



ORIGINAL

Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios



César Velasco^{a,*}, Ana Maria Vinasco^b y Antoni Trilla^a

^a Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España/ISGlobal, Barcelona Ctr. Int. Health Res. (CRESIB), Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Universidad Barcelona, Máster de Gestión Hospitalaria y de Centros Sanitarios, Barcelona, España

Recibido el 1 de abril de 2014; aceptado el 22 de enero de 2015

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Migración;
Calidad percibida;
Sistema Nacional de
Salud;
España;
Barcelona

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción, la utilización y la satisfacción en relación con los servicios sanitarios de un grupo de inmigrantes residentes en Barcelona en relación con su género, procedencia y clase social.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Ciudad de Barcelona, España.

Participantes: Doscientos veinticinco inmigrantes usuarios de servicios sociosanitarios residentes en la ciudad de Barcelona, de junio a julio del 2012.

Mediciones principales: Se analizaron el nivel de acceso y la relación de los inmigrantes residentes con el sistema sanitario público, a partir de una encuesta realizada en población inmigrante. Las respuestas obtenidas fueron analizadas en relación con los ejes: género, edad, clase social, salud autopercibida, país de origen, tiempo desde la llegada y estado civil.

Resultados: El 89% de la población encuestada dijo «haber sido tratada con respeto» al acudir a los servicios de salud, siendo considerado este el aspecto más importante. Sin embargo, el 59,4% refirió una percepción de «discriminación hacia los inmigrantes» y el 68,4% manifestó que las diferencias culturales afectan «total o parcialmente» la calidad de la atención recibida. Para el 66,7% la atención sanitaria recibida en Barcelona es mejor que la recibida en su país de origen, principalmente por su calidad científico-técnica y por el acceso universal.

Conclusiones: Pese a la buena valoración del sistema sanitario público universal este estudio mostró deficiencias del sistema en cuanto a los aspectos psicosociales de la atención sanitaria a inmigrantes en Barcelona. Es necesario profundizar en el estudio de los conocimientos y percepciones de colectivos minoritarios en el contexto actual.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cesar.velasco@isglobal.org (C. Velasco).

KEYWORDS

Immigration;
Perceived quality;
Health National
System;
Spain;
Barcelona

Immigrant perceptions of the Spanish National Healthcare System and its services**Abstract**

Objective: To analyse the perception, use and satisfaction of a group of immigrants living in Barcelona taking into account their gender, origin and social class.

Design: Cross sectional study.

Location: City of Barcelona, Spain.

Participants: A group of 225 immigrant residents and users of social services in the city of Barcelona, from June to July 2012.

Main measures: the level of access and relationship with the public health system of immigrants living in Barcelona was analysed, based on a questionnaire. The responses were analysed in relation to: gender, age, social class, self-perceived health, national origin, time since arrival, and marital status.

Results: The large majority (89%) of the population surveyed declared that the most important aspect was «to have been treated with respect» in health services. However, 59.4% reported a perception of «discrimination against immigrants», and 68.4% said that cultural differences affect «totally or partially» the quality of care received. For 66.7% of the participants, health care received in Barcelona is better than in their home country, mainly for its scientific, technical quality, and universal access.

Conclusions: Despite the good assessment of universal public health care system this study showed deficiencies of the system in terms of the psychosocial component of health care to immigrants in Barcelona. It is necessary to deepen the study of knowledge and perceptions of minority groups in the current context.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los desafíos para el sistema sanitario son cada vez mayores dado que la población inmigrante es cada vez más extensa, heterogénea y compleja¹. Según el Observatorio de la Unión Europea (UE), «Migración y salud», en el año 2009 el 4% de la población total de la UE eran personas extranjeras, es decir, nacidas fuera de la UE¹. La inmigración internacional es un fenómeno que ha aumentado progresivamente a nivel mundial, pasando de 155 millones de personas en 1990 a 213 millones de personas en el 2010, de los cuales en el año anterior, 100 millones formaron parte de la masa laboral. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2001 la población extranjera en España correspondía al 3,3% de la población total. Este porcentaje fue incrementándose hasta llegar a su máximo en el año 2010, con un 12,2%². Este incremento (8,9%), comparado con el ocurrido en la década de los 90 (1,4%), evidencia el gran fenómeno migratorio experimentado por la sociedad española en el último decenio.

