

ORIGINAL

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, 2005 (*)

Elena Rodríguez Álvarez (1), Nerea Lanborena Elordui (1), Celina Pereda Riguera (2) y Alba Rodríguez Rodríguez (1)

(1) Departamento de Enfermería I. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea UPV/EHU.

(2) Médicos del Mundo/Munduko-Medikuaik.

RESUMEN

Fundamento. La progresiva incorporación de población extranjera en nuestro país requiere de conocimientos sobre el impacto de estos grupos en el sistema sanitario. El objetivo de este trabajo es identificar los factores asociados a la utilización de los servicios públicos de salud en los grupos de población inmigrante del País Vasco.

Métodos. Estudio descriptivo transversal con una muestra de conveniencia formada por 689 personas: 219 magrebíes (31,8%), 152 subsaharianas (22,1%), 167 latinoamericanas (24,2%) y 151 europeas no comunitarias (21,9%). La herramienta utilizada fue la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV'2002). El análisis multivariante se realizó utilizando regresión logística dicotómica (soporte SPSS 14).

Resultados. La mayor utilización de los servicios sanitarios se asoció al hecho de ser mujer (OR=3,37, IC=1,77-6,43), magrebí (OR=3,35, IC=1,51-7,45) y tener una mala autovaloración de la salud (OR=2,22, IC=1,00-4,90). La mayor utilización de la urgencia hospitalaria durante los dos primeros años de estancia se encontró en personas subsaharianas (OR=4,12, IC=1,23-13,81) y europeas no comunitarias (OR=3,56, IC=1,08-11,80).

Conclusiones. Los resultados de este estudio permiten identificar las diferencias en la utilización de los servicios públicos de salud en los grupos de inmigrantes de la CAPV en función del sexo, autovaloración de la salud, grupo inmigrante de pertenencia y tiempo de estancia en el país de acogida.

Palabras clave: Inmigrantes. País Vasco. Investigación en Servicios Sanitarios. Nivel de salud. Estilos de vida. Encuesta de Salud.

Correspondencia:
Elena Rodríguez Álvarez
Departamento de Enfermería I
Universidad del País Vasco
C/ Sarriena, s/n
Leioa. 48940 Bizkaia
Correo electrónico: elena.rodriguez@ehu.es

ABSTRACT

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

Background. The progressive incorporation of foreign population in our country requires the knowledge of the impact of these groups in our health system. The aim of this work is to identify the factors associated to the utilisation of the public health services of immigrant groups in the Basque Country.

Methods: Descriptive cross-study with a convenience sample of 689 persons, consisting of 219 Maghribians (31.8%), 152 Sub-Saharanians (22.1%), 167 Latino(a)s (24.2%) and 151 non-Communitarian Europeans (21.9%). Data base have been completed with data collected using the 2002 Regional Basque Health Interview Survey (ESCAV'2002). The multivariate analysis was performed by using the dicotomic logistic regression (software SPSS 13).

Results: The utilisation of the health services by the immigrants was associated to the fact of be a woman (OR=3,37, IC=1,77-6,43), Maghribian (OR=3,35, IC=1,51-7,45) and to have a bad self-rated health (OR=2,22, IC=1,00-4,90). A major utilisation of the hospital urgency during the first two years of stage was found in Sub-Saharanian (OR=4,12, IC=1,23-13,81) and non-Communitarian European (OR=3,56, IC=1,08-11,80) immigrants.

Conclusions. Results from this study allows to identify differences in the utilisation of public health services by immigrants in the CAPV, taking into account the sex, self-rated health, immigrant group and time of residence in the host country.

Key word: Immigrants. Basque Country. Health services research. Life-style. Health Surveys. Health status.

(*) Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación, Universidad-Empresa UE03/B05.

INTRODUCCIÓN

El estudio sobre las desigualdades en salud ha sido objeto en los últimos años de una gran producción científica en nuestro país, aunque todavía son escasos los trabajos cuyo objeto de estudio sean las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante¹⁻⁵, dada la escasa representatividad de esta población en los estudios de salud por encuesta. En el ámbito internacional países con larga tradición y experiencia en temas de inmigración, como son Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Países Bajos y Suiza utilizan desde principios de los noventa encuestas poblacionales periódicas para obtener perfiles epidemiológicos de las comunidades de origen inmigrante, encontrando más barreras en el acceso a los servicios de salud que en las poblaciones autóctonas⁶⁻¹². A pesar de las evidencias descritas, existen en los países referidos diferencias sustanciales en cuanto al modelo de sistema sanitario y a los flujos y políticas migratorias. En Canadá, por ejemplo, las políticas migratorias favorecen la llegada de inmigrantes cualificados, en su mayoría asiáticos, lo que condiciona su nivel de salud. En los Países Bajos, por el contrario, la población inmigrante mayoritaria es turca y magrebí y en EEUU latinoamericana y asiática. Finalmente los diferentes modelos sanitarios en los países considerados, condicionan tanto el acceso como la utilización de los servicios de salud, especialmente en el caso de los inmigrantes en situación administrativa irregular.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) el fenómeno migratorio tiene unas características diferenciales que requieren ser consideradas a la hora de abordar estudios sobre la utilización de los servicios públicos de salud. La proporción de extranjería es todavía menor que en otras comunidades, en 2007, según datos ofrecidos por el Observatorio Vasco

de Inmigración (OVI)¹³, la cifra de población extranjera empadronada ascendía a 98.108 personas, lo que suponía un 4,6% del total de la población, con un incremento del 48% desde el año 2004. El grupo de población más numeroso es el latinoamericano (49%), seguido del africano (17%) europeo no comunitario (11%), y asiático (5%). La distribución por sexos varía según el origen, así la inmigración africana presenta un claro predominio masculino con porcentajes superiores al 70%, llegando al 90% para los nacidos en Senegal, Ghana y Mali. Por el contrario, la inmigración procedente de Latinoamérica presenta un patrón femenino y en el resto de los orígenes la proporción es equilibrada.

