

ESTUDIO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRADA EN ESPAÑA

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA COHORTE DE INMIGRANTES EN ESPAÑA

SUBPROGRAMA INMIGRACIÓN Y SALUD CIBERESP



Autores:

Cristina Hernando, Florianne Gaillardin, Laia Ferrer, Jordi Casabona

Esta guía se ha realizado en el contexto del estudio “Evolución de los determinantes biológicos y estructurales de una cohorte de familias inmigrantes” (PI13/01962), que forma parte del “Proyecto de Estudios Longitudinales de Familias Inmigrantes (PELFI)” impulsado por el Subprograma Inmigración y Salud (SIS) del Consorcio de Investigación Biomédica de Salud Pública (CIBERESP)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

- *El fenómeno migratorio en España*
- *La salud de la población inmigrada*
- *Justificación de una guía de buenas prácticas*
- *Objetivos y estructura de la guía de buenas prácticas*

2. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA COHORTE DE INMIGRANTES EN ESPAÑA

2.1. Identificación de la población inmigrada

- a) Identificación según el origen de los inmigrantes
- b) Identificación según el tiempo de residencia

2.2. Descripción de la población inmigrada

- a) Descripción epidemiológica
- b) Descripción socio-económica

2.3. Facilitadores y barreras de la participación de la población inmigrada en estudios longitudinales de salud

- a) Facilitadores de la participación de la población inmigrada
- b) Barreras de la participación de la población inmigrada

3. LECCIONES APRENDIDAS

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno migratorio en España

A mediados de los años noventa y durante la primera década del siglo XXI se produjo un flujo de llegada de población extranjera intenso y socio-demográficamente heterogéneo (1), que convirtió a España en una de las puertas de entrada de los inmigrantes a Europa (2). Durante este período, la proporción de población extranjera aumentó desde el 2,6% (3) en 2001 al 10,5% (4) en 2016. Desde 2010 se observó un ligero descenso de la población inmigrante, debido al retorno de inmigrantes a sus países de origen (5) (3) y a la adquisición de nacionalidad española (3); pero en 2016 se ha producido un nuevo aumento del saldo migratorio de los extranjeros. La elevada presencia de población inmigrada ha transformado la realidad socio-demográfica de la sociedad española (6) y plantea nuevas necesidades de salud suponen un reto para los servicios de salud (1).

La salud de la población inmigrada

La relación entre inmigración y salud es un fenómeno complejo y dinámico, fruto de la interacción entre variables del país de origen, del país de acogida y el tiempo de residencia (7) (8). En referencia al país de origen, aquellos inmigrantes procedentes de entornos socio-económicos más desfavorecidos presentan mayor susceptibilidad de presentar desigualdades de salud respecto a los autóctonos (9). Respecto a las variables del país de acogida, con frecuencia la población inmigrante presenta peores condiciones sociales y económicas de vida, como la vivienda, el trabajo, el estilo de

vida, la aculturación (10) (11) (8) y el mayor riesgo a ser excluidos de los servicios de salud (12) que favorecen la desestructuración de su entorno (2) (13). Además, presentan mayor vulnerabilidad a la crisis económica y al impacto de ésta sobre la salud (14) (15). Todo ello aumenta la vulnerabilidad de la población inmigrante a los problemas de salud y a las barreras de acceso y uso del sistema sanitario (16).

El tiempo de residencia de la población inmigrada está estrechamente relacionado con su estado de salud (12) (16) (14). A pesar de algunos resultados dispares (17), diversos estudios sostienen que, aunque la población inmigrante en edad de trabajar y recién llegada puede presentar mejores indicadores de salud que la población autóctona (“health immigrant effect”) (18) (15) (1), a medida que aumenta el tiempo de residencia en el país de acogida el impacto de las condiciones sociales y económicas descritas previamente pueden deteriorar progresivamente el estado de salud de la población inmigrada (19) (20) y conducir a un mayor empeoramiento de la salud (15) (14) y mayor uso de los servicios sanitarios (21) en la población inmigrada que los autóctonos. Los estudios longitudinales ofrecen el diseño más adecuado para el estudio de la evolución de los determinantes de salud en la población inmigrada.

A pesar de todo ello, la población inmigrada se encuentra sub-representada y excluida de los estudios de salud (22) (7) (23) debido a un amplio abanico de factores lingüísticos, culturales y socio-económicos (24) (16) (25) (26) (27) (28) (29) que dificultan y limitan la identificación, participación y re-contacto de los inmigrantes en los estudios de investigación. A pesar de todo ello, diversos estudios describen que la población inmigrada percibe elevados beneficios de participar en una investigación

sobre su salud y que su deseo de participar elevado (27) (30) (31) (26). Buena parte de las dificultades que entraña el estudio de la salud de la población inmigrante giran en torno a minimizar las barreras que experimenta esta población para participar en estudios de investigación y facilitar su acceso a la investigación.

Justificación de una guía de buenas prácticas

En España en 2011 se constituyó el Subprograma Salud e Inmigración CIBERESP (SIS) con el objetivo de mejorar y monitorizar el conocimiento sobre el estado de salud de la población inmigrante en el Estado Español. Diversos grupos integrantes del SIS han llevado a cabo el proyecto de investigación coordinado MEISI, que tiene el propósito de describir los factores biológicos, conductuales y estructurales asociados a la necesidad y acceso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrada en España en un contexto de crisis económico. Uno de los proyectos incluidos en MEISI es el estudio de investigación “Evolución de los determinantes biológicos y estructurales de una cohorte de familias inmigrantes”, que incluye un estudio cualitativo para valorar la aceptabilidad de la población inmigrante e identificar los facilitadores y las barreras de esta población de participar en un estudio longitudinal; y la implementación de una cohorte de familias inmigrantes. La implementación una cohorte de familias inmigrantes en Badalona y Santa Coloma de Gramanet forma parte del proyecto Plataforma de Estudios Longitudinales de Familias Inmigrantes (PELFI), cohorte multicéntrica de familias inmigrantes en diferentes ciudades españolas. Actualmente PELFI incluye cohortes de familias inmigradas establecidas en Badalona y Santa Coloma de Gramanet, Alicante y Barcelona. La experiencia, los conocimientos y

los aprendizajes obtenidos en dichos estudios han brindado la oportunidad de redactar esta guía de buenas prácticas para el estudio de la población inmigrante. Esperamos que las recomendaciones de la Guía faciliten la implementación de futuras cohortes y la participación de la población inmigrada en ellas.