En Cataluña, la Generalitat registró 7.592.217 habitantes en su estudio de perfiles demográficos publicado en julio del 2011, de los cuales 1.222.046 eran extranjeros (16,1% de la población), provenientes principalmente de Marruecos (20%), Rumania (8,5%), Ecuador (5,4%), Bolivia (4,4%) y China (4,1%); la población inmigrante en Cataluña estaba integrada mayoritariamente por adultos de mediana edad (65,8% entre 25-44 años). Se registró un nivel de estudios semejante al de los extranjeros que viven en el resto de España³. Debido a su crecimiento y su impulso laboral, la Generalitat de Cataluña situó a la población inmigrante entre una de sus prioridades desde el 2009 a través del Plan de Inmigración y el Plan por la Inclusión y la Cohesión Social (2012-2013), en

el que se tiene por objetivo principal integrar la comunidad extranjera en Cataluña. El padrón municipal de Barcelona registró 282.178 extranjeros en enero del 2012, lo cual representaba el 17,4% de la población total⁴, una cifra mayor a la media española y a la media de Barcelona registrada en años anteriores.

El objetivo del presente estudio es abordar la integración en el sistema de sanitario de los inmigrantes residentes en Barcelona, así como valorar su nivel de acceso a los servicios de salud a partir de una encuesta realizada en población inmigrante para conocer su percepción, utilización y satisfacción con el sistema sanitario en relación con su género, procedencia y clase social.

Material y métodos**Fuentes de los datos y diseño de estudio**

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo, transversal, mediante una encuesta elaborada a partir de los referentes teóricos encontrados⁵⁻⁷, administrada durante los meses de junio y julio del 2012 a usuarios de un Centro de Atención Primaria (CAP Dr. Lluís Sayé) y 2 Centros de Atención Social (CAS): Fundació Servei Solidari, que atendió a 3.818 inmigrantes en 2012, y Fedelatina, que trabaja por la inclusión social y agrupó la actividad de soporte al inmigrante de 65 asociaciones y federaciones de inmigrantes en los distritos de Ciutat Vella y Sants Montjuïc de la ciudad de Barcelona. Ambos distritos concentraban en 2012 el 28,1% de la población inmigrante de Barcelona, tratándose en su mayoría de grupos vulnerables no provenientes de países miembros de la UE u otros países desarrollados⁴.

La encuesta, previamente validada en 10 inmigrantes, fue administrada por personal debidamente entrenado a razón de 6 a 8 entrevistas en días laborables. La selección de los participantes del estudio se realizó en la puerta de entrada de los centros de manera consecutiva, seleccionando al segundo en entrar desde el momento del inicio de la captación de un nuevo individuo. El cuestionario estuvo disponible en inglés y en español, ya que la población diana de la encuesta maneja uno de estos dos idiomas en sus países de origen⁸, y las encuestas se realizaron con asistencia del encuestador en todos los casos para reducir la barrera idiomática.

Según el Registro de Empadronamiento de Barcelona, en enero del 2012 existían 282.178 personas extranjeras empadronadas, de los que un 17,4% eran inmigrantes (en el momento de realización del estudio no se requería el permiso legal de residencia español para estar empadronado). Utilizando un valor de confianza del 99%, un porcentaje de pérdidas del 20% y un riesgo β del 20%, se estimó un tamaño muestral de 224 inmigrantes⁹, mediante el programa Granma 7.12.

Los criterios de inclusión fueron: haber nacido en un país diferente de España, ser mayor de 18 años, estar empadronado en la ciudad de Barcelona y aceptar participar en el estudio de manera voluntaria.

Se incluyeron variables de identificación demográfica (sexo, edad, fecha de nacimiento), de residencia (tiempo viviendo en Barcelona, previsión de retorno al país de origen), administrativas (país de nacimiento, estado civil, posesión de tarjeta sanitaria individual) y socioeconómicas (nivel de estudios, situación laboral). Para el análisis descriptivo, la procedencia se agrupó en 5 regiones: África, América Central/Suramérica, Asia, Europa del Este y Europa Occidental.