El sistema sanitario público de nuestro país esta caracterizado por la extensión de sus prestaciones a toda la población con el objetivo de asegurar la igualdad en la accesibilidad y en la utilización de los servicios sanitarios en función de la necesidad de asistencia¹⁴. En este contexto, y con la información recogida a través de la primera encuesta de salud a la población inmigrante, el presente estudio tiene como objetivo conocer la utilización que los inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario hacen de los servicios sanitarios, así como identificar las variables que explican mejor dicha utilización.

SUJETOS Y MÉTODOS

El conocimiento sobre la utilización de los servicios públicos de salud en los inmigrantes de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y europeo no comunitario de la CAPV se realizó a través de la Encuesta de Salud¹⁵ aplicada a la población autóctona en 2002 y cedida por el Departamento de Sanidad para su aplicación a la población inmigrante en el 2004-05. La elección del muestreo de conve-

nencia vino determinada por la ausencia de listados de población inmigrada en el momento de la realización de la encuesta, así como por la desconfianza a la hora de proporcionar datos sobre sí mismos, acentuada en muchos casos por una situación administrativa no regularizada, especialmente en el caso de las personas africanas. El muestreo de conveniencia se complementó con el de "bola de nieve" intentando reflejar en la muestra la distribución según sexo, edad, tiempo de estancia y país de origen en cada uno de los grupos de población inmigrante, de acuerdo con los datos disponibles¹³.

Se determinó un tamaño muestral mínimo de 150 individuos por grupo inmigrante, lo que supuso una muestra total de 689 inmigrantes pertenecientes a 30 países, de los cuales 219 fueron magrebíes (31,8%), 152 subsaharianos (22,1%), 167 latinoamericanos (24,2%) y 151 de Europa del Este (21,9%). No se obtuvo una tasa de respuesta suficiente en el caso de la población de origen asiático. Como criterios de inclusión se consideraron el ser mayor de 15 años y pertenecer a alguno de los países incluidos en los colectivos que tienen mayor representación en la CAPV. Debido a la no disponibilidad de un cuestionario adaptado culturalmente y a la dificultad de acceder a población estudiada, se consideró pertinente la utilización de diferentes encuestadores, dos autóctonos y dos de origen magrebí y subsahariano, previamente entrenados. La captación de las personas de la muestra y aplicación de las encuestas tuvo lugar en ONGs, asociaciones de apoyo a inmigrantes y en los lugares de encuentro de los grupos estudiados. El tiempo medio de aplicación de la encuesta fue de 60 minutos y los idiomas utilizados fueron castellano, francés, árabe, bereber y wolof. En los grupos estudiados se recogió información relativa a las variables sociodemográficas, los estilos de vida, la autovaloración de la salud y la utilización de los servicios sanitarios.

Se plantearon como variables dependientes la utilización, en alguna ocasión, de los servicios sanitarios (consultas médicas, al dentista y hospitalizaciones), la utilización de la urgencia hospitalaria y la valoración general del Sistema Sanitario. Las categorías de respuesta de las variables "utilización de los servicios sanitarios" y "utilización de la urgencia" han sido "Sí", que define la variable resultado, frente a "No". La variable "Opinión sobre los servicios sanitarios" incluye las categorías de respuesta "Excelente, Muy bien o Bien" (categoría objeto de análisis) frente a "Regular o Mal". La categorización para el resto de las variables independientes se presenta en las Tablas 1-4.

En el primer análisis se plantearon las diferencias significativas entre todas las variables analizadas y el grupo inmigrante utilizando un análisis de tablas de contingencia bidireccional (tabla 1). A continuación se realizó un análisis bivalente con la totalidad de estas variables, planteando la asociación con la utilización de los servicios sanitarios mediante una regresión logística dicotómica. Manteniendo la utilización de los servicios sanitarios como variable dependiente, se realizaron tres modelos de regresión logística multivariante (tabla 2). En el modelo 1 se incluyeron solo las variables sociodemográficas. Partiendo de las variables sociodemográficas que resultaron de interés, en el modelo 2 se introdujo la variable autovaloración de la salud y, en el tercer modelo, se fueron añadiendo a las anteriores las variables de hábitos de vida.

Se realizó el mismo procedimiento con la utilización de la Urgencia, pero sin incluir el tercer modelo en el análisis. (tabla 3). Se realizó nuevamente el análisis multivariante de la utilización de la Urgencia segmentando la muestra en función del colectivo de pertenencia (tabla 4). También la variable opinión general del Sistema sanitario fue objeto

de análisis multivariante, incluyendo solo las variables sociodemográficas, la utilización de los servicios sanitarios y sumando a éstas la autovaloración de la salud.