Objetivos y estructura de la guía de buenas prácticas

El objetivo principal de esta Guía de buenas prácticas es ofrecer estrategias que faciliten la identificación y la participación de la población inmigrante en estudios longitudinales de salud. Para ello, la guía se compone de dos apartados principales: inicialmente se proponen un conjunto de posibles variables útiles para identificar la población inmigrante y para realizar una descripción epidemiológica y socio-económica de ella; y seguidamente se exponen los principales facilitadores y barreras de participación identificados en nuestro lugar de estudio y se proponen estrategias para minimizar las dificultades de participación que pueden generar dichas barreras en esta población. Finalmente se adjuntan dos tablas (Tabla V y VI) en que se muestran la distribución de los facilitadores y de las barreras de participación según las características socio-demográficas y el origen geográfico de la población inmigrada.

2. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA COHORTE DE INMIGRANTES EN ESPAÑA

2.1. Identificación de la población inmigrada

Actualmente no se dispone de una definición consensuada a nivel internacional de inmigrante. La denominación población inmigrada incluye una gran diversidad de colectivos: refugiados, buscadores de asilo, inmigrantes temporales como estudiantes internacionales, trabajadores, y complejos grupos de inmigrantes irregulares o ilegales. Cada investigación definirá su población de estudio de acuerdo los objetivos de la investigación, pero en todos los casos y de acuerdo con las recomendaciones de la literatura, se proponen dos variables esenciales para identificar la población inmigrante: el origen y el tiempo de residencia. La Tabla I sintetiza las variables que la guía propone para la identificación de la población inmigrante.

a) Identificación según el origen de los inmigrantes

Diferentes variables permiten recoger el origen de los inmigrantes. Todas ellas presentan ventajas y limitaciones, y pueden ser complementarias entre sí:

- País de nacimiento: considera inmigrante como aquella persona nacida en un país diferente del país en el que se realiza el estudio. Instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (32) y el European Centre for Disease Control (ECDC) (33) basan sus definiciones de inmigrante en el país de nacimiento. El país de nacimiento permite utilizar posteriormente otras clasificaciones, como el área geográfica, y seguir

identificando la población de estudio después de haber adquirido la nacionalidad del país de acogida. Pero también presenta algunas limitaciones, como por ejemplo, no permite diferenciar los diversos tipos de inmigrantes (refugiados, solicitantes de asilo, víctimas de trata, estudiantes, trabajadores y sus familias, inmigrantes irregulares, etc); no considera la trayectoria ni la historia migratoria de la población de estudio antes de su llegada al país de acogida; ni permite diferenciar entre movilidad dentro de la Unión Europea e inmigración

- Nacionalidad: puede ser complementaria al país de nacimiento. Utilizada en algunos registros y fuentes de información secundaria. Aporta información inherente sobre la relación con el país de acogida
- Origen geográfico: agrupa los países de origen según su proximidad geográfica: Europa Central y del Este, Europa Occidental, África Sub-Sahariana, América Latina, Australia y Nueva Zelanda, Sud y Sud-Este Asiático, África del Norte y Medio Este, América del Norte (34)
- Origen geográfico según el nivel socio-económico de los países de origen: clasificación utilizada por el Fondo Monetario Internacional (FMI), que clasifica los países de origen según el nivel de ingresos de la población general o el producto internacional bruto (PIB) (países de elevada, media o baja renta económica o nivel de ingresos). Esta definición contiene información inherente sobre el nivel económico de la población general,

pero no incluye diferencias entre regiones geográficas o segmentos de población dentro del propio país

b) Identificación según el tiempo de residencia

Es posible recoger el tiempo de residencia utilizando la fecha de emigración (primera fecha de salida del país de origen), o la fecha de llegada en el país de acogida. En todos los casos es recomendable conocer si se ha inmigrado previamente en otros países y durante cuánto tiempo. La estratificación del tiempo de residencia en el país actual de acogida entre <5 años, 5-10 años, >10 años, permite diferenciar entre los inmigrantes de reciente llegada (<5 años) y los que tienen mayor tiempo de residencia (>10 años) (35)

2.2 Descripción de la población inmigrada

La población inmigrada se caracteriza por una elevada diversidad y heterogeneidad socio-demográfica (36). Se recomienda recoger aquellas variables que son fundamentales para el ajuste, la estandarización o la estratificación, incluyendo edad, sexo, nivel socio-económico (como el nivel de estudios, la clase social, el nivel de ingresos, etc.), situación administrativa o adquisición de la nacionalidad (37) (9); además del lugar de procedencia y el tiempo de estancia en el país de acogida, que ya se han comentado. En la Tabla II se muestran las variables que la Guía sugiere para la descripción epidemiológica y socio-económica de la población inmigrante. A continuación, se describen las variables que la Guía propone:

a) Descripción epidemiológica

- Edad: Se recomienda ajustar o estandarizar por edad para realizar cualquier comparación (9), debido a dos razones principales: la población inmigrante es en conjunto más joven que la población autóctona y muchos de los indicadores de salud estudiados son dependientes de la edad
- Sexo: Se han observado patrones muy distintos entre hombres y mujeres inmigrantes y salud (9)
- Adquisición de la nacionalidad española
- Estado civil:
 - Una posible clasificación es: casado/a, soltero/a, separado/a, divorciado/a, viduo/a
- Situación administrativa: En estudios retrospectivos será relevante recoger la situación administrativa en el momento en que tuvo lugar el evento de interés, no en el momento del estudio
 - Regular, Irregular
- Descripción de la unidad familiar:

El fenómeno migratorio tiende a ser un fenómeno familiar (38), como reflejan la elevada proporción de familias (más del 60% de los hogares inmigrantes estaban constituidos por parejas con o sin hijos) (39); la elevada frecuencia del reagrupamiento familiar, que fue el tercer motivo de inmigración en general y

el primero en mujeres (39); y la proporción similar de hombres y mujeres (38). En general, se considera que la dimensión familiar es esencial dentro de los movimientos migratorios (40). Algunas definiciones útiles son:

- Hogar: es la persona o conjunto de personas que residen en una vivienda familiar.
- Vivienda familiar: Vivienda destinada a ser habitada por una o varias personas, no necesariamente unidas por parentesco, y que no constituyen un establecimiento colectivo.
- Núcleo familiar: Puede ser de cuatro tipos: pareja sin hijos, pareja con uno o más hijos, padre con uno o más hijos, y madre con uno o más hijos. Para formar parte del núcleo familiar de sus padres, los hijos deben no estar emparejados ni tener hijos que convivan con ellos.
- Hijos/as de las familias inmigradas: La inclusión de los hijos/as de las familias inmigradas en el estudio permite explorar los diferentes procesos vitales vividos por los diversos miembros de las familias y el impacto de dichas experiencias en la salud. Posiblemente la identidad cultural y las experiencias vividas de los hijos/as son diferentes de las de los padres (41). Además, el interés de los padres de conocer mejor el estado de salud de sus hijos/as es percibido como uno de los beneficios más importantes de participar en un estudio longitudinal sobre su estado de salud, y puede facilitar la participación en el estudio.

