



ORIGINAL

Estilos de vida, salud autopercebida y utilización de los servicios sanitarios en inmigrantes de Paraguay y Bolivia residentes en la ciudad de Elche

I.G. Gallegos-Juárez^a, Y.Y. Ponce-Samaniego^a, M.T. Sempere-Selva^b
y J.M. Ramos-Rincón^{c,*}

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Salud 20, Centro de Salud del Raval, Elche, España

^b Unidad de Corta Estancia, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^c Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

Recibido el 27 de junio de 2011; aceptado el 15 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 20 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Estilos de vida;
Encuesta de salud;
Utilización servicios
de salud;
Migración;
Paraguay;
Bolivia

Resumen

Objetivo: Conocer el estilo de vida, utilización de los servicios sanitarios, autopercepción del estado de salud y la valoración de los servicios sanitarios, en inmigrantes procedentes de Paraguay y Bolivia en la ciudad de Elche, para establecer estrategias de prevención y adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de esta población.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra de conveniencia realizado entre noviembre de 2009 y abril de 2010, seleccionada entre el colectivo de la asociación de ciudadanos de Paraguay y Bolivia, a los que se les realizó una encuesta de salud.

Resultados: Se entrevistó a 49 paraguayos y 35 bolivianos mayores de 15 años. El 33% de los encuestados no realizaban ninguna actividad física. El 14,3% eran fumadores (varones [23,8%] vs. mujeres [4,8%]; $p = 0,03$). Referían consumo de alcohol el 82,1%. La valoración de la salud como buena y muy buena fue autopercebida en el 59,5% (paraguayos [71,4%] vs. bolivianos [42,9%]; $p = 0,02$), hasta un 11,9% referían dislipidemia. La utilización de los servicios de salud fue del 85,4% (varones [75%] vs. mujeres [95,2%]; $p = 0,02$), y el 51% acudió a urgencias. La consulta con el dentista fue referida en el 43,9% (paraguayos [56,2%] vs. bolivianos [26,5%]; $p = 0,007$). El 65,9% de los entrevistados tenían una valoración excelente-buena del sistema de salud público español.

Conclusión: Los hábitos de vida, la utilización de recursos privados y la salud autopercebida son diferentes en los 2 colectivos. La valoración del sistema de salud público español fue buena en ambos. Serían necesarias estrategias para mejorar el estilo de vida, consejo antitabáquico-consumo de alcohol y control de dislipidemias.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramosrincon@yahoo.es (J.M. Ramos-Rincón).

KEYWORDS

Life-style;
Health surveys;
Health services needs
and demand;
Immigrants;
Paraguay;
Bolivia

Life-style and self-rated health status, and the use of health services by an immigrant population from Paraguay and Bolivia in city of Elche (Alicante, Spain)**Abstract**

Objective: To study the lifestyle, use of health services, self-perceived health status and health services evaluations of immigrants from Paraguay and Bolivia in the city of Elche, and to establish and/or adapt prevention health services strategies to the needs of this population.

Methods: A cross-sectional study, using a health questionnaire, was conducted between November 2009 and April 2010, using a convenience sample selected from the Paraguay and Bolivia Citizens Association.

Results: A total of 49 Paraguayans and 35 Bolivians over 15 years old were interviewed of whom 42 (50%) were male; 33% of respondents did not perform any physical activity, and 14.3% were smokers (males [23.8%] vs female [4.8%], $P=.03$). The assessment of health was good or very good in 59.5% (Paraguayans [71.4%] vs Bolivians [42.9%]), $P=.02$). The use of health services was 85.4% (males [75%] vs women [95.2%], $P=.02$) and 51% went to an emergency department. Consultation with a dentist was reported in 43.9% (Paraguayans [56.2%] vs Bolivians [26.5%], $P=.007$); 65.9% considered the Spanish public health system as being excellent, very good or good.

Conclusion: The lifestyle, the use of private resources and the assessment of health status are different in both groups studied. The assessment of the Spanish public health system was good in both. Strategies are needed to improve lifestyle, counselling for smoking cessation, alcohol use and control of dyslipidaemia.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es un proceso dinámico e imparable. Se estima que se necesitará unos 40 millones de inmigrantes en la Unión Europea en los próximos 30 años. A partir del año 1998, la población inmigrante ha experimentado un crecimiento exponencial. Entre 1998 y 2009, el número de extranjeros empadronados en España se ha multiplicado por más de 6, pasando de 637.058 a 5,73 millones personas, que representaban en el año 2010 el 11,6% de la población total. De la población extranjera, 2,39 millones nacieron en la Unión Europea, 1,6 millones son originarios de Sudamérica, América Central y Caribe, 1,07 millones proceden de África (incluyendo 769.000 de Marruecos), y 341.000 de Asia¹.

