

ORIGINAL

Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios?

Luis Andrés Gimeno-Feliu^{a,*}, Rosa María Macipe-Costa^b, Ignacio Dolsac^c, Rosa Magallón-Botaya^d, Lourdes Luzón^e, Alexandra Prados-Torres^f y Javier García-Campayo^g

^a Equipo de Atención Primaria San Pablo, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, redIAPP, zaragoza, España

^b Equipo de Atención Primaria Fuentes de Ebro, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^c Gerencia del Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Zaragoza, España

^d Equipo de Atención Primaria Arrabal, Sector Zaragoza I, Servicio Aragonés de la Salud, Universidad de Zaragoza, redIAPP, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^e Equipo de Atención Primaria San Pablo, Sector Zaragoza II, Servicio Aragonés de la Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^f Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^g Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet, redIAPP, Universidad de Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

Recibido el 28 de septiembre de 2009; aceptado el 7 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Inmigrantes;
Recursos sanitarios;
Atención primaria;
Utilización de servicios;
Frecuentación;
Adultos;
Niños

Resumen

Objetivo: Analizar la frecuentación en consultas de atención primaria de los inmigrantes, respecto a los autóctonos. Analizar las diferencias existentes según la zona geográfica de procedencia.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron todas las citas de medicina y pediatría, a partir de datos de la historia clínica electrónica.

Emplazamiento: Centro de salud urbano de Zaragoza.

Participantes: todos los pacientes citados en el centro de salud durante un periodo de un año.

Intervenciones: Se ajustó con la población de referencia de tarjeta sanitaria según sexo y edad. Se realizó estandarización directa para evitar las diferencias debidas a la distinta distribución poblacional.

Medidas principales: Número de visitas/año al médico y pediatra en función de origen, sexo y edad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: med000764@gmail.com (L.A. Gimeno-Feliu).

Resultados: Se analizaron 110.046 citas de adultos sobre una población de 20.675 personas (20% inmigrantes) y 17.647 citas pediátricas sobre 2.452 niños (29% inmigrantes).

La frecuentación anual ajustada de españoles fue mayor que de la de inmigrantes (7,1 visitas vs 4,8 en niños, y 4,7 vs 2,8 en adultos) ($p < 0,001$). Los pacientes de Europa del Este tuvieron la menor frecuentación (1,6). En atención continuada, la frecuentación pediátrica fue mayor en españoles, pero en adultos fue mayor en inmigrantes.

Conclusiones: La población inmigrante tanto pediátrica como adulta tuvo una menor frecuentación que la autóctona en cualquier tramo etario. Hay importantes diferencias según orígenes geográficos. Esto puede deberse a una mejor salud, a un mejor uso del sistema sanitario o a otros factores como dificultad de accesibilidad que es preciso estudiar.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Immigrants population;
Health resources;
Health services use;
Attendance;
Primary Health;
Adult;
Child

Frequency of attending Primary Care clinics by the immigrant versus autochthonous population

Abstract

Objectives: To study the frequency of attendance in primary care of immigrant population compared to autochthonous one. To analyse differences in health services use according to geographical origin.

Methods: A retrospective descriptive study was carried out. All Family Medicine and Paediatrics consultations were analysed using the electronic medical record.

Design: Retrospective descriptive study. We analysed all the medicine and paediatrics appointments data from the electronic medical record.

Location: Urban Health Centre, Zaragoza.

Participants: All patients with an appointment at the Health Centre during a one year period.

Intervention: Is in line with the reference population with health cards by sex and age. Direct standardisation was performed to avoid differences due to different population distribution.

Main measures: Number of visits annually to the doctor, on the basis of national origin, sex and age.

Results: We analysed 110,046 adult consultations (based on a population of 20,675 inhabitants, 20% of immigrants) and 17,647 paediatric consultations (based on 2,452 children, 29% of immigrants).

Adjusted annual consultation ratio of Spanish patients was higher than that of the immigrant population (7.1 consultations vs 4.8 in children, and 4.7 vs 2.8 in adults) ($P < .001$). Adults from Eastern Europe showed the lowest number of consultations (1.6). In emergency consultations in Primary Care, Spanish children consulted more frequently than immigrants, but immigrant adults consulted more frequently than Spanish adults.

