

Original

La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid

Nicole Aerny Perreten^a, Milagros Ramasco Gutiérrez^a, José Luis Cruz Maceín^a,
Cristina Rodríguez Rieiro^b, Sonsoles Garabato González^a y Ángel Rodríguez Laso^{a,*}

^a Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de mayo de 2009

Aceptado el 7 de octubre de 2009

On-line el 14 de diciembre de 2009

Palabras clave:

Inmigrantes

Encuestas de salud

Desigualdades en salud

RESUMEN

Objetivos: Describir el estado de salud y sus determinantes en los inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid y compararlos con los de la población autóctona.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de los datos de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 (n = 12.190). Se clasifica a los individuos en autóctonos o nacidos en países de renta media-baja con menos o más de 5 años de residencia en España. Los resultados se ajustan por edad. Las proporciones y las medias de las variables se comparan con el test de ji al cuadrado y regresión lineal.

Resultados: Comparados con los autóctonos, los inmigrantes son más jóvenes, desarrollan preferentemente trabajos manuales precarios que no se corresponden con su nivel educativo, y disponen de menos ingresos y menos espacio en sus viviendas. Tanto hombres como mujeres fuman y beben menos, pero las mujeres presentan mayores prevalencias de sobrepeso (un 10% más) y sedentarismo. La adherencia al cribado citológico y de la tensión arterial es hasta un 16% menor. Los hombres y las mujeres con menor tiempo de residencia acuden menos a las consultas de atención primaria y a urgencias, al contrario que los que llevan más tiempo en España. Las mujeres con 5 o más años de estancia tienen una salud autopercibida y salud mental algo peores. Los inmigrantes presentan enfermedades crónicas similares a las de la población autóctona, pero con menores prevalencias.

Conclusiones: El estado de salud de la población inmigrante no es tan desfavorable como cabría esperar en función de la mayor prevalencia de determinantes de salud perjudiciales.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health and its determinants in the immigrant population of the region of Madrid

ABSTRACT

Objectives: To describe health status and its determinants in immigrants living in the region of Madrid and to compare these factors with those in the native-born population.

Material and methods: We performed a descriptive, cross-sectional study based on data from the Madrid Regional Health Survey 2007 (n=12,190). Subjects were classified as native-born or immigrants born in medium-to-low-income countries and with less or more than 5 years of residence in Spain. The results were adjusted for age. Proportions and means were compared through the ji square test and linear regression.

Results: Compared with native-born residents, immigrants were younger, carried out mainly precarious manual jobs that did not match their educational level and had a lower income and less space in their dwellings. Both immigrant men and women smoked and drank less, but women showed a higher prevalence of overweight (10% more) and physical inactivity. Adherence to smear test and blood pressure screening was up to a 16% lower. Attendance at primary care and emergency facilities was less frequent in men and women with less residence time than in those with longer residence in Spain. Self-perceived health and mental health were worse in women with 5 or more years of residence. Chronic diseases were similar in both populations but were less prevalent in immigrants.

Conclusions: Immigrants' health status is not as unfavorable as could be expected from the higher prevalence of harmful determinants of health.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Immigrants

Health surveys

Health status disparities

Introducción

Al igual que ha ocurrido en otros países de nuestro entorno, con el incremento de la inmigración se ha generado en España un gran interés por conocer las implicaciones del fenómeno en

diferentes ámbitos, entre otros el de la salud. Las investigaciones sobre la salud de los inmigrantes ponen de manifiesto que se trata de una población joven y sana^{1,2}, con patología similar a la de las poblaciones locales³. El uso y el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios ha concentrado una parte importante de la producción científica y se han identificado⁴⁻⁷ patrones de uso diferentes a los de la población autóctona, al igual que en otros países de mayor tradición de inmigración⁸⁻¹¹. Los estudios sobre estilos de vida y determinantes de salud se han ocupado sobre

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angel.rodriguez@salud.madrid.org (Á. Rodríguez Laso).

todo del consumo de tabaco y alcohol^{7,12-15}, demostrando la existencia de hábitos diferenciados entre las poblaciones autóctona y extranjera.

Factores como la posesión de la tarjeta sanitaria, la situación administrativa de regularidad o irregularidad en el país de acogida, el grado de conocimiento del sistema sanitario, la experiencia previa con otros sistemas sanitarios, las dificultades de tipo lingüístico, las diferentes concepciones sobre la salud o la enfermedad, los aspectos religiosos y las condiciones laborales y de vida, pueden identificarse como barreras en los procesos de atención sanitaria y determinantes de los hábitos de vida y las patologías. Muchos de estos factores se van equiparando con los de la población autóctona según va aumentando el tiempo de estancia en el país de destino¹.

El objetivo del presente estudio es describir el estado de salud y sus determinantes en la población inmigrante por motivos económicos residente en la Comunidad de Madrid, y compararlos con los de la población autóctona, con el fin de establecer estrategias de intervención en salud adecuadas. La hipótesis que subyace es que hay diferencias entre ambos colectivos que se van reduciendo a medida que aumenta el tiempo de residencia de los inmigrantes en España.

Material y métodos

Los datos proceden de la Encuesta Regional de Salud de Madrid (ERSM-07), realizada en 2007 por medio de entrevistas personales en los domicilios siguiendo un cuestionario estructurado. La metodología de la encuesta se halla descrita en otra publicación¹⁶. Se siguió un muestreo bietápico estratificado, siendo los estratos las 11 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, las unidades de primera etapa las secciones censales, y las unidades de muestreo últimas los individuos que vivían en ellas seleccionados por muestreo aleatorio simple del padrón de habitantes a 1 de enero de 2005, con cuotas proporcionales a la distribución de la población en cada estrato por sexo, edad y nacionalidad española o extranjera. Las entrevistas se condujeron inicialmente en español, recurriendo a la traducción por algún miembro de la familia que conociera el español y el idioma del entrevistado, si estaba disponible. Cuando fue imposible realizar la entrevista se permitió la sustitución por individuos también seleccionados aleatoriamente, pero del mismo sexo, grupo de edad y nacionalidad española o extranjera del titular. Finalmente se entrevistó a 12.190 personas de 16 años o más no institucionalizadas residentes en la Comunidad de Madrid.