b) Descripción socio-económica

La valoración del nivel económico alcanzado en la sociedad de acogida es compleja y precisa de la combinación de varias variables. Las variables más utilizadas son el nivel de estudios, la clase social y el nivel de ingresos, aunque presentan limitaciones. La variable nivel de estudios presenta la limitación de que puede tener diferentes sentidos y escasa comparabilidad entre diferentes orígenes geográficos (37) (9). Otras variables, como la clase social o el nivel de ingresos se consideran factores intermedios entre el estatus de inmigrante y la salud (9). Algunas variables que pueden describir el nivel socio-económico son:

- Nivel de estudios:

En aquellos casos en que los estudios se han realizado y finalizado en el país de origen, la utilización de esta variable presenta varias limitaciones, como por ejemplo, el hecho que con frecuencia la población inmigrada ocupa estratos laborales inferiores a su nivel de formación y el nivel de estudios puede no reflejar el nivel socioeconómico alcanzado en el país de acogida; o que los niveles educativos alcanzados pueden no ser comparables entre grupos de inmigrantes y con la población autóctona a (42). Una posible clasificación es:

- Sin estudios o estudios primarios no finalizados
- Estudios primarios finalizados (incluye estudios secundarios o de formación profesional no finalizados)
- Estudios secundarios finalizados o formación profesional finalizada (incluye estudios universitarios no finalizados)

- Estudios universitarios o superiores (Máster, Doctorado) finalizados

- Clase social basada en la ocupación:

Esta clasificación, basada en las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (43) está basada en la ocupación principal durante los últimos 6 meses. Contempla el hecho de que aquellos que nunca han trabajado pueden clasificarse de acuerdo con la clase social del cabeza de familia. Esta clasificación presenta la limitación de que el estatus social de la población inmigrante y autóctona puede ser diferente para una misma clase ocupacional. Dicha clasificación agrupa la clase social en:

- Clase I, II, III: Trabajadores no manuales:
 - o Clase I-II: profesionales de alto nivel, managers administrativos, directores de grandes compañías, profesionales de nivel medio y directores de pequeñas compañías
 - o Clase III: trabajadores administrativos, empleados, trabajadores en servicios de seguridad, trabajadores auto-empleados
- Clase IV: trabajadores manuales cualificados y semi-cualificados
- Clase V: trabajadores manuales no cualificados

Otras variables que pueden ser utilizadas para valorar el nivel socio-económico de los inmigrantes son la inseguridad laboral y el ambiente laboral, que mostraron su relación con la salud auto-percibida de la población inmigrante en un estudio anterior (12)

- Nivel económico:

Proponemos basar la valoración del nivel económico en:

- El nivel de ingresos: ingresos mensuales de las familias
- Percepción subjetiva de pobreza: basada en las dificultades que experimentan las familias inmigradas para cubrir los gastos económicos básicos mensuales (dificultades para llegar a fin de mes, y en las dificultades para comprar los alimentos que desean dar a sus hijos/as

- Situación laboral:

La situación laboral de la población inmigrada con frecuencia es temporal y muy variable. Deberá definirse si se recoge la actividad laboral irregular, y el período de tiempo que se incluye: actividad laboral actual, la principal actividad laboral realizada durante los últimos 6 meses o 1 año.

- Trabaja, No trabaja
- Situación laboral regular, Situación laboral irregular
- Actividad laboral actual, realizada durante los últimos 6 meses o 1 año

- Ingresos económicos:

La valoración de los ingresos económicos puede realizarse teniendo en cuenta los ingresos del sustentador principal del hogar, o, si el diseño del estudio lo permite, recogiendo los ingresos económicos que percibe toda la unidad familiar (incluyendo las aportaciones económicas que realizan la pareja y/o los

hijos). En la interpretación de esta variable se recomienda tener en cuenta la distinta estructura familiar de cada caso, las cargas familiares que cada participante o unidad familiar sustenta en sus países de origen (12), e incluir las aportaciones económicas que pueden recibir de parte de las familias de origen. Además, también debería conocerse si la persona entrevistada o su familia reciben ayudas económicas. Una posible estratificación es utilizar el salario mínimo inter-profesional (707,7 euros al mes desde el 1 de enero de 2017)

- <707,70 Eur/mes (inferior al salario mínimo inter-profesional), >707,70 Eur/mes

Tabla I. Variables propuestas para la identificación de la población inmigrada:

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO			
ÁMBITO	VARIABLE	VENTAJAS	LIMITACIONES
ORIGEN	País de nacimiento	Permite utilizar posteriormente otras clasificaciones	<p>no permite diferenciar los diversos tipos de inmigrantes</p> <p>no recoge la historia migratoria antes de la llegada al país de acogida</p> <p>no permite diferenciar entre movilidad dentro de la Unión Europea e inmigración</p> <p>no incluye el tiempo de estancia en el país de acogida o en otros países en los que se haya inmigrado antes</p>
	Nacionalidad	<p>Puede ser complementaria al país de nacimiento</p> <p>Aporta información sobre la relación con el país de acogida</p>	
	Origen geográfico	Agrupar los participantes según su proximidad geográfica	
	Origen geográfico	contiene información inherente	no incluye diferencias entre regiones geográficas o segmentos de

	según el nivel socio-económico de los países de origen	sobre el nivel económico de la población general	población dentro del propio país
TIEMPO DE RESIDENCIA	<5 años 5-10 años >10 años	permite diferenciar entre los inmigrantes de reciente llegada (<5 años) y los que tienen mayor tiempo de residencia (>10 años)	

Tabla II. Variables propuestas para la descripción epidemiológica y socio-económica de la población inmigrada:

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO		
ÁMBITO	VARIABLE	CATEGORÍAS
DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLOGICA	Edad	
	Sexo	Hombre, mujer
	Nacionalidad española	Sí, no
	Estado civil	Casado/a, soltero/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a
	Situación administrativa	Regular, irregular
	Unidad familiar	<p>Hogar: es la persona o conjunto de personas que residen en una vivienda familiar.</p> <p>Vivienda familiar: Vivienda destinada a ser habitada por una o varias personas, no necesariamente unidas por parentesco, y que no constituyen un establecimiento colectivo.</p> <p>Núcleo familiar: Puede ser de cuatro tipos: pareja sin hijos, pareja con uno o más hijos, padre con uno o más hijos, y madre con uno o más hijos. Para formar parte del núcleo familiar de sus padres, los hijos deben no estar emparejados ni tener hijos que convivan con ellos.</p>

