

Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida

Jorge Soler-González^a, Catalina Serna Arnáiz^b, Montserrat Rué Monné^c, Anna Bosch Gaya^d,
María Cristina Ruiz Magaz^e y Javier Gervilla Caño^f

Objetivo. Evaluar y comparar la utilización de recursos en los distintos servicios de atención primaria (AP) entre inmigrantes y autóctonos. **Diseño.** Estudio observacional transversal en población visitada en AP.

Emplazamiento. Personas atendidas por 15 médicos de AP en 5 áreas básicas de salud (ABS) de la ciudad de Lleida de marzo a agosto de 2005.

Participantes. Se incluyó a todos los inmigrantes atendidos durante el período de estudio (1.599 pacientes de origen inmigrante). Se realizó un muestreo aleatorio de 300 pacientes en cada una de las 15 consultas participantes (4.156 pacientes de origen autóctono). Se consideró población autóctona aquella cuyo país de origen es España y población inmigrante aquella que proviene de los países de renta baja y media, independientemente del tiempo de asistencia al ABS.

Mediciones principales. Edad, sexo, tipo de visitas realizadas y las derivaciones efectuadas. Se utilizaron modelos de regresión multinomial para estimar el riesgo relativo (RR) de haber realizado las visitas.

Resultados. Los inmigrantes tienen una probabilidad superior a los autóctonos de realizar más de 3 visitas, frente a 1 o 2 visitas (RR = 1,23; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,04-1,91%). La estimación del RR de haber realizado visitas es superior en los inmigrantes para todas las categorías, excepto en enfermería (RR = 0,59; IC del 95%, 0,5-0,71%).

Conclusiones. Los inmigrantes que contactan con AP lo hacen con mayor frecuencia en las consultas de medicina de familia y de ginecología, y además se realizan más pruebas complementarias. Sin embargo, la frecuentación del colectivo inmigrante a las consultas de enfermería parece ser inferior.

Palabras clave: Inmigrantes. Atención primaria. Frecuentación.

USE OF PRIMARY CARE RESOURCES BY IMMIGRANTS AND THE AUTOCHTHONOUS PERSONS WHO CONTACT THE CARE SERVICES IN THE CITY OF LLEIDA

Objective. To evaluate and compare the use of the different primary care (PC) services between immigrants and the indigenous population.

Design. Cross-sectional observation study of a population seen in (PC).

Setting. Patients seen by 15 PC doctors, in 5 basic health areas (BHA) in the city of Lleida, Spain, from March to August 2005.

Participants. All immigrants (1599 patients of immigrant origin) who seen during the study period were included. A random sample of 300 patients was taken from each of the 15 participating clinics (4156 autochthonous patients). The autochthonous was considered as those whose country of origin is Spain and the immigrant population those who come from low and medium income countries, regardless of the time of residence in the BHA.

Primary measurements. Age, sex, type of visit made, and referrals made. Multinomial regression models were used to calculate the relative risk (RR) of having made visits.

Results. Immigrants have a higher probability to make 3 visits than the indigenous population, who would make 1 or 2 visits (RR, 1.23; 95% confidence interval, 1.04-1.91). The estimation of the RR of having made visits is higher in the immigrants for all categories, except nursing.

Conclusions. Immigrants who come into contact with PC, make more frequent visits to the family doctor and gynaecology, and also have more complementary tests done. However, the frequency of use of the immigrant group for nursing visits seems to be less.

Key words: Immigrants. Primary care. Frequent use.

English version available at
www.doyma.es/251.994

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 232)

^aMedicina de Familia. Centro de Salud Rambla de Ferran. Lleida. España.

^bMedicina de Familia. Gerencia Territorial de Atención Primaria. Lleida. España.

^cProfesora Agregada de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universitat de Lleida. Lleida. España.

^dEstudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universitat de Lleida. Lleida. España.

^eMedicina de Familia. Área Básica de Salud Eixample. Lleida. España.