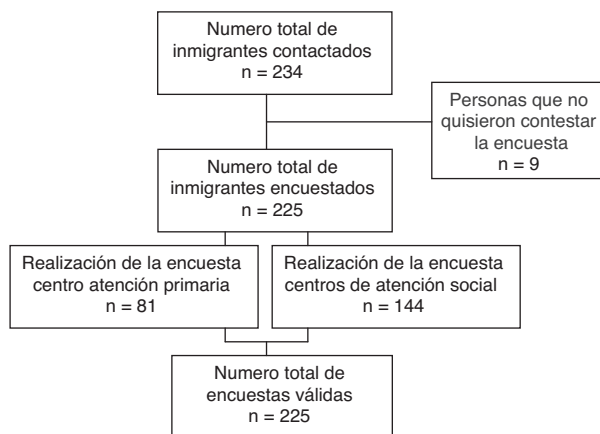
Las variables dependientes fueron: 1) salud autopercibida (escala Likert de 5 puntos); 2) evaluación del sistema sanitario: calidad percibida en la atención respecto a los tiempos de espera, la atención transcultural, la discriminación asistencial por razones de origen y en nivel de acceso; 3) evaluación de los servicios sanitarios: número y tipo de consultas sanitarias en servicios de atención primaria, hospitalización y urgencias hospitalarias; 4) valoración de los servicios sanitarios comparando respecto al país de origen: información recibida, claridad de la información, resolución del motivo de consulta y trato recibido (escala Likert de 4 puntos), y 5) prestación de servicios sociosanitarios: accesibilidad, respeto, calidad percibida y capacidad de resolución del motivo por el que se consulta (escala Likert de 4 puntos).

Se realizó análisis descriptivo de las variables recogidas y se calculó la asociación entre el sexo, la edad, el lugar de origen, la calidad y la valoración de los servicios. Para la comparación de variables categóricas se utilizaron las pruebas de la chi al cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher. Los valores de «p» inferiores a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos. Se utilizó el programa SPSS®v15.0.

Aspectos éticos

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki, Seúl,

en octubre del 2008, de acuerdo con la normativa establecida por el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona. Los investigadores de este estudio se comprometieron a respetar la confidencialidad de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.



Esquema general del estudio: estudio transversal mediante encuesta.

Resultados

Un total de 234 personas fueron contactadas para participar en el estudio, de las cuales 225 (96,1%) accedieron a ser encuestadas, 144 en los CAS y 81 en el CAP, todas ellas nacidas fuera de España y residentes en Barcelona. El 50,7% eran varones (114/225). Los participantes tenían edades comprendidas entre los 18 y 59 años, presentando una media \pm desviación estándar de $35 \pm 10,5$ años. La mayor parte de la población se concentraba en las franjas de menor edad (35,1% menor de 30 años y 45,3% entre 30 y 45). Un 63% de las mujeres (70/111) se encontraba en situación laboral activa, mientras que tan solo lo estaba el 46% de los hombres (52/114) (tabla 1).

De las personas encuestadas, el 58% indicó no tener intención de regresar a su país de origen. De quienes respondieron que regresarían a sus países de origen, el 42% ha pensado hacerlo antes de 5 años, y el 57% en un periodo superior. Entre los que opinaron que su salud era excelente o buena, el 62% pensaba regresar a su país, mientras que de los que opinaban que era regular, mala o muy mala solamente el 34% se planteaba regresar a su país.

El estado de salud autopercibido se relacionó con el número de visitas a cualquier servicio sociosanitario en la ciudad. El 62% de los que percibían su salud como excelente realizaron menos de 3 visitas en el último año, mientras que solo lo hizo el 34% de los que calificaron su salud como regular. El 46% de estos acudió entre 3 y 6 veces, frente al 27% de los que percibieron su salud como excelente. Se registraron de 3 a 6 visitas en el 100% de los usuarios que percibieron su salud como mala, y de 6 a 10 visitas en el 67% de los pacientes que la percibieron como muy mala, alcanzando más de 10 visitas un 32% de los usuarios de este grupo.

Tabla 1 Características sociodemográficas de las personas estudiadas agrupadas por regiones de procedencia