Todas las variables del estudio fueron incluidas de forma escalonada en los modelos de regresión logística multivariante, lo que permitió analizar el impacto de cada variable en el modelo resultante. Se plantearon así mismo varias interacciones entre las variables independientes. Dentro de las variables sociodemográficas las categorías de referencia utilizadas fueron aquellas que suponían una menor utilización tanto de los servicios sanitarios como de la urgencia hospitalaria: colectivo inmigrante (europeo no comunitario=1 para la utilización de servicios sanitarios, magrebí=1 para la utilización de la urgencia), sexo (hombre=1) y edad (16-22 años=1). El tiempo de estancia fue objeto de distintas categorizaciones y finalmente se introdujo en los análisis finales aquellas que mostraron una significación mayor (1-36 vs >36 meses para la utilización de servicios sanitarios, 1-24 vs >24 meses para la utilización de la urgencia y 1-12 vs >12 meses para la utilización de la urgencia segmentando por colectivos) siendo en todos ellos la última categoría la referencia utilizada. En las restantes variables sociodemográficas nivel de estudios y situación laboral las categorías de referencia fueron respectivamente (diplomaturas/licenciaturas=1) y situación laboral (no trabajo remunerado=1). En la variable autovaloración de la salud la categoría de referencia fue excelente, muy buena o buena. Las variables de los estilos de vida se concretaron en 5 variables: índice de masa corporal (insuficiente=1), horas de sueño (9 horas=1), consumo de tabaco (no fuma =1), consumo de alcohol (bebedor habitual=1) y ejercicio físico en el lugar de trabajo (trabajo mayoritariamente sentado=1). En el análisis realizado sobre la utilización de la

urgencia segmentando por colectivos, la reducción del tamaño de la muestra obligó a limitar el número de variables independientes para no sobreparametrizar el modelo. Como consecuencia quedaron fuera del análisis las variables de hábitos de vida y se redujeron las categorías de respuesta a tres niveles en el caso de la edad (33-44 años=1) y a cuatro en el nivel de estudios (diplomaturas/licenciaturas=1). El análisis para identificar los factores predictores de la Opinión del sistema sanitario utilizó las mismas categorizaciones y referencias en las variables incluidas que el de la utilización de los servicios sanitarios. La validez de los modelos fue evaluado con la prueba de Hosmer y Lemeshow. Los análisis se realizaron con el soporte SPSS 14.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta la distribución de las características generales y de utilización de los servicios sanitarios de los 689 inmigrantes adultos entrevistados originarios del Magreb, África subsahariana, Latinoamérica y Europa no comunitaria. Entre las variables sociodemográficas destaca la mayor presencia de hombres entre las personas entrevistadas originarias de África (90%) y de mujeres en el caso de las originarias de Latinoamérica y Europa no comunitaria (67% y 60% respectivamente). La media de edad de la personas encuestadas fue de 25,67 años (IC=24,71-26,63) en magrebíes, 31,39 (IC=30,13-31,39) en subsaharianas, 31,48 (IC=30,08-32,88) en latinoamericanas y 32,79 (IC=31,18-32-76) en europeas no comunitarias. Las personas africanas conforman los grupos que presentaron menor proporción de estudios universitarios y mejor autovaloración de la salud. En cuanto al tiempo de estancia en el momento de la aplicación de la encuesta de salud, se observa en todos los grupos el alto porcentaje de personas que lleva menos de cinco años residiendo en la CAPV. Entre las

Tabla 1
Distribución (%) de las características sociodemográficas, autovaloración de la salud, estilos de vida y utilización de Servicios Sanitarios segmentado por colectivo inmigrante