Con la progresiva incorporación de población inmigrante en nuestro país y para ofrecer una mejor atención sanitaria es importante conocer el estilo de vida y la autopercepción de salud por parte de este colectivo²⁻⁷. Los inmigrantes representan un colectivo heterogéneo, tanto en relación con los patrones epidemiológicos de sus países de origen como a su cultura y mayor o menor conocimiento del idioma, su nivel de educación/formación⁶. La evidencia disponible sobre el estado de salud en la población que llega a España por motivos económicos es escasa por el momento, aunque creciente en los últimos años²⁻⁸. Se dispone de varios trabajos publicados que utilizan diferentes encuestas para conocer los estilos de vida en población inmigrante²⁻⁸. En el año 2010 en la ciudad de Elche estaban empadronadas 230.112 personas de las que 1.229 eran originarias de Paraguay y 470 de Bolivia¹. En el contexto de un cribado de

la enfermedad de Chagas entre los integrantes de estas comunidades residentes en Elche, nos propusimos completar el mismo con la realización de una encuesta de salud modificada.

El objetivo de este estudio es conocer el estilo de vida, la utilización de los servicios sanitarios, la autopercepción del estado de salud y la valoración de los servicios sanitarios, en 2 colectivos de la población inmigrante latinoamericana procedente de Paraguay y Bolivia en la ciudad de Elche (Alicante), para establecer estrategias de prevención y adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de esta población.

Material y métodos

Se procedió a realizar un estudio descriptivo transversal con una muestra de conveniencia realizada entre noviembre de 2009 y abril de 2010. El colectivo estudiado se recogió en el curso de una serie de charlas informativas sobre la enfermedad de Chagas en las asociaciones de ciudadanos de Paraguay y Bolivia de la ciudad de Elche. Se incluyeron los pacientes que acudían a la reunión y firmaban el consentimiento informado. Se excluyó a los niños menores de 18 años de edad. El contacto y la administración de las encuestas tuvieron lugar en asociaciones de inmigrantes. La encuesta fue administrada por uno de los miembros del equipo de salud (IGJ, YPS). La herramienta utilizada fue una variación de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006⁹. En la encuesta modificada se incluyeron ítems nuevos que podrían ser de interés a la población inmigrante, pero no se hizo una adaptación específica a la población inmigrante, pero esta misma modificación

se había empleado en otros colectivos de inmigrantes^{2,3}. El tiempo medio de aplicación de la encuesta fue de 15 min.

En los grupos estudiados se recogió información relativa a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tiempo de residencia en España, nivel de estudios y ocupación), de los hábitos de vida (práctica de ejercicio físico y consumo de tabaco y alcohol), de la utilización de los servicios sanitarios (centro de salud, urgencias, ingreso hospitalario y dentista), así como la valoración del sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana y la autovaloración de su nivel de salud. En estas 2 variables se podía responder como excelente, muy buena, buena, regular, mala y muy mala. La utilización de los servicios de sanitarios se recogió en 82 de los 84 inmigrantes entrevistados. El estudio epidemiológico fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital General Universitario de Elche. Antes de la administración de la encuesta se solicitó el consentimiento informado por escrito para la realización de la encuesta de salud.

Las variables cualitativas se presentan en proporciones y se comparan mediante la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fischer, y las variables cuantitativas se presentan como mediana con el recorrido intercuartílico (RIC) y se comparan mediante el test de la U de Mann-Whitney (prueba no paramétrica). En el primer análisis se plantearon las diferencias significativas entre cada una de las variables analizadas y el colectivo de pertenencia y género, utilizando un análisis de tablas de contingencia bidireccional. Los resultados se consideraron significativos cuando el valor de p era $< 0,05$. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados

