

Resultados de dos encuestas dirigidas a inmigrantes y nativos del sureste español: salud, uso de servicios y necesidad de asistencia médica

María-José Tormo, MD, MPH, PhD,⁽¹⁻³⁾ Diego Salmerón, PhD,⁽¹⁻³⁾ Sandra Colorado-Yohar, MPH, PhD,^(1,4) Mónica Ballesta, L en Estad,⁽¹⁾ Sofía Dios, L en Sociol,⁽¹⁾ Carmen Martínez-Fernández, PhD,^(1,2) Domingo Pérez-Flores, PhD,⁽¹⁻³⁾ Vicenta García-Pérez, L en Mat,⁽⁵⁾ Joaquín A Palomar, MD,⁽⁶⁾ Alberto M Torres, MD, PhD,⁽¹⁻³⁾ Carmen Navarro, MD, MSc, PhD.⁽¹⁻³⁾

Tormo MJ, Salmerón D, Colorado-Yohar S, Ballesta M, Dios S, Martínez-Fernández C, Pérez-Flores D, García-Pérez V, Palomar JA, Torres AM, Navarro C. Resultados de dos encuestas dirigidas a inmigrantes y nativos del sureste español: salud, uso de servicios y necesidad de asistencia médica. Salud Publica Mex 2015;57:38-49.

Tormo MJ, Salmerón D, Colorado-Yohar S, Ballesta M, Dios S, Martínez-Fernández C, Pérez-Flores D, García-Pérez V, Palomar JA, Torres AM, Navarro C. Results of two surveys of immigrants and natives in Southeast Spain: health, use of services, and need for medical assistance. Salud Publica Mex 2015;57:38-49.

Resumen

Objetivo. Comparar la salud, uso de servicios sanitarios y necesidad insatisfecha de atención médica (NIAM) entre inmigrantes y nativos del sureste español. **Material y métodos.** Estudio transversal de dos muestras representativas de población: inmigrante (n=1150) y nativa (n=1303; Encuesta Nacional de Salud). Se creó una única base de datos con ponderación específica para cada muestra y se estimaron razones de prevalencia (RP) mediante regresión multivariante. **Resultados.** Marroquíes, ecuatorianos y europeos del este (EE) declararon peor salud que los nativos (RPs [IC95%]: 2.45 [1.91-3.15]; 1.51 [1.28-1.79] y 1.44 [1.08-1.93], respectivamente). Los inmigrantes hicieron mayor uso de las urgencias (excepto EE) y consumieron menos fármacos. Los marroquíes mostraron la mayor diferencia en la frecuencia de NIAM (RP [IC95%]: 12.20 [5.25-28.37]), principalmente por razones laborales (46%). **Conclusiones.** La salud y el uso de servicios sanitarios difirieron significativamente entre inmigrantes y nativos. Destaca la NIAM alta en marroquíes por causa laboral.

Palabras clave: encuestas de salud; inmigrantes; estado de salud; necesidades y demandas de servicios de salud; España

Abstract

Objective. To compare the self-perceived health, use of health services and unmet need for health care (UNHC) among immigrants and native populations of Southeast Spain. **Materials and methods.** Cross-sectional study of two representative samples of 1150 immigrants, and 1303 native participants from the National Health Survey. A single database was created with specific weights for each sample, and prevalence ratios (PR) were estimated by multivariate regression. **Results.** Moroccans, Ecuadorians and Eastern Europeans (EE) reported poorer health than the native population (PRs [CI95%]: 2.45 [1.91-3.15]; 1.51 [1.28-1.79] and 1.44 [1.08-1.93], respectively). Immigrants made greater use of emergencies than natives (except for EE) and had lower use of medication. Moroccan showed the greatest difference in the frequency of UNHC (PR [CI95%]: 12.20 [5.25 - 28.37]), mainly because of working limitations (46%). **Conclusions.** The health status and use of health services among immigrants differ significantly from those of natives. Results highlight the higher frequency of UNHC among immigrants, especially high in Moroccans.

Key words: health surveys; immigrants; health status; health services needs and demand; Spain

- (1) Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Política Social, IMIB-Arrixaca. Murcia, España.
- (2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.
- (3) Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia. Murcia, España.
- (4) Grupo de Investigación en Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- (5) Centro Regional de Estadística, Consejería de Economía y Hacienda. Murcia, España.
- (6) Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia, España.

Fecha de recibido: 26 de febrero de 2014 • **Fecha de aceptado:** 27 de octubre de 2014
 Autora de correspondencia: Dra. Sandra Colorado Yohar. Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Política Social, Murcia. Ronda de Levante 11. 30008 Murcia, España.
 Correo electrónico: syohar1@hotmail.com

La inmigración es un fenómeno con un gran impacto en los ámbitos político, social, económico y laboral, tanto para los países emisores como para los receptores en todo el mundo. La salud pública tiene entre sus prioridades conocer y abordar las necesidades de salud específicas de poblaciones vulnerables como la inmigrante. La literatura sociomédica ha sido consistente en caracterizar a los inmigrantes como jóvenes (en edad económicamente activa) y con buen estado de salud al momento de su partida, el cual se deteriora paulatinamente con el tiempo y se asimila al de la población nativa a la que se integran. Este efecto de inmigrante sano muestra una notable heterogeneidad influenciada, en parte, por factores como edad, sexo y origen étnico.¹ Los inmigrantes en España tienen una prevalencia de enfermedades similar a la de la población nativa de la misma edad,² sin embargo, no hay consenso en lo relacionado con su percepción de la salud y el uso de servicios sanitarios, y la bibliografía es discrepante incluso para poblaciones procedentes de países de la misma área geográfica.³ Algunos autores han mostrado una peor percepción de la salud de los inmigrantes en España frente a los nativos de la misma edad y sexo.^{2,4} Otros trabajos, sin embargo, han documentado una percepción más favorable de la salud en inmigrantes.⁵

Se han identificado factores socioeconómicos, culturales, religiosos y de estilo de vida que amenazan la salud de los inmigrantes o que son un obstáculo para su atención sanitaria.⁶ Los inmigrantes utilizan los servicios de urgencias con más frecuencia que los nativos,^{2,7} y aunque hay trabajos que reflejan un número mayor de hospitalizaciones entre los inmigrantes,^{2,8} la mayoría de las investigaciones ponen de manifiesto el menor acceso de este colectivo a los servicios sanitarios.^{4,9,10} Estas discrepancias reflejarían parcialmente la diversidad en cuanto al diseño, metodología o contexto geográfico y cultural de las investigaciones, pero también ilustran la simplificación que representa el estudio de los inmigrantes como un grupo uniforme. La población inmigrante en España es heterogénea con respecto a etnia, religión y cultura, pero también en edad, sexo, nivel educativo y motivación. La identificación de sus problemas de salud y necesidades específicas requiere un estudio particular que atienda el origen.

