

## Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del Área de Salud de Toledo

R. Sánchez García<sup>a</sup>, M. Soto García<sup>a</sup>, N. Pérez Villaverde<sup>b</sup>, F.J. Alonso Moreno<sup>c</sup>, C. de Castro Mesa<sup>d</sup> y M.C. García Bajo<sup>e</sup>

Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>a</sup>Centro de Salud Los Yébenes. Los Yébenes. Toledo.

<sup>b</sup>Centro de Salud Palomarejos. Toledo.

<sup>c</sup>Centro de Salud Ocaña. Ocaña. Toledo.

<sup>d</sup>Centro de Salud Fuensalida. Fuensalida. Toledo.

<sup>e</sup>Centro de Salud Sonseca. Sonseca. Toledo.

**OBJETIVO.** Describir los motivos de consulta y las características sociosanitarias de las personas inmigrantes que residen en el Área de Salud de Toledo.

**MÉTODOS.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, con emplazamiento en Atención Primaria. La captación y reclutamiento se realizó sobre base de tarjeta sanitaria, entre diciembre 2002 y septiembre 2003. Fueron estudiadas la edad, sexo, país de procedencia, datos sociosanitarios, motivos de consulta, antecedentes de vacunación, hábitos tóxicos, peso, talla, tensión arterial (TA).

**RESULTADOS.** Fueron incluidos en el estudio 344 personas inmigrantes con una edad media de  $28.8 \pm 12.7$  años, el 50% hombres. En cuanto al país de origen destacaron los procedentes de Marruecos (36.6%), Ecuador (21.8%) y Mali (16%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: problemas de vías respiratorias (20.6%; IC 95%, 16.4-24.8), mialgias (18.5%; IC 95%, 14.4-22.6), cefaleas (11.9%; IC 95%, 9.2-14.6), seguimiento de embarazo (8.5%), problemas digestivos (8.5%), accidentes (4.7%) y otros (27.3%). Los servicios sociosanitarios más consultados en el último año fueron: Atención Primaria (42.2%) y trabajador social (27.2%). Los inmigrantes refirieron una baja cobertura vacunal: tétanos (38.7%), rubéola (27%), hepatitis B (14.8%), tuberculosis (19.7%). Los inmigrantes de origen subsahariano presentaron cifras de TA más elevadas,  $p = 0.037$ .

**CONCLUSIONES.** La población estudiada es joven, consulta principalmente por problemas de vías respiratorias y mialgias, seguimiento del embarazo y accidentes y presenta una baja cobertura vacunal. Las características sociales, como situación laboral, renta y desconocimiento del idioma son desfavorables.

*Palabras clave:* inmigrantes, motivos de consulta, factores sociosanitarios.

**OBJECTIVE.** Describe the reasons for the consultation and the socio-health care characteristics of the immigrants who live in the Toledo Health Area.

**METHODS.** Descriptive, cross-sectional and multicenter study with site in Primary Health Care. Obtaining patients and enrolment were performed based on the health care card, between December 2002 and September 2003. Age, gender, country of origin, socio-health care data, reasons for consultation, vaccination history, toxic habits, weight, height, blood pressure (BP) were studied.

**RESULTS.** A total of 344 immigrants with a mean age of  $28.8 \pm 12.7$  years, 50% men, were enrolled in the study. Among the origin country, those from Morocco (36.6%), Ecuador (21.8%) and Mali (16%) stood out. The most frequent reasons for consultation were: respiratory tract problems (20.6%; 95% CI, 16.4-24.8), myalgies (18.5%; 95% CI, 14.4-22.6), headaches (11.9%; 95% CI, 9.2-14.6), follow-up of pregnancy (8.5%), digestive problems (8.5%), accidents (4.7%) and others (27.3%). The socio-health care services consulted most in the last year were: Primary Health Care (42.2%), and social worker (27.2%). The immigrants reported low vaccine coverage: tetanus (38.7%), German measles (27%), hepatitis B (14.8%), tuberculosis (19.7%). Immigrants from Sub-Saharan origin had higher BP values,  $p = 0.037$ .

