

Inmigración y estilos de vida saludables en España

Immigration and healthy lifestyles in Spain

Sr. Director:

Estudios realizados en atención primaria sobre la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante, cuyos resultados se publican en su revista¹, reflejan que, a todas

las edades, la frecuentación es menor que en la población autóctona. Estos autores confirman los resultados obtenidos en otras investigaciones^{2,3} y ponen de manifiesto la conveniencia de estudiar los factores que condicionan estas diferencias, entre los que destacan la existencia de un mejor estado de salud, un mejor uso o la dificultad de acceso a los servicios.

En adultos, estas diferencias disminuyen o desaparecen cuando se analiza la utilización estandarizada por edad y sexo o consideramos la carga de morbilidad atendida,

Tabla 1 Prevalencia de los estilos de vida en España según el país de nacimiento y la nacionalidad de la población

	Hombres			Mujeres			Global		
	G.1 (%)	G.2 (%)	G.3 (%)	G.1 (%)	G.2 (%)	G.3 (%)	G.1 (%)	G.2 (%)	G.3 (%)
Tabaco									
Fumador	40,9 ^a	34,0 ^a	34,9	25,3	22,4	24,0	32,5 ^a	27,7 ^a	28,3
Ex fumador	17,1 ^a	29,6 ^a	27,4	10,7 ^a	14,9 ^a	13,5	13,6 ^a	21,6 ^a	19,0
Nunca fumador	42,0 ^a	36,4 ^a	37,6	64,0	62,7	62,5	53,9 ^a	50,7 ^a	52,7
Total (n.º)	(602)	(8.862)	(186)	(703)	(10.610)	(288)	(1.305)	(19.472)	(474)
Alcohol									
Nunca	31,0 ^a	23,2 ^a	31,0	47,1	50,9	47,9	39,7	38,4	41,3
Al menos 1 vez/mes	41,0	35,1	41,3	39,5	34,2	39,5	40,2	34,6	40,2
Al menos 1 vez/semana	15,8	17,2	12,0	9,4	7,4	6,3	12,4	11,8	8,5
Todos los días	12,2 ^a	24,5 ^a	15,8	4,0 ^a	7,5 ^a	6,3	7,8 ^a	15,2 ^a	10,0
Total (n.º)	(600)	(8.841)	(184)	(703)	(10.606)	(286)	(1.303)	(19.447)	(470)
Cannabis^b									
Sí	7,6	6,4	4,5	3,3	2,7	3,5	5,3	4,4	3,9
Total (n.º)	(592)	(8.726)	(177)	(690)	(10.468)	(285)	(1.282)	(19.194)	(462)
Otras drogas^b									
Si	1,5	2,0	2,3	0,9	0,5	1,1	1,2	1,2	1,5
Total (n.º)	(585)	(8.667)	(176)	(686)	(10.405)	(281)	(1.271)	(19.072)	(457)
Fruta									
Al menos 1 vez/día	62,3 ^a	69,0 ^a	64,1	70,4	78,7	72,8	66,6 ^a	74,3 ^a	69,3
Al menos 1 vez/semana	29,9 ^a	22,3 ^a	26,7	23,6 ^a	16,0 ^a	21,4	26,5 ^a	18,8 ^a	23,5
Nunca o casi nunca	7,9	8,7	9,2	6,0	5,3	5,8	6,9	6,8	7,2
Total (n.º)	(636)	(9.199)	(195)	(732)	(11.106)	(294)	(1.368)	(20.305)	(489)
Peso^c									
Peso insuficiente	0,5	0,7	1,1	5,3 ^a	2,9 ^a	3,6	3,1 ^a	1,9 ^a	2,7
Normopeso	41,5 ^a	34,9 ^a	33,7	56,2 ^a	50,1 ^a	51,5	49,3 ^a	43,0 ^a	44,5
Sobrepeso	44,0	46,1	48,3	27,0	30,7	28,1	35,0 ^a	37,9 ^a	36,1
Obesidad	14,0 ^a	18,3 ^a	16,9	11,5 ^a	16,3 ^a	16,8	12,7 ^a	17,2 ^a	16,8
Total (n.º)	(600)	(8.637)	(178)	(678)	(9.846)	(274)	(1.278)	(18.483)	(452)
Actividad física^d									
Ningún día/semana	21,0	22,5	21,0	16,6 ^a	24,3 ^a	27,1	18,6 ^a	23,5 ^a	24,6
1 a 3 días/semana	11,4	12,7	17,4	11,7	12,6	14,4	11,6	12,7	15,6
4 a 6 días/semana	16,0 ^a	12,4 ^a	13,3	16,3	13,6	13,4	16,1 ^a	13,0 ^a	13,3
7 días/semana	51,6	52,5	48,2	55,4 ^a	49,5 ^a	45,2	53,6	50,8	46,4
Total (n.º)	(632)	(9.156)	(195)	(725)	(11.052)	(292)	(1.357)	(20.208)	(487)

G.1: inmigrante, nacido en el extranjero con nacionalidad extranjera; G.2: autóctono, nacido en España con nacionalidad española; G.3: nacido en el extranjero con nacionalidad española.