	Magrebí n=219	Subsahariano n=152	Latinoamericano n=167	Europeo no comunitario n=151
Sexo/género				
Hombre	90,0	90,7	33,5	39,3
Mujer	10,0	9,3	66,5	60,7
Edad^b				
16-22	33,5	8,7	16,3	11,9
23-25	21,9	12,8	18,1	11,9
26-29	17,7	20,1	15,1	18,5
30-32	13,0	19,5	8,4	15,9
33-38	7,4	24,2	20,5	17,9
Más 38	6,5	14,8	21,7	23,8
Estudios^b				
No sabe leer ni escribir/sin estudios	4,9	13,5	4,4	
Estudios primarios	48,8	24,3	10,8	7,5
ESO 1º. Graduado escolar	14,1	30,4	24,1	18,5
ESO completo, BUP, FP	26,8	25,0	42,4	52,1
Diplomaturas/Licenciaturas	5,4	6,8	18,4	21,9
Tiempo de estancia en meses^b				
1-12	21,7	25,2	38,0	34,0
13-24	26,1	17,2	23,9	30,0
25-36	23,6	13,9	21,5	14,0
37-48	13,3	17,9	5,5	10,0
49-60	5,4	7,9	5,5	8,0
>60	9,9	17,9	5,5	4,0
Autovaloración de la salud^a				
Excelente, muy buena o buena	86,7	82,8	74,7	77,5
Regular o mala	13,3	17,2	25,3	22,5
Índice Masa Corporal^b				
Insuficiente	10,2	5,7	14,2	16,6
Normal	61,9	65,0	56,8	57,9
Sobrepeso	27,0	27,1	22,2	16,6
Obeso/a	0,9	2,1	6,8	9,0
Horas de Sueño^b				
< 7	6,1	40,6	37,6	36,4
7-9	19,8	35,7	56,1	46,3
> 9	74,1	23,8	6,4	17,4
Consumo de Tabaco^b				
Sí fuma	60,3	24,3	15,0	40,4
No fuma	39,7	75,7	85,0	59,6
Consumo de Alcohol^b				
Bebedor habitual	9,1	13,2	22,3	32,4
Bebedor ocasional	7,8	15,9	51,0	31,8
No ha bebido en el último año	83,1	70,9	26,8	35,8
Ejercicio Físico en el Trabajo^b				
Sentado	74,4	44,7	20,4	32,7
De pie	25,0	36,0	68,2	52,7
Desplazamientos/cargas ligeras	0,6	5,3	4,5	8,7
Cargas pesadas		14,0	7,0	6,0
Utilización de los servicios sanitarios				
Sí	90,4	84,9	87,4	82,8
No	9,6	15,1	12,6	17,2
Consulta al médico^b				
Nunca	16,5	30,9	33,3	44,9
1 o 2 veces	50,5	53,3	35,8	37,4
3 o 4 veces	24,3	10,5	14,5	9,5
> 4 veces	8,7	5,3	16,4	8,2
Consulta al dentista^b				
Nunca	41,0	73,6	61,8	68,7
1 vez	35,8	17,6	21,5	13,3
2 o más veces	23,1	8,8	16,7	18,0
Hospitalización^b				
Sí	18,2	4,7	14,2	4,6
No	81,8	95,3	85,8	95,4
Consulta en Urgencias^b				
Sí	17,1	19,1	37,5	21,9
No	82,9	80,9	62,5	78,1
Opinión sobre el Sistema Sanitario				
Muy o algo satisfecho	74,5	80,0	70,7	75,7
Algo o muy insatisfecho	25,5	20,0	29,3	24,3

^a p< 0,05; ^b p< 0,01.

variables de los estilos de vida destaca el mayor porcentaje de consumo de tabaco observado entre los magrebíes (60,3%) y el menor consumo de alcohol entre los originarios de África. Para todas las variables analizadas se encontraron diferencias según el grupo de población inmigrante, sexo/género y edad ($p < 0,05$ y $p < 0,01$).

Más de 80% de los entrevistados había utilizado los servicios públicos de salud, al menos en una ocasión, en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. Habían realizado alguna consulta médica en el periodo de referencia el 83,5% de las personas magrebíes, el 69,5% subsaharianas, el 66,7%, latinoamericanas y el 55,1% europeas no comunitarias. Las personas de origen magrebí y latinoamericano realizaron el mayor número de consultas médicas y refirieron más hospitalizaciones (18,2% y 14,2% respectivamente). Con respecto a la utilización de los servicios de urgencia hospitalaria, en los seis meses anteriores a la encuesta, solicitaron este tipo de asistencia, el 37,5% de los latinoamericanos, el 21,9%

de los europeos extracomunitarios, el 19,1% y 17,1% de los subsaharianos y magrebíes respectivamente. La valoración de la asistencia recibida en la urgencia varió según el colectivo, encontrándose la peor valoración entre las personas entrevistadas de origen subsahariano. Más del 70% de la población entrevistada dice estar muy o algo satisfecha con el Sistema Sanitario.

El análisis bivariante de la tabla 2 recoge los factores asociados, de forma aislada con la mayor utilización de los servicios sanitarios, que incluyeron ser mujer (OR=2,67, IC=1,26-5,66), referir un estado de salud regular o mala (OR=2,05, IC=1,21-3,46), ser bebedor ocasional (OR= 1,96, IC =1,03-3,62) y no bebedor (OR=2,10, IC =1,20-3,68). Al ajustar por las variables sociodemográficas (modelo 1 de la tabla 2) emerge el grupo inmigrante, en la categoría magrebí, como variable relevante en la mayor utilización los servicios sanitarios (OR=3,49, IC=1,58-7,73) en comparación con el europeo no comunitario, que es el que menos los utiliza. La

Tabla 2
Análisis de regresión logística para los factores predictores de la utilización de servicios sanitarios

	Bivariante	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Colectivo				
Magrebí	1,96 (1,06-3,64)	3,49^b (1,58-7,73)	3,35^b (1,51-7,45)	2,20 (0,88-5,53)
Subsahariano	1,17 (0,63-2,15)	1,87 (0,88-3,94)	1,90 (0,89-4,05)	1,59 (0,69-3,66)
Latinoamericano	1,45 (0,78-2,70)	1,13 (0,57-2,23)	1,1 (0,55-2,16)	0,98 (0,49-1,98)
Europeos no comunitario	1	1	1	1
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	2,05^b (1,21-3,46)	3,74^b (1,98-7,08)	3,37^b (1,77-6,43)	3,09^b (1,57-6,06)
Tiempo de estancia (meses)				
1-36	0,53^a (0,30-0,93)	0,70 (0,37-1,30)	0,72 (0,39-1,35)	0,90 (0,47-1,71)
>36	1	1	1	1
Autovaloración de la salud				
Regular o mala	2,67^a (1,26-5,66)		2,22^a (1,00-4,90)	2,42^a (1,04-5,63)
Excelente, muy buena o buena	1		1	1
Consumo de alcohol				
Bebedor habitual	1			1
Bebedor ocasional	1,96^a (1,06-3,62)			1,68 (0,84-3,36)
No bebe	2,10^a (1,20-3,68)			1,42 (0,73-2,76)
Prueba de bondad de ajuste de (Hosmer y Lemeshow)		Sig, 0,698	Sig, 0,847	Sig, 0,913

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$.