Se entrevistó a 49 paraguayos y 35 bolivianos mayores de 15 años; la mitad hombres y la otra mitad mujeres ($n = 42$; 50%). La mediana de edad de los encuestados fue 30 años (RIC: 26-36), similar en los 2 colectivos. El 23,8% ($n = 20$) tenían estudios elementales; este nivel básico de estudio fue más común entre los bolivianos ($n = 13$; 37,1%) que entre los paraguayos ($n = 7$; 14,3%) ($p = 0,015$); en cambio, el 40,5% ($n = 34$) tenían estudios superiores y universitarios, siendo más común entre los paraguayos ($n = 24$; 49%) que entre los bolivianos ($n = 10$; 28,6%) ($p = 0,03$). La mediana de tiempo de permanencia en España en el momento de la entrevista fue 52 meses (RIC: 42-60), similar en los 2 colectivos. La principal actividad laboral de los entrevistados fue la de cuidador (39,3%), seguida de la construcción y sector servicio (tabla 1). La ocupación en el sector servicios fue significativamente más común entre la población paraguaya (24,5%) que entre la población boliviana (5,7%) ($p = 0,022$) (tabla 1).

El 33% de los encuestados no realizaba ninguna actividad física a lo largo de la semana, siendo la inactividad semanal más común entre los paraguayos (40,8%) que entre los bolivianos (22,9%) ($p = 0,137$); así como entre las mujeres (42,9%) respecto a los hombres (23,8%) ($p = 0,102$). La realización de ejercicio una vez a la semana era más habitual entre los bolivianos (40,0%) respecto a los paraguayos (16,3%) ($p = 0,015$); así como entre los hombres (38,1%)

comparado con las mujeres (14,3%) ($p = 0,029$). Solo el 14,3% de los entrevistados fumaban, siendo este hábito más frecuente entre los hombres (23,8%) que entre las mujeres (4,8%) ($p = 0,029$). Referían consumo de alcohol el 82,1% de los entrevistados (paraguayos [75,5%] vs. bolivianos [94,1%]; $p = 0,084$). El consumo era ocasional (40,2%) o en los fines de semana (40,5%). El 64,3% de los entrevistados dormían entre 7 y 9 h de media, y sin diferencias respecto al área geográfica de procedencia y género de los entrevistados (tabla 2).

La autovaloración de la salud fue excelente, muy buena o buena en el 59,5% ($n = 50$) y regular, mala o muy mala en el 40,5% ($n = 34$) de los inmigrantes. La autovaloración excelente, muy buena y buena fue mayor en originarios de Paraguay ($n = 35$; 71,4%) que en los de Bolivia ($n = 15$; 42,9%) ($p = 0,016$). Solo un paciente refería diabetes mellitus (1,2%) y 2 hipertensión arterial (2,4%); en cambio, el 11,9% ($n = 10$) referían dislipidemia.

La utilización de los servicios de salud fue del 85,4%, siendo discretamente mayor en las mujeres (95,2%) que en los varones (75,0%) ($p = 0,023$). No había acudido a centro de salud el 14,6% de los entrevistados, más los varones (25%) que las mujeres (4,8%) ($p = 0,023$) (tabla 3). El 51,2% ($n = 43$) habían utilizado específicamente el servicio de urgencias y de ellos el 10,7% ($n = 9$) habían ingresado en el hospital; no había diferencias ni por sexo ni nacionalidad. De los 9 ingresados, 5 habían ingresado en obstetricia. Utilizaron el sistema privado el 13,4% ($n = 11$) de los inmigrantes entrevistados, algo más los bolivianos ($n = 8$; 23,5%) que los paraguayos ($n = 3$; 6,3%) ($p = 0,045$). Acudieron al dentista alguna vez desde su llegada a España el 43,9% ($n = 36$) de ellos, lo hicieron significativamente más los paraguayos ($n = 27$; 57,3%) que los bolivianos ($n = 9$; 26,5%) ($p = 0,007$). El 13,4% de los entrevistados contestaron que no sabían o no opinaban a la pregunta de la valoración del sistema de salud público español, esta respuesta fue más común entre los bolivianos (23,5%) que entre los paraguayos (6,3%) ($p = 0,044$). El 65,9% tenían una valoración excelente, muy buena y buena del sistema de salud público español.