En el cuestionario¹⁷ se preguntaba por el país donde había nacido el individuo. Para este trabajo se ha considerado como inmigrantes «económicos» a las personas nacidas fuera de España, a excepción de las que lo hubieran hecho en los 15 países de la Unión Europea más ricos, Noruega, Suiza, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón, que se han excluido de los análisis. En la muestra real (sin ponderar) son 1275 individuos (10,5%). Se han agrupado por regiones geográficas. Otra pregunta versaba sobre el tiempo que los nacidos en el extranjero llevaban residiendo en España, y esta variable se ha dicotomizado en menos de 5 años y 5 años o más. Se preguntaba también por la edad, el nivel de estudios terminados y la ocupación del entrevistado y del miembro del hogar que aportara más ingresos; a partir de la más alta de las dos se ha asignado un nivel socioeconómico¹⁸ que finalmente se ha dicotomizado en trabajadores no manuales (niveles I, II y III de la clasificación original) y manuales (niveles IV y V). El entrevistado comparaba los ingresos familiares mensuales del hogar con una cantidad de 900 euros que se proponía como referencia. Se preguntaba por el tamaño útil de la vivienda y el número de personas que vivían habitualmente en

ella, y a los trabajadores por la medida en que estaban preocupados por la posibilidad de perder sus empleos (mucho, bastante, regular, poco y nada). A partir del peso y la talla autodeclarados se ha determinado el índice de masa corporal (IMC), que se ha categorizado en por debajo de lo normal (IMC < 18,5), normopeso (IMC < 25), sobrepeso (IMC < 30) y obesidad (IMC ≥ 30)¹⁹. Se preguntaba por la actividad física desarrollada en el trabajo o actividad principal y en el tiempo libre, y se ha definido «sedentarismo» como la falta de ejercicio físico en los dos ámbitos. Se investigaba el hábito de fumar y la frecuencia y cantidad de consumo de distintas bebidas alcohólicas, considerando bebedores de riesgo a aquellos que consumen a la semana 29 o más unidades de alcohol en el caso de los hombres y 18 en las mujeres²⁰, bebedores moderados los que no llegan a consumir estas cantidades, no bebedores los que declaran no haber consumido nunca una bebida con alcohol, y ex bebedores los que declaran haber consumido alcohol alguna vez pero que en la actualidad no beben. Se preguntaba por la última vez que el encuestado se había medido la tensión arterial y se había realizado una citología; las definiciones utilizadas de frecuencia de cribado correcta han sido las del PAPPs^{21,22}. Se preguntaba por el tipo de cobertura sanitaria del entrevistado (clasificada finalmente en pública, privada o mixta), cuándo había sido la última vez que había acudido a consultar al médico general o enfermera (de ámbito público o privado), si había utilizado las urgencias en los últimos 12 meses y si se había sentido discriminado en el último año al recibir asistencia sanitaria, pregunta tomada de una batería específica²³ que ha empleado la Encuesta Nacional de Salud 2006. Se pedía al entrevistado que ubicara su estado de salud actual en las categorías muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo, y se le administraba el General Health Questionnaire (GHQ) en su versión de 12 ítems, empleando el sistema de puntuación GHQ²⁴. Por último, se pedía al individuo que refiriera qué problemas crónicos diagnosticados por un médico padecía de una lista que se le mostraba.

Para el cálculo de estimadores poblacionales se ha asignado un coeficiente a cada uno de los entrevistados, que corresponde al número de personas de la población objetivo por área sanitaria de residencia, sexo y edad en el padrón a 1 de enero de 2007 a las que representa. No se ha utilizado la nacionalidad para este último ajuste porque no se disponía de esta variable en los cuestionarios.

La comparación de variables se ha realizado después de igualar la distribución por grupos de edad decenales entre nacidos en España e inmigrantes con más y con menos de 5 años de residencia por el método directo, tomando como referencia la distribución conjunta de edades. El análisis comparativo se ha limitado a los individuos de 16 a 54 años, debido al escaso número de efectivos en los grupos de inmigrantes de edad más avanzada.

Se han obtenido los intervalos de confianza al 95% (IC95%) de proporciones y medias. La interpretación de las asociaciones estadísticas se ha realizado por medio de la corrección de Rao del test de ji al cuadrado para las variables categóricas; para las cuantitativas se ha utilizado la significación de la regresión lineal de la variable de procedencia del entrevistado sobre ellas. El análisis estadístico para muestras complejas se ha realizado con el paquete Stata 9.2.

Resultados

La tasa de respuesta global de los titulares de la muestra inicial fue del 38,1%. Fue un 20% más alta en los nacionales españoles. Fue menor en los nacionales de países de Europa del Este y del Norte de África, los hombres y las personas de edades intermedias, fundamentalmente. El principal motivo de falta de

Tabla 1
Porcentaje de respuesta de los titulares de la muestra inicial por sexo y nacionalidad^a

| | Hombres | | | | | | Mujeres | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------------|
| | Extranjeros | | | Españoles | | | Extranjeras | | | Españolas | | |
| | n | % respuesta | % no respuesta por cambio domicilio | n | % respuesta | % no respuesta por cambio domicilio | n | % respuesta | % no respuesta por cambio domicilio | n | % respuesta | % no respuesta por cambio domicilio |
| Total | 590 | 19,2 | 52,2 | 5201 | 37,9 | 13,3 | 612 | 22,2 | 46,4 | 5866 | 41,8 | 12,0 |
| Zonas geográficas | | | | | | | | | | | | |
| Latinoamérica | 237 | 22,8 | 46,8 | | | | 303 | 26,4 | 44,2 | | | |
| Europa del Este | 215 | 14,9 | 56,7 | | | | 226 | 17,3 | 51,8 | | | |
| Norte de África | 92 | 18,5 | 50,0 | | | | 50 | 18,0 | 42,0 | | | |
| África Subsahariana | 37 | 21,6 | 59,5 | | | | 33 | 24,2 | 36,4 | | | |
| Resto del mundo | 9 | 22,2 | 77,8 | | | | 0 | | | | | |
| Grupos de edad | | | | | | | | | | | | |
| 16 a 24 años | 109 | 22,0 | 54,1 | | | | 120 | 25,0 | 41,7 | 595 | 41,7 | 13,1 |
| 25 a 34 años | 255 | 20,0 | 52,9 | 621 | 40,4 | 11,8 | 242 | 19,0 | 47,9 | 995 | 33,0 | 21,6 |
| 35 a 44 años | 145 | 16,6 | 53,8 | 1016 | 29,2 | 20,2 | 137 | 25,5 | 48,9 | 935 | 38,3 | 13,3 |
| 45 a 54 años | 61 | 16,4 | 45,9 | 923 | 33,0 | 20,0 | 76 | 23,7 | 51,3 | 818 | 45,1 | 8,1 |
| 55 a 64 años | 19 | 21,1 | 36,8 | 744 | 36,0 | 12,4 | 16 | 31,3 | 37,5 | 707 | 45,7 | 5,7 |
| 65 a 74 años | 1 | 0,0 | 100 | 634 | 42,3 | 7,6 | 16 | 12,5 | 31,3 | 909 | 47,3 | 6,7 |
| 75 y más años | 0 | | | 758 | 47,4 | 6,3 | 5 | 0,0 | 20,0 | 907 | 43,7 | 13,0 |

^a Del padrón se obtuvo la variable nacionalidad, no país de nacimiento.

respuesta entre los extranjeros fue el cambio de domicilio (tabla 1).

El 15,1% (IC95%: 14,2-15,9) de los encuestados ha nacido en países de renta media-baja, y el 51,0% (IC95%: 48,3-53,6) de ellos son mujeres. Estos porcentajes son muy similares o iguales a los obtenidos a partir del padrón, 16,7% y 51,0%, respectivamente. La tabla 2 demuestra que se ha conseguido una buena replicación de la distribución por edades del padrón, aunque se aprecia una ligera infrarrepresentación de los inmigrantes de mayor edad. Los inmigrantes de origen latinoamericano están sobrerrepresentados en la muestra.

