

ORIGINALES BREVES

Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid

B. Sanz, A.M. Torres y R. Schumacher

Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivo. Describir las características sociodemográficas y la utilización de servicios sanitarios en la población inmigrante residente en un área sanitaria.

Participantes. Población inmigrante regularizada o no que reside en el área de estudio.

Emplazamiento. Área Sanitaria 6 de la Comunidad de Madrid.

Métodos y resultados principales. Entrevistas individuales a 300 inmigrantes seleccionados mediante muestreo bietápico de conglomerados. La edad media fue de 32,6 años (IC del 95%, 31,6-33,7), de los que 6,6 los han vivido en España, encontrándose un 30,9% (IC del 95%, 24,3-35,9) en situación de irregularidad administrativa y sanitaria. Una de cada 5 personas no dispone de agua corriente ni recogida de basuras. Los principales problemas de salud referidos fueron dolores musculares (69%; IC del 95%, 63,9-74,1), problemas de vías respiratorias altas (40,3%; IC del 95%, 33,9-46,7) y accidentes (27,3%; IC del 95%, 16,9-37,7%). Los centros de salud (64,5%; IC del 95%, 56,7-72,3) fueron utilizados de preferencia a otros servicios, siendo los de urgencias la casi exclusiva vía de hospitalización.

Conclusiones. La población inmigrante mantiene de forma prolongada su residencia en esta área, a pesar de pervivir en condiciones adversas administrativa y sanitariamente. La sanidad pública, a través del INSALUD, es el principal proveedor de servicios sanitarios a la población inmigrante.

Palabras clave: Estado salud; Inmigración; Necesidades sanitarias; Utilización servicios.

SOCIAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE IMMIGRANT POPULATION RESIDING IN A HEALTH DISTRICT IN THE COMMUNITY OF MADRID AND THEIR USE OF HEALTH SERVICES

Objective. To describe the social and demographic characteristics of the immigrant population residing in a health district and their use of health services.

Participants. Immigrant population with papers or otherwise living in the area under study.

Setting. Health District 6 in the Community of Madrid.

Measurements and main results. Individual interviews with 300 immigrants chosen by two-stage conglomerate sampling. Average age was 32.6 (95% CI, 31.6-33.7) with 6.6 years living in Spain. 30.9% (CI, 24.3-35.9) lived in a situation of administrative and health-coverage irregularity. One of every five people had neither running water nor rubbish collection. The main health problems arising were muscular pains (69%; CI, 63.9-74.1), upper respiratory path ailments (40.3%; CI, 33.9-46.7) and accidents (27.3%; CI, 16.9-37.7). Health centres (64.5%; CI, 56.7-72.3) were used in preference to other services, with emergency being almost the only path into hospital admission.

Conclusions. The immigrant population has lived in this area for a long time, despite living in adverse conditions in administrative and health terms. The public health service through INSALUD is the principal provider of health services to immigrants.

(Aten Primaria 2000; 26: 314-318)

Correspondencia: Alberto M. Torres.
Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández.
Ctra. Alicante-Valencia, km. 87. 03550 San Juan de Alicante (Alicante).
Correo electrónico: atorres@umh.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 24-I-2000.

Introducción

Desde hace algo más de una década la inmigración económica ha aumentando de forma importante en España, aunque representa todavía sólo un 0,6% del total de la población española, unas 246.000 personas, sin incluir aquellas que han adquirido la nacionalidad española, tienen doble nacionalidad incluyendo la de un país de la Unión Europea o se encuentran en situación no regularizada¹. La asistencia sanitaria pública es accesible a la población inmigrante regularizada que cotiza a la Seguridad Social obteniendo el resto asistencia de organizaciones voluntarias (ONG), servicios municipales o del sistema público en situaciones de emergencia. Tanto como consecuencia del propio proceso migratorio² como de las condiciones de vida en los países de acogida, la salud de la población inmigrante sufre diversas y, con frecuencia, graves consecuencias³. La obtención de información sobre el estado de salud de la población inmigrante, así como sobre su utilización de servicios sanitarios, es difícil tanto por características propias de estos colectivos como por la inadecuación de la información recogida regularmente por los sistemas de información⁴.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas y la utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid (CM).