^fMedicina de Familia. Centro de Atención Primaria Dr. Vilaseca (Can Mariner). Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

Financiación: Este trabajo se ha realizado con ayuda de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Correspondencia: J. Soler González. Avda. del Segre 3, 5.º, 2.ª. 25007 Lleida. España. Correo electrónico: jorgesolergonzalez@gmail.com

Manuscrito recibido el 1-8-2007. Manuscrito aceptado para su publicación el 1-10-2007.

Introducción

El ritmo de crecimiento de la población inmigrante en España en los últimos años ha sido intenso. Una vez que los inmigrantes se instalan en España, en el caso de que necesiten asistencia médica, uno de los primeros sitios donde buscan ayuda es en los centros de salud y en los servicios de urgencias, porque son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario¹. Se ha descrito que pueden tener barreras de accesibilidad a ciertas partes del sistema sanitario, principalmente debidas al desconocimiento del idioma y a las diferencias socioculturales^{2,3}.

Debido a que el fenómeno de la inmigración en España es muy reciente, todavía es escasa la bibliografía médica publicada sobre este colectivo destinada a valorar estos aspectos^{1,4}. Conocer su comportamiento como usuarios de la sanidad pública parece necesario y justificado para poder establecer y diseñar políticas ajustadas a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario. El objetivo de este artículo es evaluar y comparar la utilización de recursos en los distintos servicios de atención primaria (AP) entre inmigrantes y autóctonos que contactan con los servicios de AP.

Métodos

Tipo de estudio

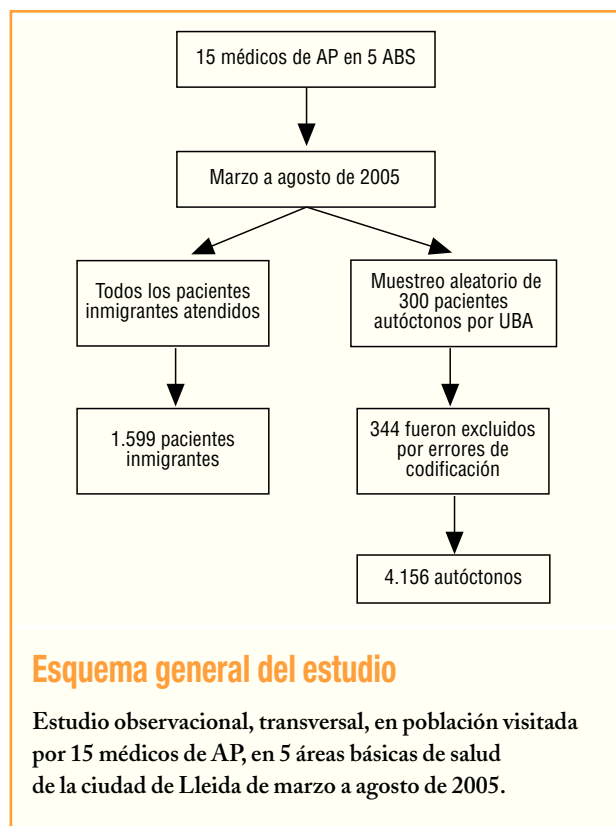
Se trata de un estudio observacional, transversal, en población atendida en AP.

Población de estudio

La población de estudio está formada por personas atendidas por 15 médicos de AP, en 5 áreas básicas de salud (ABS) de la ciudad de Lleida, pertenecientes al Institut Català de la Salut, situadas en los distritos con mayor porcentaje de población inmigrante según el Padrón Municipal de Habitantes del año 2004⁵. El estudio se ha llevado a cabo durante 6 meses (de marzo a agosto de 2005).