Comparada con la población autóctona, la de nacidos en países de renta media-baja es más joven (tabla 2); presenta un mayor porcentaje de personas que han terminado estudios secundarios y un menor porcentaje de personas con estudios universitarios; y se dedica con mucha mayor frecuencia a trabajos manuales. Los inmigrantes desarrollan ocupaciones que no se corresponden con su nivel educativo más frecuentemente que los nacidos en España, en especial las mujeres: el 54,6% de las inmigrantes económicas universitarias que llevan menos de 5 años viviendo en España desarrolla una ocupación manual, frente al 6,2% de las nacidas en España con el mismo nivel de estudios. El ajuste entre nivel de estudios y ocupación es algo mejor en los inmigrantes que llevan más tiempo residiendo en España (tabla 3).

La tabla 4 compara otras variables tras ajustar las poblaciones a una misma distribución de edades. Los ingresos familiares de los inmigrantes son menores: un 11,8% de los hombres y un 11,7% de las mujeres inmigrantes con menos de 5 años en España han declarado ingresos inferiores a 900 euros mensuales, frente a un 3,6% de los hombres y un 4,3% de las mujeres autóctonas. En el caso de los inmigrantes con mayor tiempo de residencia, la situación económica de los hombres es similar a la de los autóctonos, mientras que la de las mujeres se mantiene en valores similares a los de aquellas que llevan menos de 5 años. Los inmigrantes disponen de un tercio menos de metros cuadrados por habitante en sus viviendas, sin que se aprecie variación en función del tiempo de estancia. Más de la cuarta parte de los hombres inmigrantes tienen mucha o bastante preocupación por la posibilidad de perder su empleo, frente a un 15,5% de los autóctonos. Un cuarto de las mujeres inmigrantes con mayor tiempo de residencia en España tienen esta misma preocupación, pero el porcentaje de las que llevan menos tiempo de residencia es similar al de las nacidas en España.

En el apartado de hábitos de vida, el sobrepeso es alrededor de un 10% más frecuente en las mujeres inmigrantes que en las autóctonas. La obesidad también es más frecuente, pero las diferencias no llegan a ser significativas. Tampoco los son en el caso del sedentarismo, aunque también es más frecuente entre las inmigrantes, en especial entre las que llevan 5 o más años en España. Los inmigrantes, independientemente del tiempo de residencia, fuman y beben menos que los autóctonos, con mayores diferencias en las mujeres. Se aprecia un cribado con menor periodicidad de lo recomendado de la tensión arterial y del cáncer de cuello de útero en inmigrantes, especialmente en los que tienen menos de 5 años de residencia, en los cuales el cribado de la tensión arterial en los hombres es hasta un 16% menor.

Respecto a los servicios sanitarios, la gran mayoría de los inmigrantes disfrutan de cobertura por el sistema público, pero casi un 3% de los que llevan menos de 5 años en España y casi un 1% de los que superan este tiempo de residencia no la tienen. Las diferencias entre los nacidos en el extranjero y en España en la frecuentación de la atención primaria pueden resumirse en que, en ambos sexos, los que llevan menos tiempo de residencia

Tabla 2

Distribución de las variables sociodemográficas en el padrón de la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2007 y en la muestra (datos ponderados) en inmigrantes económicos y nacidos en España de más de 16 años, por sexo

| | Hombres | | | Mujeres | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|--|
| | Inmigrantes económicos en el padrón % | Inmigrantes económicos en la muestra % (IC 95%) | Nacidos en España en la muestra % (IC 95%) | Inmigrantes económicas en el padrón % | Inmigrantes económicas en la muestra % (IC 95%) | Nacidas en España en la muestra % (IC 95%) |
| | n=425.722 | n=900 | n=4.847 | n=439.553 | n=936 | n=5.323 |
| % de la población total | 17,1 | 15,4 (14,2-16,6) | 83,0 (81,7-84,2) | 16,3 | 14,7 (13,8-15,7) | 83,9 (82,9-84,9) |
| Grupos de edad ^a | | | | | | |
| 16 a 24 años | 17,8 | 18,2 (15,7-21,0) | 12,2 (11,4-13,0) | 17,8 | 18,5 (15,7-21,6) | 10,5 (9,8-11,2) |
| 25 a 34 años | 36,8 | 39,6 (35,9-43,5) | 20,5 (19,5-21,6) | 34,1 | 37,5 (34,2-41,0) | 18,3 (17,4-19,2) |
| 35 a 44 años | 26,4 | 26,2 (22,9-29,8) | 20,1 (19,0-21,2) | 24,6 | 24,6 (21,8-27,7) | 18,5 (17,5-19,5) |
| 45 a 54 años | 12,7 | 11,9 (9,8-14,3) | 16,4 (15,5-17,4) | 14,0 | 13,8 (11,6-16,4) | 16,0 (15,2-16,9) |
| 55 a 64 años | 4,1 | 3,2 (2,3-4,5) | 13,8 (13,0-14,7) | 5,7 | 3,5 (2,5-4,8) | 14,2 (13,4-15,0) |
| 65 a 74 años | 1,5 | 0,4 (0,2-0,9) | 9,7 (9,1-10,4) | 2,4 | 1,2 (0,7-1,9) | 10,8 (10,2-11,5) |
| 75 y más años | 0,8 | 0,4 (0,2-0,9) | 7,2 (6,6-7,9) | 1,4 | 0,8 (0,5-1,4) | 11,7 (11,0-12,5) |
| Zonas de procedencia | | | | | | |
| América Latina | 52,5 | 61,1 (57,2-64,8) | | 62,6 | 67,2 (63,8-70,4) | |
| Europa del Este | 23,8 | 19,9 (17,0-23,0) | | 22,2 | 19,6 (17,0-22,4) | |
| Norte de África | 11,8 | 11 (9,0-13,3) | | 6,9 | 7,4 (5,8-9,3) | |
| África Subsahariana | 5,0 | 3,9 (2,8-5,4) | | 3,1 | 2,6 (1,9-3,6) | |
| Resto del Mundo | 6,8 | 4,2 (2,6-6,6) | | 5,3 | 3,3 (2,2-4,8) | |
| Estudios ^a | | n=876,8 | n=4.791 | | n=926,8 | n=5.278 |
| Sin estudios | | 3,0 (2,0-4,5) | 3,8 (3,3-4,3) | | 2,5 (1,6-4,0) | 5,9 (5,3-6,5) |
| Primarios | | 37,0 (33,6-40,6) | 40,3 (38,9-41,7) | | 37,8 (34,3-41,4) | 43,7 (42,4-45,0) |
| Secundarios | | 43,2 (39,6-47,0) | 31,7 (30,5-33,0) | | 46,1 (42,6-49,6) | 27,1 (26,0-28,2) |
| Universitarios | | 16,8 (14,3-19,6) | 24,2 (22,9-25,5) | | 13,6 (11,5-16,0) | 23,4 (22,2-24,6) |
| Tipos de trabajador ^a | | n=896,8 | n=4.817 | | n=925,5 | n=5.016 |
| No manuales | | 25,8 (22,7-29,1) | 60,1 (58,6-61,5) | | 33,1 (29,9-36,4) | 63,9 (62,5-65,2) |
| Manuales | | 74,2 (70,9-77,3) | 39,9 (38,5-41,4) | | 66,9 (63,6-70,1) | 36,1 (34,8-37,5) |