		Hijos/as de familias inmigradas
DESCRIPCIÓN SOCIO- ECONÓMICA	Nivel de estudios	<p>Sin estudios o estudios primarios no finalizados</p> <p>Estudios primarios finalizados (incluye estudios secundarios o de formación profesional no finalizados)</p> <p>Estudios secundarios finalizados o formación profesional finalizada (incluye estudios universitarios no finalizados)</p> <p>Estudios universitarios o superiores (Máster, Doctorado) finalizados</p>
	Clase social basada en la ocupación	<p>Clase I-II: profesionales de alto nivel, managers administrativos, directores de grandes compañías, profesionales de nivel medio y directores de pequeñas compañías</p> <p>Clase III: trabajadores administrativos, empleados, trabajadores en servicios de seguridad, trabajadores auto-empleados</p> <p>Clase IV: trabajadores manuales cualificados y semi-cualificados</p> <p>Clase V: trabajadores manuales no cualificados</p>
	Nivel económico	<p>Ingresos mensuales</p> <p>Percepción subjetiva de pobreza</p>
	Situación laboral	Trabaja, No trabaja

		Situación laboral regular, Situación laboral irregular
	Nivel de ingresos	<707,70 Eur/mes, >707,70 Eur/mes

2.3. Facilitadores y barreras de la participación de la población inmigrada en estudios longitudinales de salud

A continuación se describen los facilitadores y las barreras de la participación de la población inmigrada en estudios de salud identificados en nuestro lugar de estudio. En las Tablas III y IV se presentan de forma sintetizada:

a) Facilitadores de la participación de la población inmigrada

- Estudios comunitarios: Los estudios basados en la comunidad permiten minimizar la potencial desconfianza de los participantes hacia la investigación; las barreras idiomáticas y culturales; y han probado facilitar el acceso y el reclutamiento de la población, así como establecer vínculos, fomentar la colaboración (44)(25)(45), y contribuir a mejorar la retención de los participantes inmigrantes (25)(46)(47). Desde el punto de vista de los inmigrantes, los lugares más indicados para contactar con potenciales participantes fueron las escuelas, seguidas de los Centros de Atención Primaria, asociaciones y centros religiosos. También sugirieron utilizar las redes sociales de los participantes.

En la implementación de la sub-cohorte Badalona (proyecto PELFI) se realizaron 3 estrategias diferentes de reclutamiento: la captación directa en lugares diana con alta presencia de personas inmigradas, la bola de nieve en las redes familiares y sociales y el reclutamiento a través de entidades y servicios (escuelas, Organizaciones No Gubernamentales, centros de salud, etc.)

mediante la organización de reuniones. La captación directa en lugares diana (realizada conjuntamente por investigadores inmigrantes y autóctonos) fue la estrategia que logró mayor volumen de contactos y la bola de nieve fue la estrategia que presentó mayor tasa de captación. Ambas estrategias permitieron acceder a un volumen elevado y diverso de familias inmigrantes y generaban confianza hacia los investigadores y el estudio. La disminución de las barreras idiomáticas y culturales, la relación personal con investigadores del mismo origen geográfico y, especialmente en la bola de nieve la confianza de las relaciones, fueron elementos relevantes.

- Informar los objetivos y procedimientos del estudio: de manera amplia, completa y comprensible. Es recomendable incluir el concepto de salud y las perspectivas de cada comunidad de inmigrantes

- Gratificaciones económicas: En general las gratificaciones económicas fueron ampliamente aceptadas. Otras gratificaciones que generaron menor interés fueron los bonos de transporte, los vales de compra o recibir charlas sobre conductas de salud como la nutrición de los hijos. Las gratificaciones económicas pueden ser un mayor facilitador de la participación entre los desempleados y recién llegados. Cabe destacar que en un segmento reducido de la población inmigrada recibir una gratificación económica puede generar recelo por el temor de que conlleve problemas legales. Es necesario identificar y clarificar la existencia de estos temores

- Proximidad: La proximidad con la población de estudio debe mantenerse durante las diferentes fases del estudio. Durante la captación realizando el

primer contacto con la población de estudio de forma personal y sin barreras idiomáticas, y durante la recogida de información realizando las encuestas de salud en el domicilio de los participantes y la recogida de muestras biológicas en el centro de salud más cercano al lugar de residencia de los participantes. El colectivo chino, y en menor medida el marroquí, prefería realizar las entrevistas en un centro cívico o centro de salud y rechazaba realizar las entrevistas en casa

- Conocer y respetar los roles de género vigentes en cada comunidad: Sobre todo el rol de la mujer en la cultura musulmana y las connotaciones que dicho rol tiene en relación con la participación en una investigación. Una parte importante de las mujeres paquistaníes y magrebíes requieren solicitar el consentimiento del marido para participar en un estudio. Otra limitación es que dichas mujeres difícilmente aceptarán ser entrevistadas por un entrevistador hombre cuando se encuentran solas en casa. En estos casos, la utilización de folletos informativos sobre el estudio para informar a los maridos y otros familiares, y la adecuación de las horas de las entrevistas y el sexo del entrevistador pueden ser estrategias facilitadoras
- Incluir a los hijos de los inmigrantes en la investigación: Los participantes inmigrantes mostraron una amplia aceptación e interés de realizar encuestas y exámenes médicos a los hijos, para conocer su estado de salud. En algunos casos, incluir a la familia en el estudio facilitaba la participación

- Ofrecer exámenes médicos (análisis de muestras biológicas): Los adultos inmigrantes muestran una amplia aceptación e interés de realizar exámenes médicos, a ellos mismos y también a sus hijos menores de edad, para conocer su estado de salud. Las pruebas más conocidas, como análisis de sangre y de orina, fueron ampliamente aceptadas y eran percibidas más beneficiosas que la encuesta, ya que les ofrecía mayor información sobre su estado de salud. La percepción de beneficio es reconocido como un facilitador esencial de la participación en investigación (25).

A pesar de ello, cabe esperar que la realización de exámenes médicos pueda generar desconfianza y por lo tanto rechazo a participar en el estudio en un segmento reducido de la población inmigrada, especialmente entre aquellos que han tenido malas experiencias previas con el sistema y/o los profesionales sanitarios, menos contacto con el sistema sanitario o los que principalmente utilizan recursos propios de su país de origen (remedios caseros, consulta a médicos o auto-medicación con fármacos de su país de origen, y viajes al país de origen para solucionar sus problemas de salud).