Análisis bivariante sin ajustar; Modelo 1: Ajuste por variables sociodemográficas, incluidas edad, nivel de estudios y situación laboral; Modelo 2: Ajuste por variables sociodemográficas y autovaloración de la salud. Modelo 3: Ajuste por variables sociodemográficas, autovaloración de la salud y hábitos de vida.

variable sexo aumenta en este modelo su OR en un 45%. y el tiempo de estancia pierde su significación y aparece la asociación con los magrebíes. La inclusión en el análisis de la variable autovaloración de la salud (modelo 2) mantuvo la significación ser mujer y magrebí, y se identificó la relación entre las personas que peor valoran su salud con la mayor utilización de los servicios sanitarios (OR=2,22, IC=1,0-4,9). En el tercer modelo, ajustando por las variables de hábitos de vida tan sólo mantiene la asociación con una mayor utilización de los servicios sanitarios las variables sexo (OR=3,09, IC=1,57-6,06) y autovaloración de la salud (OR=2,42, IC=1,04-5,63).

La tabla 3 recoge las variables asociadas a la utilización de los servicios de la urgencia hospitalaria. El análisis bivariante identifica con la mayor utilización de

estos servicios la variable grupo inmigrante, en la categoría latinoamericano (OR=2,92, IC=1,80-4,72), tomando como referencia las personas magrebíes que son las que menos los utilizan. Además, las variables sexo y autovaloración de la salud también se asociaron a una mayor utilización de la urgencia hospitalaria, mientras que tener estudios primarios redujo la probabilidad de utilizar dichos servicios en un 62% en comparación con los universitarios. Al ajustar por las variables sociodemográficas (modelo 1) ser mujer mantiene su asociación con una mayor utilización de la urgencia hospitalaria y también la variable colectivo en interacción con tiempo de estancia. Durante los dos primeros años de estancia en el país de destino, son las personas subsaharianas (OR=4,08, IC=1,23-13,53) y europeas no comunitarias (OR=3,36, IC=1,02-11,02) las que tienen una probabilidad mayor de utilizar los ser-

Tabla 3
Análisis de regresión logística para los factores predictores de la utilización de la urgencia

	Bivariante	Modelo 1	Modelo 2
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Colectivo			
Magrebí	1	1	1
Subsahariano	1,15 (0,67-1,97)	0,47 (0,21-1,06)	0,47 (0,21-1,05)
Latinoamericano	2,92^b (1,80-4,72)	1,43 (0,65-3,13)	1,46 (0,66-3,26)
Europeos no comunitario	1,36 (0,80-2,30)	0,40^b (0,16-0,99)	0,39^b (0,15-0,99)
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	2,00^b (1,39-2,88)	1,69^a (1,04-2,75)	1,43 (0,87-2,35)
Estudios			
No sabe leer ni escribir/sin estudios	0,38 (0,14-1,02)	0,55 (0,19-1,64)	0,56 (0,19-1,69)
Estudios primarios	0,38^a (0,20-0,71)	0,53 (0,26-1,09)	0,52 (0,25-1,08)
EGB/ESO 1º ciclo	0,57 (0,31-1,06)	0,69 (0,35-1,34)	0,68 (0,34-1,34)
BUP, FP, ESO completo	0,70 (0,40-1,21)	0,77 (0,42-1,38)	0,77 (0,42-1,39)
Diplomaturas/licenciaturas	1	1	1
Tiempo de estancia en meses			
1-24	0,84 (0,58-1,21)	0,41^b (0,18-0,95)	0,42^b (0,18-0,98)
>24	1	1	1
Colectivo* Tiempo de estancia (1-24 meses)			
Magrebí* Tiempo de estancia (1-24 meses)		1	1
Subsahariano* Tiempo de estancia (1-24 meses)		4,08^a (1,23-13,53)	4,12^a (1,23-13,81)
Latinoamericano* Tiempo de estancia (1-24 meses)		1,18 (0,40-3,53)	1,10 (0,36-3,33)
Europeos no comunitarios* Tiempo de estancia (1-24 meses)		3,36^a (1,02-11,02)	3,56^a (1,08-11,80)
Autovaloración de la salud			
Regular o mala	2,43^b (1,61-3,66)		2,26^b (1,42-3,61)
Excelente, muy buena o buena	1		1
Prueba de bondad de ajuste de (Hosmer y Lemeshow)		Sig. 0,570	Sig. 0,170

^a p<0,05

^b p<0,01

Análisis Bivariante sin ajustar.