^a p < 0,001 para las diferencias entre inmigrantes económicos y nacidos en España, en los dos sexos**Tabla 3**

Tipos de trabajadores por nivel de estudios en los entrevistados de 16 a 54 años, por sexo y procedencia

| | Hombres | | | | Mujeres | | | | | |
|--|---------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | n | No manuales ^a | | Manuales ^b | | n | No manuales ^a | | Manuales ^b | |
| | | % (IC 95%) | % (IC 95%) | % (IC 95%) | % (IC 95%) | | % (IC 95%) | % (IC 95%) | | |
| Sin estudios | | | | | | | | | | |
| Inmigrantes ^c <5 años en España | 7,1 | 0 | | 100 | | 1,4 | 0 | | 100 | |
| Inmigrantes ≥5 años en España | 19 | 14,2 | (4,8-35,0) | 85,8 | (65,0-95,2) | 10,5 | 0 | | 100 | |
| Nacidos en España | 24 | 24,6 | (12,6-42,6) | 75,4 | (57,4-87,4) | 22,4 | 13,4 | (5,0-30,6) | 86,6 | (69,4-95,0) |
| Primarios ^d | | | | | | | | | | |
| Inmigrantes <5 años en España | 88 | 3,5 | (1,0-11,7) | 96,5 | (88,3-99,0) | 79,7 | 9,7 | (4,6-18,9) | 90,3 | (81,1-95,4) |
| Inmigrantes ≥5 años en España | 193,5 | 13,7 | (8,8-20,8) | 86,3 | (79,2-91,2) | 161,3 | 6,9 | (3,7-12,5) | 93,1 | (87,5-96,3) |
| Nacidos en España | 996,2 | 30,2 | (27,8-32,7) | 69,8 | (67,3-72,2) | 802,6 | 23,1 | (20,7-25,8) | 76,9 | (74,2-79,3) |
| Secundarios ^d | | | | | | | | | | |
| Inmigrantes <5 años en España | 105,3 | 22,1 | (14,3-32,4) | 77,9 | (67,6-85,7) | 101,2 | 13,8 | (8,3-22,2) | 86,2 | (77,8-91,7) |
| Inmigrantes ≥5 años en España | 226,8 | 18,5 | (14,0-24,1) | 81,5 | (75,9-86,0) | 246 | 20,5 | (15,7-26,3) | 79,5 | (73,7-84,3) |
| Nacidos en España | 1090,6 | 54,6 | (52,0-57,2) | 45,4 | (42,8-48,0) | 951,1 | 61,2 | (58,3-64,1) | 38,8 | (35,9-41,7) |
| Universitarios ^d | | | | | | | | | | |
| Inmigrantes <5 años en España | 43,4 | 47,7 | (31,7-64,2) | 52,3 | (35,8-68,3) | 40,5 | 45,4 | (30,1-61,6) | 54,6 | (38,4-69,9) |
| Inmigrantes ≥5 años en España | 84 | 54,9 | (42,5-66,7) | 45,1 | (33,3-57,5) | 70,7 | 67,8 | (55,9-77,8) | 32,2 | (22,2-44,1) |
| Nacidos en España | 821,6 | 95,5 | (94,1-96,6) | 4,5 | (3,4-5,9) | 930,7 | 93,8 | (92,3-95,0) | 6,2 | (5,0-7,7) |

Datos ponderados.

^a Niveles I, II y III de la clasificación del nivel socioeconómico de la Sociedad Española de Epidemiología.^b Niveles IV y V.^c Inmigrantes se refiere a inmigrantes económicos.^d p < 0,001 para la asociación de tipo de trabajador con procedencia para los dos sexos

acuden con menos frecuencia que los autóctonos, mientras que los de mayor tiempo igualan e incluso superan la frecuentación de los nacidos en España (un 5% más en el caso de las mujeres que

han acudido en el último mes). Un patrón similar se aprecia en el uso de los servicios de urgencias, que es menor (especialmente en los hombres) entre los inmigrantes que llevan menos tiempo de

Tabla 4

Distribución de determinantes de salud, utilización de servicios y variables de salud en los entrevistados de entre 16 y 54 años, por sexo y procedencia