Se identificaron diversos facilitadores de la realización de exámenes médicos:

- informar sobre los procedimientos y los objetivos de los exámenes médicos,
- agilizar la gestión de la solicitud de la cita y el tiempo de extracción de las muestras,

- concentrar la realización de los exámenes durante las primeras horas de la mañana,
- realizar la extracción en el centro de salud más cercano (evita invertir tiempo y recursos económicos para desplazarse),
- informar sobre la calidad de los exámenes (existencia de creencias de mayor calidad en el hospital),
- facilitar los resultados y facilitar el tratamiento,
- búsqueda pro-activa de participantes embarazadas o con enfermedades crónicas, e informar sobre las posibilidades de sufrir complicaciones de salud secundarias a la realización de los exámenes médicos,

Así mismo, se identificaron varias barreras de realizar exámenes médicos:

- posible intrusión en el ámbito privado,
 - requieren tiempo,
 - la realización habitual de exámenes médicos (personas que realizan seguimientos frecuentes de problemas crónicos o chequeos en el país de origen),
 - realizar los exámenes durante ritos religiosos (evitar el Ramadán),
 - estar embarazada,
 - temor a sufrir complicaciones de enfermedades crónicas,
 - desconfianza con la investigación
- Privacidad y confidencialidad: mantener la privacidad y la confidencialidad es esencial. Es necesario evitar la presencia de otros familiares durante la

realización de las encuestas. Por ello, los hijos u otros familiares no pueden ayudar a superar la barrera idiomática en los casos que ésta exista

- Perfil del entrevistador: La literatura describe que los entrevistadores afines con los participantes en cuanto a antecedentes migratorios –primera generación-, sexo y origen geográfico fomenta la confianza (26), minimiza la barrera social y etno-cultural, fomenta la proximidad, facilita el reclutamiento, la recogida de información y el seguimiento, y mejora las tasas de participación y retención (48). La paridad lingüística y etno-cultural entre entrevistadores y participantes (27)(49)(50) minimiza las barreras de género e idiomáticas (más allá de la traducción de las palabras, facilitará la comprensión del contenido) y evita el posible sesgo de los investigadores autóctonos, potencialmente presente en estudios inter-culturales (25). Diversos autores priorizan que el entrevistador comparta el mismo estatus socio-económico y experiencias vitales similares (44)(51)(52)(53).

Dicho perfil del entrevistador también presenta dificultades y limitaciones. Probablemente, será necesario identificar personas inmigrantes en la comunidad que cumplan dicho perfil de entrevistador, y será necesario destinar una parte del presupuesto de la investigación en formación para los candidatos. Si el entrevistador pertenece y reside en la misma comunidad que el participante, pueden emerger barreras de desconfianza y rechazo de participar en el estudio por miedo a perder la privacidad. Es posible que la participación de entrevistadores que vivan en otro lugar y que no pertenecen ni se relacionan

con los participantes del estudio pueda disminuir esta limitación. Es esencial el compromiso del entrevistador de mantener la confidencialidad de la información. Es recomendable disponer de un equipo amplio y de perfiles diferentes de entrevistadores (inmigrantes y autóctonos), y adaptarse a las preferencias y/o necesidades de los participantes

- Uso de tabletas como soporte en la recogida de información: Las tabletas facilitan la supervisión del trabajo de campo y la identificación de errores en la recogida de información, mantienen y mejoran la privacidad y garantizan la confidencialidad
- Inmediatez: La inmediatez (realizar la encuesta en el momento de la captación) puede facilitar el reclutamiento de familias, sobre todo chinas. Como limitación, utilizar esta estrategia limita el acceso a los otros miembros de la familia, como los hijos y las parejas, y el acceso al domicilio de los participantes
- Re-contacto: Los participantes inmigrantes recomendaron utilizar simultánea y repetidamente diferentes vías de comunicación para contactar con ellos en el seguimiento (segunda oleada): la llamada telefónica, el mensaje de texto, el whatsapp y el correo electrónico. La permanencia del mensaje de texto, del whatsapp y el correo electrónico facilitan informar a otros miembros de la familia y también funcionan como recordatorio de la cita. Los mensajes de texto no requieren el uso de internet y pueden ser más ampliamente utilizados. Aquellos colectivos con mayores dificultades socio-económicas, como los desempleados, pueden tener limitación de acceso a Internet. Otras vías de re-contacto aceptadas en menor medida fueron la carta (aporta formalidad y

permite informar a otros miembros de la familia, pero precisa de un domicilio fijo), y la escuela (en aquellos casos en que los hijos seguirán escolarizados, facilita el contacto después de un largo período de tiempo). Además, la escuela es un ámbito conocido por los participantes que facilita establecer vínculos de confianza con el equipo investigador. Los participantes mostraron su rechazo generalizado de facilitar el contacto (número de teléfono o correo electrónico) de un familiar o amigo, ya que priorizan la confidencialidad y la privacidad. Posiblemente, aquellos colectivos con mayor riesgo de movilidad (54), mayores barreras idiomáticas (27) y menor uso de internet, presenten mayores dificultades de re-contacto.

b) Barreras de participación de la población inmigrada

- Falta de tiempo disponible: La falta de tiempo disponible ha sido identificada como la barreras de participación más importante y difícil de resolver (25). La falta de tiempo disponible es mayor en aquellos que soportan mayor carga laboral: chinos y mujeres latinas que trabajan en el servicio doméstico o que constituyen familias mono-parentales.
- Movilidad: Algunos colectivos, como los adultos chinos y los niños chinos que viven largas temporadas en el país de origen para conocer la familia e ir a la escuela, presentan un elevado riesgo de movilidad. Además, la actual precariedad laboral y la búsqueda de empleo, aumenta el riesgo de movilidad de la población inmigrada en general. Para minimizar el riesgo de la movilidad, la inclusión de familias probablemente facilita el acceso a un segmento de la

población inmigrada más estable y con menor riesgo de movilidad que otros colectivos (como los hombres inmigrantes jóvenes solos). También es posible valorar sistemas de recogida de información a distancia (Internet) o a través de otro familiar

- Desconfianza en una investigación sobre la salud: Segmentos importantes de la población inmigrada desconocen los estudios de salud y sus procedimientos, por lo que pueden sentir desconfianza hacia ellos. Maximizar el trato personal con el equipo investigador e implementar los facilitadores descritos previamente permitirá minimizar el impacto de esta barrera
- Rechazo a determinadas preguntas de la encuesta: Rechazo a preguntas de salud sexual y reproductiva (por parte de hombres y mujeres de todas las nacionalidades y especialmente de Paquistán) y a preguntas relacionadas con el consumo de alcohol (participantes de Paquistán y Marruecos)
- Barreras idiomáticas: Posiblemente la barrera idiomática, al igual que muestran estudios sobre acceso y/o uso de los servicios sanitarios (16), tenga mayor impacto sobre aquellos participantes con menor tiempo de residencia. En nuestra experiencia a pesar que la media del tiempo de residencia era >10 años observamos importantes dificultades idiomáticas, distribuidas en función de otras variables como el género, haber trabajado fuera de casa, el nivel de estudios, haber socializado con la población autóctona, etc. Posiblemente, las barreras idiomáticas persisten en algunos segmentos de la primera generación de inmigrantes independientemente del tiempo de residencia. Se aconseja la

participación de traductores, mediadores o de entrevistadores con el perfil que se ha comentado previamente.

