado vacunal de los niños, debe realizarse una actualización completa de su calendario de vacunaciones²³. Asimismo, es importante destacar la existencia de calendarios vacunales distintos en función de los países²⁴.

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es probablemente una de las enfermedades de las que, junto con las parasitosis intestinales, existe más documentación bibliográfica en el ámbito de la inmigración y la salud. En muchos países europeos, más de la mitad de las notificaciones de TB corresponden a inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia²⁵. En el Estado español, la situación no llega a las cifras de estos países, y la proporción media de inmigrantes entre los casos de TB es del 2,5% para el conjunto de la población²⁶. Sin embargo, en determinadas comarcas y regiones, con una mayor inmigración, la proporción de enfermos con TB alcanza cifras de hasta un 32%²⁷. De hecho, en algunas zonas de nuestro país, en los últimos años se observa un descenso de los casos de TB en la población autóctona y un aumento en las personas inmigrantes, que justificaría la realización de un análisis diferenciado para hacer un seguimiento de las tendencias epidemiológicas según las zonas de procedencia²⁸.

Figura 3. País de origen de los casos de sida (Estado español, 1981-junio de 2000).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Boletín Epidemiológico Semanal. Madrid 2000;8:97-108

VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual

De los casos de sida notificados, más del 97% se han diagnosticado en personas nacidas en el Estado español, lo que demuestra que, hasta el momento, esta epidemia se ha producido fundamentalmente por transmisión autóctona del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hasta junio de 2000, 1.076 casos (1,9%) correspondían a personas nacidas en el extranjero, pero este porcentaje asciende al 2,4% si se analizan sólo las comunidades autónomas que realizan una buena recogida de la variable del país de origen (fig. 3).

A pesar de que hasta la fecha la inmigración extranjera no ha modificado la epidemiología del sida en nuestro país, en los últimos años se observa un número creciente de notificaciones entre personas de otros países, especialmente entre las de origen africano y portugués²⁹. La interpretación de estos datos tiene algunas limitaciones, como la imposibilidad de distinguir entre las personas que estaban infectadas antes de llegar a España, o la dificultad en la obtención de tasas de sida en cada grupo de población, pues se desconoce realmente el número de extranjeros que viven en nuestro país.

Por otra parte, como consecuencia del tráfico ilegal de personas, una proporción de inmigrantes ejercen la prostitución, con prácticas que podrían ser de mayor riesgo que las de la población autóctona. Si bien en algunos trabajos se evidencia un aumento de la frecuencia de algunas infecciones de transmisión sexual en inmigrantes

—hombres y mujeres que ejercían la prostitución— al compararlos con la población autóctona con la misma conducta de riesgo, las tasas de infección por el VIH fueron similares en ambos grupos^{30,31}.

Conclusiones

Entre las prioridades en salud de las poblaciones inmigrantes destacan los siguientes aspectos:

1. En relación con los trastornos mentales que presentan los inmigrantes, la hipótesis más razonable es que las difíciles condiciones sociales, unidas estrechamente a los aspectos vinculados a la inmigración por causas económicas, pueden dar lugar a duelos complicados que influyen negativamente en la salud mental de estas poblaciones.

2. Las necesidades de salud materno-infantil, con el incremento de natalidad de las madres de origen extranjero, el aumento de embarazos adolescentes en jóvenes inmigrantes, y la progresiva feminización del fenómeno migratorio.

3. La utilización de servicios hospitalarios de la población inmigrante determina una disminución de las estancias medias vinculadas a la mayor carga asistencial de los servicios de ginecología-obstetricia y pediatría.

4. Los déficit en salud bucodental y en las coberturas vacunales en la población infantil de origen extranjero.

5. El considerable incremento de los casos de tuberculosis y el progresivo incremento relativo de los casos de sida.

Recomendaciones

Sistemas de salud

1. La atención sanitaria a la población inmigrante debe permanecer integrada en el Sistema Nacional de Salud, y evitar dispositivos paralelos o específicos. Es recomendable disponer de un apoyo especializado del segundo o tercer nivel para el manejo de las enfermedades menos frecuentes o exóticas, y facilitar el acceso a la TSI y la regularización de esta población a todos los efectos.

2. Debe potenciarse la figura del Agente de Salud como medio de contacto entre el sistema sanitario y los

colectivos de inmigrantes, facilitando su distribución en función de las necesidades y las cargas de trabajo de cada territorio (centro de salud, área básica, distrito sanitario); su adscripción al sistema de salud debe regularse evitando situaciones de voluntariado y precariedad laboral.