**CONCLUSIONS.** The population studied is young, mainly consults due to respiratory tract and myalgies problems, followed by pregnancy and accidents and has low vaccination coverage. The social characteristics and occupational situation, income and lack of knowledge of the language are unfavorable.

*Key words:* immigrants, reasons for consultations, socio-health care factors.

Correspondencia: N. Pérez Villaverde.  
C. San Cipriano, n.º 8, Bajo B. 45002 Toledo.  
Correo electrónico: noemipevi@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Desde los años noventa se observa en España un aumento progresivo de la población inmigrante, lo que está cambiando el entramado social de nuestro país<sup>1</sup>. Según fuentes del Ministerio del Interior (Anuario de Extranjería 2001) se estima que los inmigrantes constituyen ya un 2,74%<sup>2,3</sup> de la población en España, representando en nuestra provincia un 1,67% de la población<sup>4</sup>. Actualmente podemos encontrar cifras próximas al 8% de la población total.

Las personas inmigrantes presentan diferencias de contexto geográfico, situación administrativa, idioma, religión, cultura y género, entre otras, por lo que los profesionales sanitarios nos enfrentamos a situaciones hasta ahora desconocidas en la práctica médica habitual en nuestro entorno<sup>2,5-10</sup>. Por ello, es importante llevar a cabo estudios de investigación epidemiológica que permitan responder a las preguntas que todavía quedan entre interrogantes en este ámbito y desmentir algunas afirmaciones que carecen de fundamento.

Surge así este estudio, con el objetivo de tener un mayor conocimiento de todas las características sociosanitarias asociadas a la población inmigrante de nuestros centros de salud, con el fin de poder prestar una asistencia integral a dicha población.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

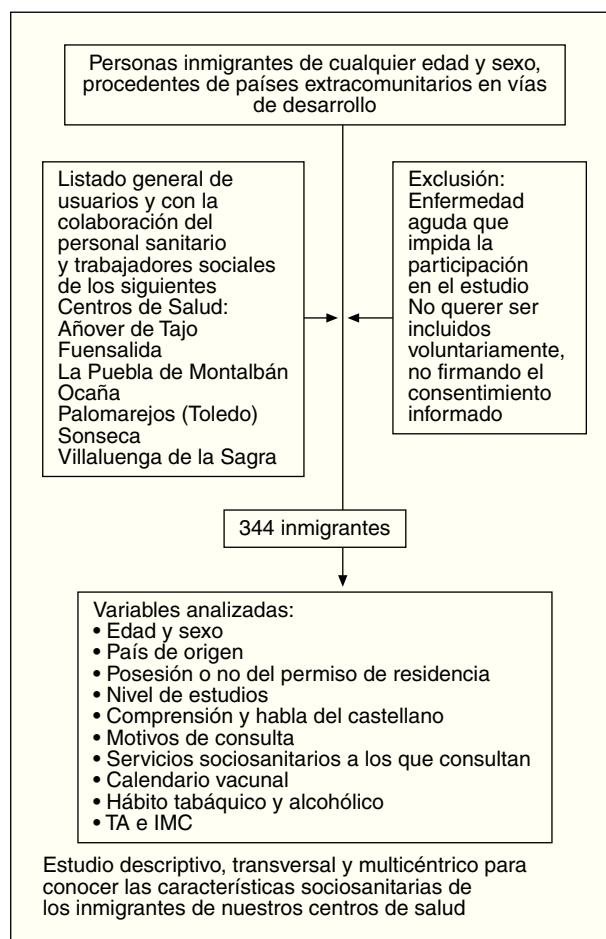
Se trata de un estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

### Muestra y participantes

El estudio se llevó a cabo en 6 centros de salud de la provincia de Toledo: Añover de Tajo, Fuensalida, La Puebla de Montalbán, Ocaña, Sonseca, Palomarejos y Villaluenga de la Sagra. La captación y reclutamiento se realizó a través de los listados generales de usuarios existentes en cada centro y con la colaboración del personal sanitario y trabajadores sociales de los mismos, entre diciembre de 2002 y septiembre de 2003. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de  $\pm 0,04$  unidades porcentuales en un contraste bilateral, para una proporción estimada de hasta un 35% para las enfermedades respiratorias como patología más prevalente, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 483 sujetos, asumiendo que la población es de 3.000 sujetos censados y con tarjeta sanitaria en las zonas básicas de salud. Se ha estimado una tasa de reposición del 0,05.