Tabla III: Identificación de los principales facilitadores de la participación de la población inmigrada en nuestro lugar de estudio:

FASE DEL ESTUDIO	FACILITADORES
PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO	<p>Estudios comunitarios</p> <p>Informar de los objetivos y procedimientos del estudio</p> <p>Conocer y respetar los valores culturales existentes en cada colectivo</p>
ENCUESTA	<p>Proximidad (realizar la encuesta en el domicilio, la recogida de muestras en el centro de salud más cercano, etc.)</p> <p>Privacidad</p> <p>Confidencialidad</p> <p>Perfil de los encuestadores</p>
ANÁLISIS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	<p>Conocer mejor su salud y la de sus hijos y recibir tratamiento si es necesario son dos beneficios muy importantes de participar</p> <p>Agilizar el tiempo de extracción</p> <p>Proximidad de los puntos de extracción</p> <p>Confianza en el sistema sanitario</p>

RE-CONTACTO	<p data-bbox="824 268 1809 300">Uso simultáneo de llamadas telefónicas, mensajes MSM, e-mail y whatsapp</p> <p data-bbox="607 339 2029 408">Los mensajes MSM no precisan utilizar Internet, también funcionan como recordatorio y permiten informar a otros miembros de la familia</p> <p data-bbox="669 448 1966 480">E-mail y whatsapp funcionan como recordatorio y permiten informar a otros miembros de la familia</p>
-------------	---

Tabla IV: Identificación de las principales de barreras de participación en nuestro lugar de estudio y posibles estrategias para minimizarlas:

BARRERAS	ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR EL IMPACTO DE LAS BARRERAS
DESCONFIANZA	Fomentar relaciones de confianza a través de mantener la privacidad y la confidencialidad, facilitar la proximidad de la realización del estudio y del equipo investigador, y conociendo y respetando los roles de género que existen en cada comunidad
FALTA DE TIEMPO DISPONIBLE	<p>Ofrecer amplia flexibilidad de horarios para recoger la información, incluyendo fines de semana y horas de la noche</p> <p>Evitar los períodos del día en que las madres están al cuidado de los hijos</p> <p>Respecto a los participantes que trabajan fuera de casa, entrevistarlos en el lugar de trabajo o durante el fin de semana o la noche</p> <p>Facilitar que otro miembro de la familia, por ejemplo la madre, responda la encuesta en nombre de aquellos que están ausentes</p>
BARRERAS IDIOMÁTICAS	<p>Traductores</p> <p>Entrevistador del mismo origen geográfico que el entrevistado</p> <p>No interesados en traducir los cuestionarios, evitar la ayuda de familiares para minimizar la barrera idiomática para responder la encuesta (priorizar la privacidad y confidencialidad)</p>

ROLES DE GÉNERO	Entrevistador del mismo sexo que el entrevistado
BARRERAS CULTURALES	Entrevistador con el mismo background cultural y experiencias similares (por ejemplo, inmigrante de primera generación)
LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	Disponer de una red de espacios adecuados para realizar entrevistas, especialmente en centros de salud, cerca del área donde residen los participantes, para evitar generar dificultades de desplazamiento
MOVILIDAD	Incluir familias como población de estudio Recoger información a través de otro familiar o a través de métodos on-line (Internet)

Tabla V. Distribución de los facilitadores y barreras de participación según las características socio-demográficas de la población inmigrada:

GRUPO SOCIO-DEMOGRÁFICO	FACILITADORES Y BARRERAS DE PARTICIPACIÓN
DESEMPLEADOS	<p>Más tiempo disponible</p> <p>Mayor interés en recibir gratificaciones económicas</p> <p>Mayor riesgo de movilidad (desplazan en búsqueda de una oportunidad laboral), y por ello potencialmente mayor dificultad de re-contacto</p> <p>Posiblemente mayor precariedad económica y menor utilización de Internet, y por ello mayores dificultades de re-contacto</p>
RECIÉN LLEGADOS	<p>Mayores dificultades de identificación y reclutamiento (hidden-population)</p> <p>Más tiempo disponible</p> <p>Mayor interés en recibir gratificaciones económicas</p> <p>Posible mayor barrera idiomática</p>
EMPLEADOS / CARGA LABORAL	<p>Falta de tiempo disponible</p>
MUJERES	<p>Limitación de tiempo disponible durante las horas que dedican al cuidado de los hijos</p> <p>Posiblemente, mayor barrera idiomática en aquellos grupos con bajo nivel de estudios y/o que no han trabajado fuera de casa</p>

Tabla VI. Distribución de los facilitadores y barreras de participación según el origen geográfico de los participantes inmigrantes:

ORIGEN GEOGRÁFICO	FACILITADORES Y BARRERAS DE PARTICIPACIÓN
AMÉRICA LATINA	Falta de tiempo disponible: Mujeres que trabajan en el servicio domésticos o que forman familias mono-parentales
MARRUECOS	<p>Rechazo de las preguntas de hábitos tóxicos (consumo de alcohol)</p> <p>Barreras idiomáticas</p> <p>Mayores dificultades de re-contacto debido a las barreras idiomáticas</p> <p>Facilitar a las mujeres elegibles para participar la obtención del consentimiento del marido para participar: facilitando hojas informativas del estudio en el idioma materno, utilizando métodos de contacto y de re-contacto en el seguimiento escritos que permitan informar fácilmente a otros miembros familiares</p>
PAKISTÁN	<p>Rechazo de las preguntas de salud sexual</p> <p>Rechazo de las preguntas de hábitos tóxicos (consumo de alcohol)</p> <p>Barreras idiomáticas</p> <p>Mayores dificultades de re-contacto debido a las barreras idiomáticas</p> <p>Facilitar a las mujeres elegibles para participar la obtención del consentimiento del marido para participar: facilitando hojas</p>

	informativas del estudio en el idioma materno, utilizando métodos de contacto y de re-contacto en el seguimiento escritos que permitan informar fácilmente a otros miembros familiares
CHINA	<p>Falta de tiempo disponible debido a su compromiso con su jornada laboral</p> <p>Movilidad frecuente de los adultos a China</p> <p>Movilidad frecuente de los hijos, que viven durante largos períodos de tiempo en China con su familia de origen para ir a la escuela, y conocer el idioma y la cultura</p> <p>Rechazo frecuente de realizar la entrevista en el domicilio familiar</p> <p>Barreras idiomáticas</p> <p>Mayores dificultades de re-contacto debido a las barreras idiomáticas</p> <p>Identificar y reclutar a una persona inmigrante china reconocida como un líder por su comunidad, facilita el acceso a la comunidad y por la influencia de las relaciones jerárquicas que existen en este colectivo, aumenta las posibilidades de reclutar</p> <p>Inmediatez (realizar la encuesta de salud en el mismo momento del reclutamiento del participante), facilita el reclutamiento y la realización de la encuesta de salud, pero limita el acceso a los otros miembros de la familia, como la pareja y los hijos (segunda generación)</p>
TODOS	<p>Desconocimiento de la práctica de ofrecer gratificaciones en investigación</p> <p>Una minoría temen problemas legales por aceptar gratificaciones económicas</p>

