

## COMENTARIO EDITORIAL

# Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria

Luis López Lázaro

Swiss Pharma Contract. CH-4123 Allschwil. Basel-Land. Suiza.

El tema del uso de servicios sanitarios por la creciente población inmigrante procedente de países de menor renta en los de alta renta resulta complejo y genera polémica. Contrariamente a lo que se cree, es en general igual o menor que el de la población de los países de acogida<sup>1,2</sup>, tanto en países sin seguro universal de salud (caso de Estados Unidos<sup>1</sup>) como en países con seguro universal de salud (caso de España<sup>2</sup>).

Las razones que pueden explicar este hecho son diversas. Un análisis realizado en Estados Unidos demostró que, como cabía esperar por la falta de cobertura por seguro y el bajo nivel socioeconómico general de la población inmigrante, las barreras económicas, incluyendo la carencia de cobertura por seguro, fueron un factor relevante, pero también la menor edad promedio y el mejor estado de salud relativo (hallado incluso tras controlar por edad y por si la persona es visitada por un médico) de la población inmigrante desarrollaron un papel<sup>1</sup>. Incluso en países con seguros de salud nacionales universales, los problemas administrativos pueden mantener a una parte de la población inmigrante sin asegurar<sup>3</sup>.

Respecto al estado de salud de las poblaciones inmigrantes de los países de baja renta, las posibles diferencias juegan en sentidos opuestos. Por un lado, en dichos países los recursos sanitarios son menores y enfermedades infrecuentes en el mundo desarrollado son endémicas<sup>3</sup>; pero, por otro lado, la emigración produce una importante selección de personas en buen estado de salud<sup>1</sup>, dado que se emigra para trabajar y ganar dinero<sup>4</sup>, lo que implica desplazamientos de más o menos riesgo que un sujeto sano está más dispuesto a asumir.

Una vez en el país de acogida, habitualmente su nivel socioeconómico es bajo, y sus condiciones laborales, alojamiento, etc., tienden a ser también menos favorables que los de la población autóctona, factores que tenderían a deteriorar su nivel de salud<sup>1,4,5</sup>. Sin embargo, a menudo, las poblaciones inmigrantes tienen hábitos de vida más saludables que las autóctonas. Por ejemplo, un reciente estudio realizado en nuestro medio ha demostrado que el consumo

de alcohol y tabaco por parte de los inmigrantes es menor que el de la población autóctona<sup>2</sup>.

En cuanto al uso de servicios sanitarios, aparte de las barreras económicas, muy variables según los países, diversos factores lo limitan como las dificultades idiomáticas<sup>4,5</sup>, el temor a la pérdida de ingresos o a un impacto desfavorable en su situación laboral del tiempo de trabajo perdido por motivos médicos<sup>5</sup> y, en el caso de los inmigrantes en situación irregular, el miedo a que dicha situación sea descubierta por las autoridades<sup>4</sup>.

En este número de la revista ATENCIÓN PRIMARIA se publica un interesante estudio que compara la utilización de recursos de asistencia primaria por parte de inmigrantes de países de baja renta con la realizada por autóctonos, en ambos casos restringida a la población que ha contactado al menos en una ocasión con los servicios asistenciales. La posibilidad de haber realizado tres o más visitas es mayor entre los inmigrantes, pero menor en las consultas de enfermería. Los inmigrantes precisaron en general mayor número de pruebas complementarias.

## Puntos clave

- La frecuentación por los inmigrantes de los servicios de atención primaria es menor que la de las poblaciones autóctonas.
- Dicha menor frecuentación parece deberse en parte a su mejor estado de salud y en parte a un mayor umbral para buscar asistencia sanitaria.
- Sería importante conocer la importancia relativa del mejor estado de salud y el mayor umbral para buscar asistencia sanitaria para diseñar mejoras en la atención a los colectivos inmigrantes.
- El mejor estado de salud parece deberse a que la población inmigrante es comparativamente joven y tiene unos hábitos de vida comparativamente saludables.

Como posibles factores relacionados con estas diferencias cabe destacar, como reflejan los autores, que tal vez los inmigrantes, cuando acuden a la consulta, lo hacen por cuadros más graves, lo que explicaría tanto el mayor número de consultas como el mayor uso de pruebas complementarias. En concordancia con estos hallazgos, en otro estudio realizado en nuestro medio<sup>2</sup> se observó una mayor tasa de hospitalizaciones en la población inmigrante, que, sin embargo, precisó menos fármacos y no tuvo un mayor consumo de otros recursos sanitarios. También otros autores en medios distintos, como Estados Unidos, han reflejado la tendencia de muchos inmigrantes a no buscar tratamiento médico salvo en caso de enfermedad aguda<sup>4</sup>.

Asimismo, la mayor natalidad para una edad dada en el colectivo inmigrante, probablemente amplificada por la mayor proporción de mujeres en edad reproductora (la edad media de los inmigrantes era 30 frente a 45 años en la población autóctona en el estudio aquí comentado), explicaría el mayor uso en el caso de los servicios de ginecología. Este hecho también ha sido observado por otros autores. Así, en un estudio realizado en el condado de Los Ángeles, en Estados Unidos<sup>1</sup>, la tasa de hospitalizaciones relacionadas con el embarazo en las inmigrantes indocumentadas duplicó la de la población autóctona.

Por otro lado, el menor uso de consultas de enfermería podría deberse a desconocimiento o a una mayor proporción de consultas por procesos agudos en una población más joven. Las barreras idiomáticas, si bien son citadas con frecuencia<sup>4,5</sup>, no parecen ser un factor cuantitativamente impor-

tante en los resultados del presente estudio, ya que la población latinoamericana tuvo patrones similares a los del resto de la población inmigrante.

Los resultados deben llevar a futuras investigaciones basadas en población total, no en población atendida, para dilucidar si realmente el mayor número de consultas y el uso de pruebas complementarias en la población inmigrante se debe a un umbral más alto para la búsqueda de atención médica o bien se debe a otros factores. De confirmarse la importancia de la menor propensión a acudir a la consulta, un estudio tipo encuesta permitiría aclarar las razones.

Es necesario un conocimiento preciso de las diferencias y de los factores que las producen para permitir una mejor planificación de la atención sanitaria a una parte importante de la población.

### Bibliografía

1. Caulford P, Vali Y. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *CMAJ*. 2006;174:1253-4.
2. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17:503-7.
3. Goldman DP, Smith JP, Sood N. Immigrants and the cost of medical care. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25:1700-11.
4. Okie S. Immigrants and health care-at the intersection of two broken systems. *N Engl J Med*. 2007;357:525-9.
5. Pavlic DR, Brovc M, Svab I, Ahcin J, Slajpah M. Attitudes to illness and the use of health services by economic immigrants in Slovenia. *Croat Med J*. 2007;48:675-83.