Material y método

El estudio transversal de base poblacional abarcó a toda la población inmigrante (regularizada o no) residente en el Área 6 de la Comunidad de Madrid durante el período de desarrollo del estudio, incluyendo población procedente de países en desa-

rollo mayor de 14 años, y que hubiera vivido en España 3 o más meses.

La muestra se obtuvo en un muestreo bietápico por conglomerados. En la primera etapa, y desde un punto de arranque aleatorio, se asignaron 30 conglomerados a los municipios del área de forma sistemática y proporcional a la población de inmigrantes registrados en el último censo. En la segunda etapa, los encuestadores entrevistaron a 10 inmigrantes en cada uno de los conglomerados asignados. La identificación y selección de personas en los conglomerados se realizó a partir de puntos de arranque elegidos de conveniencia (plaza del pueblo, ayuntamiento, etc.) y siguiendo desde allí direcciones aleatorias. Los centros sanitarios y sus alrededores fueron excluidos del muestreo. Un 12% de las personas rehusó participar en el estudio, siendo reemplazadas por otras hasta completar las asignadas al conglomerado. En total se entrevistó a 300 personas.

Un estudio cualitativo con 33 entrevistas a informantes claves, siguiendo un cuestionario semiestructurado, fue completado previamente al desarrollo del cuestionario. El grado de comprensión, fiabilidad y coherencia interna del cuestionario fue evaluado fuera del área de estudio. No se realizaron intentos adicionales para corroborar la información facilitada voluntariamente por los entrevistados. El cuestionario incluye información sociodemográfica, molestias y/o enfermedades presentadas durante el año anterior a la entrevista, hospitalización y causas de hospitalización, y utilización de servicios sanitarios desde su estancia en España y en el año anterior a la entrevista. Para minimizar sesgos de selección, las entrevistas se realizaron a lo largo de un amplio intervalo horario incluyendo festivos, y se establecieron protocolos para la elección sistemática de los entrevistados, que fueron interceptados en lugares públicos excluyendo expresamente centros sanitarios. El cuestionario fue traducido al árabe siguiendo procedimientos estándares de traducciones directas e inversas. El trabajo de campo se completó entre los meses de febrero y mayo de 1997.

Tras doble entrada de datos, se estimaron prevalencias, medias, desviaciones estándar, intervalos de confianza del 95% y pruebas de comparación de porcentajes y medias mediante Epi Info, 6.04 (Módulo Csample para análisis de muestras complejas) y SPSS.

Resultados

La edad media fue de 32,6 años (IC del 95%, 31,6-33,7), con una estancia media en España de 6,6 años (IC del 95%, 5,2-7,9), superior en la población regularizada que en la no regularizada (7,7 frente a 3,8 años; $p < 0,05$). Casi una tercera parte de la población (30,9%; IC del 95%, 24,3-35,9) se encuentra en situación no

regularizada. Predomina la población de origen marroquí (tabla 1), de los que un 83,9% son varones. El 40,6% (IC del 95%, 24,5-56,7) era analfabeto en castellano, y casi una quinta parte población no podía expresarse en ese idioma. En las 2 semanas anteriores a la entrevista un 34,6% (IC del 95%, 22,8-45,7) no realizó ninguna actividad remunerada. Se han diferenciado 4 situaciones respecto a la vivienda: a) piso independiente a su cargo o compartido (60,3%; IC del 95%, 54,2-65,6); b) vivienda del empleador (18,4%; IC del 95%, 14,1-23,2), de los que la mitad disponía adicionalmente de piso compartido; c) chabolas (11,3%; IC del 95%, 8-15,5), y d) personas sin residencia fija (casas abandonadas, coches, y otros) (10%; IC del 95%, 6,8-14). La práctica totalidad (98,3%) del primer grupo comparte el piso con hijos (16,9%; IC del 95%, 12,6-22,6), cónyuge (23%; IC del 95%, 17,5-28,7), otros familiares (41%) o amigos (49,9%) (categorías no excluyentes). En promedio, las viviendas son compartidas por 6,5 personas (IC del 95%, 3,9-9,1) y la habitación para dormir por casi 3 (IC del 95%, 2,5-3,1). Un 19% (IC del 95%, 14,4-24,7) no dispone de agua corriente, electricidad ni recogida de basuras en sus viviendas.