Discusión

La percepción de salud fue diferente según el área geográfica de procedencia¹⁰⁻¹³, los paraguayos tenían una mejor salud autopercibida que los bolivianos. La percepción de la salud en este colectivo es buena. La percepción de salud en el colectivo de inmigrantes en el Estado español es heterogénea; hay estudios donde la percepción es mejor que la población autóctona⁶ y en otros no es así^{8,14}. La auto-referencia de enfermedades crónicas fue escasa y puede atribuirse a que su mayoría de las personas que emigran están sujetas a una selección positiva en términos de salud. Es decir, en comparación con el estado de salud de su población origen, la propensión a presentar un buen estado de salud es mayor entre las personas que deciden trasladarse del país^{6,15,16}.

De este estudio se desprende que los hábitos de vida (consumo de alcohol y actividad física) son discretamente diferentes en paraguayos y bolivianos residentes en España, aunque pertenezcan a un mismo continente

Tabla 1 Características epidemiológicas según el área geográfica de los 84 inmigrantes entrevistados

	Total N.º (%)	Población paraguaya N.º (%)	Población boliviana N.º (%)	p
Sexo				
Mujer	42 (50,0)	26 (53,1)	16 (45,7)	0,50
Varón	42 (50,0)	23 (46,9)	19 (54,3)	-
Edad, mediana (RIC)	30 (26-35)	31 (26,5-38,5)	28 (26-32)	0,065
Estado civil				
Soltero	42 (50,0)	25 (51,0)	17 (48,6)	0,825
Casado	42 (50,0)	24 (49,0)	18 (51,4)	-
Tiempo en España, mediana (RIC) en meses	52 (42-60)	48 (38-58)	54 (48-60)	0,835
Nivel de estudios				
Enseñanza básica	20 (23,8)	7 (14,3)	13 (37,1)	0,015
Enseñanza secundaria	30 (35,7)	18 (36,7)	12 (34,3)	0,823
Enseñanza superior y universitaria	34 (40,5)	24 (49,0)	10 (28,6)	0,030
Ocupación				
Cuidador	33 (39,3)	21 (42,9)	12 (34,4)	0,427
Construcción	28 (33,3)	13 (26,5)	15 (42,9)	0,117
Servicios	12 (24,5)	12 (24,5)	2 (5,7)	0,022
Ama de casa	5 (6,0)	2 (4,1)	3 (8,6)	0,662
Agricultura	4 (4,8)	1 (2,0)	3 (8,6)	0,303

RIC: recorrido intercuartílico.

y de países contiguos. A su vez las mujeres inmigrantes fumaban menos que los hombres y realizaban menos ejercicio físico regular semanal que los hombres. El ejercicio físico lo realizan con menos frecuencia los inmigrantes que la población autóctona⁷. Y como se ha comentado en nuestro estudio esto fue más relevante en la mujer.

La mayoría de los entrevistados consultaban con el sistema de salud, las mujeres lo hacía más que los varones, al igual que en el estudio de Rodríguez Álvarez et al.². La mayoría había acudido alguna vez al centro de salud, aproximadamente la mitad había consultado por urgencias y algo menos del 10% había ingresado en el hospital, especialmente en el servicio de obstetricia. En diferentes estudios se ha visto un mayor uso de los servicios de emergencias en la población inmigrante que la autóctona^{7,13}. De los que ingresan lo hacen principalmente en el servicio de obstetricia como se ha visto en este trabajo.

Se ha visto que la población inmigrante es derivada al especialista con más frecuencia que la población autóctona¹⁰, si bien en nuestro estudio no se ha podido confirmar este dato. La consulta al dentista en general es menos frecuente entre los inmigrantes respecto a la población autóctona⁷. En nuestro estudio la consulta con el dentista, así como con la medicina privada fue más común entre los originarios de Paraguay que entre los de Bolivia y se relacionaba con la visita anual a sus ginecólogos de atención primaria.

Cuando se les preguntaba su opinión del sistema de salud, 2 de cada 3 opinaban favorablemente acerca de la asistencia recibida en los servicios públicos. Aunque los bolivianos no opinaban o no sabían responder a esta pregunta con mayor frecuencia que los paraguayos.