3. La formación continuada de los profesionales de la salud sobre las enfermedades importadas y los aspectos antropológicos asistenciales, así como la enfermedad en distintas culturas, debe considerarse prioritaria.

Sistemas de información

4. Resulta necesario incorporar variables como el país de origen y la nacionalidad en los datos de filiación de cada individuo.

5. La carpeta de salud y la historia clínica portátil deben valorarse como instrumentos de seguimiento y garantía de la continuidad de las prestaciones sanitarias recibidas por la población inmigrante.

Acciones informativas

6. Debe potenciarse la edición y difusión de guías y acciones informativas dirigidas a la población inmigrante, para facilitar la óptima utilización y accesibilidad a los recursos de nuestro sistema de salud.

Vigilancia epidemiológica

7. Para mejorar el conocimiento de la salud de los inmigrantes, deben adaptarse los sistemas de vigilancia epidemiológica, los programas de prevención y control de algunas enfermedades y realizar estudios de investigación epidemiológicos multicéntricos adaptados a las nuevas realidades sociodemográficas.

Promoción de la salud

8. La garantía de las coberturas vacunales y los estados inmunológicos, los equilibrios dietéticos y nutricionales, la salud bucodental y la vigilancia epidemiológica de procesos de elevada prevalencia en los países de origen (parasitosis intestinales, malaria...) constituyen áreas prioritarias de intervención en este tipo de población.

Bibliografía

1. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/>
 2. Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades [editorial]. *Aten Primaria* 2002;29:466-8.
 3. Sundquist J. Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:691-2.
 4. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:701-7.
 5. De Balanzó X. Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Aten Primaria* 1991;8:527-9.
 6. Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 2001;6:42-50.
 7. Achotegui J. La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
 8. Bada Ainsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en el Estado español. *FMC* 1996; 3:277-8.
 9. Rodríguez A, González E, Herrero M. Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1999;113:556-7.
 10. García Campayo J, Sanz-Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118:187-91.
 11. Cervantes RC, Salgado de Snyder VM, Padilla A. Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico. *Hosp Com Psychiatry* 1989;40:615-9.
 12. Achotegui J. La deppresión den los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Madrid: Ediciones Mayo, 2002.
 13. De Andrés J, Barruti M, Borrell C, Calafell J, Pasarín M, Puigpinós R, et al. Salud y marginación social. *Revista de Documentación Social* 2002;127:97-123.
 14. Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R, González A, et al. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. *Centro Nacional de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal* 2003;11:49-52.
 15. Prado Martínez C. Ciclo y patrones reproductivos en los colectivos inmigrantes en España. ¿Existe una demanda al respecto? Madrid: Publicaciones de la Universidad Autónoma, 1999.
 16. Informe España 2003. Fundación Encuentro, ISBN 84-89019-16-9. Madrid, 2003. Disponible en: <http://www.fund-encuentro.org/informes/info2003.htm>
 17. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16:376-84.
 18. Gómez de Terreros I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1999;51:622-4.
 19. Oliván G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr* 2000;53:17-20.
 20. Puy L, Borlan E, Jiménez E, et al. Hàbits de salut en una població immigrant. *Jornades Sanitàries del Vallés. La immigració: un repte sanitari. Palau Solità i Plegamans, 8 marzo de 2002.* Disponible en: <http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/comunicacionshtm>
 21. Ganduxer D, Villalbí JR. Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres filipinas. *An Esp Pediatr* 1999;39:253-9.
 22. Michaut C, Quesada M, Almazán M, Bou A, Prat N, Pujiula M. I els fills dels immigrants? Resúmenes del XVI congreso de atención primaria de la Scmfic. Girona, 31 de mayo-1 de junio de 2000.
 23. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona, 2002. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>
 24. Muñoz E, Nebot M. Cobertura vacunal en població immigrant atesa al Servei de Vacunes del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona [comunicación personal]. Barcelona: Institut Municipal de salut Pública, 2001.
 25. Rieder HL. Epidemiology of tuberculosis in Europe. *Eur Respir J* 1995;20:620S-32S.
 26. Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 2000;114:530-7.
 27. Orcau A, García de Olalla P, Caylà JA. La tuberculosis en Barcelona, informe 2001. Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2003.
 28. Vallès X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jausà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin (Barc)* 2002;118:376-8.
 29. Castilla J, Del Amo J, Sánchez F. Casos de sida en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal* 2000;8:97-108.
 30. Vall M, y Grupo de Estudio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Atención Primaria (GITSAP). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:154-6.
 31. Grupo para el Estudio de Seroprevalencia del VIH. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000;114:211-3.
-