El 56% (IC del 95%, 50,2-61,8) de los entrevistados definieron su salud durante el último año como regular, mala o muy mala. Para el 35% (IC del 95%, 29,4-40,3), ésta es peor o mucho peor que la que tenían en su país de origen, y un 22% (IC del 95%, 17,9-27,3) cree que ha mejorado (datos no mostrados en tabla). Referido al año anterior, un 32,2% (IC del 95%, 27,1-37,9) declaró haber presentado algún dolor, molestia o enfermedad lo suficientemente grave como para limitar o reducir su actividad diaria al menos un día. Destacan dolores musculares, problemas respiratorios, digestivos, dolores de cabeza, accidentes y problemas nerviosos o depresivos (tabla 2).

La mayoría ha utilizado algún servicio sanitario en España, y los centros de salud son los servicios más utilizados, aunque casi una cuarta parte de los entrevistados no tenía cartilla sanitaria del INSALUD (tabla 3). Los farmacéuticos (61%) fueron consultados casi tanto como los servicios del INSALUD en el último episodio de enfermedad, utilizando ampliamente medicamentos (70%) y en me-

nor medida remedios caseros o de medicina tradicional (22%). Aunque el 66% (IC del 95%, 60,9-91,9) de la población conocía la existencia de organizaciones no gubernamentales, las consultas a ONG por motivos de salud fueron poco frecuentes.

Un 23,3% de los entrevistados refirió un total de 126 hospitalizaciones en España. La estancia hospitalaria estimada del último episodio fue de 8,2 días (IC del 95%, 5,1-11,3), realizándose el 81% (IC del 95%, 69,5-89,9) de los ingresos por urgencias. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron parto (22,9%), accidentes (21,4%) y otras causas ginecoobstétricas (incluyendo aborto). Extrapolando estos datos a la población general, resultaría una tasa de hospitalización por todas las causas de 0,21 por mil personas y año de estancia en España.

La mitad de las mujeres ha acudido al ginecólogo desde que se encuentra en España y un 31,6% de las mujeres ha seguido un embarazo en España, refiriendo de media 7,9 consultas prenatales (IC del 95%, 6,1-9,8).

Discusión

La población inmigrante descrita es mayoritariamente magrebí, con más de 5 años de residencia en España y una edad media superior a 30 años, viviendo cerca de una tercera parte en situación no regularizada. Sorprende este último valor habida cuenta los procesos de regularización desde el año 1991, pero concuerda con lo publicado recientemente por otros autores⁵. Entre los problemas de salud referidos destaca la importancia de los problemas osteomusculares y, especialmente, la alta frecuencia de accidentes que es 3 veces superior a la referida por la población española adulta⁶. Los servicios sanitarios públicos se utilizan de forma mayoritaria relegando a un nivel muy secundario los servicios de ONG o ayuntamientos, mientras que las farmacias aparecen como un punto de contacto y consumo importante. La duración de la hospitalización es ligeramente superior a la población española (7,6 días)⁶. Las causas ginecoobstétricas representan casi la cuarta parte de las causas de hospitalización en población inmigrantes y sólo un 14% en población española⁶. Los servicios de urgencias son el procedimiento de hospitalización utiliza-

TABLA 1. Características sociodemográficas de la población inmigrante del Área 6 de la Comunidad de Madrid.