Este estudio tiene una serie de limitaciones; así, el tipo de muestreo utilizado no garantiza la representatividad de los inmigrantes, si bien se ha entrevistado al 4 y al 7,4% de los paraguayos y bolivianos empadronados, respectivamente, la no disponibilidad de un cuestionario adaptado culturalmente puede haber influido en la obtención de la información². Los encuestadores han sido los mismos en todo el estudio (IGJ, YPS) lo que ha disminuido un posible sesgo de información^{2,3}. La naturaleza retrospectiva de la información requerida en la encuesta plantea la posibilidad de un sesgo de memoria, como ocurre por definición en todas las encuestas basadas en información referida por el encuestado^{2,3}. El limitado tamaño de la muestra imposibilitó el ajuste de los resultados. Otra limitación es que no hubiera realizado la encuesta de salud en la población autóctona, que hubiera permitido entrar diferencias atribuidas directamente a la inmigración y no en relación con otros factores medioambientales. En último lugar, aunque se recogen variables explicativas, los datos son de sección cruzada, lo que no permite analizar la evolución del estado de salud de los individuos a lo largo del tiempo.

El colectivo de inmigrantes es heterogéneo, aunque pertenezcan a un mismo continente o a países contiguos como Paraguay y Bolivia. Sin obviar las anteriores limitaciones, los resultados de este estudio permiten ampliar el conocimiento sobre los hábitos de salud, el estado de salud percibida, la utilización del sistema sanitario y la valoración de los mismos en los inmigrantes estudiados. A pesar de la buena percepción de salud del colectivo serían necesarias estrategias para mejorar el estilo de vida, consejo antitabáquico y control de dislipidemias. Se debe seguir trabajando en el conocimiento de los hábitos de vida de los diferentes colectivos de inmigrantes, así como el tipo de enfermedad que

Tabla 2 Características de la salud autopercibida y hábitos de vida según área geográfica y género de los 84 inmigrantes entrevistados

	Total (n = 84) N.º (%)	Población paraguaya (n = 49) N.º (%)	Población boliviana (n = 35) N.º (%)	p	Mujer (n = 42) N.º (%)	Hombre (n = 42) N.º (%)	p
<i>Salud autopercibida</i>							
Excelente, muy buena o buena	50 (59,5)	35 (71,4)	15 (42,9)	0,016	23 (54,8)	27 (64,3)	0,505
Regular, mala o muy mala	34 (40,5)	14 (41,2)	20 (57,1)		19 (45,2)	15 (35,7)	
<i>Ejercicio físico</i>							
Ninguno	28 (33,3)	20 (40,8)	8 (22,9)	0,137	18 (42,9)	10 (23,8)	0,102
Una vez a la semana	22 (26,2)	8 (16,3)	14 (40,0)	0,015	6 (14,3)	16 (38,1)	0,026
Más de una vez a la semana	34 (40,5)	21 (42,9)	13 (37,1)	0,764	18 (42,9)	16 (38,1)	0,824
<i>Tabaquismo</i>							
No	72 (85,7)	42 (83,7)	31 (88,6)	0,752	40 (95,2)	32 (76,2)	0,029
Sí	12 (14,3)	8 (16,3)	4 (11,4)		2 (4,8)	10 (23,8)	-
<i>Consumo de alcohol</i>							
No	15 (17,9)	12 (24,5)	3 (8,6)	0,084	9 (21,4)	6 (14,3)	0,569
Sí	69 (82,1)	37 (75,5)	32 (91,4)	-	33 (78,6)	36 (85,37)	-
Ocasionalmente	33 (40,2)	19 (39,6)	14 (41,2)	0,920	20 (47,6)	13 (31,0)	0,117
Fines de semana	34 (40,5)	18 (36,7)	16 (45,7)	0,409	13 (31,0)	21 (50,0)	0,119
Diario	2 (2,4)	0	2 (5,7)	0,170	0 (0)	2 (4,8)	0,493
<i>Duración del sueño</i>							
< 7 h	23 (27,4)	12 (24,5)	11 (31,4)	0,649	13 (31,0)	10 (23,8)	0,625
7-9 h	54 (64,3)	31 (63,3)	23 (65,7)	0,989	24 (57,1)	30 (71,4)	0,255
> 9 h	7 (8,3)	6 (12,2)	1 (2,9)	0,210	5 (11,9)	2 (4,8)	0,433

Tabla 3 Utilización de los servicio de salud y valoración del sistema sanitario según área geográfica y género de los 82 inmigrantes entrevistados