Conclusions: Immigrant population consulted primary care services less often compared with the Spanish population. There are notable differences according to geographical origin. This can be explained by better health, better use of healthcare system, and other difficulties in accessibility to health systems.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Durante los últimos años, la sociedad española ha sufrido una profunda transformación, debido en parte al gran aumento de la población inmigrante, procedente en su mayoría de países de baja renta¹⁻⁵. España es, dentro de la Unión Europea, el país que ha recibido mayor número de inmigrantes en los últimos años, de manera que en los últimos 6 se ha multiplicado por tres la población inmigrante. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población inmigrante en España supone el 12,7% del total y en Aragón el 13,14%.

Este aumento tan rápido supone todo un esfuerzo de adaptación así como de reorganización de la sociedad de acogida. Es importante conocer los hábitos y necesidades

de este grupo de población, para planificar los recursos y dar una respuesta adecuada a esta nueva realidad^{6,7}.

Los estudios dirigidos a analizar la salud de los inmigrantes han aumentado en los últimos años, pero se centran en aspectos muy biomédicos, como la prevalencia de diferentes enfermedades, protocolos de acogida, mortalidad etc.⁸⁻¹³. Sin embargo, faltan estudios orientados a conocer verdaderamente la repercusión de la atención al inmigrante dentro del sistema sanitario, de cara a orientar las políticas sanitarias y mejorar su atención.

Existe una «opinión pública» que achaca un mayor consumo de servicios sanitarios a esta población, lo cual vendría refrendado por algunos estudios que relacionan mayor frecuentación y consumo sanitarios con peor situación socioeconómica^{14,15}. Incluso, en los últimos años, se ha

propuesto «ajustar» el tamaño de los cupos de los médicos de familia, teniendo en cuenta el porcentaje de población inmigrante como factor de mayor penosidad¹⁶. Asimismo, hay una «sensación» de que los pacientes inmigrantes hacen un «sobresuso» de la atención urgente en Atención Primaria (AP)¹⁷. Sin embargo, diversos estudios contradicen esta opinión, demostrando que la población inmigrante es mayoritariamente «joven y sana» y que, en general, realiza un menor uso del sistema sanitario del que teóricamente correspondería^{9,13,18-21}. Hay diversas teorías para explicar esta realidad²²⁻²⁵.

En España, y más concretamente en el ámbito de la AP, no tenemos apenas estudios que aporten información relevante y fidedigna de este uso del sistema sanitario²⁶⁻²⁸. La mayoría de los datos están basados en encuestas, con las limitaciones metodológicas y los sesgos que comportan. Es de vital importancia profundizar en estos aspectos ya que el mayor peso de la atención a estos pacientes se concentra en los servicios de AP, y diversos autores han alertado de la necesidad de realizar análisis que nos permitan mejorar y optimizar esta atención para el bien de los inmigrantes y de nuestro Sistema Nacional de Salud^{2,4,29}. Por otra parte, es necesario buscar métodos más objetivos que los utilizados hasta ahora.

Con el objetivo de determinar la frecuentación real en las consultas de AP de la población inmigrante y relacionarla con la autóctona, se planteó este estudio con los objetivos de analizar la frecuentación ajustada por edad y sexo de la población inmigrante en relación con la nativa en las diferentes consultas de un centro de salud (CS) y las diferencias existentes en relación con la zona geográfica de procedencia.

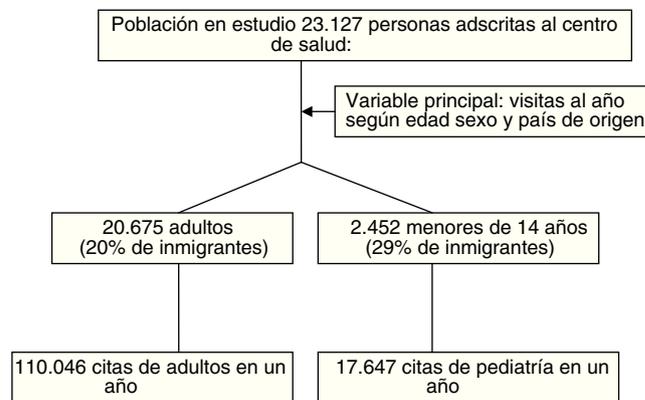
Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las citas llevadas a cabo durante el año 2006 en un CS urbano de Zaragoza, tanto en consultas de medicina de familia como de pediatría, obtenidas a partir de datos de la agenda de OMI, y de la base de datos de tarjeta sanitaria en la que constan los pacientes adscritos a este centro.