Participantes

Del total de pacientes que acudieron a las 15 consultas durante los 6 meses del período de estudio, se extrajeron todos aquellos pacientes codificados como inmigrantes. Para asegurar que todos los inmigrantes visitados por los médicos participantes se habían incluido, se pasó una lista de los pacientes atendidos durante el período de estudio, codificando seguidamente a los extranjeros que no habían detallado el país de origen. De esta forma, se obtuvieron un total de 1.599 pacientes de origen inmigrante, que eran el total de pacientes inmigrantes atendidos durante el período de estudio. Para la obtención de la muestra de la población autóctona que había acudido a consulta durante el período de estudio, se realizó un muestreo aleatorio simple de 300 pacientes en cada una de las 15 unidades básicas de salud (UBA) participantes, entre los pacientes que habían sido visitados en el período de estudio, obteniendo una muestra total de 4.500 individuos. De éstos, 344 fueron excluidos tras la revisión individualizada por los médicos participantes, exclusión debida a errores de codificación, y se mantuvieron en el estudio un total de 4.156 pacientes de origen autóctono. Como se ha realizado en diversos estudios^{6,7}, las zonas de origen corresponden a grupos de países de procedencia de los inmigrantes



tes que representan los colectivos más numerosos en la ciudad de Lleida en el período de estudio: Latinoamérica, Europa del Este, el Magreb, África Subsahariana y otros países. Los pacientes del estudio procedentes de países desarrollados no se han incluido en los análisis comparativos de individuos autóctonos e inmigrantes. Las variables de estudio fueron introducidas en el programa informático e-CAP.

Variables analizadas

Las variables analizadas han sido edad, sexo, tipo de visitas realizadas y las derivaciones efectuadas. Se consideró población autóctona aquella cuyo país de origen es España y población inmigrante aquella que proviene de los países de renta baja y media, independientemente del tiempo de residencia en el ABS.

Aspectos éticos

Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los individuos participantes.

La estimación del tamaño muestral se hizo basándose en dos condiciones: a) obtener estimaciones precisas por zonas de origen de los pacientes, y b) poder utilizar modelos multivariados para realizar un ajuste por las posibles diferencias de edad y sexo entre población inmigrante y autóctona que acude a visitarse a la AP. Para estimar el tamaño muestral se calculó el número de pacientes que se deberían incluir y que procedían de cada una de las 4 zonas de origen más representadas en la ciudad de Lleida: Latinoamérica, Europa del Este, Magreb y África Subsahariana. Para obtener estimaciones de proporciones con una precisión de 5%, asumiendo el caso más desfavorable (proporciones en torno a 0,5), se necesitarían 385 individuos por zona de origen. Esto equivale a una muestra de inmigrantes de aproximadamente 1.600 individuos.

Respecto a los pacientes autóctonos, los 4.156 incluidos en el estudio aseguran una precisión elevada en las estimaciones de pro-

porciones y medias de este grupo global, analizado por edad y sexo. La muestra de autóctonos es más amplia porque la proporción de autóctonos es superior a la de inmigrantes y porque, además, se disponía de la información. Obtener la información no representaba un coste adicional. Asimismo, el número de sujetos estudiados permite utilizar modelos multivariantes para poder ajustar por edad y sexo las comparaciones de las variables, según el grupo de origen.

Análisis estadístico

Se describió la frecuentación en los diferentes servicios de AP, durante 6 meses, según grupos de edad, sexo, grupo de inmigrantes/autóctonos y zona de origen, utilizando la media, la mediana y la desviación estándar. El número de visitas por especialidad se agrupó en categorías que variaron según la distribución de frecuencias de las visitas en aquella especialidad. A continuación se obtuvieron los porcentajes de pacientes en cada una de las categorías (p. ej., ninguna visita, 1 visita, de 2 a 4 visitas y 5 o más visitas). Para analizar la asociación entre la frecuentación y el grupo o la zona de origen (inmigrante/autóctono) se utilizaron modelos de regresión logística multinomial, los cuales estiman el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC), ajustando por edad y sexo.

Para evaluar la significación estadística de los coeficientes de los modelos se ha utilizado el test de cociente de verosimilitudes. Se ha utilizado el estadístico C de Hosmer-Lemeshow para comparar los individuos esperados y observados en los diferentes cuartiles de riesgo de tener un número determinado de visitas, para cada uno de los *logits* del modelo. Los modelos presentados están bien calibrados (valor p del estadístico C > 0,05).