| | Hombres | | | Mujeres | | |
|---|--|--|------------------------------|--|--|------------------------------|
| | Inmigrantes económicos < 5 años en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicos ≥ 5 años en España % (IC 95%) | Nacidos en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicas < 5 años en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicas ≥ 5 años en España % (IC 95%) | Nacidas en España % (IC 95%) |
| Ingresos familiares respecto a 900 euros mensuales ^a | n=191,4 | n=421,4 | n=3318,8 | n=180,5 | n=394,8 | n=3268,7 |
| Muy superiores (más del doble) | 6,1 [3,2-11,2] | 6,8 (4,7-9,8) | 17,1 (15,6-18,6) | 4,1 (2,2-7,5) | 6,2 (4,3-8,8) | 14,2 (12,9-15,7) |
| Superiores | 51,3 (43,5-59,0) | 63,1 (58,0-67,9) | 65,5 (63,7-67,2) | 52,7 (44,6-60,6) | 56,5 (51,6-61,3) | 67,5 (65,7-69,3) |
| Alrededor de esa cifra | 30,8 (24,4-38,0) | 25,5 (21,2-30,2) | 13,9 (12,6-15,3) | 31,6 (24,2-40,0) | 25,3 (21,1-30,0) | 14,0 (12,7-15,3) |
| Inferiores | 11,8 (7,5-18,2) | 4,6 (2,8-7,6) | 3,2 (2,6-3,8) | 11,4 (6,7-18,7) | 11,3 (8,5-14,9) | 3,7 (3,0-4,5) |
| Bastante inferiores (menos de la mitad) | 0 | 0 | 0,4 (0,2-0,6) | 0,3 (0,1-1,3) | 0,8 (0,3-1,9) | 0,6 (0,4-0,9) |
| Media de metros cuadrados de vivienda por habitante ^a | n=194,1 | n=425,6 | n=3479,4 | n=208,8 | n=425,8 | n=3593,8 |
| | 21,5 (19,5-23,5) | 21,2 (20,2-22,3) | 31,8 (31,1-32,5) | 21,9 (20,1-23,6) | 22,0 (20,4-23,5) | 30,3 (29,6-30,9) |
| Preocupación por perder el empleo ^a | n=171,2 | n=374,9 | n=2794,7 | n=148,7 | n=297 | n=2218,8 |
| Mucha | 11,5 (7,3-17,7) | 11,6 (8,4-15,8) | 5,6 (4,8-6,5) | 6,0 (3,2-11,0) | 11,6 (8,5-15,5) | 7,0 (6,0-8,1) |
| Bastante | 17,8 (11,5-26,4) | 12,8 (9,8-16,6) | 9,9 (8,8-11,0) | 11,0 (7,3-16,3) | 13,2 (10,0-17,3) | 10,8 (9,5-12,2) |
| Regular | 21,5 (16,3-27,8) | 21,6 (18,0-25,8) | 18,3 (16,9-19,8) | 27,7 (20,7-36,0) | 21,3 (17,2-26,1) | 18,7 (17,2-20,4) |
| Poca | 26,2 (19,4-34,5) | 24,9 (21,0-29,3) | 24,0 (22,4-25,6) | 24,6 (16,9-34,4) | 24,3 (19,8-29,5) | 22,4 (20,8-24,2) |
| Ninguna | 23,0 (17,0-30,3) | 29,1 (24,7-33,9) | 42,3 (40,3-44,2) | 30,7 (23,1-39,5) | 29,6 (25,1-34,5) | 41,1 (39,0-43,2) |
| Índice de masa corporal ^b | n=205,4 | n=435,9 | n=3544,9 | n=207,5 | n=424,1 | n=3556,3 |
| Debajo de lo normal (IMC < 18,5) | 0,3 (0,1-1,3) | 1,3 (0,7-2,3) | 1,0 (0,8-1,4) | 3,3 (1,8-6,2) | 3,3 (2,0-5,3) | 6,0 (5,3-6,7) |
| Normopeso (IMC ≥ 18,5 y < 25) | 46,1 (39,7-52,7) | 42,5 (38,1-47,1) | 47,2 (45,6-48,7) | 57,4 (49,9-64,6) | 55,6 (51,0-60,2) | 64,8 (63,3-66,3) |
| Sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30) | 41,8 (35,0-48,9) | 43,4 (39,1-47,9) | 39,6 (38,0-41,2) | 29,2 (22,5-37,0) | 30,7 (26,5-35,1) | 20,8 (19,7-22,0) |
| Obesidad (IMC ≥ de 30) | 11,8 (8,1-16,9) | 12,8 (10,0-16,3) | 12,2 (11,2-13,2) | 10,1 (6,5-15,2) | 10,4 (7,9-13,7) | 8,4 (7,6-9,3) |
| Sedentarismo | n=208,4 | n=431,2 | n=3471,6 | n=203,2 | n=421,7 | n=3523 |
| | 33,2 (25,4-42,1) | 29,8 (25,6-34,4) | 32,1 (30,5-33,7) | 44,4 (37,5-51,6) | 47,2 (42,6-51,9) | 41,5 (39,8-43,1) |
| Hábito tabáquico ^a | n=218,6 | n=440,7 | n=3566,5 | n=208,5 | n=426,4 | n=3609,4 |
| A diario | 25,9 (20,2-32,6) | 23,3 (19,8-27,2) | 36,5 (35,0-38,0) | 12,2 (9,0-16,5) | 9,0 (6,9-11,7) | 32,3 (30,9-33,8) |
| No a diario | 5,6 (2,9-10,5) | 8,1 (6,0-10,9) | 2,5 (2,0-3,0) | 1,4 (0,6-3,1) | 5,1 (3,5-7,5) | 3,0 (2,5-3,5) |
| Exfumadores | 10,1 (6,7-15,0) | 15,9 (12,8-19,5) | 19,9 (18,7-21,1) | 9,3 (5,7-14,8) | 10,6 (8,1-13,8) | 18,7 (17,6-20,0) |
| No fumadores | 58,3 (51,8-64,6) | 52,8 (47,9-57,6) | 41,1 (39,6-42,7) | 77,1 (71,0-82,3) | 75,3 (71,2-78,9) | 46,0 (44,5-47,5) |
| Consumo habitual de alcohol ^a | n=209,8 | n=418,3 | n=3329,2 | n=206,8 | n=422,4 | n=3492,4 |
| Bebedores de alcohol a riesgo | 2,9 (1,4-6,0) | 5,9 (4,0-8,5) | 6,0 (5,2-6,8) | 2,1 (1,1-3,9) | 1,7 (1,0-3,1) | 3,3 (2,8-3,9) |
| Bebedores moderados | 69,6 (62,7-75,8) | 69,2 (64,9-73,3) | 76,2 (74,8-77,5) | 59,6 (52,7-66,2) | 57,4 (53,1-61,6) | 66,4 (64,8-68,1) |
| Exbebedores | 8,3 (4,6-14,3) | 5,5 (3,7-8,2) | 7,2 (6,3-8,1) | 9,1 (5,9-13,9) | 9,7 (7,1-13,0) | 9,9 (8,8-11,2) |
| No bebedores | 19,2 (13,6-26,3) | 19,3 (16,0-23,2) | 10,7 (9,7-11,8) | 29,2 (23,2-35,9) | 31,2 (27,2-35,5) | 20,3 (18,8-21,8) |
| Cribado correcto de la presión arterial ^a | n=217,8 | n=438,9 | n=3539,8 | n=3574,6 | n=206,8 | n=423,6 |
| | 70,2 (62,5-76,8) | 78,5 (74,6-82,0) | 86,2 (84,9-87,4) | 78,1 (72,1-83,2) | 81,4 (77,6-84,7) | 89,9 (88,8-90,8) |
| Cribado citológico ^b | | | | n=191,4 | n=403,6 | n=3453,6 |
| Insuficiente | | | | 19,1 (14,0-25,6) | 13,7 (10,7-17,3) | 8,8 (7,9-9,7) |
| Correcto | | | | 72,3 (65,5-78,1) | 76,7 (72,4-80,6) | 83,5 (82,3-84,6) |
| Excesivo | | | | 8,6 (6,0-12,2) | 9,6 (6,0-13,2) | 7,8 (7,0-8,6) |
| Tipo de cobertura sanitaria ^a | n=220,0 | n=444,4 | n=3564,4 | n=207,4 | n=429,3 | n=3610,8 |
| Sólo pública | 93,3 (89,1-95,9) | 93,7 (90,8-95,8) | 75,9 (74,4-77,4) | 91,9 (87,0-95,1) | 90,6 (87,8-92,8) | 73,7 (72,1-75,2) |
| Mixta | 4,3 (2,3-7,9) | 6,3 (4,2-9,2) | 21,7 (20,3-23,2) | 5,3 (2,7-10,1) | 8,9 (6,7-11,7) | 24,2 (22,8-25,7) |
| Sólo privada | 2,4 (1,0-5,5) | 0 | 2,4 (1,9-3,0) | 2,8 (1,4-5,4) | 0,5 (0,2-1,3) | 2,1 (1,7-2,7) |
| Frecuencia de utilización de las consultas de medicina general o enfermería: Han consultado... ^a | n=198,6 | n=433,7 | n=3417,6 | n=199,6 | n=418,4 | n=3500,4 |
| En las dos últimas semanas | 17,8 (12,6-24,7) | 20,0 (16,7-23,8) | 19,5 (18,3-20,8) | 13,7 (9,9-18,7) | 26,9 (22,9-31,2) | 28,6 (27,2-30,0) |
| En el último mes | 8,5 (5,2-13,4) | 11,0 (8,4-14,3) | 11,7 (10,7-12,7) | 21,8 (16,3-28,7) | 21,6 (18,2-25,4) | 15,0 (13,9-16,1) |
| En el último año | 47,4 (40,9-54,0) | 54,1 (49,7-58,5) | 49,1 (47,5-50,6) | 56,0 (48,8-63,1) | 43,9 (39,7-48,3) | 46,8 (45,2-48,4) |
| En los últimos 5 años | 16,8 (12,0-22,9) | 11,9 (9,2-15,3) | 16,8 (15,6-18,0) | 6,7 (4,0-11,0) | 6,6 (4,7-9,3) | 8,0 (7,2-8,9) |
| Hace más de 5 años/Nunca | 9,6 (5,9-15,1) | 3,0 (1,8-4,7) | 3,0 (2,5-3,5) | 1,7 (0,9-3,2) | 1,0 (0,5-2,1) | 1,7 (1,3-2,1) |
| Han utilizado las urgencias en el último año ^c | n=220,1 | n=442,2 | n=3572,6 | n=208,8 | n=429,2 | n=3615,5 |
| | 10,9 (7,7-15,4) | 20,5 (16,7-25,0) | 18,6 (17,4-19,9) | 16,0 (12,2-20,9) | 26,3 (22,5-30,4) | 20,0 (18,7-21,2) |
| Discriminación al recibir asistencia sanitaria ^a | n=210,5 | n=426,7 | n=3460 | n=190,5 | n=403,4 | n=3506,6 |
| | 0,6 (0,2-1,6) | 4,2 (2,7-6,6) | 0,5 (0,4-0,8) | 4,6 (1,7-11,8) | 6,1 (4,2-8,7) | 0,7 (0,5-1,0) |