España es un país desarrollado que ha recibido una gran afluencia de poblaciones de distintos orígenes durante el periodo 2000-2013 (14% de la población total en 2013). Los colectivos más numerosos son los de origen europeo (del Este y occidentales, 18 y 17% del total, respectivamente) seguidos de marroquíes (12%) y ecuatorianos (7%). Todos, salvo los últimos, han man-

tenido un crecimiento constante en los últimos años, lo cual justifica plenamente la vigencia de la preocupación por esta minoría en la actualidad.¹¹

El objetivo de este trabajo es describir la salud percibida, el uso de los servicios sanitarios y la necesidad insatisfecha de asistencia médica en la población inmigrante de la Región de Murcia (RM), una de las regiones con mayores tasas de inmigración en España, y su comparación con la población nativa residente, en el contexto sociosanitario previo a la crisis económica mundial iniciada en 2008.

Material y métodos

Fuentes de información

El Estudio de Salud y Culturas (SyC) se llevó a cabo mediante encuesta a una muestra representativa de inmigrantes de entre 16 y 64 años, establecidos en la RM entre 2000 y 2006 y sin nacionalidad española. La información sobre la población nativa (nacidos en España, con nacionalidad española) residente en la RM fue obtenida de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS-2006).

Muestra

Se llevó a cabo un muestreo estratificado multietápico, por conglomerados, de la población inmigrante registrada en la base de datos de la Tarjeta Individual Sanitaria. Esta tarjeta es un documento expedido por las autoridades regionales de salud para todos sus residentes, con el requisito de que estén inscritos en el padrón de habitantes. Así, en 2006, todos los inmigrantes tenían el derecho a la atención médica en las mismas condiciones que los españoles, independientemente de su nacionalidad y de su condición laboral o legal. La metodología se ha descrito en otro estudio.¹² Brevemente, se dividió a la población inmigrante en 12 estratos, según origen, sexo y edad, que agrupaban los centros de salud de la RM de acuerdo con su diferente composición de población inmigrante. La selección de los centros de salud (conglomerados) dentro de cada estrato se realizó con probabilidad proporcional al número de inmigrantes de cada centro en ese estrato. La selección de los participantes en cada centro fue aleatoria hasta completar el número de individuos preestablecido proporcionalmente por origen, sexo y edad. La muestra inicial se estimó en 2 010 inmigrantes, con distribución proporcional por estrato. Se excluyó a las personas de Asia y África subsahariana, dado que el reclutamiento no garantizaba su representatividad

por su escaso número y por las dificultades para acceder a estas poblaciones (4% de los inmigrantes de la RM) y a las personas con incapacidad psíquica. Aquellos seleccionados cuya residencia en la RM no se pudo verificar y los que rechazaron participar fueron sustituidos a partir un listado elaborado para este fin. La muestra final fue de 1 150 inmigrantes con pesos muestrales corregidos por no respuesta. Por otro lado, la ENS-2006 utilizó un muestreo polietápico estratificado en el que las unidades de primera etapa fueron las secciones censales, agrupadas en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecen. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas y, por cada una de éstas, se seleccionó un adulto. El diseño contempló un muestreo independiente y representativo para la RM. Se entrevistó a 21 643 personas de 16 a 64 años, de los cuales 1 491 correspondían a la RM. Se entrevistó a 188 excluidos con nacionalidad extranjera; finalmente, se contó con 1 303 españoles (440 hombres y 863 mujeres) para el análisis.

Recolección de datos

Los datos de SyC se recogieron a través de entrevistas personales por encuestadores entrenados (mediadores sociales e intérpretes), con la misma nacionalidad y sexo que los entrevistados. El cuestionario se basó en la ENS-2006¹³ e incluía preguntas relacionadas con el proceso migratorio. La encuesta se tradujo al árabe, francés, inglés, rumano y ucraniano; luego se retradujo al español por personal nativo bilingüe. Los desacuerdos se resolvieron con la mediación de la investigadora a cargo del trabajo de campo, que era hispanohablante. El trabajo de campo se realizó entre 2006 y 2008. Se solicitó consentimiento por escrito a todos los inmigrantes y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

VARIABLES

Sociodemográficas. La clase social se derivó de la ocupación y tuvo la siguiente clasificación: I (directivos ≥ 10 trabajadores), II (directivos < 10 trabajadores), III (trabajadores manuales calificados y autónomos), IV (trabajadores manuales calificados y semicalificados) y V (trabajadores no calificados).¹⁴

Estado de salud: La percepción de la salud se evaluó mediante la pregunta “¿Cómo diría que ha sido su estado de salud durante los últimos 12 meses en España? (muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo)”. Las respues-

tas se agruparon en autopercepción “positiva” (muy bueno, bueno) y autopercepción “negativa” (regular, malo y muy malo). La limitación de la actividad se evaluó con la pregunta “Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día por dolores o síntomas? (sí, no)”. La morbilidad percibida durante el último año se registró con la existencia de al menos un problema de salud declarado de una lista de los diez más frecuentes.

Uso de los servicios sanitarios: Se preguntó sobre las visitas al médico general o el uso de servicios de urgencias y hospitalización durante los últimos 12 meses. Se registró el consumo de medicamentos en las dos últimas semanas y las visitas al dentista durante el año previo, en España.

Necesidad insatisfecha de asistencia médica: Se evaluó mediante dos preguntas: 1) “En los últimos 12 meses y en España, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido? (Sí, no, no sabe)?” y 2) “La última vez que ocurrió esto, ¿cuál cree que fue la causa principal por la que no recibió esa asistencia?”. Esta última pregunta incluyó las diez categorías de la ENS-2006, más tres adicionales relacionadas con el proceso migratorio.

Análisis estadístico

Para comparar la población inmigrante con la población nativa, dado que ambas muestras se obtuvieron por muestreo estratificado y por conglomerados, con los datos de la encuesta SyC y de la ENS-2006, junto con los pesos muestrales correspondientes, se combinaron como muestras complementarias¹⁵ en una base de datos. Se creó un peso de postestratificación para asegurar que la distribución del origen (nativos, ecuatorianos, marroquíes, europeos occidentales [EO] y europeos del este [EE]) coincidía con la distribución poblacional.¹¹

Se estimó la prevalencia ponderada (intervalo de confianza a 95%) de las características sociodemográficas. Se calcularon razones de prevalencia (RP) para estudiar diferencias en la percepción de la salud, la limitación de la actividad y la morbilidad, mediante regresión de Poisson ajustada por edad, nivel educativo y clase social. El resto de variables (uso de servicios sanitarios, NIAM, consumo de medicamentos y consultas al dentista) se ajustaron adicionalmente por percepción negativa de la salud, limitación de la actividad y mor-

bilidad percibida. Los nativos fueron la población de referencia. Los análisis se realizaron en Stata 10, usando el comando *svy*, y teniendo en cuenta tanto los pesos muestrales como el diseño muestral estratificado y por conglomerados.

Resultados

Se entrevistó a 519 ecuatorianos, 361 marroquíes, 125 EO y 145 EE. La tasa de respuesta global fue de 65% (72% ecuatorianos, 56% marroquíes, 69% EO y 74% EE). No fue posible localizar a 22% de las personas seleccionadas y 13% se negó a participar. Las características sociodemográficas de los inmigrantes eran, en general, muy diferentes a las de los nativos (cuadro I). En resumen, los inmigrantes marroquíes, ecuatorianos y EE tenían una edad media menor a la de los nativos e inmigrantes EO. La distribución por sexo fue paritaria en todos los grupos, a diferencia del marroquí, compuesto fundamentalmente por hombres (80%). Los inmigrantes, en general, pertenecían con mayor frecuencia a las clases sociales más bajas y habían alcanzado un nivel de estudios mayor que los nativos, a excepción del colectivo marroquí, que en su gran mayoría tenía un nivel de estudios bajo. Aproximadamente 80% de los entrevistados (36% para las mujeres marroquíes) tenía trabajo remunerado.