La variable principal analizada fue el número de visitas/año al médico de familia y al pediatra. La información se obtuvo a través de la historia clínica informática OMI-AP, y de las bases de población con derecho a asistencia sanitaria del Servicio Aragonés de Salud. Se diferenciaron las visitas totales y de atención continuada de tardes y sábados, el tipo de consulta (no urgente o atención continuada), y el de profesional (medicina de familia o pediatría).

Se definió como inmigrante aquella persona que consta como extranjera en la base de datos de tarjeta sanitaria³⁰. Se calcularon las tasas de frecuentación ajustadas por edad y sexo de la población inmigrante y la autóctona, realizando una estandarización directa por tramos quinquenales, tomando como población de referencia la española, según datos del INE (www.ine.es) de 1 de enero de 2007.

Con el objeto de analizar la existencia de diferencias significativas en la frecuentación entre nativos e inmigrantes, se realizó el contraste no paramétrico U de Mann-Whitney, ya que las variables relacionadas con la frecuentación fueron asimétricas y no podía asumirse su normalidad.



Esquema general del estudio: Estudio observacional retrospectivo de las citas llevadas a cabo durante el año 2006 en un centro de salud. Se determinan las frecuentaciones, ajustadas por edad y sexo, de las poblaciones inmigrante y autóctona.

Resultados

Se analizaron un total de 127.693 citas, 110.046 de adultos y 17.647 de pediatría. La población adscrita al CS era de 23.127 personas, 20.675 adultos (con un 20% de inmigrantes) y 2.452 menores de 14 años (con un 29% de inmigrantes).

La frecuentación anual ajustada de los niños españoles fue de 7,1 visitas, mientras que la de los niños inmigrantes fue de 4,8 ($p < 0,001$). En el caso de los adultos, la frecuentación fue de 4,7 y 2,8, respectivamente ($p < 0,001$). Con respecto a la frecuentación de atención continuada, fue de 0,79 en los niños españoles y de 0,5 en los inmigrantes ($p < 0,001$), y de 0,16 en los adultos españoles y de 0,21 en los inmigrantes ($p < 0,001$).

En la [fig. 1](#) puede apreciarse que la frecuentación media de los niños españoles es superior a la de los inmigrantes en todos los tramos etarios. Esta diferencia también puede observarse en la frecuentación pediátrica en atención continuada en los niños más pequeños ([fig. 2](#)).

En el caso de los adultos, en todos los tramos de edad hay una mayor frecuentación en la población española con respecto a la inmigrante ([fig. 3](#)). En cuanto a la atención continuada, se detecta una mayor frecuentación de las mujeres inmigrantes de los 35 a los 55 años y de los hombres inmigrantes en prácticamente todas las edades ([fig. 4](#)).

La frecuentación de los inmigrantes al médico de familia según zona de procedencia es, en todos los casos, significativamente menor que la española ([tabla 1](#)).

Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian de manera clara que la población inmigrante hace un uso menor que la española de la AP, para todas las franjas de edad, sexo y país de procedencia. Este menor uso está presente, tanto en las consultas del pediatra como en las del médico de familia, y se da asimismo en todos los tipos de consulta (demanda, programada y atención continuada). Estos resultados concuerdan fundamentalmente con lo publicado en otros estudios^{9,13,18-21,26,28,31}.

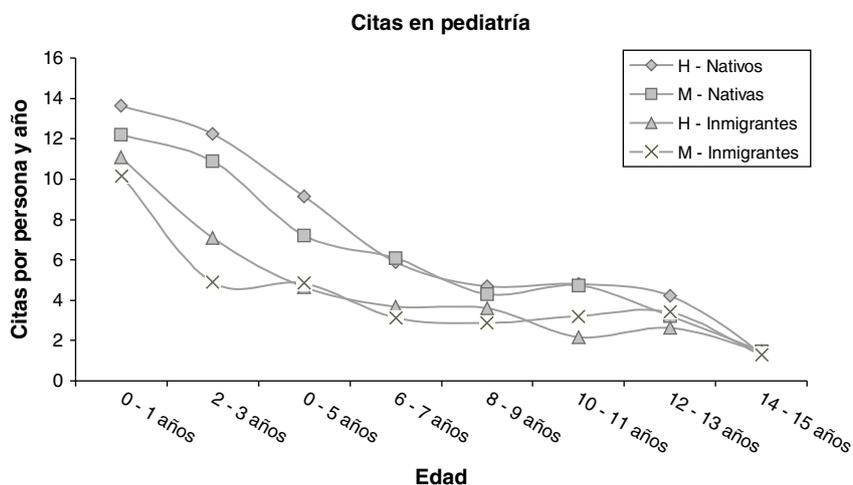


Figura 1 Frecuentación pediátrica total según condición de extranjero, edad y sexo. H: hombres; M: mujeres.