Variables	América Central/ Suramérica (n = 130)		Asia (n = 72)		Europa Occidental (n = 7)		Europa del Este (n = 5)		África (n = 11)		Total (n = 225)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Sexo</i>												
Hombre	56	43,1 ^a	41	56,9 ^a	5	71,4 ^a	2	40 [*]	10	90,9 [*]	114	50,7 [*]
Mujer	74	56,9 ^a	31	43,1 ^a	2	28,6 ^a	3	60 ^a	1	9,1 ^a	111	49,3 ^a
<i>Edad</i>												
< 30 años	39	30,0	27	37,5	5	71,4	2	40	6	54,5	79	35,1
30-45 años	63	48,5	34	47,2	1	14,3	3	60	1	9,1	102	45,3
> 45 años	28	21,5	11	15,3	1	14,3	0	0	4	36,4	44	19,6
<i>Situación laboral</i>												
Trabajador	77	59,2 ^a	34	47,2 ^a	7	100,0 ^a	2	40,0 ^a	2	18,2 ^a	122	54,2 ^a
Desempleado	53	40,8 ^a	38	52,8 ^a	0	0,0 ^a	3	60,0 ^a	9	81,8 ^a	103	45,8 ^a
<i>Permiso de residencia legal:</i>												
Sí	128	1,5 ^a	55	76,4 ^a	7	100,0 ^a	5	100,0 ^a	8	72,7 ^a	203	90,2 ^a
No	2	98,5 ^a	17	23,6 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	3	27,3 ^a	22	9,8 ^a

^a Prueba de la chi al cuadrado con diferencia significativa $p < 0,05$.

El 6% de los encuestados jamás había utilizado ningún servicio sociosanitario. De los que refirieron haber realizado alguna visita, el 78% declaró que la última había sido en los últimos 6 meses, el 11% entre los 6 y 12 meses, el 4% entre los 13 y 24 meses, y el 6% hace más de 24 meses. En cuanto a la utilización de los servicios, la media de visitas en el último año fue de $3,5 \pm 3,7$. El 21% tan solo había realizado una visita, el 20% 2, el 18% 3, el 5% 5, el 4% 10 y el 2% más de 10 visitas.

El 67% estaba de acuerdo o parcialmente de acuerdo con que los tiempos de espera son razonables (tabla 2) y el 68% con que se presta buena atención a las diferencias culturales, aunque existieron diferencias en la respuesta según las regiones de origen (87% de los de origen asiático frente al 40% de los procedentes de Europa del Este).

El tiempo dedicado por los profesionales sanitarios a su atención fue considerado inadecuado por un 28% de las mujeres frente al 16% de los hombres. Existieron también diferencias entre regiones: el 92% de pacientes de origen asiático se mostraron satisfechos con el tiempo de atención, frente al 40% de las personas de Europa del Este, 64% de África, 64% de América Central y Suramérica y el 71% de Europa Occidental.

El 86% de los individuos sin permiso legal de residencia refirieron sentirse discriminados por los servicios sociosanitarios frente a un 56% del grupo cuya situación estaba regularizada.

Un 90% de los pacientes refirió haber asistido alguna vez al CAP desde su llegada a Barcelona, un 64% a urgencias hospitalarias, un 32% había sido hospitalizado y un 8% había acudido a la atención especializada 8% (tabla 3).

El 92% de los asiáticos consideraron haber recibido suficiente información durante el acto asistencial frente a un 57% de los europeos del Este. Al 85% de los encuestados de origen suramericano les resultó fácil la comunicación, mientras que solo fue así en la opinión del 45% de origen africano. Por último, el 85% de las personas de origen asiático

indicaron que el problema de salud por el que consultaron había sido resuelto frente al 43% de Europa del Este y el 44% de África (tabla 4).

La valoración global de la calidad del sistema sanitario español respecto al de su país de origen se resume en la tabla 5. Lo consideraron mejor el 71% de los hombres y el 62% de las mujeres, el 71% de los procedentes de países de Suramérica, Centroamérica y Asia y el 57% de los originarios de Europa del Este.

Discusión

En este estudio se abordaron aspectos importantes para el colectivo inmigrante en cuanto al uso de los servicios sanitarios y la valoración del sistema. Las características sociodemográficas de las personas estudiadas son muy similares a las presentadas en los estudios demográficos oficiales realizados por el Ayuntamiento de Barcelona en su estudio para las migraciones del 2008¹⁰. El elevado porcentaje de personas provenientes de países donde el idioma principal no es el español refleja la dificultad adicional para su adaptación y futura integración. Se observó un gran número de solteros, lo que supone un grado de arraigo relativamente bajo, que podría tener una relación directa con que un 59% de ellos se plantea regresar a su país natal. La proporción de inmigrantes participantes que no contaban con permiso legal de residencia en España fue alta (9,8%). En el 2008 se calculó que los inmigrantes sin identificación o en condiciones irregulares corresponden al 0,4-0,8% de la población total en los 27 Estados europeos, aunque algunos estudios indican que en realidad es del 4%¹.