En la figura 1 se presenta un esquema con el diseño seguido en el presente estudio, donde señalamos los criterios de exclusión.

La detección del consumo elevado de alcohol se realizó por medio de la entrevista clínica, sospechándose éste cuando la ingesta por día era mayor o igual a cuatro cervezas, cuatro vasos de vino, dos güisquis (o similar) o tres carajillos<sup>11</sup>. Consideramos fumador a aquel que había fu-



**Figura 1.** Esquema general del estudio. TA: tensión arterial; IMC: índice de masa corporal.

mado al menos un cigarro al día en el último mes (Organización Mundial de la Salud).

### Variables sociosanitarias

A los participantes en el estudio se les realizó, previo consentimiento informado, una encuesta en la que se recogía la edad, sexo, país de origen, posesión o no del permiso de residencia, nivel de estudios, comprensión y capacidad para hablar el castellano, motivos de consulta, servicios sociosanitarios donde se solicitaba atención, situación del calendario vacunal desde el país de origen y hábito tabáquico y alcohólico. Además se realizó determinación de tensión arterial (TA) e índice de masa corporal (IMC).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

### Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan en porcentajes e intervalo de confianza (IC) del 95%. Las variables cuantitativas, como medias y desviación estándar. Las asociaciones entre las variables cualitativas se estudiaron mediante la prueba de  $\chi^2$ , utilizándose la "t" de Student en las variables cuantitativas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 9.0.

## RESULTADOS

Completaron el estudio 344 personas inmigrantes de países extracomunitarios. El 28% de las personas citadas no completaron el estudio (17%) o no acudieron al segundo día de la entrevista (11%). La edad media de las personas inmigrantes incluidas en el estudio fue de  $28,8 \pm 12,7$  años, de las que la mitad eran hombres.

En cuanto al país de origen destacaron los procedentes de Marruecos, el 36,6%. El resto de nacionalidades se reflejan en la figura 2.

El promedio de años de residencia en Europa fue de  $3,5 \pm 3,7$  años (mediana 2 años). Disponían de permiso de residencia la mitad de las personas inmigrantes participantes en el estudio.

El porcentaje de personas sin estudios y analfabetos fue del 27,6%, siendo un 9,6% los que cursaron estudios universitarios. Si analizamos los tres países más representativos del estudio (Ecuador, Marruecos y Mali), observamos que de los analfabetos tan sólo un 4,4% procedían de Ecuador. Ninguno de los procedentes de Mali tenía estudios universitarios, siendo ambos datos estadísticamente significativos.

De los inmigrantes procedentes de países no castellano-parlantes, el 38,6% manifestó no entender nuestro idioma.

En cuanto a la situación laboral: el 9,2% tenía contrato fijo o trabajaba como autónomo, un 21,2% contrato temporal y un 45,8% estaba en paro, representando los hombres un 77,4%, un 76,7% y un 44,6%, respectivamente, de estos grupos ( $p < 0,001$ ).

El 48,9% declararon unos ingresos inferiores a 600 €. De las mujeres trabajadoras un 70% recibía este sueldo, y solo un 46% de los hombres estaba incluido en este grupo ( $p < 0,001$ ).

Un 79,5% vivía en alquiler, con una media de  $4,8 \pm 1,9$  residentes por domicilio.