Al tener en cuenta las principales características sociodemográficas, los inmigrantes marroquíes, ecuatorianos y EE percibieron su salud como negativa con mayor frecuencia que los nativos (cuadro II). En general, las mujeres tenían peor percepción de su salud que los hombres. Los inmigrantes declararon haber padecido al menos un problema de salud con una prevalencia menor que los nativos (cuadro II). Los problemas crónicos fueron menos frecuentes entre los inmigrantes, aunque las mujeres ecuatorianas reportaron una mayor frecuencia de hipercolesterolemia y varices (cuadro III).

Los inmigrantes usaban los servicios de salud con frecuencia similar o menor que los nativos, excepto las urgencias, y consumían menos fármacos. Mientras aproximadamente 80% de los participantes había consultado al médico general durante el último año, menos de la mitad de los EE lo había hecho (cuadro IV). Los inmigrantes consultaron menos las especialidades médicas, entre las que destacaban traumatología (48% EO, 35% marroquíes y 16% ecuatorianos) y obstetricia/ginecología (19% las marroquíes y 11% ecuatorianas) (datos no presentados).

La NIAM fue mayor en los inmigrantes que en los nativos (RP:12.20 en marroquíes y 2.36 en ecuatorianos)

(cuadro IV). La figura 1 resume las principales razones aducidas por los entrevistados que declararon no haber recibido la atención médica cuando la necesitaban: en primer lugar, la imposibilidad de ausentarse del lugar de trabajo (46% marroquíes y 18% ecuatorianos), seguido de la negación de la asistencia médica (20% marroquíes y 38% ecuatorianos).

Discusión

Los presentes resultados muestran diferencias en la salud percibida, en el uso de servicios de salud y en la NIAM entre inmigrantes, no sólo por sexo sino también por origen étnico. Mientras los EO declaraban un estado de salud similar al de los nativos, los marroquíes, ecuatorianos y EE percibían su salud de peor manera que los anteriores. La heterogeneidad de la salud del colectivo inmigrante en España se ha puesto de manifiesto en estudios previos. Villarroel y colaboradores en un trabajo sobre población inmigrante basado en la ENS-2006 ya mostraron diferencias significativas en la percepción de la salud según el origen, sin embargo, la prevalencia de peor salud en la población marroquí en su estudio era muy inferior a la aquí presentada (32.6 hombres, 39.9 mujeres contra 65.7 hombres, 85.1 mujeres).³ Esta discrepancia podría reflejar diferencias en las características del colectivo marroquí en la RM y en el resto de España, al tratarse de una población de asentamiento reciente (2000-2006). En este sentido, otro estudio en España sobre inmigración reciente (posterior a 2000) presenta datos de mala percepción de la salud en marroquíes, que son comparables con los presentes resultados.¹⁶

Adicionalmente, el cuestionario utilizado en este estudio se tradujo a varios idiomas. Por el contrario, el estudio de Villarroel y colaboradores no realizó la traducción del cuestionario a la lengua materna de los inmigrantes, lo que puede haber limitado la comprensión de las preguntas e influido en la integridad de las respuestas. Además, si en aquel estudio el seleccionado presentaba dificultades con el idioma, era sustituido, lo cual supone un sesgo en la selección de los individuos. Por otro lado, también en ese estudio, se incluyó a los inmigrantes con independencia del tiempo de residencia y, por tanto, no se puede descartar la sobrerrepresentación de inmigrantes más asentados, con fluidez en el habla del español y bien integrados.

El presente estudio señala que, a similar nivel socioeconómico, percepción de la salud, morbilidad y limitación de la actividad, los inmigrantes usan más los servicios de urgencia que la población nativa. Es-

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE INMIGRANTES Y NATIVOS DEL SURESTE ESPAÑOL,
SEGÚN ORIGEN Y SEXO.* ESPAÑA, 2008

	Nativos [‡] N = 1 303		Ecuatorianos N = 519		Marroquíes N = 361		Europeos occidentales N = 125		Europeos del Este N = 145	
	n	Prevalencia [IC95%]	n	Prevalencia [IC95%]	n	Prevalencia [IC95%]	n	Prevalencia [IC95%]	n	Prevalencia [IC95%]
Sexo										
Hombres	440	50.7 [46.9-54.4]	284	55.8 [53.5-58.2]	269	78.5 [73.5-83.6]	49	40.2 [33.1-47.4]	69	40.9 [35.3-46.4]
Mujeres	863	49.3 [45.6-53.1]	235	44.2 [41.8-46.5]	92	21.5 [16.4-26.5]	76	59.8 [52.6-66.9]	76	59.1 [53.6-64.7]
Edad										
16 a 34										
Hombres	135	42.7 [36.4-49.0]	157	58.9 [55.3-62.4]	143	60.4 [56.0-64.8]	12	15.9 [1.8-29.9]	32	61.7 [47.8-75.7]
Mujeres	228	39.1 [34.1-44.1]	138	61.6 [59.7-63.4]	58	62.1 [53.8-70.5]	19	23.7 [4.1-43.3]	40	55.9 [45.6-66.2]
35 a 64										
Hombres	305	57.3 [51.0-63.6]	127	41.1 [37.6-44.7]	126	39.6 [35.2-44.0]	37	84.1 [70.1-98.2]	37	38.3 [24.3-52.2]
Mujeres	635	60.9 [55.9-65.9]	97	38.4 [36.6-40.3]	34	37.9 [29.5-46.2]	57	76.3 [56.7-95.9]	36	44.1 [33.8-54.4]
Promedio										
Hombres		38.1 [36.5-39.7]		33.2 [32.6-33.8]		33.1 [32.3-33.9]		41.3 [39.5-43.1]		32.0 [30.0-33.9]
Mujeres		39.3 [38.1-40.6]		32.6 [32.0-33.2]		30.8 [29.6-32.0]		40.5 [36.7-44.3]		33.4 [31.6-35.1]
Nivel educativo bajo										
Hombres	256	54.2 [46.9-61.5]	141	50.6 [38.7-62.6]	209	77.9 [67.2-88.7]	9	11.0 [0.3-21.8]	18	31.6 [17.4-45.8]
Mujeres	562	60.4 [55.3-65.5]	115	48.4 [38.9-58.0]	82	90.7 [82.6-98.7]	17	16.9 [2.2-31.6]	22	24.1 [15.5-32.6]
Estudios secundarios										
Hombres	106	27.2 [21.0-33.3]	121	42.6 [31.1-54.0]	38	15.4 [8.0-22.9]	26	45.3 [27.1-63.6]	41	51.0 [39.2-62.8]
Mujeres	202	27.4 [23.4-31.4]	98	40.3 [31.2-49.4]	6	4.7 [-0.2-9.5]	36	49.4 [30.9-67.9]	41	60.1 [41.3-79.0]
Estudios universitarios										
Hombres	78	18.6 [13.1-24.1]	22	6.8 [4.4-9.2]	22	6.7 [2.4-11.0]	14	43.6 [20.4-66.8]	10	17.4 [-2.1-36.9]
Mujeres	99	12.2 [8.3-16.1]	22	11.3 [4.5-18.1]	4	4.7 [-1.3-10.7]	23	33.7 [11.1-56.3]	12	15.8 [3.9-27.8]
Clase social										
I directivo ≥ 10 trabajadores										
II directivo < 10 trabajadores										
III manual calificado y autónomo										
Hombres	243	38.1 [31.3-45.0]	22	7.7 [3.3-12.1]	13	4.5 [1.3-7.7]	21	56.1 [29.7-82.5]	4	5.1 [0.2-10.1]
Mujeres	161	35.1 [29.3-40.9]	8	3.4 [2.2-4.6]	1	0.5 [-0.6-1.6]	35	62.1 [33.8-90.4]	6	8.3 [-1.2-17.9]
IV (manual calificado y semicalificado)										
Hombres	201	48.8 [42.7-54.9]	149	54.2 [48.4-60.0]	75	31.6 [25.2-38.1]	19	42.5 [16.8-68.3]	53	72.4 [50.6-94.3]
Mujeres	345	46.7 [41.1-52.2]	77	37.9 [27.8-48.0]	13	26.3 [14.0-38.6]	15	34.4 [7.2-61.6]	26	35.9 [24.7-47.1]
V (no calificado)										
Hombres	56	13.0 [8.6-17.5]	105	38.1 [32.8-43.4]	171	63.9 [57.8-70.0]	2	1.4 [-0.7-3.4]	10	22.4 [1.2-43.7]
Mujeres	147	18.2 [14.8-21.7]	132	58.7 [48.1-69.2]	34	73.2 [61.0-85.4]	1	3.5 [-3.8-10.9]	40	55.8 [37.5-74.0]
Trabajo remunerado										
Hombres	327	72.1 [66.1-78.2]	255	88.5 [81.3-95.7]	220	79.7 [74.1-85.4]	39	80.8 [64.8-96.8]	65	94.6 [89.4-99.8]
Mujeres	390	44.6 [40.6-48.7]	178	78.7 [71.9-85.6]	35	35.6 [17.8-53.3]	41	55.8 [43.8-67.8]	56	79.7 [71.5-87.9]