Resultados

El 51% de los pacientes inmigrantes eran mujeres, cifra que en los autóctonos fue del 54%, con una distribución por

	Inmigrantes (n = 1.634)	Autóctonos (n = 4.156)	Total (n = 5.790)
Variables	Número (%)	Número (%)	Número (%)
Sexo			
Varones	797 (48,78)	1.813 (46,62)	2.610 (45,08)
Mujeres	837 (51,22)	2.343 (56,38)	3.180 (54,92)
Grupos de edad (años)			
< 14	171 (10,47)	171 (4,11)	342 (5,91)
15-44	1.246 (76,26)	1.802 (43,35)	3.048 (52,64)
45-64	193 (11,82)	1.032 (24,83)	1.225 (21,15)
> 65	24 (1,47)	1.151 (27,69)	1.175 (20,29)
Media (DE)	30,5 (13,88)	47,94 (21,71)	43,0 (21,31)
Mínimo-máximo	0-82	0-98	0-98
Zona de origen			
Latinoamérica	491 (30,05)		491 (8,48)
Europa del Este	374 (22,89)		374 (6,46)
Magreb	443 (27,11)		443 (7,65)
Subsaharianos	298 (18,24)		298 (5,15)
Otros	28 (1,71)		28 (0,48)

DE: desviación estándar.

edades y por países que se detalla en la tabla 1. La edad media en los inmigrantes fue de 30 años respecto a 45 años en los autóctonos.

En los 1.599 pacientes inmigrantes estudiados, la media de visitas en el período de 6 meses fue de 5,1 visitas en los varones y 7,4 visitas en las mujeres, con una mediana de visitas de 4 y 6, respectivamente. En los autóctonos, la frecuentación fue de 7,2 visitas en los varones y 8,4 en las mujeres, con una mediana de visitas de 5 y 6, respectivamente.

El total de visitas realizadas se clasificaron en las distintas especialidades existentes, y se agruparon en categorías de frecuentación como se presenta en la tabla 2 (nin-

TABLA 2 Análisis del número de visitas realizadas por los inmigrantes y los autóctonos en las distintas especialidades de atención primaria en un período de 6 meses

Especialidad	Inmigrantes Número (%)	Autóctonos Número (%)
Medicina general		
Ninguna visita	150 (9,38)	590 (14,28)
Una visita	398 (24,89)	879 (21,27)
De 2 a 4 visitas	768 (48,03)	1.676 (40,55)
Cinco visitas o más	283 (17,70)	988 (23,91)
Enfermería		
Ninguna visita	928 (58,04)	1.343 (32,49)
Una visita	280 (17,51)	739 (17,88)
De 2 a 4 visitas	291 (18,20)	1.103 (26,69)
Cinco visitas o más	100 (6,25)	948 (22,94)
Pediatría		
Ninguna visita	0 (0)	27 (15,98)
Una visita	28 (16,77)	29 (17,16)
De 2 a 4 visitas	88 (52,69)	67 (39,64)
Cinco visitas o más	51 (30,54)	46 (27,22)
Pruebas complementarias		
Ninguna visita	884 (55,2)	2.304 (55,75)
Una visita	425 (26,58)	1.117 (27,03)
De 2 a 4 visitas	254 (15,88)	647 (15,65)
Cinco visitas o más	36 (2,25)	65 (1,57)
Especialidades		
Ninguna visita	1.232 (77,05)	3.116 (75,39)
De 1 a 3 visitas	337 (21,08)	889 (21,51)
Cuatro visitas o más	30 (1,88)	128 (3,10)
Atención a la mujer		
Ninguna visita	628 (76,68)	2.065 (88,55)
Una o 2 visitas	134 (16,36)	209 (8,96)
Tres visitas o más	57 (6,96)	58 (2,49)
Atención continuada		
Ninguna visita	1.327 (82,99)	3.729 (90,23)
De 1 a 2 visitas	221 (13,82)	338 (8,18)
Tres visitas o más	51 (3,19)	66 (1,60)
Odontología		
Ninguna visita	1.554 (97,19)	4.041 (97,77)
Una o 2 visitas	37 (2,31)	74 (1,79)
Tres visitas o más	8 (0,5)	18 (0,44)