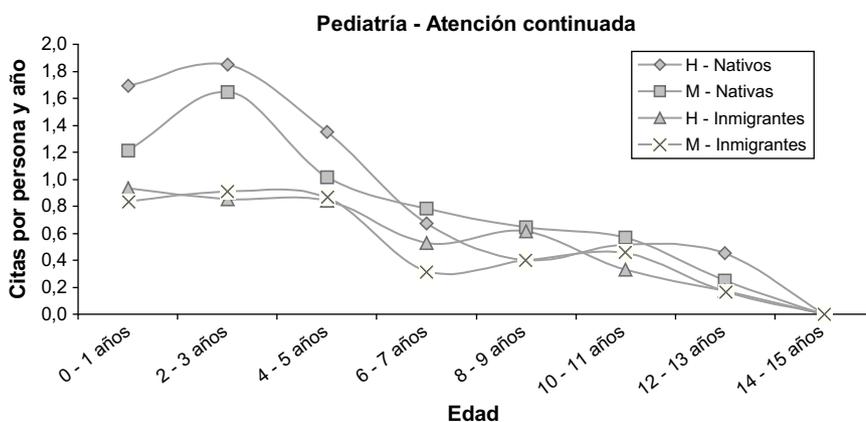


Figura 2 Frecuentación pediátrica en atención continuada según condición de extranjero, edad y sexo. H: hombres; M: mujeres.

La principal aportación de este estudio es que no analiza únicamente una muestra ni se basa en encuestas, como la mayoría de estudios publicados^{3,32,33}, sino que analiza las visitas realizadas, en relación con *toda* la población de referencia, haya acudido o no al CS ese año^{28,33}. Asimismo, se ha

podido ajustar por edad y sexo para evitar factores de confusión, añadiendo una perspectiva objetiva y cuantificable a los escasos estudios previos sobre el tema.

Una posible limitación podría ser la menor adscripción del inmigrante al CS, con relación a la población española. El CS

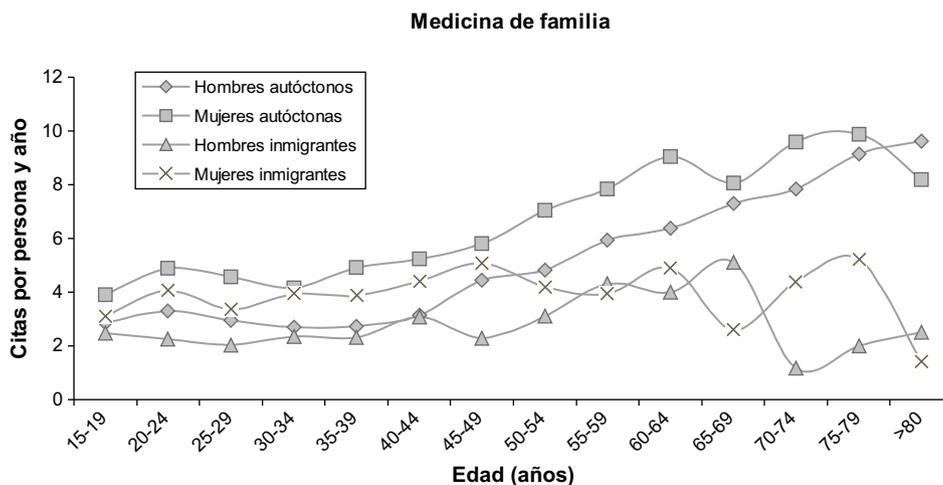


Figura 3 Frecuentación total en adultos según condición de extranjero, edad y sexo.