* La prevalencia se ha ponderado de acuerdo con el diseño muestral y la tasa de respuesta

‡ Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2006

Cuadro II
PREVALENCIA Y RAZÓN DE PREVALENCIA (RP) AJUSTADA DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD, LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y MORBILIDAD PERCIBIDA EN INMIGRANTES Y NATIVOS DEL SURESTE ESPAÑOL, SEGÚN ORIGEN Y SEXO.* ESPAÑA, 2008

	Nativos [‡]		Ecuatorianos		Marroquíes		Europeos occidentales		Europeos del este	
	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] # [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] # [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] # [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] # [IC95%]	
Autopercepción negativa de la salud ^{&}										
Hombres	25.5 [20.7-30.4]	34.4 [30.4-38.4]	1.71 [1.30-2.24]	65.7 [51.8-79.7]	2.79 [1.98-3.92]	13.8 [0.2-27.4]	0.72 [0.28-1.83]	26.9 [17.8-36.0]	1.70 [1.18-2.44]	
Mujeres	38.1 [33.7-42.4]	49.5 [42.5-56.5]	1.25 [0.97-1.60]	85.1 [75.7-94.6]	1.91 [1.52-2.40]	22.6 [11.6-33.5]	1.04 [0.60-1.82]	43.4 [29.6-57.2]	1.13 [0.77-1.67]	
Total	31.7 [28.6-34.9]	41.0 [37.7-44.3]	1.51 [1.28-1.79]	69.9 [57.7-82.0]	2.45 [1.91-3.15]	19.0 [14.3-23.8]	0.93 [0.65-1.34]	36.7 [26.6-46.7]	1.44 [1.08-1.93]	
Limitación de la actividad										
Hombres	13.0 [9.1-17.0]	9.4 [6.5-12.4]	0.59 [0.35-0.99]	13.1 [5.6-20.5]	0.70 [0.33-1.47]	14.1 [0.1-28.1]	1.66 [0.63-4.39]	3.1 [-0.9-7.1]	0.26 [0.06-1.06]	
Mujeres	18.6 [15.1-22.2]	20.6 [11.0-30.3]	1.20 [0.65-2.23]	6.3 [0.2-12.4]	0.50 [0.17-1.48]	18.2 [5.4-31.1]	1.28 [0.59-2.78]	4.5 [0.4-8.7]	0.28 [0.11-0.75]	
Total	15.8 [12.9-18.7]	14.4 [9.5-19.2]	0.85 [0.53-1.37]	11.6 [5.6-17.6]	0.80 [0.44-1.49]	16.6 [7.6-25.6]	1.46 [0.79-2.69]	3.9 [1.6-6.3]	0.26 [0.13-0.51]	
Morbilidad percibida										
Hombres	53.1 [46.9-59.3]	46.9 [41.3-52.4]	1.01 [0.83-1.24]	29.5 [21.7-37.3]	0.65 [0.46-0.92]	39.8 [13.4-66.3]	0.68 [0.31-1.52]	19.0 [7.7-30.4]	0.40 [0.19-0.84]	
Mujeres	68.1 [62.9-73.3]	68.5 [61.0-75.9]	1.05 [0.91-1.23]	29.8 [22.1-37.6]	0.38 [0.24-0.59]	53.2 [34.7-71.7]	0.95 [0.64-1.42]	30.2 [17.4-43.0]	0.48 [0.31-0.74]	
Total	60.5 [55.9-65.1]	56.4 [51.1-61.6]	1.06 [0.92-1.21]	29.6 [23.6-35.6]	0.59 [0.44-0.79]	47.9 [29.8-65.9]	0.85 [0.55-1.30]	25.6 [15.7-35.6]	0.47 [0.31-0.71]	

* La prevalencia y la razón de prevalencia (RP) se han ponderado de acuerdo con el diseño muestral y la tasa de respuesta

[‡] Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2006

[§] Razón de prevalencia ajustada por grupos de edad, nivel de educativo, trabajo remunerado y clase social; en el caso de las estimaciones para ambos sexos el ajuste se hizo también por sexo

[#] La categoría de referencia es la población nativa

[&] Regular / Malo / Muy malo

Cuadro III
PREVALENCIA Y RAZÓN DE PREVALENCIA (RP) AJUSTADA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN INMIGRANTES Y NATIVOS DEL SURESTE ESPAÑOL, SEGÚN ORIGEN Y SEXO.* ESPAÑA, 2008