TABLA 3

Riesgos relativos (RR) de haber realizado un determinado número de visitas en un período de 6 meses por los inmigrantes y los autóctonos que han sido visitados al menos una vez en AP (ambos sexos)

Número de visitas	RR*	EE	p	IC del 95%
De 3 a 5 visitas				
Inmigrantes frente a autóctonos	1,23	0,10	0,013	1,04-0,91
Varones frente a mujeres	0,78	0,06	0,001	0,68-0,91
De 6 a 11 visitas				
Inmigrantes frente a autóctonos	1,25	0,11	0,010	1,05-1,49
Varones frente a mujeres	0,59	0,05	< 0,001	0,51-0,69
Doce visitas o más				
Inmigrantes frente a autóctonos	1,17	0,13	0,153	0,94-1,44
Varones frente a mujeres	0,46	0,04	< 0,001	0,38-0,54

EE: error estándar; IC: intervalo de confianza.

*El riesgo relativo (RR) se refiere a la comparación de las categorías mencionadas respecto a haber realizado 1 o 2 visitas y está ajustado por edad.

guna visita, 1, de 2 a 4 y, finalmente, más de 5 visitas). Para analizar la asociación entre la frecuentación y el grupo o la zona de origen del inmigrante, se utilizaron modelos de regresión multinomial, incluyendo a todos los pacientes estudiados y ajustando por edad (tabla 3). En los resultados del modelo ajustado se observa, con diferencias estadísticamente significativas, que entre las personas que han acudido al menos una vez a las consultas de AP, los inmigrantes tienen una probabilidad relativamente superior a los autóctonos de realizar de 3 a 11 visitas, frente a 1 o 2 visitas. También se observa que las mujeres tienen una probabilidad superior de ser visitadas con respecto a los varones en todas las categorías de visitas.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que en los individuos que han contactado al menos una vez con los servicios de AP, el RR ajustado por edad de ser visitado en medicina de familia es muy superior en el grupo de los inmigrantes con respecto a los autóctonos, a diferencia de la frecuencia en las visitas a los profesionales de enfermería, donde el riesgo encontrado fue menor. Puede que en los inmigrantes se necesiten más visitas por parte del médico de familia para solucionar problemas de igual complejidad que los que tienen los autóctonos y que, sin embargo, acudan menos a la