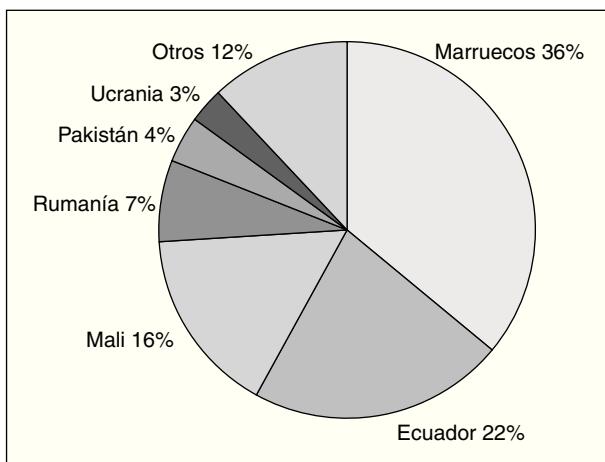


Figura 2. Países de origen de los inmigrantes de nuestro estudio.

Los motivos de consulta más frecuentes se representan en la figura 3, destacando las consultas por infecciones de vías respiratorias (20,6%; IC 95%, 16,4-24,8).

Las consultas realizadas a servicios sociosanitarios en el último año fueron mayoritariamente a Atención Primaria (42,2%) (fig. 4).

Los inmigrantes refirieron estar vacunados correctamente de tétanos el 38,7%, de rubéola el 27%, de hepatitis B el 14,8% y de tuberculosis el 19,7%.

En relación a los hábitos tóxicos, el 16% declararon ser fumadores, de ellos tan sólo un 14,4% son mujeres ( $p < 0,001$ ) y un 11,7% consumir bebidas alcohólicas habitualmente.

En el grupo de edad de mayores de 18 años, el 14,7% presentaba tomas de TA superiores a 140/90 mmHg estando este dato influido por la población subsahariana, la cual representaba el 23% del total de inmigrantes ( $p < 0,001$ ) que tenían cifras tensionales elevadas.

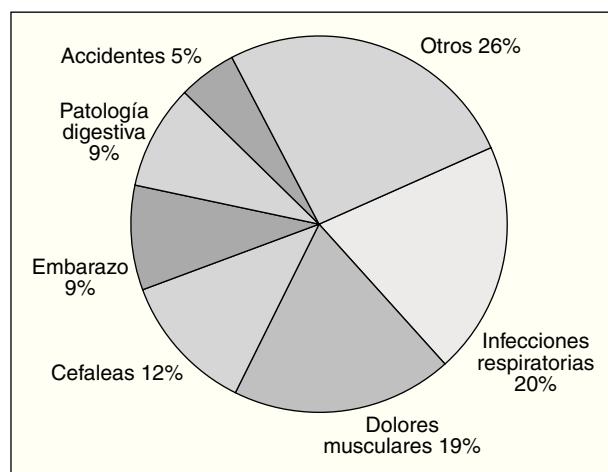


Figura 3. Motivos de consulta principales de nuestros inmigrantes.

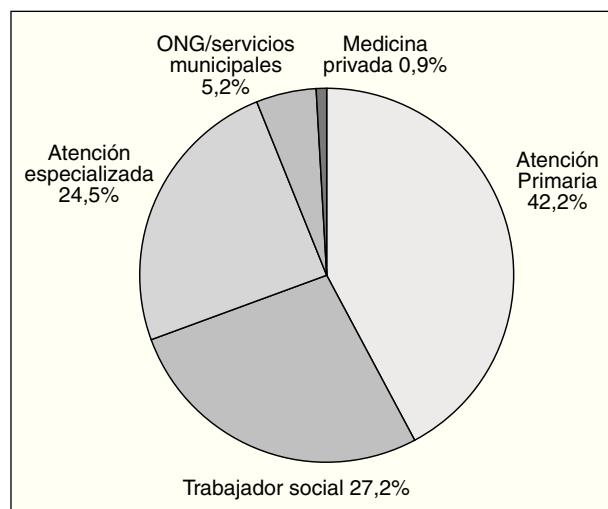


Figura 4. Medios sociosanitarios a los que consultan los inmigrantes. ONG: organización no gubernamental.

