

cream skimming (selección de pacientes de bajo riesgo y evitación de pacientes de alto coste)⁶. En resumen, los datos no sugieren que estas medidas puedan contribuir a la sostenibilidad, pero sí que pueden amenazar la solidaridad y calidad de los servicios de salud.

Financiación

RETIC RD12/0001; FIS PI 06/1122 y PI09/1362.

Bibliografía

1. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+DE+MEDIDAS+SOSTENIBILIDAD.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311086279763&ssbinary=true> [consultado 14 Ene 2013].
2. <http://www.abc.es/local-madrid/20130103/abci-lasquetty-euro-receta-201301031125.html> [consultado 14 Ene 2013].
3. Cutler DM, McClellan M, Newhouse JP. How does managed care do it? *Rand J Econ.* 2000;31:526–48.
4. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Prado Galbarro FJ, Sarria Santamera A. Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: estudio mediante la historia clínica informatizada en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27:284–5.

5. Instituto Regional de Estadística. Población según los estudios realizados por cada sexo. Censo de Población y Vivienda de 2001 [acceso 19 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/icenso01estu.htm>
6. Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Chernichovsky D, Gardiol L, Holly A, et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy.* 2003;65:75–98.

Antonio Sarria Santamera^{a,b,c,*},
María Auxiliador Martín Martínez^d,
Rocío Carmona Alférez^{a,c}, Javier Prado Galbarro^{a,c}
y Pedro Serrano Aguilar^{c,e}

^a Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^c Red de Investigación en Servicios, Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISECC)

^d Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología

^e Servicio de Evaluación y Planificación, Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asarria@isciii.es (A. Sarria Santamera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.018>

Salud cardiovascular en pacientes inmigrantes en España

Cardiovascular health in immigrant patients in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con mucha atención el artículo¹ *Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia* publicado en ATENCIÓN PRIMARIA recientemente.

Se ha descrito que los inmigrantes podrían tener estilos de vida más saludables que los residentes nacidos en España², y ya que durante años hemos sido un país receptor de inmigración sería importante analizar el riesgo en esa población inmigrante y ver si posteriormente se modifica con el paso de los años en el país de acogida.

La conclusión del citado estudio¹ es que el riesgo cardiovascular (RCV) de todos los colectivos de inmigrantes analizados aumenta con los años de estancia en España, llegando los latinoamericanos a superar incluso el RCV de los españoles.

Nosotros realizamos un estudio³ que incluyó 167 pacientes magrebíes mediante muestreo consecutivo desde enero de 2005 a diciembre de 2006. El objetivo fue valorar la prevalencia de factores de RCV (FRCV) en la población inmigrante magrebí adscrita al Área Básica de Salud. La conclusión fue que la población inmigrante magrebí del estudio

presentaba una prevalencia de FRCV diferente a la obtenida en estudios poblacionales realizados en Marruecos, con una clara tendencia a parecerse a la de la población española de acogida.

Si analizamos los resultados obtenidos por Lozano Sánchez et al.¹ en el subgrupo de pacientes norteafricanos con una estancia en nuestro país inferior a 8 años, y los comparamos con los obtenidos en nuestro estudio con una estancia media de 4 años (P25-75, 2-6), es relevante hacer algunas observaciones. Ambos se realizaron en Centros de Atención Primaria y comparten diversas características: una población adscrita similar, 27.000 por 28.000 habitantes; número de participantes, 130 inmigrantes norteafricanos por 167 inmigrantes magrebíes; y edad media $39,3 \pm 0,94$ años frente a $36,79 \pm 11,4$. Las variables estudiadas se comparan en la [tabla 1](#). Es remarcable la diferencia en la prevalencia de fumadores, 6,5% frente a 25,75% en el nuestro, más cercana al 32,5% obtenido de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2009⁴, aunque no se especificaba la procedencia de los inmigrantes. La diferencia podría explicarse porque en nuestro estudio había más hombres, 59,88% por 40,22%, y el 40% de ellos fumaba por solo un 4,5% de mujeres.