	Total (n=82) N.º (%)	Población paraguaya (n=48) N.º (%)	Población boliviana (n=34) N.º (%)	p	Mujer (n=42) N.º (%)	Hombre (n=40) N.º (%)	p
<i>Utilización de los servicios de salud</i>							
Nunca	12 (14,6)	7 (14,6)	5 (14,7)		2 (4,8)	10 (25)	0,023
Alguna vez	70 (85,4)	41 (85,4)	29 (85,3)	0,999	40 (95,2)	30 (75,0)	
<i>Asistencia en atención primaria</i>							
Nunca	12 (14,6)	7 (14,6)	5 (14,7)	0,999	2 (4,8)	10 (25)	0,023
< 1 vez al mes	37 (45,1)	21 (43,8)	16 (47,1)	0,764	20 (47,6)	17 (42,5)	0,803
1-2 veces al mes	30 (36,6)	18 (37,5)	12 (35,3)	0,998	18 (42,9)	12 (30,0)	0,741
> 2 veces al mes	3 (3,7)	2 (4,2)	1 (2,9)	0,998	2 (4,8)	1 (2,5)	0,651
<i>Asistencia por urgencias</i>							
Nunca	40 (47,6)	23 (47,9)	17 (50)	0,999	19 (45,2)	21 (52,5)	0,662
< 1 vez al mes	31 (36,9)	17 (35,4)	14 (41,2)	0,764	19 (45,2)	12 (30,0)	0,231
1 vez al mes	11 (13,1)	8 (16,7)	3 (8,8)	0,347	4 (9,5)	7 (17,5)	0,462
<i>Ingreso hospitalario</i>							
Nunca	73 (89,9)	43 (89,6)	30 (41,1)	0,998	35 (83,3)	38 (95,0)	0,182
Alguna vez	9 (11,0)	5 (10,4)	4 (11,8)	-	7 (16,7)	2 (5,0)	
<i>Uso de sanidad privada</i>							
Nunca	71 (86,6)	45 (93,8)	26 (76,5)	0,045	6 (4,3)	5 (12,5)	0,920
Alguna vez	11 (13,4)	3 (6,3)	8 (23,5)	-	36 (85,7)	35 (87,5)	
<i>Consulta al dentista</i>							
Nunca	46 (56,1)	21 (43,8)	25 (73,5)	0,007	21 (50,0)	25 (62,5)	0,359
1 vez al año	26 (31,7)	19 (39,6)	7 (20,6)	0,113	16 (38,1)	10 (25,0)	0,300
> 1 vez año	10 (12,2)	8 (16,7)	2 (5,9)	0,182	5 (11,9)	5 (12,5)	0,980
<i>Valoración del sistema de salud español</i>							
No sabe/no opina	11 (13,4)	3 (6,3)	8 (23,5)	0,044	5 (11,9)	6 (15,0)	0,920
Muy bueno o bueno	54 (65,9)	35 (64,8)	19 (55,9)	0,171	28 (66,7)	26 (65,0)	0,998
Regular o malo	17 (20,7)	10 (20,8)	7 (20,6)	0,999	9 (21,4)	8 (20,0)	0,998

esta población presenta para ofrecer una mejor atención sanitaria.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero 2010 [consultado 1 May 2011]. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>
2. Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. Impact in the utilisation of the health services of socio-demographic variables, life-style and self-rated health by immigrant groups living in the Basque Country, Spain. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:209–20.
3. Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Senhaji M, Pereda Riguera C. Sociodemographic variables and lifestyle as predictors of self-perceived health in immigrants in the Basque Country [Spain]. *Gac Sanit*. 2008;22:404–12.
4. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Socioeconomic differences in health between the Spanish and immigrant population: evidence from the National Health Survey. *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl. 1:47–52.
5. Alvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo De La Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl. 1:29–37.
6. García-Gómez P, Oliva J. Health-related quality of life of working-age immigrant population. *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl. 1:38–46.
7. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo De La Hoz G, et al. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009;9:201.
8. 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. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl. 1:86–95.
9. Encuesta Nacional de Salud 2006 [consultado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>
10. Fuertes Goñi MC, Elizalde L, De Andrés MR, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM, et al. Care for immigrant patients: facts and professionals' perception in 6 primary health care zones in Navarre. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:179–90.
11. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health*. 2010;9:27.
12. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000;51:1573–93.
13. Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res*. 2008;10:81.
14. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilisation patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69:370–8.
15. 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. Agència d'Avaluació i Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.
16. Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Barrera VH, 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.