	Frecuencia (n = 300)	%	IC del 95%
Sexo			
Varón	173	57,7	39,5-75,8
Mujer	127	42,3	24,1-60,5
Nacionalidad			
Marroquí	186	62,0	41,6-82,3
Iberoamericana	103	34,3	15,2-53,5
Dominicana	38	12,7	3,7-21,6
Peruana	25	8,3	2,6-14,1
Ecuatoriana	22	7,3	1,8-12,9
Colombiana	12	4,0	1,0-7,0
Resto	6	2,0	0-4,6
Otros (Europa del Este/África Subsahariana)	11	3,7	1,5-5,9
Situación administrativa (nc = 1)			
Regularizada	209	69,9	64,1-75,7
No regularizada	90	30,1	24,3-35,9
Estado civil			
Casado	167	55,7	48,9-62,4
Soltero	133	44,3	37,6-51,11
Nivel de estudios (nc = 6)			
Sin estudios	46	15,3	7,6-23,6
Estudios básicos	178	59,3	51,7-69,3
Estudios superiores	70	23,3	11,5-36,1
Estudios completados (nc = 6)			
No ha completado estudios	55	18,7	11,4-26,0
Escuela primaria	62	21,1	16,3-25,8
Escuela coránica	67	22,8	12,2-33,4
Formación profesional	50	17,0	9,9-24,1
Escuela secundaria	34	11,6	5,7-17,4
Estudios universitarios	26	8,8	3,7-13,9
Dificultades para hablar español (nc = 3)			
Nunca/pocas veces	206	69,4	56,3-82,4
Con frecuencia	38	12,8	7,2-18,4
Siempre/no pueden expresarse	53	17,8	8,7-26,9
Lee y escribe en español (nc = 2)			
Sí	177	59,4	43,3-75,5
No	121	40,6	24,5-56,7
Lee y escribe en su idioma (nc = 2)			
Sí	238	79,9	72-87,7
No	60	20,1	12,3-28
Situación laboral en las dos últimas semanas (nc = 2)			
Sin trabajo	102	34,2	22,8-45,7
Eventual sin contrato	89	29,9	25,9-33,9
Economía informal	10	3,4	1,5-5,2
Temporal con contrato	87	29,2	20,2-38,7
Contrato fijo/autónomo	10	3,4	1,5-5,2
Residencia (nc = 1)			
En casa del empleador	26	8,7	4,0-13,4
En casa del empleador y comparten piso	29	9,7	2,3-17,1
Por cuenta propia	244	81,6	70,2-93,0

Esta tabla refleja el número de personas y los porcentajes de cada categoría calculados respecto al total de la población de estudio (n = 300). Los límites de los intervalos de confianza se calcularon al 95%.

TABLA 2. Dolores, molestias y enfermedades referidas por la población inmigrante del Área 6 para el año inmediatamente anterior a la entrevista

Frecuencia	N = 300	%	IC del 95%
Ningún dolor, molestia o enfermedad	27	9	5,8-12,1
Dolores musculares	207	69	63,9-74,1
Problemas de vías respiratorias altas (tos/catarro/gripe)	121	40,3	33,9-46,7
Problemas de estómago/intestino	96	32,0	22,2-41,8
Dolor de cabeza	87	30	23,5-36,5
Accidentes	84	28	16,9-37,7
Nerviosismo/depresión/dificultad para dormir	55	18,3	13,1-23,6
Problemas de dientes y/o encías	40	13,3	9,4-17,3
Problemas dermatológicos	27	9	6,7-11,3
Problemas de garganta y/u oído	25	8,3	5,5-11,1
Cansancio	23	7,7	5,6-9,7
Problemas oftalmológicos	18	6	4,1-7,9
Fiebre	12	4	2,1-5,9

La tabla refleja el número de personas que refirieron espontáneamente el problema señalado en la primera columna. Los porcentajes se han calculado sobre el total de la población (n = 300). Hasta 3 respuestas eran recogidas por los encuestadores para cada entrevistado. Los intervalos de confianza se han calculado al 95%.

do mayoritariamente, frente al 54% referido por la población española adulta⁶. No obstante, los servicios de urgencias parecen desempeñar un papel mucho más limitado en la provisión regular de asistencia sanitaria a esta población. La utilización de consultas prenatales fue frecuente, siendo estos datos coincidentes con la apreciación de una utilización alta aunque variable en función de la procedencia y nacionalidad⁷. Pueden haberse producido sesgos de selección por el sistema de muestreo, debido a diferencias en la probabilidad de ser incluido en la muestra entre unas personas y otras de la población diana. Las personas que mantuvieran horarios la-

borales poco habituales, o que por otros motivos no frecuentaran los lugares visitados por los encuestadores, difícilmente serían recogidos en la muestra. Además, las limitaciones del marco muestral disponible pueden haber afectado a la probabilidad de selección en función de la distribución de población regularizada entre municipios, y del crecimiento de la misma desde aquellas fechas. Es imposible cuantificar la importancia de estas dificultades de selección, pero es poco probable que las personas que no pudieran ser reclutadas en el estudio varíen sustancialmente de la muestra, y que con ello su inclusión modificara las conclusiones principales.