Con respecto al estudio de Lozano Sánchez et al.¹ tenemos que hacer varias apreciaciones. Entre los registros analizados en el apartado de «Material y métodos» incluyeron la glucosa, pero no consta posteriormente en los resultados. Dan también porcentajes de sedentarismo, pero no hay una definición ni una mención en «Material y métodos». En concreto el 2,2% de la población norteafricana

Tabla 1 Comparación de los resultados obtenidos subgrupo de inmigrantes norteafricanos con una estancia < 8 años (estudio 1) e inmigrantes magrebíes (estudio 2)

	Estudio 1	Estudio 2
Fumadores	6,5%	25,75%
Sedentarismo	2,2%	—
Peso (kg)	72,0 ± 0,9	75,64 ± 2,3
Talla (cm)	167,7 ± 0,8	168,7 ± 3,1
IMC (kg/m ²)	25,5 ± 0,3	26,96 ± 5,21
PAS (mm Hg)	116,8 ± 1,2	125 ± 15
PAD (mm Hg)	70,9 ± 1,1	75 ± 11
Colesterol (mg/dl)	191,7 ± 4,3	180,8 ± 35,9
c-HDL (mg/dl)	51,9 ± 1,8	47,9 ± 13,1
c-LDL (mg/dl)	123,6 ± 5,7	111,6 ± 30,5
Triglicéridos (mg/dl)	107,7 ± 5,7	140,6 ± 85,6
Glucemia (mg/dl)	—	100,5 ± 27,5
RCV	30,4% (21,1-39,7)	—

c-HDL: colesterol de alta densidad; c-LDL: colesterol de baja densidad; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RCV: riesgo cardiovascular.

con menos de 8 años de estancia en España es muy sedentaria. En nuestro estudio se incluyó la práctica de ejercicio físico (realización de actividad física moderada en sesiones de 30 minutos 3 o más veces por semana, o práctica de deporte federado) y el resultado fue que el 12,6% practicaba ejercicio de forma regular, el 11,6-16,1% según la encuesta de 2009⁴.

Hubiera sido interesante conocer la prevalencia de FRCV de la historia clínica de los pacientes, además de los registros analíticos y clínicos estudiados.

Finalmente, en la discusión exponen como limitación del estudio el carácter no poblacional de la muestra, aunque después afirman como conclusión que el RCV de los inmigrantes aumenta con el paso de los años en España. No sería adecuado por tanto extrapolar los resultados al total de la población inmigrante, al tratarse de una muestra aleatoria realizada en un Centro de Salud de Murcia, para lo cual sería necesario realizar un estudio multicéntrico. De todas formas, iniciativas como esta permiten mejorar el conocimiento actual y abren interesantes vías de colaboración.

Bibliografía

1. Lozano Sánchez ML, Leal Hernández M, Abellán Huerta J, Gómez Jara P, Ortín Ortín EJ, Abellán Alemán J. Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia. *Aten Primaria*. 2013;45:92-100.
2. 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.
3. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en inmigrantes magrebíes de un área semiurbana de Barcelona. *Semergen*. 2013;39:139-45.
4. Valero-Juan LF. Inmigración y estilos de vida saludables en España. *Aten Primaria*. 2012;44:505-6.

Josep Guil Sánchez*

y Marisa Rodríguez-Martín

EAP Montornès-Montmeló, Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepguil@hotmail.com (J. Guil Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.003>

La medicina de familia sigue siendo una especialidad poco atractiva para los estudiantes de medicina

The family medicine continues being a not much attractive speciality for the students of medicine

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo original «Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal»¹, al cual quisiéramos aportar —modestamente— algunos comentarios con la perspectiva que nos aporta ser médicos de familia con más de 25 años de experiencia asistencial y con 20 años dedicados a tareas docentes.

En primer lugar, felicitar a los autores por su ingente trabajo y por sus conclusiones, solo moderadamente pesimistas si se interpretan desde una perspectiva histórica: el nivel de puntuación media de la especialidad de Medicina de

Familia y Comunitaria (MFyC) otorgada por los estudiantes de medicina españoles se sitúa alrededor de los 3 puntos, en una escala del 1 al 6. Estos resultados son más positivos que los obtenidos por Mena et al.² y por otros estudios publicados sobre preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina de nuestro país (tabla 1) pero coinciden en su valoración subyacente: la MFyC sigue considerándose como una especialidad con poco «gancho».

El escaso poder de atracción de la especialidad de MFyC no es ninguna novedad, ya era así a mitad de los años ochenta del pasado siglo³ cuando nosotros empezamos nuestra formación como médicos residentes, pero lamentablemente —a pesar del tiempo transcurrido y de los esfuerzos para cambiar esta dinámica— comprobamos como persiste esta infravaloración. Se han producido pocos cambios que hayan despertado las preferencias de elección de los estudiantes hacia la MFyC: los horarios laborales se han incrementado y los sueldos han bajado mientras que se mantienen más o menos estables la presión asistencial, la burocracia y las dificultades para la investigación.

El hospitalocentrismo reinante durante años, el desprestigio científico, social y profesional de la especialidad,