^a Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al comparar G.1 y G.2.

^b Consumo en los últimos 12 meses.

^c Índice de masa corporal (IMC = kg/m^2): peso insuficiente (IMC: $< 18,5$); normopeso (IMC: $18,5-24,9$); sobrepeso (IMC: $25-29,9$); obesidad (IMC: ≥ 30).

^d Caminar al menos 10 min seguidos al día.

apoyando la teoría de la existencia de un mejor estado de salud³. Finalmente, reforzando esta teoría, y como justificación de nuestro trabajo, se ha descrito que los inmigrantes podrían tener estilos de vida más saludables que los residentes nacidos en España^{4,5}. Por ello, el objetivo del estudio ha sido proporcionar información complementaria, actualizada y amplia, sobre la prevalencia de hábitos saludables en población inmigrante y sus diferencias con la población española.

Los datos presentados proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2009, realizada en la población de 16 o más años⁶. Clasificamos la población en: grupo 1: inmigrante, nacido en el extranjero sin nacionalidad española; grupo 2: autóctono, nacido en España con nacionalidad española; y grupo 3: nacido en el extranjero con nacionalidad española. Analizamos el consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y frutas, así como el sobrepeso/obesidad y la actividad física.

La **tabla 1** recoge los resultados detallados. Los inmigrantes, comparados con la población autóctona, tienen una prevalencia significativamente mayor de fumadores (32,5 vs. 27,7%) y de peso insuficiente (3,1 vs. 1,9%). Por el contrario, los autóctonos, comparados con los inmigrantes, poseen una prevalencia significativamente mayor en el consumo diario de alcohol (15,2 vs. 7,8%), el sobrepeso/obesidad (55,1 vs. 47,7%) y el sedentarismo (23,5 vs. 18,6%). Estas diferencias se observan en hombres y en mujeres, no obstante, la frecuencia es siempre mayor en los varones; destacamos la elevada frecuencia de varones inmigrantes que fuman (40,9%) y de varones autóctonos con sobrepeso/obesidad (64,4%). Las mujeres autóctonas poseen un consumo diario de alcohol mayor (7,5 vs. 4,0%) y son más sedentarias (24,3 vs. 16,6%). En prácticamente la totalidad de variables, los extranjeros con nacionalidad española presentan, en ambos sexos, hábitos más próximos a la población autóctona que a la inmigrante.

Al analizar nuestros resultados podríamos considerar que, por lo general y exceptuando el tabaco, los inmigrantes presentan mejores hábitos, coincidiendo con otros autores^{3,5}. Sin embargo, al compararlos con la encuesta nacional de salud de 2003⁵, encontramos diferencias que, si no cuestionan la afirmación anterior, sí ponen de manifiesto cambios importantes en el tiempo: ahora los inmigrantes fuman más y los extranjeros con nacionalidad española poseen hábitos similares a los autóctonos.

Si consideramos que la inmigración aumenta y que pueden adoptar las costumbres del país huésped, sería con-

veniente vigilar estos cambios y disponer de información actualizada sobre estilos de vida, enfatizando en los más prevalentes; como es el tabaquismo, principal causa de morbilidad prevenible, que se ha conseguido reducir entre la población española, pero que el elevado consumo entre los inmigrantes puede condicionar cambios en los patrones de utilización de servicios y en los programas de prevención en atención primaria. En este sentido, consideramos, al igual que otros autores¹, la necesidad de determinar las causas de la frecuentación en esta población, para lo que, según nuestros resultados, sería importante conocer la utilización en función de los diferentes estilos de vida.

Bibliografía

1. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Aten Primaria*. 2011;43:544-50.
2. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Cano J. Utilización de recursos en atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008;40:225-33.
3. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011;11:432.
4. López Lázaro L. Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:232-3.
5. Carrasco-Garrido P, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V, 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.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España 2009 [consultado 10 Ene 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/micro_enceursalud.htm

Luis Félix Valero-Juan

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca,
Salamanca, España
Correo electrónico: luva@usal.es*

doi:10.1016/j.aprim.2011.11.009

Libre elección de hospital no significa menos planificación de la oferta

Free hospital choice does not mean less planning of services

Sr. Director:

El editorial «A favor de la libre elección de hospital», de Joan Gené y Pedro Gallo¹, parte de la impugnación de la «comodidad de la situación monopolística» del hospital, al

cual las normas de zonificación le aseguran unos clientes cautivos, lo que se refuerza en el caso de los modelos de gerencia única de área de salud. Comparto el argumento, pero con matizaciones, que surgen de diferenciar el enfoque «por el lado de la oferta» y por el «lado de la demanda».

Desde la perspectiva del usuario (demanda), poco hay que objetar: la limitación a su capacidad de elección es tan injustificada (por mermar sus derechos) como irrelevante (por el moderado uso, que no plantea problemas mayores de desorganización de los servicios).

Sin embargo, los servicios sanitarios se benefician mucho de estar estructurados en red, y articular la oferta terri-