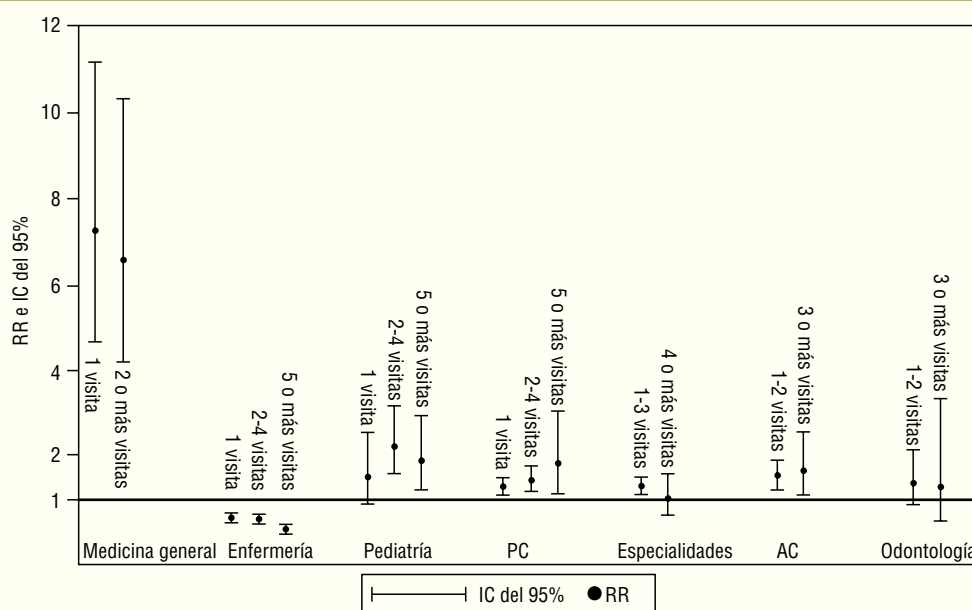


FIGURA 1

Riesgos relativos (RR) de haber realizado un determinado número de visitas en un período de 6 meses por los inmigrantes y los autóctonos que han sido visitados al menos una vez en AP (ambos sexos). Variable dependiente: no haber realizado ninguna visita. El RR compara inmigrantes frente a autóctonos. AC: atención continuada; PC: pruebas complementarias.

TABLA 4**Riesgos relativos (RR) del número total de visitas realizadas en un período de 6 meses según la zona de procedencia de los inmigrantes (ambos sexos)**

Número de visitas	RR*	EE	p	IC del 95%
De 3 a 5 visitas				
Latinoamericanos frente a autóctonos	1,35	0,18	0,027	1,04-1,76
Europeos del Este frente a autóctonos	1,15	0,17	0,345	0,86-1,54
Magrebíes frente a autóctonos	1,41	0,20	0,013	1,07-1,86
Subsaharianos frente a autóctonos	1,03	0,16	0,849	0,75-1,41
Varones frente a mujeres	0,80	0,06	0,002	0,68-0,92
De 6 a 11 visitas				
Latinoamericanos frente a autóctonos	1,37	0,19	0,023	1,04-1,80
Europeos del Este frente a autóctonos	1,03	0,16	0,18	0,76-1,40
Magrebíes frente a autóctonos	1,50	0,22	0,05	1,13-1,99
Subsaharianos frente a autóctonos	1,15	0,19	0,408	0,83-1,60
Varones frente a mujeres	0,59	0,05	< 0,001	0,51-0,69
Doce visitas o más				
Latinoamericanos frente a autóctonos	1,25	0,21	0,179	0,90-1,74
Europeos del Este frente a autóctonos	0,76	0,15	0,178	0,51-1,13
Magrebíes frente a autóctonos	1,65	0,29	0,004	1,17-2,32
Subsaharianos frente a autóctonos	1,13	0,25	0,584	0,73-1,73
Varones frente a mujeres	0,45	0,04	< 0,001	0,38-0,54

*El riesgo relativo (RR) se refiere a la comparación de las categorías mencionadas respecto a haber realizado una o dos visitas y está ajustado por edad.

consulta de enfermería por ser un colectivo que acude por procesos agudos. Como el aumento de la utilización de servicios se restringe a quienes los utilizan, la discrepancia en el promedio de visitas (probablemente debido al mayor número de inmigrantes sin visitas) sugiere que cuando acuden a los servicios sanitarios lo hacen por cuadros de mayor importancia o dificultad de resolución, como apoya el número algo superior de pruebas complementarias solicitadas a los inmigrantes. Tampoco puede descartarse el posible desconocimiento o desinformación que tienen los extranjeros respecto a las funciones de enfermería.

Es bien conocido que la población general autóctona acude con cierta regularidad a los servicios de AP⁹, y de igual manera se constata que lo está haciendo el colectivo inmigrante¹⁰. De esta forma, en un estudio de base comunitaria en Madrid realizado durante 2 meses del año 1997¹¹, de los 300 inmigrantes entrevistados, el 84% declaraba haber utilizado algún servicio sanitario en España, y el 65% de ellos, los servicios de AP.

No ha sido posible comparar la frecuentación de nuestros participantes con la comunicada en otros trabajos porque en el diseño no se ha utilizado una muestra de población general. En trabajos de diseños poblacionales parece que los inmigrantes frecuentan menos que la población autóctona¹², y que existe un predominio de población inmigrante femenina a la hora de acudir a consulta¹⁰.