Rechazo de las preguntas de salud sexual

Facilitar información sobre el estudio a toda la familia, entregando hojas informativas del estudio en el idioma materno

Integrar Informantes clave (personas inmigrantes que son reconocidas como referentes por sus propias comunidades) en el equipo investigador. Permite la participación de la población inmigrada en el proyecto, facilita el acceso a la población de estudio, participan en el reclutamiento realizando bola de nieve en su red social, y son más efectivos que los investigadores autóctonos en la captación directa gracias a la eliminación de las barreras culturales e idiomáticas

3. LECCIONES APRENDIDAS

- La población inmigrada desea participar en estudios de investigación sobre su estado de salud y el de sus hijos, pero es necesario facilitar su participación en el estudio
- El equipo investigador deberá ser visible para la población de estudio y mantener una comunicación directa y clara con las diferentes comunidades durante todo el estudio. Estableciendo lazos personales y de confianza que facilitarán la participación y la retención de la población de estudio
- Es recomendable que en los estudios con población inmigrada se integren personas inmigrantes en el estudio en el equipo investigador. Ello minimizará barreras idiomáticas y culturales y facilitará establecer vínculos de confianza hacia el estudio y el equipo investigador
- En estrategias comunitarias de reclutamiento como la captación directa y la bola de nieve, los investigadores inmigrantes son mucho más efectivos que los autóctonos
- Es recomendable que el primer contacto del equipo investigador con la población de estudio sea personal, sin barreras idiomáticas y requiera el mínimo tiempo y desplazamiento de la población de estudio
- Incluir la unidad familiar, y especialmente a los hijos de los inmigrantes, puede facilitar la participación en un estudio de salud
- Conocer su estado de salud y el de sus hijos realizando exámenes médicos (análisis de muestras biológicas) juntamente con recibir tratamiento si es necesario son los

mayores beneficios que percibe la población inmigrada de participar en un estudio sobre su salud

- El colectivo chino presenta mayores dificultades de participación que otros colectivos de inmigrantes. Para facilitar su participación es recomendable la integración en el equipo investigador de una persona inmigrante china cuya influencia sea reconocida por los miembros de su propia comunidad. La inmediatez (realizar la encuesta de salud en el mismo momento de la captación) también puede facilitar la participación en este colectivo
- La proximidad, la flexibilidad horaria y de lugar facilitan la participación en la recogida de información
- Los encuestadores inmigrantes tienen la capacidad de minimizar barreras idiomáticas y culturales. La paridad de sexo con el/la participante puede disminuir posibles barreras de género, pero en pocos casos también puede limitar la fiabilidad de las cuestiones con mayores tabúes culturales

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración. 2010.
2. López-Vélez R, Navarro M, Jiménez C. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Madrid; 2007.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Principales series de población desde 1998. [Internet]. [citado 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=01004.px&L=0>
4. INE. Notas de prensa: Cifras de Población a 1 de enero de 2016. [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.ine.es/prensa/np980.pdf
5. Serra del Pozo P, Smilges Gaffe A. La población extranjera de Badalona en el contexto de la crisis económica. *Estud Geográficos*. 2013;LXXIV(275):639-82.
6. Oliva J, Pérez G. [Immigration and health]. *Gac Sanit*. diciembre de 2009;23 Suppl 1:1-3.
7. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol*. 2011;8(1):6.
8. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Themes Epidemiol*. 2006;3:3.

9. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. [Health inequalities in immigrant populations in Spain: a scoping review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):687-701.
10. Fennelly K. The "healthy migrant" effect. *Minn Med*. marzo de 2007;90(3):51-3.
11. Riccardo F, Dente MG, Kärki T, Fabiani M, Napoli C, Chiarenza A, et al. Towards a European Framework to Monitor Infectious Diseases among Migrant Populations: Design and Applicability. *Int J Environ Res Public Health*. septiembre de 2015;12(9):11640-61.
12. Sanz Barbero B. [Comment. Sociodemographic variables, life-styles, and self-perceived health in migrants]. *Gac Sanit*. 2008;22(5):413-4.
13. Berra S, Elorza-Ricart J. *Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España*. Madrid; 2009.
14. Gotsens M, Malmusi D, Villarroya N, Vives-Cases C, Garcia-Subirats I, Hernando C, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. diciembre de 2015;25(6):923-9.
15. Vázquez ML, Vargas I, Aller M-B. [The impact of the economic crisis on the health and healthcare of the immigrant population. *SESPAS report 2014*]. *Gac Sanit*. junio de 2014;28 Suppl 1:142-6.
16. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and

- foreign born in Spain. BMC Public Health. 2009;9:201.
17. Moullan Y, Jusot F. Why is the «healthy immigrant effect» different between European countries? Eur J Public Health. 1 de agosto de 2014;24(suppl 1):80-6.
 18. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the «salmon bias» and healthy migrant hypotheses. Am J Public Health. octubre de 1999;89(10):1543-8.
 19. Williams R. Health and length of residence among south Asians in Glasgow: a study controlling for age. J Public Health Med. marzo de 1993;15(1):52-60.
 20. Salinero-Fort MÁ, Jiménez-García R, del Otero-Sanz L, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Martín-Madrado C, et al. Self-reported health status in primary health care: the influence of immigration and other associated factors. Caylà JA, editor. PLoS One. 4 de junio de 2012;7(6):e38462.
 21. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MAJ, García-Ramírez M. [Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population]. Gac Sanit. 29(4):244-51.
 22. ECDC. Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel. Stockholm; 2011.
 23. Logie H, Hogan R, Peut A. Longitudinal studies of ageing: Implications for future studies. Canberra; 2004.
 24. Katigbak C, Foley M, Robert L, Hutchinson MK. Experiences and Lessons Learned