Modelo 1: Ajuste por variables sociodemográficas, incluidas edad y situación laboral

Modelo 2: Ajuste por variables sociodemográficas y autovaloración de la salud.

vicios de atención urgente en comparación con las magrebíes. La inclusión en el análisis de la variable autovaloración de la salud (modelo 2) identifica la relación entre las personas que peor valoran su salud con una mayor utilización de la urgencia (OR=2,26, IC=1,42-3,61) manteniéndose las mayores ventajas encontradas en las personas subsaharianas y europeas no comunitarias en comparación con las magrebíes.

La tabla 4 presenta el diferente comportamiento de las variables respecto a la utilización de la urgencia hospitalaria en función del grupo inmigrante. El tiempo de estancia influye de manera diferente en los grupos analizados, así en los inmigrantes magrebíes y latinoamericanos llevar un año o menos en el país de acogida aparece como factor de protección, reduciendo la probabilidad de utilizar estos servicios, si lo comparamos con un tiempo de estancia mayor, mientras que en los subsaharianos aumenta la probabilidad (OR=4,00, IC=1,48-10,65).

La mayor ventaja de utilizar los servicios de urgencia se asoció en los latinoamericanos al hecho de ser mujer, y en los africanos al hecho de valorar la propia salud como regular o mala. La variable nivel de estudios, contemplada solo en la población magrebí, mostró que tener estudios primarios, ESO, FP, o Bachiller reduce la probabilidad de utilizar los servicios de urgencia hospitalaria. La situación laboral no modificó de forma relevante el comportamiento de ninguna variable en el modelo. La única variable asociada con una buena opinión general del Sistema Sanitario es la utilización del mismo. El haberlo utilizado muestra una probabilidad 2,96 veces más de tener una buena opinión (IC=1,40-6,25) (tabla no presentada).

DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos con la aplicación de la primera Encuesta de Salud a los diferentes grupos de población inmi-

Tabla 4
Análisis de regresión logística para los factores predictores de la utilización de la urgencia segmentado por colectivos inmigrantes

	Magrebí	Subsahariano	Latinoamericano	Europeo no comunitario
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	0,25 (0,04-1,43)	2,26 (0,55-9,25)	2,46^b (1,05-5,73)	1,03 (0,45-2,39)
Edad				
16-24	1	1	1	1
25-34	1,25 (0,47-3,37)	0,60 (0,17-2,11)	1,02 (0,41-2,54)	0,84 (0,29-2,47)
35-55	1,18 (0,30-4,60)	0,38 (0,09-1,61)	1,20 (0,47-3,02)	0,99 (0,31-3,12)
Tiempo de estancia en meses				
≤12	0,08^a (0,01-0,66)	4,00^a (1,48-10,65)	0,41^b (0,19-0,88)	1,61 (0,67-3,73)
> 12	1	1	1	1
Situación laboral				
Trabajo remunerado	0,67 (0,24-1,96)	1,99 (0,68-5,81)	1,30 (0,64-2,65)	1,22 (0,55-2,73)
No Trabajo remunerado	1	1	1	1
Autovaloración de la salud				
Regular o mala	3,90^a (1,36-11,15)	5,16^a (1,68-15,78)	1,03 (0,45-2,36)	1,92 (0,76-4,86)
Excelente, muy buena o buena	1	1	1	1
Estudios				
No sabe leer ni escribir/sin estudios	1,83 (0,20-16,73)			
Estudios primarios	0,13^a (0,02-0,76)			
ESO, FP, Bachiller	0,18^a (0,03-0,90)			
Diplomaturas /Licenciaturas	1			
Prueba de bondad de ajuste de (Hosmer y Lemeshow)	Sig, 0,911	Sig, 0,173	Sig, 0,526	Sig, 0,915

^a p < 0,05; ^b p < 0,01.

grante asentados en el País Vasco¹⁵, se ha analizado la utilización de los servicios públicos de salud y los factores que se asocian a dicha utilización. El estudio reflejó que el contacto con los servicios públicos de salud presenta un patrón de utilización y de frecuentación diferente dependiendo de la procedencia de las personas inmigrantes, siendo los inmigrantes europeos no comunitarios los que presentaron menores porcentajes de consultas médicas en el último año. Al comparar los resultados con los publicados referentes a la población autóctona, se observa que el 80% de las personas acudieron a consulta médica al menos una vez al año, porcentaje superior al registrado entre la población inmigrante¹⁶. La menor utilización relativa de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante se ha relacionado con su mejor nivel de salud, lo que según la *hipótesis del inmigrante sano*¹⁷⁻²⁰ implica que el inmigrante recién llegado presenta un mejor estado de salud que el de la población autóctona. Este efecto se diluye con el tiempo de permanencia y el resultado final es un incremento del uso de servicios sanitarios, consecuencia de un empeoramiento relativo de las condiciones clínicas, y el mejor conocimiento de las formas de acceso a los servicios sanitarios. En nuestro caso el buen nivel de salud podría explicarse por la situación de homogeneidad temporal, ya que la mayoría de los inmigrantes llevan menos de cinco años residiendo en nuestro país^{13,21}.