Tabla 4 (continuación)

| | Hombres | | | Mujeres | | |
|--|--|--|---------------------------------|--|--|---------------------------------|
| | Inmigrantes económicos <5 años en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicos ≥5 años en España % (IC 95%) | Nacidos en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicas <5 años en España % (IC 95%) | Inmigrantes económicas ≥5 años en España % (IC 95%) | Nacidas en España % (IC 95%) |
| Salud autopercebida ^b | n=220 | n=444,5 | n=3572, 3 | n=208,9 | n=427,4 | n=3620,4 |
| Muy buena | 17,4 (13,0-23,0) | 18,6 (15,1-22,6) | 19,9 (18,6-21,3) | 14,1 (10,2-19,1) | 15,2 (12,1-18,9) | 19,4 (18,1-20,8) |
| Buena | 70,3 (63,8-76,1) | 65,3 (60,7-69,6) | 67,1 (65,6-68,6) | 66,0 (58,5-72,7) | 61,7 (57,5-65,8) | 63,2 (61,6-64,8) |
| Regular | 10,2 (6,8-15,2) | 15,3 (12,4-18,7) | 10,9 (10,0-11,9) | 19,9 (14,1-27,3) | 22,3 (18,8-26,3) | 15,3 (14,2-16,4) |
| Mala | 2,0 (0,7-6,3) | 0,9 (0,3-2,3) | 1,8 (1,4-2,3) | 0 | 0,2 (0,0-1,1) | 1,8 (1,5-2,3) |
| Muy mala | 0,0 | 0,0 | 0,2 (0,1-0,4) | 0 | 0,6 (0,2-1,9) | 0,3 (0,2-0,5) |
| Sospecha de problemas de salud mental ^d | n=206,7 | n=428,8 | n=3404, 9 | n=199 | n=409,6 | n=3491,1 |
| | 16,2 (11,7-22,0) | 22,2 (18,5-26,3) | 18,1 (16,7-19,5) | 29,7 (23,1-37,3) | 35,6 (31,6-39,8) | 27,1 (25,6-28,7) |

Datos ponderados y ajustados por edad.

^a $p < 0,001$ para los dos sexos.

^b $p < 0,001$ para las mujeres.

^c $p < 0,05$ para los hombres y $p < 0,01$ para las mujeres.

^d $p < 0,01$ para las mujeres.

residencia en España y mayor entre los que llevan más tiempo (especialmente en las mujeres). La percepción de discriminación al recibir asistencia sanitaria llega al 6% en las mujeres que llevan más tiempo viviendo en España.

En cuanto a los indicadores de salud, la distribución de la autopercepción del estado de salud es similar en la población inmigrante y en la autóctona, aunque las mujeres y los hombres inmigrantes que llevan viviendo más tiempo en España valoran con mayor frecuencia su salud como «regular» (22,3% frente a 15,3% para las mujeres y 15,3% frente a 10,9% para los hombres), y las nacidas en España la valoran más como «mala» (1,8% frente a 0,2%). La prevalencia de sospecha de problemas de salud mental no es diferente por procedencia entre los hombres, pero es mayor en las mujeres inmigrantes con 5 o más años en España (35,6% frente a 27,1% en las autóctonas).

Finalmente se aprecia que los problemas crónicos referidos diagnosticados por un médico son similares, independientemente de la procedencia del entrevistado. En general, las prevalencias son menores en la población inmigrante, aunque los intervalos de confianza son amplios y en la mayoría de los casos se solapan (tabla 5).

Discusión

Nuestros datos demuestran que las personas nacidas en países de renta media-baja, comparadas con las nacidas en España, viven en peores circunstancias materiales, presentan prevalencias de hábitos de vida perjudiciales diferentes y disfrutan menos frecuentemente de algunas actividades preventivas. La mayoría de los indicadores materiales y la adhesión a actividades preventivas son mejores en los que llevan más tiempo viviendo en España, pero las diferencias por tiempo de residencia se hacen especialmente notables en la utilización de servicios sanitarios. El estado de salud de los nacidos dentro y fuera de España es comparable, aunque las mujeres inmigrantes con más tiempo de residencia presentan una salud autopercebida y salud mental algo peores.

Los resultados de la ERSM-07 muestran una población inmigrante joven, proveniente en su mayor parte de Latinoamérica y del Este de Europa, y que está empleada en trabajos que no se corresponden con su nivel educativo, en concordancia con estudios previos^{25,26}. Sus peores circunstancias materiales se han descrito también en otros trabajos^{7,27}.

Sus hábitos de vida son mejores en algunos aspectos, como el consumo de alcohol y tabaco. Estos resultados coinciden con los

de otras encuestas realizadas en España^{7,27,28} y con los obtenidos por otros estudios^{9,11-13,29,30}, que asocian el país de origen o la religión con un menor hábito de consumo de estas sustancias.

En cambio, otros indicadores son negativos. El sobrepeso es más frecuente en las mujeres inmigrantes. Su asociación habitual con el sedentarismo se aprecia también en nuestros resultados. La causa probablemente sea el menor nivel socioeconómico de la población inmigrante³¹, aunque también podría influir la existencia de una percepción más positiva del sobrepeso en las culturas de origen.