	Nativos [‡]			Ecuatorianos			Marroquíes			Europeos occidentales			Europeos del este		
	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	RP [§] [IC95%]
Dolor espalda crónico (cervical)															
Hombres	14.9 [10.7-19.2]	7.4 [3.2-11.5]	0.53 [0.26-1.06]	5.8 [2.5-9.0]	0.41 [0.19-0.89]		5.5 [-1.4-12.5]	0.37 [0.08-1.65]		4.4 [0.3-8.5]	0.24 [0.07-0.88]				
Mujeres	30.1 [25.4-34.9]	15.4 [10.1-20.6]	0.51 [0.35-0.74]	7.6 [2.3-12.9]	0.11 [0.03-0.34]		15.0 [1.7-28.2]	0.8 [0.3-2.1]		7.4 [-0.3-15.0]	0.27 [0.09-0.79]				
Total	22.4 [18.7-26.1]	10.9 [7.3-14.5]	0.52 [0.36-0.77]	6.1 [4.1-8.2]	0.32 [0.17-0.61]		11.2 [3.9-18.4]	0.67 [0.33-1.38]		6.2 [2.7-9.6]	0.26 [0.13-0.53]				
Dolor espalda crónico (lumbar)															
Hombres	21.1 [15.9-26.3]	18.0 [11.7-24.2]	1.06 [0.67-1.68]	15.9 [7.9-23.8]	0.99 [0.53-1.84]		5.3 [-0.7-11.4]	0.23 [0.06-0.85]		10.8 [-0.3-21.9]	0.65 [0.19-2.29]				
Mujeres	29.8 [24.8-34.9]	23.4 [16.3-30.6]	0.82 [0.57-1.19]	4.7 [-0.1-9.4]	0.08 [0.03-0.27]		19.9 [4.2-35.7]	1.03 [0.47-2.27]		3.9 [-1.9-9.8]	0.14 [0.03-0.62]				
Total	25.4 [21.1-29.6]	20.4 [15.7-25.0]	0.95 [0.7-1.3]	13.5 [7.1-19.8]	0.78 [0.46-1.32]		14.1 [5.1-23.2]	0.71 [0.38-1.34]		6.7 [2.0-11.4]	0.3 [0.15-0.61]				
Dolor de cabeza frecuente															
Hombres	7.7 [4.7-10.7]	10.2 [6.7-13.7]	1.58 [0.86-2.9]	3.2 [1.0-5.4]	0.51 [0.23-1.13]		3.2 [-1.4-7.9]	0.4 [0.1-1.65]		0.8 [-0.2-1.7]	0.13 [0.04-0.45]				
Mujeres	18.3 [14.7-22.0]	26.3 [19.7-32.9]	1.02 [0.7-1.49]	12.9 [7.1-18.6]	0.48 [0.24-0.95]		13.2 [1.1-25.3]	0.8 [0.21-3.12]		9.5 [2.4-16.7]	0.42 [0.18-1]				
Total	12.9 [10.2-15.7]	17.3 [13.0-21.5]	1.22 [0.87-1.73]	5.3 [3.3-7.3]	0.43 [0.23-0.81]		9.2 [2.2-16.2]	0.7 [0.22-2.19]		5.9 [1.3-10.6]	0.42 [0.19-0.91]				
Depresión, ansiedad															
Hombres	9.4 [5.7-13.1]	9.2 [5.2-13.1]	1.65 [0.84-3.27]	1.0 [-0.4-2.5]	0.16 [0.04-0.69]		18.2 [-12.5-48.9]	2.01 [0.35-11.75]		0.1 [-0.1-0.3]	0.02 [0-0.16]				
Mujeres	19.7 [16.0-23.4]	15.4 [7.8-22.9]	0.8 [0.44-1.43]	3.3 [-0.8-7.5]	0.15 [0.04-0.56]		13.4 [0.3-26.6]	0.92 [0.32-2.64]		3.4 [0.2-6.5]	0.19 [0.07-0.53]				
Total	14.5 [11.7-17.3]	11.9 [8.6-15.2]	1.09 [0.73-1.63]	1.5 [0.6-2.4]	0.14 [0.05-0.37]		15.4 [-3.0-33.7]	1.25 [0.36-4.36]		2.0 [0.2-3.9]	0.19 [0.07-0.51]				
Alergia crónica															
Hombres	10.6 [7.5-13.7]	9.9 [6.1-13.8]	0.98 [0.55-1.75]	6.6 [4.4-8.8]	0.85 [0.48-1.51]		0.4 [-0.4-1.1]	0.03 [0-0.27]		1.4 [-0.2-3.0]	0.11 [0.03-0.38]				
Mujeres	15.9 [12.1-19.7]	9.7 [4.1-15.2]	0.63 [0.33-1.21]	9.0 [1.3-16.7]	0.08 [0.01-0.73]		6.1 [-2.7-14.9]	0.35 [0.08-1.46]		4.1 [-2.5-10.6]	0.29 [0.05-1.55]				
Total	13.2 [10.8-15.7]	9.8 [6.1-13.5]	0.83 [0.52-1.31]	7.1 [5.3-8.9]	0.67 [0.4-1.12]		3.8 [-1.4-9.0]	0.24 [0.06-0.98]		3.0 [-0.8-6.8]	0.23 [0.06-0.85]				
Colesterol alto															
Hombres	14.6 [10.8-18.3]	10.2 [6.4-14.1]	1.07 [0.62-1.85]	1.0 [0.2-1.8]	0.1 [0.04-0.26]		5.2 [-0.5-10.9]	0.32 [0.08-1.23]		1.6 [-0.2-3.4]	0.18 [0.05-0.62]				
Mujeres	9.8 [7.8-11.9]	8.7 [6.2-11.1]	1.62 [1.01-2.6]	0.7 [-0.6-1.9]	0.2 [0.03-1.5]		13.6 [-0.1-27.3]	2.19 [0.93-5.17]		5.0 [-0.4-10.4]	0.99 [0.3-3.23]				
Total	12.3 [10.2-14.4]	9.5 [7.2-11.9]	1.26 [0.86-1.84]	0.9 [0.2-1.7]	0.1 [0.04-0.25]		10.2 [2.0-18.5]	1.01 [0.42-2.4]		3.6 [0.5-6.7]	0.57 [0.25-1.33]				