- in Using Community-Based Participatory Research to Recruit Asian American Immigrant Research Participants. *J Nurs Scholarsh.* marzo de 2016;48(2):210-8.
25. Ejiogu N, Norbeck JH, Mason MA, Cromwell BC, Zonderman AB, Evans MK. Recruitment and retention strategies for minority or poor clinical research participants: lessons from the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity across the Life Span study. *Gerontologist.* junio de 2011;51 Suppl 1:S33-45.
26. Ford ME, Siminoff LA, Pickelsimer E, Mainous AG, Smith DW, Diaz VA, et al. Unequal burden of disease, unequal participation in clinical trials: solutions from African American and Latino community members. *Health Soc Work.* febrero de 2013;38(1):29-38.
27. Woodward-Kron R, Hughson J-A, Parker A, Bresin A, Hajek J, Knoch U, et al. Culturally and Linguistically Diverse Populations in Medical Research: Perceptions and Experiences of Older Italians, Their Families, Ethics Administrators and Researchers. *J Public health Res.* 26 de abril de 2016;5(1):667.
28. Lwin Z, Broom A, Cosman R, Livingstone A, Sawkins K, Good P, et al. Culturally and linguistically diverse patient participation in glioma research. *Neuro-oncology Pract.* 1 de septiembre de 2014;1(3):101-5.
29. Goff SL, Youssef Y, Pekow PS, White KO, Guhn-Knight H, Lagu T, et al. Successful Strategies for Practice-Based Recruitment of Racial and Ethnic Minority Pregnant Women in a Randomized Controlled Trial: the IDEAS for a Healthy Baby Study. *J racial Ethn Heal disparities.* 11 de diciembre de 2016;3(4):731-7.

30. Evans MK, Lepkowski JM, Powe NR, LaVeist T, Kuczmarski MF, Zonderman AB. Healthy aging in neighborhoods of diversity across the life span (HANDLS): overcoming barriers to implementing a longitudinal, epidemiologic, urban study of health, race, and socioeconomic status. *Ethn Dis.* 2010;20(3):267-75.
31. Gadegbeku CA, Stillman PK, Huffman MD, Jackson JS, Kusek JW, Jamerson KA. Factors associated with enrollment of African Americans into a clinical trial: results from the African American study of kidney disease and hypertension. *Contemp Clin Trials.* noviembre de 2008;29(6):837-42.
32. World Health Organization (WHO). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen; 2010.
33. ECDC. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm; 2014.
34. WHO. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva; 2010.
35. Malmusí D, Jansà JM, del Vallado L. [Recommendations for health research and information on definitions and variables for the study of the foreign-born immigrant population]. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81(4):399-409.
36. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health.* octubre de 2001;55(10):701-7.
37. Monge S, Ronda E, Pons-Vigués M, Vives Cases C, Malmusi D, Gil-González D. [Methodological limitations and recommendations in publications on migrant population health in Spain]. *Gac Sanit.* noviembre de 2015;29(6):461-3.

38. Gómez Quintero JD, Fernández-Romero C. Familias inmigrantes en España: estructura sociodemográfica, roles de género y pautas culturales de los hijos adolescentes. *Papeles de Población*. 2012;80:87-118.
39. Reher D, Cortés Alcalá L, González Quiñones F, Requena M, Sánchez Domínguez M, Sanz Gimeno A, et al. Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2007): una monografía. Madrid; 2008.
40. Requena M, Sánchez-Domínguez M. Las familias inmigrantes en España. *Rev Int Sociol (RIS)*. 2011;Monográfico:79-104.
41. Rumbaut RG. Assimilation and its discontents: between rhetoric and reality. *Int Migr Rev*. 1997;31(4):923-60.
42. Nielsen S, Hempler N, Krasnik A. Issues to Consider When Measuring and Applying Socioeconomic Position Quantitatively in Immigrant Health Research. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de noviembre de 2013;10(12):6354-65.
43. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C, et al. [Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches]. *Gac Sanit*. 27(3):263-72.
44. Katigbak C, Foley M, Robert L, Hutchinson MK. Experiences and Lessons Learned in Using Community-Based Participatory Research to Recruit Asian American Immigrant Research Participants. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. marzo de 2016;48(2):210-8.

45. Bastani R, Maxwell AE, Kagawa-Singer M, Glenn BA, Parada K. Stimulating cancer research in Asian communities and training the next generation of scientists. *Cancer*. 15 de diciembre de 2005;104(12 Suppl):2926-30.
46. Carter-Edwards L, Fisher JT, Vaughn BJ, Svetkey LP. Church rosters: is this a viable mechanism for effectively recruiting African Americans for a community-based survey? *Ethn Health*. febrero de 2002;7(1):41-55.
47. Burroughs AR, Visscher WA, Haney TL, Efland JR, Barefoot JC, Williams RB, et al. Community recruitment process by race, gender, and SES gradient: lessons learned from the Community Health and Stress Evaluation (CHASE) Study experience. *J Community Health*. diciembre de 2003;28(6):421-37.
48. Aroian KJ, Katz A, Kulwicki A. Recruiting and retaining Arab Muslim mothers and children for research. *J Nurs Scholarsh*. 2006;38(3):255-61.
49. Chang TE, Brill CD, Traeger L, Bedoya CA, Inamori A, Hagan PN, et al. Association of Race, Ethnicity and Language with Participation in Mental Health Research Among Adult Patients in Primary Care. *J Immigr Minor Heal*. 15 de diciembre de 2015;17(6):1660-9.
50. Chen H, Kramer EJ, Chen T, Chung H. Engaging Asian Americans for mental health research: challenges and solutions. *J Immigr Health*. abril de 2005;7(2):109-16.
51. Muhammad M, Wallerstein N, Sussman AL, Avila M, Belone L, Duran B. Reflections on Researcher Identity and Power: The Impact of Positionality on

Community Based Participatory Research (CBPR) Processes and Outcomes. *Crit Sociol.* noviembre de 2015;41(7-8):1045-63.

52. Lindenberg CS, Solorzano RM, Vilaro FM, Westbrook LO. Challenges and strategies for conducting intervention research with culturally diverse populations. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc.* abril de 2001;12(2):132-9.
53. Byrd GS, Edwards CL, Kelkar VA, Phillips RG, Byrd JR, Pim-Pong DS, et al. Recruiting intergenerational African American males for biomedical research Studies: a major research challenge. *J Natl Med Assoc.* junio de 2011;103(6):480-7.
54. Pica M, López-Jacob MJ, García AM, Martínez JM, Benavides FG, Ronda E. [Re-contact with immigrant workers in Spain through telephone interview (ITSAL II)]. *Arch Prev Riesgos Labor.* 1 de julio de 2014;17(3):132-41.