Se detecta una menor adherencia a actividades de salud preventivas, resultado ya descrito en la literatura^{7,27} que podría estar reflejando la influencia de la oferta de los servicios sanitarios y de las concepciones de salud en los países de origen, así como algunas dificultades de acceso al sistema público de salud producidas en ocasiones por la discriminación al recibir asistencia sanitaria. Otras barreras de utilización de los servicios, como las económicas, parecen no ser tan importantes por la alta cobertura sanitaria pública en esta población.

Los datos sugieren que se produce un proceso de adaptación y conocimiento del sistema sanitario que lleva a los inmigrantes desde una menor utilización durante los 5 primeros años de residencia hacia niveles similares o algo más elevados de asistencia que los de la población autóctona, transcurrido este tiempo. Este patrón se intuía, pero no alcanzaba la significación estadística, probablemente por falta de tamaño de la muestra, en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid²⁷. Las diferencias por tiempo de estancia explicarían que algunos autores⁵ hayan descrito que la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios, al tiempo que mencionan que en otros países con asistencia sanitaria pública no se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de consultas al médico general entre la población inmigrante y la autóctona. Por su parte, otros trabajos^{3,4,7,8,32} apuntan una mayor probabilidad de la población inmigrante de ser tratada en los servicios de urgencias, pero no tienen en cuenta el tiempo de residencia. Aparte de por el mejor conocimiento del sistema sanitario, el incremento de la utilización también puede ser resultado del relativo peor estado de salud autopercebida y de la salud mental en los que llevan más tiempo residiendo en España. La existencia de barreras idiomáticas, culturales y administrativas, junto con la carencia de una red social y familiar de apoyo, y la xenofobia, contribuyen a una peor autopercepción de la salud y la salud mental^{3,33}. Este empeoramiento no se ha encontrado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, pero

Tabla 5

Prevalencia de los 10 problemas crónicos más frecuentes diagnosticados por un médico a los entrevistados de entre 16 y 54 años, por sexo y procedencia

| Hombres | | Inmigrantes económicos | | Nacidos en España | |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|------------------|---------------------------------------|------------------|
| Inmigrantes económicos | % (IC 95%) | Inmigrantes económicos | % (IC 95%) | Nacidos en España | % (IC 95%) |
| <5 años en España (n=217,9) | | ≥5 años en España (n=440,6) | | (n=3.558,3) | |
| Alergia | 6,3 (2,7–10,0) | Alergia | 11,4 (8,4–14,3) | Alergia | 15,0 (13,9–16,1) |
| Hipertensión arterial | 6,3 (2,0–10,6) | Ciática, lumbago y dolores de espalda | 6,4 (4,3–8,4) | Ciática, lumbago y dolores de espalda | 6,3 (5,6–7,1) |
| Ciática, lumbago y dolores de espalda | 6,2 (2,9–9,5) | Colesterol elevado | 4,9 (3,0–6,9) | Colesterol elevado | 6,1 (5,4–6,8) |
| Colesterol elevado | 5,3 (1,6–9,0) | Jaquecas, migrañas | 3,8 (1,9–5,6) | Hipertensión arterial | 4,9 (4,3–5,6) |
| Otros | 2,6 (0,8–4,5) | Artrosis, artritis y reumatismos | 3,7 (2,0–5,4) | Otros | 3,4 (2,8–3,9) |
| Enfermedades crónicas del riñón | 2,62, (0,0–5,9) | Hipertensión arterial | 3,63, (1,9–5,3) | Artrosis, artritis y reumatismos | 3,12, (2,6–3,6) |
| Otras enfermedades del corazón | 4 (0,0–4,9) | Úlcera de estómago o duodeno | 3 (1,5–5,2) | Asma | 9 (2,4–3,5) |
| Hernia de disco | 1,9 (0,0–5,2) | Otros | 3,2 (1,6–4,9) | Ansiedad | 2,6 (2,1–3,1) |
| Ansiedad | 1,51, (0,0–3,1) | Asma | 2,42, (0,9–3,9) | Dolor cervical | 2,52, (2,1–3,0) |
| Úlcera de estómago o duodeno | 5 (0,0–3,2) | Diabetes mellitus | 0 (0,5–3,6) | Jaquecas, migrañas | 2 (1,7–2,7) |
| Mujeres | | Inmigrantes económicas | | Nacidas en España | |
| Inmigrantes económicas | % (IC 95%) | Inmigrantes económicas | % (IC 95%) | Nacidas en España | % (IC 95%) |
| <5 años en España (n=208,1) | | ≥5 años en España (n=428,1) | | (n=3.603,5) | |
| Varices | 7,7 (3,4–12,0) | Alergia | 20,1 (16,8–23,5) | Alergia | 17,1 (16,0–18,3) |
| Jaquecas, migrañas | 7,4 (3,7–11,0) | Ciática, lumbago y dolores de espalda | 9,2 (6,6–11,8) | Ciática, lumbago y dolores de espalda | 10,5 (9,5–11,4) |
| Ciática, lumbago y dolores de espalda | 6,6 (2,3–10,8) | Jaquecas, migrañas | 7,4 (5,0–9,8) | Jaquecas, migrañas | 7,8 (7,0–8,6) |
| Alergia | 6,4 (3,5–9,3) | Varices | 6,9 (4,4–9,3) | Artrosis, artritis y reumatismos | 6,7 (5,9–7,5) |
| Anemia | 4,1 (1,5–6,7) | Colesterol elevado | 5,6 (3,4–7,7) | Dolor cervical | 6,5 (5,8–7,3) |
| Depresión | 3,9 (1,0–6,9) | Artrosis, artritis y reumatismos | 5,4 (3,2–7,5) | Ansiedad | 5,3 (4,6–6,0) |
| Colesterol elevado | 3,3 (0,9–5,7) | Hipertensión arterial | 4,7 (2,6–6,8) | Problemas de tiroides | 5,2 (4,5–5,8) |
| Problemas de tiroides | 3,0 (0,9–5,0) | Dolor cervical | 4,5 (2,6–6,4) | Varices | 4,9 (4,2–5,5) |
| Ansiedad | 2,2 (0,2–4,2) | Asma | 4,4 (2,4–6,3) | Otros | 4,2 (3,6–4,8) |
| Hipertensión arterial | 1,9 (0,2–3,6) | Anemia | 4,0 (2,4–5,7) | Depresión | 3,9 (3,3–4,5) |

Datos ponderados y ajustados por edad.

puede ser porque no analizó por separado hombres y mujeres y por otras diferencias metodológicas²⁷. Las prevalencias de trastornos crónicos son menores que en la población autóctona, lo que confirma estudios previos^{5,7}.

La mayor fortaleza de nuestro trabajo es que se apoya en una encuesta de base poblacional con una muestra amplia, en la cual están bien representados los nacidos en países de renta media-baja gracias al diseño del muestreo. Con todo, no se ha conseguido replicar exactamente la proporción en el padrón de nacidos en dichos países (probablemente por el mecanismo de sustitución en el trabajo de campo basado en la nacionalidad y no en el país de nacimiento) ni su distribución por zonas geográficas: la sobrerrepresentación de latinoamericanos tiene que ver probablemente con el sesgo del idioma del cuestionario. La selección de la muestra a partir del padrón ha dificultado la representación de los inmigrantes menos asentados (lo que queda demostrado por las altas tasas de no respuesta por cambio de domicilio) y ha dejado fuera a los grupos de inmigrantes en situación irregular.