Una mala comprensión de las preguntas o un deseo (consciente o no) de no mostrar información sensible podrían haber introducido sesgos de información en este estudio. Para intentar controlarlo, se estudió el grado de comprensión y fiabilidad de las respuestas en un grupo de inmigrantes de otra área de Madrid, y los encuestadores tenían experiencia previa de trabajo en contextos transculturales. El grado de participación voluntaria en el estudio fue alto, sugiriendo una buena aceptación de la entrevista.

Cuatro grupos de factores pueden afectar negativamente la salud de la población inmigrante: a) adversas condiciones laborales y de vida³; b) barreras culturales⁸; c) la limitación en el acceso con regularidad y continuidad a los servicios sanitarios⁹, y d) los problemas ligados a las condiciones previas en el país de origen¹⁰. Nuestro estudio sugiere que en el Área 6 de la Comunidad de Madrid los tres primeros factores, al menos, condicionan negativamente la salud de la población inmigrante residente.

Este estudio plantea algunos interrogantes. La importancia de los accidentes en esta población joven plantea la sospecha de una accidentabilidad laboral especialmente elevada que merecería una mayor atención en el futuro. La preferencia asistencial es claramente mayoritaria hacia los servicios públicos. No obstante, es previsible que existan dificultades y disfunciones que expliquen, en parte, algunas disfunciones asistenciales puestas de manifiesto por este estudio, como la hospitalización casi exclusiva vía urgencias. Un mejor conocimiento de las caracterís-

TABLA 3. Último servicio sanitario utilizado por la población inmigrante del Área 6 y número medio de visitas por persona y año a diferentes servicios sanitarios

	Servicio utilizado (n = 251)	%	IC del 95%	Número de visitas por persona y año
Centro de salud	162	64,5	56,7-72,3	1,34
Servicios alternativos (ONG-centros municipales de salud)	41	16,3	10,6-22	0,13
Servicios de urgencia (hospitalarios y extrahospitalarios)	18	7,2	3,5-10,9	0,12
Hospital (no urgencias)	16	6,3	3,6-9	0,23
Médico de una sociedad/médico particular	14	5,8	2,5-9,1	0,14
Total	251	100%		

La tabla refleja el tipo de servicio utilizado por última vez por aquellos entrevistados que han utilizado alguna vez un servicio sanitario en España (n = 251). Los porcentajes se han calculado sobre el total de personas entrevistadas que han utilizado un servicio. Los intervalos de confianza de estos porcentajes son del 95%. La última columna refleja el promedio anual de consultas realizadas por el total de la población entrevistada (n = 300). Estos valores se han calculado a partir de la estimación realizada por los entrevistados sobre el total de visitas realizadas y la duración de su estancia en España.

ticas y dificultades en la provisión de estos servicios podría contribuir a planificar mejor los servicios sanitarios y la calidad asistencial a esta población.

Agradecimientos

Los autores agradecen muy especialmente el apoyo y la asistencia ofrecida por los distintos miembros del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad desde el inicio de este proyecto, y en especial a la Dra. Blanca Reviriego, y al Prof. Jesús Vioque por sus detallados y oportunos comentarios. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 95/0473) y una beca de perfeccionamiento del Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones. Anuario de Migraciones 1997.
2. Balanzó X. Enfermedades importadas y medicina de la migración. *Aten Primaria* 1991; 8: 527-529.
3. Carballo M, Divino J, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med International Health* 1999; 3: 936-944.
4. Jansa JM, Villalbi JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15: 320-327.
5. Roca C, Balanzó X, Fernández JL, Pujol E, Corachán M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999; 111: 215-217.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1997.
7. Van der Stuyft P, De Muynck A, Schillemans L, Timmerman C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1989; 29: 53-60.
8. Flores G, Vega LR. Barriers to health care access for Latino children: a review. *Fam Med* 1998; 30: 196-205.
9. 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: 298-304.
10. Jauma Pou RM, Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 13: 283-289.