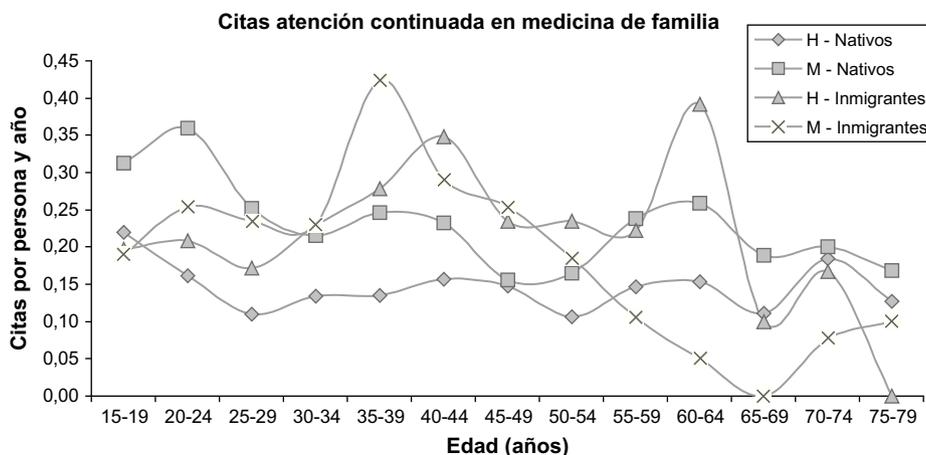


Figura 4 Frecuentación en atención continuada en adultos según condición de extranjero, edad y sexo. H: hombres; M: mujeres.

de referencia mantiene una población inmigrante estable, y, en el momento del estudio, no había flujos migratorios importantes hacia el país de origen o hacia otros lugares de residencia que pudieran influir en los resultados de manera relevante.

Un hallazgo novedoso e interesante es que se ha detectado una muy diferente frecuentación en dependencia de la zona de origen de los inmigrantes, lo cual abre interesantes perspectivas investigadoras.

Hay un aspecto en el que inmigrantes y españoles se comportan igual: las diferencias de género. En la población adulta, la frecuentación de las mujeres es mayor en ambos colectivos. Sin embargo, en la población pediátrica, la frecuentación de los niños es mayor que la de las niñas en ambos colectivos.

Nuestros resultados contrastan con la opinión generalizada de que los inmigrantes utilizan mucho los servicios sanitarios, incluso más que los autóctonos. Por ejemplo, Esteva et al¹⁷ encuestan a una muestra de 159 médicos de familia, de los que el 81% estaban de acuerdo con la afirmación de que «el inmigrante acude a urgencias y a la consulta con mayor frecuencia que el resto del cupo». En nuestro estudio esta percepción no se objetiva con los datos obtenidos.

No obstante las coincidencias, también hemos observado algunas diferencias con estudios publicados. A partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, tanto Rivera et al³ como Carrasco-Garrido et al³³ obtienen datos de frecuentación solo levemente inferiores en los inmigrantes respecto a los españoles. Asimismo, en Holanda³¹

se encontró una mayor frecuentación de los inmigrantes al médico general. En otros estudios no se diferencia la frecuentación del médico entre AP y especializada.

Se puede argumentar sobre diversas causas que, de una manera multifactorial, puedan explicar esta menor utilización de la población inmigrante. Asumiendo que esta población mantiene un nivel socioeconómico inferior a la autóctona, se supondría que deberían tener peores niveles de salud^{34,35} y por tanto mayor necesidad de atención sanitaria. La baja frecuentación de la población inmigrante respecto a la autóctona encontrada en nuestro estudio podría responder a la clásica «ley de cuidados inversos», ya enunciada por Hart en 1971³⁶: el paciente recibe cuidados en proporción inversa a su necesidad. Otra posibilidad es que, a pesar de estos determinantes sociales, la salud de los inmigrantes sea más alta de lo esperado.

Una primera hipótesis giraría en torno a la dificultad de acceso al sistema sanitario. Aunque Rivera et al³ y Carrasco-Garrido et al³³ defienden que en España no hay grandes problemas de accesibilidad, otros autores sostienen que hay barreras culturales, de idioma, de situación de legalidad, de desconocimiento del sistema sanitario, laborales y de horario^{7,23,29} que dificultan el acceso. En nuestro estudio, se ha utilizado como denominador la población con tarjeta sanitaria reconocida, con lo cual la posible dificultad de accesibilidad «legal» no parece una explicación. Quizá pueda atribuirse a una combinación de las otras dificultades referidas. El complemento de este estudio con algún análisis cualitativo sería de interés para explorar estos aspectos.