Quizá la mayor limitación del análisis es haber agrupado a los inmigrantes en categorías demasiado amplias, lo que impide evaluar la diversidad que existe en este colectivo en función del país de procedencia, el nivel socioeconómico y los motivos de la emigración, entre otros. En la ERSM-07 se preguntaba por el país de nacimiento, no por la nacionalidad, por lo que esta variable no ha podido ser considerada en nuestro estudio, aunque creemos que una pregunta sobre la situación de irregularidad habría sido más relevante a la hora de justificar malas condiciones de vida o dificultades para la utilización del sistema sanitario público. Sin embargo, es una información difícil de obtener en un cuestionario realizado por un organismo oficial. En todo caso, nuestro objetivo era ofrecer una comparación general que dé pie a estudios más detallados que obligatoriamente deberán realizarse con técnicas multivariadas. El ajuste por edad que hemos realizado es un paso en este sentido, que elimina una variable importante de confusión, mientras que la presentación de resultados por separado para hombres y mujeres ha permitido detectar diferencias que no se han investigado en otros trabajos^{9,14}. Una mayor estratificación habría limitado mucho la significación estadística de las comparaciones, a pesar de contar con una muestra total de más de 12.000 individuos.

Una de nuestras hipótesis era que el tiempo de residencia en España equipara a los nacidos en el extranjero con la población autóctona en hábitos de vida, niveles de salud y utilización de servicios. Aunque los resultados parecen respaldarla, no podemos obviar que se trata de un diseño transversal, por lo que no estamos siguiendo a los mismos individuos a lo largo de su proceso migratorio sino comparando distintos individuos que pueden diferenciarse, además de por el tiempo de estancia, por otras variables como el país de origen.

Como conclusión podemos establecer que el estado de salud de la población inmigrante descrito por la ERSM-07 no muestra resultados tan desfavorables como se hubiera podido esperar en función de la mayor prevalencia de determinantes de salud perjudiciales. Estos factores probablemente acabarán mostrando su efecto sobre la salud de los inmigrantes en el futuro, por lo que será necesario ejercer acciones preventivas y de educación para la salud específicas para estas personas y continuar con la realización de encuestas de salud periódicas.

Contribuciones de autoría

N. Aerny, M. Ramasco y A. Rodríguez concibieron el estudio. A. Rodríguez supervisó la realización de la encuesta y llevó a cabo los análisis estadísticos. Todos los autores participaron en la

selección y la interpretación de los resultados, la redacción del artículo y su revisión final.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización del presente estudio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ramascó M, Palanca I. Sistema sanitario ante la diversidad sociocultural en la ciudad de Madrid. Anuario de la convivencia intercultural. Ciudad de Madrid. Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid; 2006 p. 377-85.
- Berra S, Eloraza Ricart JM, Bartomeu N, et al. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2004.
- Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, et al. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. BMC Public Health. 2009;9:201-13.
- 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;69:370-8.
- Regidor E, Díaz Olalla JM, Lostao L, et al. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008.
- Buron A, Cots F, García O, et al. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona. Spain. BMC Health Serv Res. 2008;8:51-61.
- Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. Eur J Public Health. 2007;17:503-7.
- Uiters E, Deville WLJM, Foets M, et al. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? Eur J Public Health. 2006;16:388-93.
- 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.
- Stronks K, Ravelli ACJ, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? Epidemiol Community Health. 2001;55:701-7.
- Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? Epidemiol Community Health. 1998;52:298-304.
- Méjean C, Traissa P, Eymard-Duvernay S, et al. Influence of socio-economic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisians and French. BMC Public Health. 2007;7:265-76.
- Van Oort FVA, van der Ende J, Crijnen AAM, et al. Determinants of daily smoking in Turkish young adults in the Netherlands. BMC Public Health. 2006;6:294-303.
- Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, et al. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. JAMA. 2004;292:2860-7.
- Brussaard JH, van Erp-Baart MA, Brants HAM, et al. Nutrition and health among migrants in the Netherlands. Public Health Nutrition. 2001;4:659-64.
- Introducción. En: Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Madrid; 2009.
- Encuesta de salud 2007. Consejería de Sanidad. (Actualizado y citado 26 agosto 2009.) Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142341580032&language=es&pageid=1156329914003&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156329914003.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
- Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, et al. SEEDO 2007 Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria. Med Clin (Barc). 2007;128:184-96.
- Cabezas PC, Robledo de DT, Marquesa F, et al. Recommendations on life style. Aten Primaria. 2007;39(Suppl 3):27-46.
- Maiques GA, Villar AF, Brotons CC, et al. Preventive cardiovascular recommendations. Aten Primaria. 2007;39(Suppl 3):15-26.

22. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Nuin Villanueva M, et al. Grupos de expertos del PAPPs: estrategias de prevención del cáncer. *Aten Primaria*. 2007;39(Suppl 3):47–66.
23. Harvard School of Public Health. (Actualizado y citado 26 agosto 2009). Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/faculty/nancy-krieger/>.
24. Goldberg D, Williams P. Versiones abreviadas del GHQ y problemas de puntuación. En: Goldberg D, Williams P, Lobo A, et al. editores. *Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire)*. Barcelona: Masson; 1996.
25. Jiménez Blasco B, Redondo González A. Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud. *Anales de Geografía*. 2007;27:59–76.
26. García Ballester. Inmigración: situación actual y perspectivas de futuro. (Actualizado y citado 26 agosto 2009). Disponible en: <http://209.85.229.132/search?q=cache:gZM7rILJT0J:www.nebrija.com/prospectiva-madrid-2014/docs/Inmigraci%25F3n.doc+Nebrija+Garc%3%ADa+Ballester.+Inmigraci%3%B3n:+situaci%3%B3n+actual+y+perspectivas+de+futuro&cd=1&hl=es&ct=clnk>.
27. Encuesta de salud de la Ciudad de Madrid 2005. Instituto de Salud Pública. (Actualizado y citado 26 agosto 2009.) Disponible en: <http://www.munimadrid.es/portal/site/munimadrid/menuitem.69f5b7528325ebcc48f549f59fc08a0c/?vgnextoid=9006e47b35c8b010VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=8db7566813946010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>.
28. Encuesta a la población inmigrante en Navarra 2008. Enfoques: Boletín del Observatorio Permanente de la Inmigración en Navarra 2009;4:1–19.
29. Georgiades K, Boyle MH, Duku E, et al. Tobacco use among immigrant and non immigrant adolescents: individual and family level influences. *J Adolesc Health*. 2006;38 443.e1–443.e7.
30. Acevedo-García D, Panb J, Juna H, et al. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Sci Med*. 2005;61:1223–42.
31. Ball K, Crawford D. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Soc Sci Med*. 2005;60:1987–2010.
32. Cots F, Castells X, García O, et al. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv Res*. 2007;7:9–17.
33. Carta MC, Bernal M, Hardoy MC, et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:13–29.