Continuación Cuadro III

Diabetes									
Hombres	5.7 [3.2-8.1]	1.2 [-0.3-2.8]	0.32 [0.08-1.37]	1.0 [-0.4-2.3]	0.24[0.05-1.22]	&	&	&	&
Mujeres	3.1 [2.0-4.2]	0.8 [-0.4-2.0]	0.24 [0.02-2.53]	0.6 [-0.5-1.6]	&	&	&	1.2 [-1.2-3.6]	&
Total	4.4 [3.1-5.8]	1.1 [0.0-2.1]	0.3 [0.08-1.1]	0.9 [-0.4-2.1]	0.2[0.04-0.88]	&	&	0.7 [-0.7-2.1]	
Tensión alta									
Hombres	14.8 [10.2-19.3]	4.3 [2.6-6.1]	0.42 [0.25-0.71]	3.5 [2.3-4.7]	0.36 [0.21-0.61]	2.8 [-0.8-6.4]	0.06 [0.01-0.4]	1.3 [-1.0-3.6]	0.16 [0.03-0.84]
Mujeres	14.8 [12.0-17.7]	6.2 [2.4-10.0]	0.57 [0.27-1.22]	2.2 [0.0-4.3]	0.26 [0.08-0.84]	2.6 [-0.8-5.9]	0.31 [0.07-1.51]	9.2 [2.4-15.9]	0.95 [0.42-2.16]
Total	14.8 [12.2-17.4]	5.2 [3.1-7.3]	0.49 [0.3-0.79]	3.2 [2.0-4.4]	0.29 [0.18-0.48]	2.6 [-0.1-5.4]	0.17 [0.05-0.59]	6.0 [1.2-10.7]	0.72 [0.31-1.63]
Várices en las piernas									
Hombres	5.8 [3.2-8.4]	3.8 [0.8-6.9]	0.8 [0.27-2.36]	0.7 [-0.2-1.5]	0.16 [0.03-0.75]	2.6 [-2.5-7.6]	0.34 [0.03-3.53]	2.7 [-2.4-7.9]	0.53 [0.05-5.4]
Mujeres	21.9 [17.7-26.0]	34.5 [29.4-39.5]	1.73 [1.18-2.54]	3.6 [-1.1-8.3]	0.16 [0.03-0.82]	14.7 [5.4-23.9]	1.11 [0.5-2.45]	4.2 [0.4-8.0]	0.22 [0.08-0.57]
Total	13.7 [11.1-16.4]	17.4 [13.6-21.1]	1.56 [1.06-2.31]	1.3 [0.5-2.1]	0.14 [0.05-0.36]	9.8 [3.8-15.7]	0.92 [0.45-1.87]	3.6 [0.3-6.9]	0.28 [0.1-0.77]
Artrosis, artritis, reumatismo									
Hombres	12.7 [8.9-16.5]	3.8 [1.2-6.4]	0.43 [0.19-0.97]	3.7 [1.8-5.5]	0.4 [0.2-0.81]	5.0 [-2.8-12.8]	0.39 [0.06-2.36]	0.9 [-0.9-2.7]	0.12[0.01-0.99]
Mujeres	18.6 [15.8-21.4]	9.1 [4.4-13.9]	0.76 [0.42-1.4]	1.3 [-0.5-3.2]	0.13 [0.03-0.64]	1.8 [-0.9-4.4]	0.14 [0.03-0.72]	5.5 [2.1-9.0]	0.49[0.25-0.97]
Total	15.6 [13.1-18.1]	6.1 [2.7-9.5]	0.62 [0.34-1.13]	3.2 [1.4-4.9]	0.31 [0.16-0.61]	3.1 [-0.4-6.6]	0.26 [0.07-1.02]	3.6 [1.5-5.7]	0.41[0.22-0.76]

* La prevalencia y la razón de prevalencia (RP) se han ponderado de acuerdo con el diseño muestral y la tasa de respuesta

‡ Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2006

§ Razón de prevalencia ajustada por grupos de edad, nivel de educativo, trabajo remunerado y clase social; en el caso de las estimaciones para ambos sexos el ajuste se hizo también por sexo

La categoría de referencia es la población nativa

& Tamaño de muestra insuficiente

Cuadro IV

PREVALENCIA Y RAZÓN DE PREVALENCIA (RP) AJUSTADA DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y LA NECESIDAD INSATISFECHA DE ASISTENCIA MÉDICA EN INMIGRANTES Y NATIVOS DEL SURESTE ESPAÑOL, SEGÚN ORIGEN Y SEXO.* ESPAÑA, 2008