Tabla 1 Frecuentación estandarizada en adultos extranjeros por zona de procedencia

Zona de procedencia	n	%	Frecuentación ajustada	p ^a
España	16.540		4.7	
Unión Europea y Norteamérica	254	5	3.6	<0,01
Latinoamérica	1.548	32	3.2	<0,01
Norte de África	1.161	24	3.1	<0,01
África Subsahariana	593	12	3	<0,01
Asia	200	4	1.8	<0,01
Europa del Este	1.080	22	1.6	<0,01

^a Respecto a la población española.

De hecho, un posible sesgo podría ser la utilización de una misma tarjeta sanitaria por varios inmigrantes. Este problema tendería a sobrestimar la frecuentación de los inmigrantes. En todo caso, este fenómeno ha disminuido tras la aprobación de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que ha facilitado su acceso al sistema sanitario público con el único requisito de estar empadronados.

Un posible factor explicativo serían las dificultades de horarios, que podrían derivarse de una mayor precariedad laboral, con más dificultad para solicitar permiso para acudir al médico. Este hecho, lógicamente llevaría a un mayor uso de la atención continuada. Como se ha visto en los resultados, esto sucede en el caso de los adultos, pero con una intensidad muy poco llamativa (0,16 visitas/año frente a 0,21), por lo que no parece que esta menor accesibilidad sea determinante en nuestros hallazgos. Además, los niños no hacen un sobreuso de la atención continuada.

Otra posible hipótesis podría ser que la población inmigrante acude menos al médico por estar más sana. Esto contradice la teoría que asocia un nivel socioeconómico inferior con una peor salud general²⁴. Sin embargo, también hay numerosos estudios que recuerdan que los inmigrantes tienen en general un nivel de salud mayor que las poblaciones de acogida, ya que probablemente migran los más sanos^{9,19,21,22,25,31} (*healthy migration effect*) y esta población tiene mejores estilos de vida^{3,33,34}.

Otra explicación podría estar basada en el distinto concepto y actitud frente a la salud y la enfermedad en ambos colectivos. En varios estudios se ha constatado una mayor percepción de buena salud en población extranjera^{3,9,33}, que condicionaría una menor frecuentación, mientras que la sociedad occidental está cada vez más medicalizada. Este aspecto vendría apoyado por la distinta frecuentación que hemos encontrado según la zona de procedencia (por ejemplo los originarios de Europa del Este tienen una frecuentación de 1,6, mientras que la de los latinoamericanos es de 3,2), lo que expresa una cierta heterogeneidad en el comportamiento de los inmigrantes. En este punto no podríamos afirmar si la adecuación de la población inmigrante en el uso de la AP es más correcta que la de la población española.

La salud y la enfermedad son conceptos construidos socialmente, y por lo tanto varían mucho según el entorno sociocultural. En general, los inmigrantes podrían tener un concepto más «utilitarista» de la salud, asociada a la capacidad de poder trabajar. Las actividades preventivas, tanto en niños como adultos, podrían no ser prioritarias para ellos, al no ser reconocidas como necesidades, al menos los primeros años de estancia^{23,29}. Esto condicionaría una menor frecuentación en consultas programadas, y menos consultas de demanda, sobre todo las de control de evolución de procesos agudos.

La asistencia sanitaria de los países de procedencia de los inmigrantes presenta por lo general importantes deficiencias, que hacen relegarla a aquellos procesos considerados más graves, solucionando con remedios caseros o autocuidados diversos trastornos. Esta «costumbre» puede perdurar una vez han llegado a España, en especial en los primeros años de estancia. Con el paso del tiempo, el inmigrante podría adaptarse y asimilar la cultura de mayor consumo sanitario del nuestro país. Otros estudios serán necesarios

con un seguimiento temporal que confirmen o no esta tendencia.

En resumen, nuestro trabajo permite concluir que, a diferencia de la opinión generalizada, los inmigrantes tienen una menor frecuentación al médico de familia y al pediatra que los autóctonos en cualquier tramo de edad, independientemente del sexo y del tipo de consulta. Esto puede deberse a una mejor salud, a un mejor uso del sistema sanitario o a otros factores como la dificultad de accesibilidad que es preciso analizar.

Financiación

Se ha contado con una ayuda concedida por el Subprograma de Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud del Instituto Carlos III. Proyecto PI08/90592. Concedido el 10-12-2008.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-06/018), nodo de Aragón, del Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Asimismo lo ha apoyado el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Nuestro agradecimiento a Eva María Andrés por su trabajo estadístico y a Bárbara Oliván y Yolanda López del Hoyo por su apoyo logístico.