En nuestro estudio, tras ajustar por las variables sociodemográficas y de necesidad (como es la autovaloración de la salud) las variables explicativas de utilización de servicios sanitarios se encontraron en el hecho de ser mujer, percibir la salud como regular o mala y ser magrebí. La literatura ofrece resultados comparables, independientemente de la población estudiada, sobre el efecto que produce la salud autopercebida y el sexo/género en la demanda de servicios sanitarios²²⁻²⁵. La mayor utilización de los servicios públicos de salud por parte de las

personas de origen magrebí ha sido también referida en otros estudios, citándose varias razones explicativas entre las que destacan la adversa posición socioeconómica, las diferencias culturales y las situaciones de discriminación y/o racismo²⁶⁻³⁰. En este sentido, el estudio del OVI³¹ sobre percepciones y actitudes de la población vasca frente a los diferentes grupos de población inmigrante detectó la posición más perjudicada en magrebíes, con un escaso nivel de aceptación, lo cual puede estar incidiendo en los resultados encontrados.

Los servicios de urgencia, según indican estudios previos, son más utilizados por parte de la población inmigrante en relación con otras modalidades de atención^{2,3,4}, resultados también obtenidos en este estudio. En nuestro país la atención urgente además de pública es gratuita y universal, prestada independientemente de la nacionalidad y del tiempo de residencia. Puede realizarse a cualquier hora, lo que permite la conciliación con los horarios de trabajo y reduce los trámites para obtener atención, superándose así barreras idiomáticas, culturales y legales. En este estudio las variables que se han visto asociadas a la utilización de los servicios urgentes hospitalarios han sido el sexo, la autovaloración de la salud y la interacción de las variables colectivo y tiempo de estancia. La mayor utilización de los servicios de urgencia por parte de la mujer inmigrante puede explicarse tanto como reflejo de componentes culturales y/o roles de género, que determinan peores resultados de salud percibida, como por la edad, relacionada con una mayor fecundidad y un menor control del embarazo en atención primaria en las mujeres inmigrantes^{4,21,23,24}. La inmigración latinoamericana presenta un claro patrón femenino, lo que permite explicar el hecho de que en el análisis bivariado el grupo de población inmigrante latinoamericano apareciera asociado con una mayor utilización de la urgencia hospitalaria, asociación que desapareció tras ajustar por sexo. Este patrón femenino

explica también que en el análisis segmentado por colectivos, sólo en el latinoamericano el sexo apareciese asociado con la utilización de estos servicios.

Según los datos ofrecidos por el Observatorio europeo de Médicos del Mundo sobre el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante, la posibilidad de recibir una cobertura sanitaria se relaciona con el tiempo de estancia en el país de acogida, siendo España el país en el que los entrevistados estaban mejor informados de sus derechos a recibir dicha cobertura³². Sin embargo, la mayor probabilidad de utilización de la urgencia hospitalaria durante los dos primeros años de estancia, encontrada en las personas subsaharianas y europeas no comunitarias, sigue evidenciando la conveniencia de abordar los estudios sobre población inmigrante como una población no homogénea^{26,28,30,33-37}. Las razones por las que se producen estas desigualdades en la utilización de los dispositivos asistenciales son aún poco conocidas. Razones estrechamente implicadas con el componente cultural podrían aportar explicaciones, especialmente entre las personas de origen subsahariano. Es entre estas personas donde el acceso efectivo a la cobertura sanitaria, tras la tramitación de la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS), parece demorarse más en el tiempo. Esta demora vendría condicionada no solo por factores administrativos sino también culturales, que incluyen experiencias previas en los países de origen ligadas a sistemas de salud, con redes de atención primaria muy débiles, y una concepción de la salud-enfermedad basada en la medicina curativa, la cual está garantizada en nuestro sistema sanitario por el acceso a los servicios urgentes. También el hecho de que en el análisis segmentado por colectivos la autovaloración de la salud sólo aparezca como factor predictor en el caso de los colectivos africanos puede indicarnos la necesidad de contemplar, en estas poblaciones, el impacto que sobre la valoración de la salud tienen factores como las expe-

riencias ligadas a la inmigración, el nivel de aculturación, las situaciones de discriminación o las diferencias culturales e idiomáticas existentes entre la sociedad de origen y receptora^{26,35-39}.

El alto nivel de satisfacción con el sistema sanitario, referido por parte de los colectivos de inmigrantes, ha sido similar al encontrado en diversos trabajos, así como los distintos grados de satisfacción entre los diferentes grupos étnicos, independientemente de los niveles educativos socioeconómicos⁴⁰⁻⁴². En nuestro estudio, excepto en los inmigrantes latinoamericanos, el dispositivo asistencial peor valorado fue la urgencia hospitalaria, especialmente entre los inmigrantes subsaharianos. Queda por determinar si esta situación está condicionada por barreras culturales, idiomáticas o por la valoración exclusiva de la atención asistencial.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución. El tipo de muestreo utilizado no garantiza la representatividad de las cuatro muestras de colectivos inmigrantes, en especial, en lo que se refiere al análisis descriptivo y bivariante. La naturaleza retrospectiva de algunas variables plantea la posibilidad de un sesgo de memoria, como ocurre por definición en todos los estudios basados en encuesta. El limitado tamaño muestral resultante al segmentar por colectivo y la baja tasa de respuesta en algunas variables, como las referentes al nivel socioeconómico, han limitado su control en el análisis multivariante. Por último, la naturaleza transversal del estudio limita la relación causal entre la autovaloración de la salud y la utilización de servicios sanitarios o de la Urgencia.