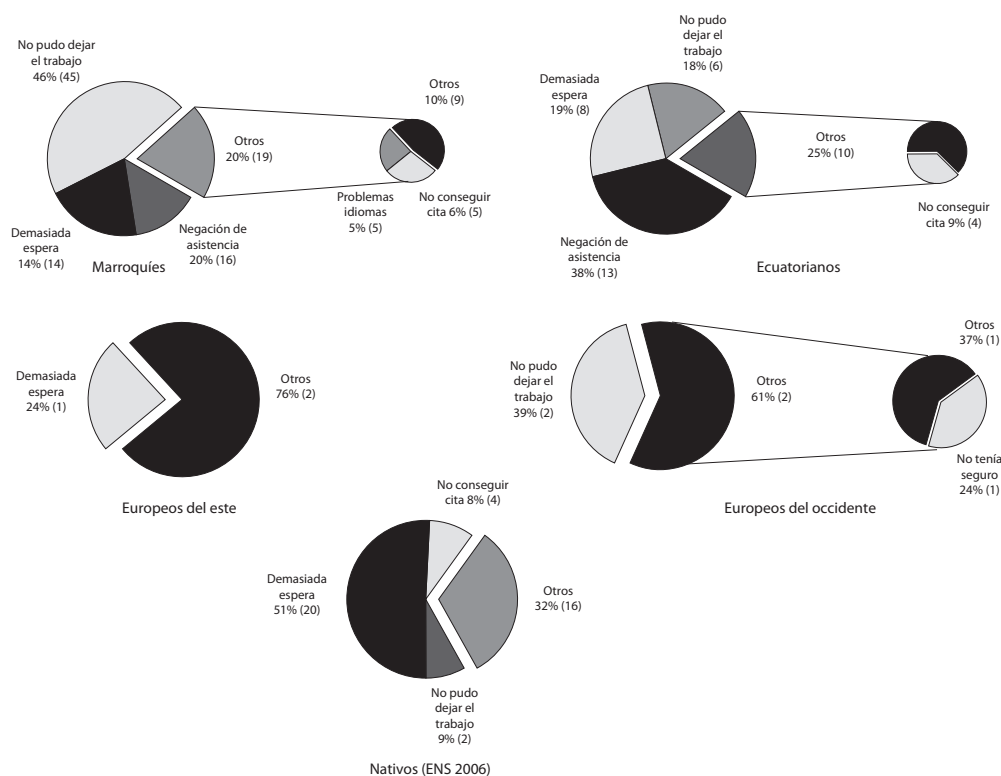
	Nativos [‡] Prevalencia [IC95%]	Ecuatorianos		Marroquíes		Europeos occidentales		Europeos del este		
		Prevalencia [IC95%]	Razón prevalencia ^{§#} [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Razón prevalencia ^{§#} [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Razón prevalencia ^{§#} [IC95%]	Prevalencia [IC95%]	Razón prevalencia ^{§#} [IC95%]	
Consulta al médico										
Hombres	77.2 [72.6-81,7]	81,5 [76,7-86,3]	1,04[0,93-1,16]	82,1 [77,3-86,8]	1,01[0,88-1,15]	70,0[38,6-101,4]	0,93[0,56-1,56]	41,8 [29,5-54,1]	0,55[0,41-0,73]	
Mujeres	86.5 [83.3-89,7]	91,7 [85,5-97,9]	1,04[0,95-1,14]	91,7 [88,7-94,7]	1,10[0,97-1,25]	84,8 [70,9-98,7]	1,05[0,96-1,14]	50,9 [36,1-65,7]	0,62[0,48-0,81]	
Total	81.8 [79.0-84,5]	86,0 [82,2-90,0]	1,04[0,97-1,12]	84,1 [80,2-88,0]	1,04[0,94-1,15]	78,9 [67,6-90,2]	0,99[0,80-1,23]	47,1 [38,0-56,2]	0,60[0,50-0,72]	
Uso de urgencias										
Hombres	31.2 [25.8-36,5]	40,3 [32,6-47,9]	1,23[0,91-1,66]	58,4 [48,6-68,2]	1,47[1,03-2,09]	29,7 [13,5-45,8]	1,05[0,58-1,89]	20,2 [14,5-25,9]	0,67[0,40-1,10]	
Mujeres	31.7 [27.5-35,9]	49,8 [14,3-58,2]	1,32[0,94-1,85]	70,3 [60,7-79,9]	1,76[1,22-2,55]	36,6 [23,9-49,3]	1,56[1,10-2,21]	19,1 [10,7-27,6]	0,66[0,40-1,07]	
Total	31.4 [28.0-34,9]	44,5 [37,9-51,1]	1,28[1,01-1,63]	60,9 [53,3-68,6]	1,52[1,17-1,97]	33,8 [23,1-44,5]	1,33[0,90-1,95]	19,6 [12,9-26,2]	0,65[0,43-0,98]	
Hospitalización										
Hombres	7.6 [4.4-10,8]	4,6 [3,0-6,2]	0,48[0,20-1,14]	7,3 [4,8-9,7]	0,54[0,18-1,55]	9,0 [-2,6-20,6]	1,97[0,53-7,33]	6,2 [-2,7-15,0]	1,44[0,29-7,20]	
Mujeres	11.4 [8.9-13,8]	9,9 [6,9-12,9]	0,87[0,53-1,41]	22,5 [14,9-30,1]	0,68[0,26-1,77]	13,1 [3,8-22,4]	1,21[0,54-2,69]	8,0 [1,3-14,7]	0,45[0,18-1,11]	
Total	9.5 [7.6-11,3]	6,9 [5,3-8,6]	0,69[0,42-1,14]	10,5 [7,5-13,5]	0,61[0,29-1,27]	11,4 [4,0-18,9]	1,46[0,68-3,15]	7,2 [1,1-13,3]	0,68[0,23-2,01]	
Necesidad de asistencia médica insatisfech										
Hombres	1.8 [0.3-3,3]	5,0 [3,2-6,9]	2,67[0,92-7,74]	30,7[16,9- 44,5]	14,32[5,16-39,74]	*	*	0,4 [-0,4-1,3]	0,32[0,03-2,95]	
Mujeres	3.8 [1.6-6,1]	9,2 [5,4-12,9]	1,84[0,72-4,72]	7,4 [-3,1-17,9]	4,72[1,21-18,51]	5,6 [-0,3-11,6]	0,82[0,12-5,67]	3,0 [-1,0-7,0]	0,97[0,18-5,21]	
Total	2.8 [1.4-4,2]	6,8 [4,8-8,8]	2,36[1,28-4,35]	25,7 [13,5-37,8]	12,20[5,25-28,37]	3,4 [-0,3-7,0]	0,72[0,13-3,90]	2,0 [-0,4-4,3]	0,88[0,25-3,07]	
Uso de medicamentos en las últimas dos semanas										
Hombres	52.3 [46.0-58,6]	36,4 [31,4-41,4]	0,68[0,56-0,84]	35,5 [22,6-48,5]	0,68[0,45-1,04]	50,9 [29,0-72,9]	0,96[0,61-1,52]	28,5 [10,8-46,3]	0,57[0,24-1,36]	
Mujeres	68.6 [63.6-73,5]	56,8 [49,6-64,0]	0,80[0,69-0,93]	59,8 [40,1-79,4]	0,98[0,64-1,51]	64,1 [53,0-75,2]	1,11[0,87-1,43]	55,5 [34,4-76,5]	1,04[0,73-1,48]	
Total	60.3 [56.0-64,7]	45,4 [42,0-48,9]	0,74[0,65-0,84]	40,7 [29,2-52,2]	0,74[0,52-1,07]	58,8 [47,5-70,1]	1,04[0,87-1,25]	44,5 [36,2-52,8]	0,89[0,74-1,08]	
Dentista el último año										
Hombres	38.1 [32.1-44,1]	26,4 [20,2-32,6]	0,62[0,43-0,88]	28,0 [18,6-37,3]	0,76[0,52-1,13]	32,9 [12,1-53,8]	0,77[0,38-1,57]	18,9 [4,4-33,3]	0,39[0,18-0,88]	
Mujeres	43.2 [38.3-48,1]	37,4 [29,0-45,7]	0,94[0,71-1,25]	28,4 [16,9-39,9]	1,04[0,66-1,62]	46,4 [25,6-67,2]	1,27[0,83-1,95]	26,5 [15,3-37,6]	0,77[0,48-1,22]	
Total	40.6 [36.4-44,8]	31,2 [25,3-37,1]	0,77[0,59-0,99]	28,1 [19,5-36,7]	0,86[0,61-1,20]	41,1 [25,9-56,2]	1,04[0,72-1,51]	23,4 [14,7-32,1]	0,57[0,37-0,89]	

* La prevalencia y la razón de prevalencia (RP) se han ponderado de acuerdo con el diseño muestral y la tasa de respuesta

[‡] Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2006

[§] Razón de prevalencia ajustada por grupos de edad, nivel de educativo, trabajo remunerado, clase social, percepción negativa de la salud, limitación de la actividad y morbilidad percibida; en el caso de las estimaciones para ambos sexos el ajuste se hizo también por sexo

[#] La categoría de referencia es la población nativa



Los porcentajes están calculados sobre el total de personas que declararon necesidad insatisfecha de asistencia médica. El número de observaciones se presenta entre paréntesis.

FIGURA I. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES RAZONES DECLARADAS POR INMIGRANTES Y NATIVOS DEL SURESTE ESPAÑOL DE LA NECESIDAD INSATISFECHA DE ASISTENCIA MÉDICA, SEGÚN ORIGEN. ESPAÑA, 2008

tas diferencias en el uso de servicios sanitarios entre la población inmigrante y autóctona se han puesto de manifiesto en España,^{4,7} así como en otros países europeos con sistemas públicos de salud universal.¹⁷

Hasta donde se conoce, ésta es la primera investigación en España que proporciona estimaciones de prevalencia y los motivos de la NIAM en población inmigrante de distintos orígenes. El sistema sanitario español reconoció, desde el año 2000, el derecho de todos los inmigrantes a la asistencia sanitaria (LO 4/2000). Pero, incluso en este contexto de cobertura universal, los inmigrantes entrevistados se veían afectados por trabas de orden lingüístico o cultural y barreras laborales que limitaban su acceso al sistema sanitario, por lo que algunos podían no llegar a recibir la asistencia médica necesaria. Cabe suponer que esta situación se verá agravada en el futuro como consecuencia de las nuevas restricciones a la asistencia médica en inmigrantes, dictadas con posterioridad a la recesión económica iniciada en 2008 en España