Lo conocido sobre el tema

- En los últimos 6 años se ha multiplicado por tres la población inmigrante de España.
- Los estudios dirigidos a analizar la salud de los inmigrantes se centran en aspectos muy biomédicos, como la prevalencia de diferentes enfermedades, protocolos de acogida, mortalidad, etc.
- Faltan estudios orientados a conocer verdaderamente el uso del inmigrante dentro del sistema sanitario. Hay una opinión pública generalizada de que los inmigrantes consumen muchos servicios.

Qué aporta este estudio

- La población inmigrante, tanto pediátrica como adulta, tiene una menor frecuentación en atención primaria que la autóctona, ajustados los datos por sexo y edad. Hay importantes diferencias según orígenes geográficos.
- La principal novedad y aportación metodológica de este estudio es que analiza grandes bases de datos, en relación con *toda* la población de referencia, haya acudido o no al centro de salud.

Bibliografía

1. Jansa JM, Garcia de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 1:207-13.
2. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria.* 2006;37, 249-L 250.
3. Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles, Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 Suppl1:86-95.
4. Jansa JM. Salud e inmigración, en qué punto nos encontramos. *Enf Emerg.* 2007;9:59-60.
5. Jansa JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl1:10-4.
6. Alonso Mayo E. Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. *Cuadernos de Gestión.* 2002;8:49-53.
7. Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit.* 2001;15:320-6.
8. Salazar A, Navarro-Calderon E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev Esp Salud Publica.* 2003;77:713-23.
9. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int J Epidemiol.* 2006;35:903-19.
10. García de Olalla P, Lai A, Jansa JM, Bada JL, Cayla JA. Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit.* 2000;14:189-94.
11. Díaz J, Igual R, Alonso MC, Moreno MJ. Estudio del parasitismo intestinal en inmigrantes de la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana). *Med Clin (Barc).* 2002;119:36.
12. Chirveches Perez E, Peleato Catalan MD, Cabello Diaz MS, Torne Cachot J. Enfermedad tuberculosa en inmigrantes de la comarca de Garraf. *Aten Primaria.* 2001;28:508-9.
13. Cots F, Xastells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:376-84.
14. Pérez MA, Moreno VM, Puerta DR, Martínez YG, Vicario IH, Ceruelo EE, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit.* 2007;21:219-26.
15. Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:183.
16. Grupo de trabajo de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. *La atención a la población inmigrante en el INSALUD de Madrid: propuestas de mejora.* Madrid: Dirección Territorial del Insalud de Madrid; 2001.
17. Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2006;37:154-9.
18. Goldman DP, Smith JP, Sood N. Immigrants and the cost of medical care. *Health Aff (Millwood).* 2006;25:1700-11.
19. Khlát M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *Int J Epidemiol.* 2003;32:1115-8.
20. Singh GK, Miller BA. Health, life expectancy, and mortality patterns among immigrant populations in the United States. *Can J Public Health.* 2004;95:114-21.
21. Xu KT, Borders TF. Does being an immigrant make a difference in seeking physician services? *J Health Care Poor Underserved.* 2008;19:380-90.
22. Razum O. Commentary: of salmon and time travellers-musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol.* 2006;35:919-21.
23. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004.
24. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist-towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health.* 2002;7:4-10.
25. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect'-not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol.* 2000;29:191-2.
26. Sánchez Sánchez RM, Torres Serna MT. Frecuentación y patologías más comunes de la población inmigrante en un consultorio de Atención Primaria. *Centro de Salud.* 2002;10:606-9.
27. Hernández A, de Dios R, Franco A, Tena G, Grueso E, Muedra M. Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. *Semergen.* 2004;30:431-6.
28. Soler-Gonzalez J, Serna Arnaiz C, Rue Monne M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Cano J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria.* 2008;40:225-31.
29. Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de Gestión.* 2002;8:16-22.
30. Malmusi D, Jansa JM, del Vallado L. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:399-409.
31. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandee B, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can J Public Health.* 2004;95:122-6.
32. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria.* 2000;26:314-8.
33. Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, Jimenez-Garcia R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health.* 2007;17:503-7.
34. López Lázaro L. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2008;40:232-3.
35. Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health.* 1998;88:1074-80.
36. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1:405-12.