En cuanto al IMC, el 13,2% eran obesos (IMC > 30) y el 51,9% tenían sobrepeso (IMC: 25-30).

## DISCUSIÓN

La población inmigrante de nuestro estudio es una población joven<sup>2,12,13</sup>, y por tanto en principio sana, lo que explicaría que los principales motivos de consulta fueran procesos agudos, sobre todo infecciones respiratorias y dolores musculares, muy similares a los de la población autóctona de la misma edad de nuestro país<sup>1,12,14,15</sup> y de otros países<sup>16</sup>.

En nuestra muestra predominan las personas inmigrantes procedentes de Marruecos y de Ecuador, al igual que en el resto de España<sup>1,13</sup>. Llama la atención el elevado número de población inmigrante procedente de Pakistán y Mali agrupada en Sonseca y Recas, respectivamente, probablemente debido a la tendencia de acudir a poblaciones donde ya reside un compatriota. Este hecho hace que nuestra muestra difiera de la distribución nacional, si bien en algunas publicaciones ya se refleja el aumento que está experimentando la población subsahariana<sup>2</sup>.

El promedio de años de residencia de la población estudiada fue menor al observado en otros núcleos poblacionales como Madrid, Barcelona, el litoral mediterráneo y los dos archipiélagos donde la inmigración es un fenómeno más antiguo<sup>12,13</sup>.

Tanto el hábito tabáquico como el alcohólico es inferior al de otros estudios realizados en personas inmigrantes<sup>3</sup> y en la población autóctona<sup>17,18</sup>, destacando sobre todo el bajo consumo de tabaco entre las mujeres inmigrantes, como se puede apreciar si comparamos nuestros datos con los de la encuesta Nacional de Salud 2001<sup>19</sup>.

Debido a la baja cobertura vacunal<sup>3,20</sup> referida por las personas inmigrantes, sería conveniente tenerlo en cuenta en las consultas diarias, con el fin de procurar completar el calendario vacunal según las distintas guías existentes<sup>21</sup>, y de esta forma intentar prevenir la aparición de enfermedades<sup>22,23</sup>. Asimismo, en la población subsahariana se debería prestar atención a la posibilidad de presentar hipertensión arterial<sup>4,24</sup>, y pensar en adaptar los protocolos y guías actuales a esta población<sup>25</sup>, incluyendo la toma de TA en la exploración inicial de estas personas.

Las características sociales como situación laboral, renta y desconocimiento del idioma son desfavorables<sup>2,12-14,16</sup>, destacando la situación de las mujeres y de los inmigrantes procedentes de Mali, por lo que aún sabiendo que la integración social es tarea difícil, creemos que como profesionales sanitarios nuestro objetivo sería la integración del extranjero a través de la salud, sanando y previniendo. Dicho desconocimiento del idioma puede haber constituido un sesgo de información en alguno de los datos aportados por las personas inmigrantes.

Una de las limitaciones de este estudio fue no contar con una muestra de base poblacional. Debido a que las personas inmigrantes pueden solicitar su tarjeta, acordamos utilizar el registro de tarjeta sanitaria que puede ser

representativo de esta población. Otra de las limitaciones del estudio es el número de personas que no acudieron a la cita o no completaron los dos días de entrevista. Esto último, en parte, se puede explicar por el horario de trabajo, en ocasiones se citó a los pacientes en días festivos o por la noche, y por las propias características de este colectivo.

La confidencialidad de los datos y la libre participación de las personas inmigrantes fue garantizada en todo momento.

Dado que la Atención Primaria es el servicio sanitario más utilizado por las personas inmigrantes<sup>12</sup>, pensamos que la responsabilidad y el esfuerzo asistencial al inmigrante compete fundamentalmente a ésta, a la que habría que dotar con suficientes recursos económicos y de personal para poder llevarlo a cabo.

Como conclusiones de este estudio cabe destacar que la población estudiada es joven, consulta principalmente por problemas de vías respiratorias y mialgias, seguimiento del embarazo y accidentes, y presenta una baja cobertura vacunal. Las características sociales, como situación laboral, renta y desconocimiento del idioma son desfavorables.