(RD-L 16/2012). En concreto, los inmigrantes en situación irregular han perdido su derecho a la asistencia sanitaria, excepto para urgencias por enfermedad grave o accidente, y la atención en el embarazo. Cabe destacar que la NIAM en el presente estudio fue mayor en los inmigrantes (marroquíes y ecuatorianos) que en los nativos y que la dificultad para ausentarse del trabajo fue el motivo más frecuente. Un reciente estudio cualitativo con población ecuatoriana de Barcelona también identificó las limitaciones del horario laboral como uno de los principales obstáculos de los inmigrantes para acceder a los servicios sanitarios.¹⁸ Es posible que la imposibilidad de acceder a los servicios regulares de atención primaria debido a largas jornadas laborales justifique el elevado uso de los servicios de urgencia por parte de algunos inmigrantes, como se muestra en el presente estudio y en algunos previos.^{4,7}

A pesar de la mala percepción de la salud, los inmigrantes manifestaron menor morbilidad que los

nativos, aunque las mujeres ecuatorianas declararon mayor frecuencia de hipercolesterolemia y várices. El hallazgo de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre los nativos concuerda con la evidencia previa.²

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones como la tasa de respuesta relativamente baja en los marroquíes, que es, sin embargo, mejor que la registrada en estudios similares en otros países europeos.¹⁹ En general, la tasa de respuesta ha sido muy positiva y en línea con la obtenida en otros estudios en población latinoamericana.²⁰ Además, la ponderación inversa a la tasa de respuesta efectuada contrarresta parcialmente su efecto. Pese a todo, el escaso tamaño muestral constituye una limitación importante de esta investigación que condiciona la potencia estadística (i.e., la capacidad de detectar diferencias significativas en variables relevantes) y la precisión de las estimaciones de prevalencia en aquellos grupos con menor número de efectivos (inmigrantes europeos). Finalmente, el cuestionario se tradujo a la lengua materna de los participantes que no hablaban español y vuelto a traducir al castellano para comprobar la fidelidad de las versiones y corregir posibles inconsistencias. No obstante, no se efectuó una validación formal de los cuestionarios traducidos, y no se puede descartar que los matices del idioma entre las versiones puedan haber tenido alguna influencia en las estimaciones del estudio.

La mayor fortaleza de la presente investigación radica en su base poblacional, y en ser una muestra amplia y representativa de la población inmigrante de varios orígenes. La muestra ha incluido inmigrantes en situación irregular, y el análisis ha tenido en cuenta origen y sexo, lo que permite evaluar la diversidad que existe entre la población inmigrante en función de su procedencia y género, aspectos que son olvidados en muchos trabajos. Además, el estudio proporciona información sobre utilización de servicios dentales y fármacos, no habitual en otros trabajos.

Este estudio se realizó antes de la irrupción de la crisis económica en España durante un ciclo de expansión económica que atrajo una gran cantidad de inmigrantes (12% de la población total en 2006). Pese a la percepción infundada de que la población extranjera en España ha disminuido desde el comienzo de la crisis financiera global en 2008, el porcentaje de personas nacidas en el extranjero que residen en la RM se encuentra estabilizado en 16% para el periodo 2009-2013.¹³ Esta dinámica difiere por grupos, con un crecimiento mantenido de población marroquí y europea en detrimento de la inmigración latinoamericana.

La recesión económica, con sus graves consecuencias para el entorno laboral y en la prestación de servicios de salud, convierte a la población inmigrante en un grupo vulnerable frente a la salud. El mayor desempleo en inmigrantes²¹ y los nuevos recortes al sistema de salud empeorarán previsiblemente el estado de salud de esta población.²²

En conclusión, la población inmigrante estudiada declaró, por lo general, un peor estado de salud, hacer menor uso de servicios sanitarios (excepto las urgencias) y no haber visto satisfechas sus necesidades de asistencia médica con mayor frecuencia que la población nativa. No obstante, los resultados ponen de manifiesto la existencia de heterogeneidad según nacionalidad y sexo. Por un lado, estos hallazgos enfatizan la importancia de desagregar el estudio de la población inmigrante por origen y sexo; por otra parte, este estudio proporciona información necesaria para la planificación y adecuación de la asistencia sanitaria y de salud pública, que tenga en cuenta las necesidades particulares de cada colectivo. Asimismo, es un referente precrisis para evaluar el impacto futuro en la salud de la población. El mayor uso de los servicios de urgencia en la población inmigrante plantea la necesidad de adaptar su prestación en las zonas de mayor afluencia de este colectivo, un aspecto que debería ser considerado entre las políticas de integración.

Agradecimientos

Este trabajo recibió el apoyo de la Consejería de Sanidad y Política Social de la RM, (BORM 08/11/2004), del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS ref. PI 052741) y del CIBERESP de Epidemiología y Salud Pública (Acción Específica n°.PD08-004). Los autores agradecen a las personas e instituciones que hicieron posible este estudio; a Gemma Vilagut por sus útiles comentarios en los métodos estadísticos de encuestas y a Fernando Navarro-Mateu por sus acertadas sugerencias.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Kobayashi KM, Prus SG. Examining the gender, ethnicity, and age dimensions of the healthy immigrant effect: factors in the development of equitable health policy. *Int J Equity Health* 2012;11:8.

2. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, De Miguel AG. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health* 2009;9:201.
3. Villarroya N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place* 2012;18:1282-1291.
4. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med* 2009;69:370-378.
5. Argeseanu CS, Ruben JD, Narayan KM. Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health Place* 2008;14:623-635.
6. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11:652.
7. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz-Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en España. *Gac Sanit* 2009;23 Suppl 1:4-11.
8. Muñoz-de BR, Antón Pérez JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud Publica Mex* 2010;52:357-363.
9. Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millán JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *J Immigr Minor Health* 2013;15:584-590.
10. López NA, Ramos-Parreño JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit* 2009;23 Suppl 1:12-18.
11. Consejería de Economía y Hacienda. Evolución de la población según nacionalidad [documento en internet]. Murcia: Centro Regional de Estadística de Murcia, 2014 [consultado el 12 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU.padron/series/sec7.html>.
12. Colorado-Yohar S, Tormo MJ, Salmeron D, Dios S, Ballesta M, Navarro C. Violence reported by the immigrant population is high as compared with the native population in southeast Spain. *J Interpers Violence* 2012;27:3322-3340.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006 [documento en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2008 [consultado el 12 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/ENS_06_Adultos_definitivo.pdf.
14. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. Clasificación social de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores. Sociedad Española de Epidemiología, 1995.
15. Schenker N, Gentleman JF, Rose D, Hing E, Shimizu IM. Combining estimates from complementary surveys: a case study using prevalence estimates from national health surveys of households and nursing homes. *Public Health Rep* 2002;117:393-407.
16. Rodríguez ÁE, Lanborena EN, Pereda RC, Rodríguez RA. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, España. *Rev Esp Salud Publica* 2008;82:209-220.
17. Baglio G, Saunders C, Spinelli A, Osborn J. Utilisation of hospital services in Italy: a comparative analysis of immigrant and Italian citizens. *J Immigr Minor Health* 2010;12:598-609.
18. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health* 2010;55:381-390.
19. Fassaert T, Hesselink AE, Verhoeff AP. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health* 2009;9:332.
20. Llácer A, del Amo J, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, García-Pino R, Jarrin I et al. Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:766-772.
21. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa [documento en Internet]. Madrid: 2014 [consultado el 12 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=EPA&idtab=866>.
22. Agudelo-Suárez A, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *Int J Public Health* 2013;58:627-631.