Resulta difícil contrastar la posibilidad de inclusión de este sesgo en los resultados, dado que la información disponible sobre la población inmigrante es aún escasa. De hecho las limitaciones mencionadas tienen

su origen en la dificultad de captación de la población inmigrante y explica la ausencia de estudios basados en encuestas de salud poblacionales. Pese a estas limitaciones el trabajo ha permitido identificar, por primera vez, las diferencias en las demandas sanitarias por parte de los colectivos de inmigrantes de la CAPV. El hallazgo de que, junto al sexo y la autovaloración de la salud, también el colectivo inmigrante de pertenencia y el tiempo de estancia se encuentran asociados a la utilización de los servicios sanitarios es un dato que debería tenerse en cuenta a la hora de desarrollar estrategias adecuadas para conseguir equidad en la utilización de los servicios sanitarios y reducir las desigualdades en salud.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la implicación y colaboración de las personas inmigrantes, asociaciones e instituciones participantes tanto respondiendo a los cuestionarios de salud como apoyando el proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. 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. *Med Clin (Barc)*. 2000; 26: 314-8.
2. Torné E, Guarda A, Torras MG, Pozuelo A, Pasarrín M, Borrell C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. *Aten Primaria*. 2003; 32: 423-9.
3. Junyent M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*. 2006; 18: 232-235.
4. Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2007; 7: 9-
5. Carrasco-Garrido P, De Miguel A, Hernández V, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007; 17(5): 503-05.
6. Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev*. 2000; 57(Suppl 1): 108-45.
7. Phillips KA, Mayer ML, Aday LA. Barriers to care among racial/ethnic groups under managed care. *Health Aff (Millwood)*. 2000; 19: 65-75.
8. Weinick RM, Zuvekas SH, Cohen JW. Racial and ethnic differences in access to and use of health care services, 1977 to 1996. *Med Care Res Rev* 2000; 57(Suppl 1): 36-54.
9. Sproston KA, Pitson LB, Walker E. The use of primary care services by the Chinese population living in England: examining inequalities. *Ethn Health*. 2001; 6: 189-96.
10. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver, BG. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. 2002; 40: 52-9.
11. Haas JS, Phillips KA, Sonneborn D, McCulloch CE, Baker LC, Kaplan, et al. Variation in access to health care for different racial/ethnic groups by the racial/ethnic composition of an individual's country of residence. *Med Care*. 2004; 42: 707-14.
12. Quan H, Fong A, De Coster C, Wang J, Musto R, Noseworthy TW, Ghali WA. Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ*. 2006; 174(6): 787-91.
13. Boletín Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. Panorámica de la Inmigración nº12 2006. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>
14. Freire JM. La ordenación de las prestaciones: aspectos sanitarios *Gac Sanit*. 1995; 9: 11-27.
15. Rodríguez E, Lanborena N. editores. Encuesta de Salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006. D.L.: BI-2467-06.
16. Gobierno Vasco (ed). Encuesta de salud de la CA del País Vasco 2002. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 2004.
17. Sundquist, J. Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 691-69216.
18. Muennig, P., Fahs, M. C. Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. *Prev Med*. 2002; 35:225-31.

19. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med.* 2003; 57: 1981-95.
20. McDonald, J. T., Kennedy, S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med.* 2004; 59: 1613-27.
21. Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictoras de la autovaloración de la salud en colectivos de inmigrantes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit.* En Prensa.
22. Jylha, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol* 1998; 53: 144-52.
23. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med.* 2002; 54: 693-706.
24. Williams DR. Racial/ethnic variations in women's health: The social embeddedness of health. *Am J Public Health* 2002; 92: 588-97.
25. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social.* Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 1: 158-67.
26. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health.* 1998; 52(5): 298-304.
27. Reijneveld SA. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 267-72.
28. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(10): 701-7.
29. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:701-7.
30. Uiters E, Deville WLJM, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health* 2006; 16, 4: 388-393.
31. Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. *Percepciones, valores y actitudes de la sociedad vasca hacia la inmigración extranjera 2007.* Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>
32. Encuesta Europea sobre el acceso a la salud de las personas en situación irregular. *Médicos del Mundo 2007.* Disponible en: <http://www.medicos-delmundo.org>
33. Baker DW, Stevens CD, Brook RH: Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important? *Ann Emer Med.* 1996, 28:677-82.
34. Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med.* 1997; 45: 485-96.
35. Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosén M., Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health.* 2001; 11(2): 147-52;
36. Wiking E, Johansson SE, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58: 574-82.
37. Norredam M, Kransnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health.* 2004; 32: 53-9.
38. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, et al. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 41: 18-26.
39. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, et al. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health.* 2006; 16(4): 394-99.
40. Haviland MG, Morales LS, Reise SP, Hays RD. Do health care ratings differ by race or ethnicity? *Jt Comm J Qual Saf.* 2003; 29: 134-45.
41. Haviland MG, Morales LS, Thomas H, Dial, Pincus HA. Race/Ethnicity, socioeconomic status, and satisfaction with health care. *Am J Med Qual.* 2005; 20: 195-203.
42. Saha S, Hickam DH. Explaining low ratings of patient satisfaction among Asian-Americans. *Am J Med Qual.* 2003; 18:256-64.