En cuanto a ginecología, se encontró que el RR de ser visitado en consulta fue mayor para el colectivo inmigrante, hecho que puede ser explicado por su mayor índice de natalidad¹³. Estas diferencias se encontraron también según la

zona de procedencia y, de forma estadísticamente significativa, en el grupo de las latinoamericanas, magrebíes y subsaharianas. Se han realizado estudios que demuestran que la necesidad de atención maternoinfantil es creciente en este grupo poblacional (Informe «La salut dels immigrants»)¹⁴.

En un trabajo realizado en Canadá¹⁵, país en el que el sistema público sanitario es muy similar al nuestro en cuanto a su universalidad, se comunican problemas en cuanto a la correcta accesibilidad al sistema por parte de los inmigrantes. La dificultad para gestionar las documentaciones para legalizar sus residencias o identificaciones sanitarias ocasionan importantes barreras burocráticas. Estas dificultades son similares a las que se constatan en ocasiones en España. Al comparar

los datos obtenidos de frecuentación de nuestro estudio con los referidos en los diferentes estudios realizados en el extranjero, se deduce que nuestro sistema universal de salud posiblemente facilita una mayor cobertura sanitaria.

También se sabe que el aumento de la demanda urgente se debe a los cambios sociales, a la medicalización de la vida cotidiana y a la tendencia del usuario hacia los servicios rápidos^{16,17}. El mayor uso de los servicios de urgencias, sobre todo por parte de los grupos de menor estrato socioeconómico, podría explicarse por un menor nivel de salud y también por un uso inadecuado del servicio; acuden con menor frecuencia a sus centros de atención primaria, y en ocasiones se visitan en varios centros por los mismos procesos en un corto espacio de tiempo. En estudios previos se ha comunicado que tener un menor nivel de renta, un menor tamaño medio del hogar y estar dedicado a las labores del hogar se asoció con una mayor frecuentación a las consultas de medicina de familia en AP¹⁸.

Como principales limitaciones del estudio, cabe destacar que se han analizado los pacientes que han accedido a las consultas y no la población general. Además, al igual que se ha hecho en estudios previos, no se incluyen los usuarios no registrados y los transeúntes, para evitar un factor de confusión, precisamente por creer que estos últimos pueden tener un comportamiento diferente al utilizar los servicios sanitarios^{10,12}.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de tener doble cobertura sanitaria (pública y privada), ya que ello puede hacer que parte de la población que la utiliza disponga más de los servicios sanitarios que no son públicos. Si esta si-

Lo conocido sobre el tema

- Los inmigrantes provenientes de países de baja renta son, en general, jóvenes que se encuentran en un buen estado de salud.
- Debido a que el fenómeno de la inmigración en España es reciente, todavía es muy escasa la bibliografía médica publicada sobre el comportamiento de los inmigrantes con respecto a los servicios de salud.
- En el caso de necesitar asistencia médica, uno de los primeros sitios donde buscan ayuda los inmigrantes es en los centros de salud y en los servicios de urgencias.

Qué aporta este estudio

- Los inmigrantes presentan un patrón de frecuentación diferente del de la población autóctona.
- El riesgo relativo de ser visitados en medicina general es siete veces superior al de los autóctonos, pero no acuden tanto a las consultas de enfermería.
- Los inmigrantes se realizan más pruebas complementarias y la frecuentación a los diferentes grupos de especialidades y al servicio de atención a la mujer es superior.

tuación está ocurriendo de manera diferencial en la población autóctona podría explicar la menor utilización de los servicios públicos de los autóctonos respecto a la de los inmigrantes. En estudios previos realizados en Cataluña, se ha constatado que el hecho de disponer de medicina privada era más frecuente en el grupo de clase social superior¹⁹. Sin embargo, las bases de datos de las que se dispone hasta el momento nos impiden conocer estas características de los pacientes. Por otro lado, tampoco se conoce cuántos inmigrantes son atendidos por organizaciones no gubernamentales o se tratan en ámbitos de medicinas alternativas¹.

Los factores causantes de las diferencias que se encuentran en la frecuentación de los pacientes son múltiples, y las variables psicosociales no explican la mayor parte de la variabilidad en el tema de la frecuentación²⁰. Desconocemos las variables psicosociales de los pacientes estudiados, así que no se pueden cotejar los resultados con los obtenidos por otros autores.