La asistencia sanitaria de las personas inmigrantes no es un problema, es una magnífica oportunidad, y en nuestras manos está aprovecharla o no.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López-Vélez R. Inmigrantes y salud. Aproximación desde Atención Primaria. Madrid: PBM S.L.; 2002.
2. Jansá JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Pública. 1998;72:165-8.
3. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Gil Juberías G, Sagardui Villamor JK, González López E, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Aten Primaria. 2000;25:634-8.
4. Alonso A, Huerga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Madrid: ERGON; 2003. p. 331.
5. Pérez Villaverde N, Soto García M, Rivilla Marugán L, Castillo Portales S, Campos Campos N, Marañón Henrich N. Utilización de las consultas de pediatría en Atención Primaria y morbilidad en la ciudad de Toledo. Comparación entre una cohorte de hijos de españoles y otra de hijos de inmigrantes. MEDIFAM. 2003;13:92-7.
6. Bada JL. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC. 1996;5:277-8.
7. Del Rey J. Consideraciones epidemiológicas a la patología infecciosa emergente. El problema de las migraciones. An R Acad Nac Med (Madrid). 1997;114(1):81-99.
8. Valtuena O. Problemas pediátricos de los hijos de inmigrantes en España. An R Acad Nac Med (Madrid). 2000;117(3):607-16.
9. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten Primaria. 1995;15:320-7.
10. Bruguera M, Sánchez JM. Hepatitis viral en población migrada y en niños adoptados un problema de magnitud desconocida en España. Med Clin (Barc). 2001;117:595-6.
11. Anderson P, Cremona A, Turnes Ch, Wallace P. The risk of alcohol. Addiction. 1993;88:1493508.
12. 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.
13. Grupo de trabajo de la subdirección provincial de Atención Primaria. Dirección territorial INSALUD de Madrid: La atención a la población inmigrante en el Insalud de Madrid: Propuestas de mejora. Madrid; 2001.

14. Muñoz Martínez JM, Fernández Benítez RM, Moreno Muñoz F. Asistencia a inmigrantes en consultas de Atención Primaria: Protocolo de Actuación. Medicina de Familia (And). 2003;4:42-57.
15. Royo Serrano M, Arto Serrano A. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. Aten Primaria. 1995; 16:211-4.
16. Garret CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study. Minn Med. 1998; 81:52-5.
17. Alonso Viteri S, Díaz-Maroto Muñoz JL, Almonacid Sánchez C, Cisneros Serrano C, Ramos Pinedo A, Jiménez Ruiz CA. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde Atención Primaria. SEMERGEN. 2000;26:399-407.
18. Barrera F, Rodríguez ML, Blasco M, Córdoba R. Detección e intervención sobre el consumo excesivo de alcohol por los médicos de familia de tres Centros de Salud. SEMERGEN. 2001;27:462-5.
19. Encuesta Nacional de Salud 2001. Muestra con población de 16 y más años. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud: Madrid; 2001.
20. Findley SE, Irigoyen M, Schulman A. Children on the move and vaccination coverage in a low-income urban Latino population. Am J Public Health. 1999;89:1728-31.
21. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2001-2002. An Esp Pediatr. 2001;55: 30-8.
22. Strine TW, Barker LE, Mokdad AH, Luman ET, Sutter RW, Chu SY. Vaccination coverage of foreign-born children 19 to 35 month age: findings from the National Immunization Survey, 1999-2002. Pediatrics. 2002;110:15.
23. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Tropical Medicine and International Health. 1998;3: 936-44.
24. Cooper R, Rotimi C, Ataman S, McGee D, Osotimehin B, Kadiri S, et al. The prevalence of hypertension in seven populations of West African origin. Am J Public Health. 1997;87:160-8.
25. Seedat YK. Is the pathogenesis of hypertension different in black patients? J Hum Hypertens. 1996;10:35-7.