Como líneas de investigación futuras, consideramos que dada la gran representación de extranjeros que contactan con el sistema sanitario público es necesario aclarar el papel de la AP en el abordaje sanitario de los inmigrantes. La AP

como puerta de entrada de toda la población ha de constituir el escalafón central del sistema sanitario, y para ello debe desarrollar las estrategias organizativas que permitan garantizar que la atención sanitaria se realiza evitando o minimizando las barreras en accesibilidad y, por tanto, en las mismas condiciones que en la población autóctona.

A tenor de los resultados que hemos encontrado (tabla 4), es posible que existan también diferencias en la frecuentación entre los distintos colectivos de inmigrantes, sobre todo por parte de hispanoamericanos y magrebíes. Por tanto, parece que el idioma no es la barrera principal, pues la población hispanoamericana, para quien dichas barreras son inexistentes o se reducen a pequeñas variantes de uso, es frecuentadora en mayor medida que los demás grupos de inmigrantes. España, como receptora de un alto porcentaje de inmigración procedente de países de baja renta con un idioma común, proporciona una oportunidad única para evaluar el efecto de las barreras idiomáticas en la frecuentación de los servicios de salud.

Dadas las importantes diferencias en la frecuentación a los profesionales de enfermería creemos que se debería llevar a cabo estudios en ámbitos específicos, que permitirían conocer los motivos de este menor número de consultas observado respecto a lo que sucede con otros profesionales.

En definitiva, los inmigrantes que acuden a AP frecuentan más las consultas de medicina de familia y de ginecología, y realizan un mayor número de pruebas complementarias que los autóctonos. Sin embargo, la frecuentación del colectivo inmigrante a las consultas de enfermería es inferior a la registrada en los autóctonos. Por todo ello, proponemos que se tenga en cuenta la importancia de la inmigración en el sistema sanitario español a la hora de planificar las agendas y la distribución de recursos en la AP.

Agradecimientos

A los compañeros de los centros de AP que han participado visitando y registrando a los pacientes incluidos en el estudio.

Bibliografía

1. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig de 2004.
2. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*. 2000;51:1573-93.
3. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96:1300-7.
4. Roca C, Balanzó X. Imported diseases in immigrants: myth and reality. *An Sist Sanit Navarr*. 2006;29:139-44.
5. Soler J. Nuevos residentes en la ciudad de Lleida. *Revista del COMLL*. 2005;53:6-7.
6. Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2007;7:9-18.

7. García Campayo J, González C, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:371-6.
8. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
9. Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población marroquí en un área de la comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
10. Rogero ME, Montero A, Zornoza JC, Quintana JL. Comportamiento de la población inmigrante de un centro de salud. *Semergen*. 2007;33:223-7.
11. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:478-9.
12. Díaz Berenguer JA, Cabeza A, López A, Espiñeira AJ, Cervera C. El software de gestión integral de la atención primaria, una herramienta de análisis de los indicadores de utilización. *Aten Primaria*. 2002;29:287-93.
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/escif/pobl06.pdf>
14. Kaplan A. Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España: retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias. *Memoria Final de Investigación*. Vol. I. Bellaterra, Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
15. Caulford P, Vali Y. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *CMAJ*. 2006;174:1253-4.
16. Braun T, García L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*. 2002;16:139-44.
17. Aguirre CJ, Hernández N, Aguirre FJ, González JM. Estudio de algunos parámetros de la atención continuada en una zona básica de salud y el problema de frecuentación del servicio. *Aten Primaria*. 2004;34:105-6.
18. García MA, Martín V, Ramírez D, González Y, Hidalgo I, Escribano E, et al. Socioeconomic factors and utilization of public family practice facilities in Madrid. *Gac Sanit*. 2007;21:219-26.
19. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care*. 2001;13:117-25.
20. Arroyo E, Auquer F, Buñuel JC, Rubio ML, Adalid VC, Cordon GF, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*. 1998;22:627-30.