El 76% de los encuestados refiere un estado de salud auto-percibida excelente o buena, apoyando la teoría del efecto del inmigrante sano observado en estudios previos¹¹. Este efecto es un factor básico para los resultados obtenidos en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, puesto

Tabla 2 Opinión de los encuestados sobre la calidad de los servicios (n_{total} = 225)

Variables	Tiempos de espera razonables		Tiempo dedicado por profesionales		Atención a las diferencias culturales		Trámites sencillos		Discriminación hacia los inmigrantes	
	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Sexo</i>										
Hombre	34 (29,8)	41 (36,0)	44 (38,6) ^a	43 (37,7) ^a	50 (43,9)	31 (27,2)	54 (47,4)	35 (30,7)	47 (41,2) ^a	26 (22,8) ^a
Mujer	38 (34,2)	37 (33,4)	55 (49,5) ^a	21 (18,9) ^a	50 (45,0)	23 (20,7)	52 (46,8)	25 (22,5)	32 (28,8) ^a	29 (26,1) ^a
<i>Edad (años)</i>										
< 30	25 (31,6)	28 (35,4)	37 (46,8)	21 (26,6)	35 (44,3)	22 (27,8)	38 (48,1)	23 (29,1)	31 (39,2)	20 (25,3)
30-45	29 (28,4)	37 (36,3)	45 (44,1)	29 (28,4)	46 (45,1)	23 (22,5)	49 (48,0)	25 (24,5)	36 (35,3)	20 (19,6)
45	18 (52,9)	13 (38,3)	17 (8,6)	14 (31,8)	19 (43,2)	9 (20,5)	19 (43,2)	12 (27,3)	12 (27,3)	15 (34,1)
<i>Región de origen</i>										
América Central/Suramérica	38 (29,2)	44 (33,8)	41 (31,5) ^a	42 (32,3) ^a	47 (36,2) ^a	33 (25,4) ^a	55 (42,3)	41 (31,5)	40 (30,8)	30 (23,1)
Asia	30 (41,7)	25 (34,7)	49 (68,0) ^a	17 (23,6) ^a	44 (61,1) ^a	17 (23,6) ^a	44 (61,1)	14 (19,4)	33 (45,8)	18 (25,0)
Europa Occidental	1 (14,3)	4 (57,1)	3 (42,9) ^a	2 (28,6) ^a	2 (28,6) ^a	2 (28,6) ^a	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)
Europa del Este	1 (20)	1 (20,0)	1 (20,0) ^a	1 (20,0) ^a	2 (40,0) ^a	0 (0,0) ^a	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)
África	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5) ^a	2 (18,2) ^a	5 (45,5) ^a	2 (18,2) ^a	4 (36,4)	2 (18,2)	4 (36,4)	4 (36,4)
Total	72 (32,0)	78 (34,7)	99 (44,0)	64 (28,4)	100 (44,4)	54 (24,0)	106 (47,1)	60 (26,7)	79 (35,1)	55 (24,4)

^a Prueba de la chi al cuadrado con diferencia significativa p < 0,05.

Tabla 3 Utilización de los servicios con respecto a las variables sociodemográficas (n_{total} = 225)

Variables	Servicios sanitarios					
	Atención Primaria		Hospitalización		Urgencias hospitalarias	
	N	%	N	%	N	%
<i>Sexo</i>						
Hombre	101	49,8	38	53,5	67	46,9
Mujer	102	50,2	33	46,5	76	53,1
<i>Edad</i>						
< 30 años	67	33,0	22	31,0	48	33,6
30-45 años	95	46,8	34	47,9	64	44,8
45 años	41	20,2	15	21,1	31	21,7
<i>Estado civil:</i>						
Soltero/a	105	51,7	30	42,3	70	49,0
Casado/a	88	43,3	39	54,9	66	46,2
Otros (viudo/a, divorciado/a...)	10	4,9	2	2,8	7	4,9
No responde	1	0,4	0	0,0	0	0,0
<i>Nivel de estudios:</i>						
Ninguno	2	1,0	0	0,0	1	0,7
Básico (leer/escribir)	11	5,4	4	5,6	4	2,8
Primario (hasta los 14 años)	25	12,3	9	12,7	19	13,3
Secundarios (hasta los 18 años)	79	38,9	30	42,3	60	42,0
Superior (universidad o equivalente)	86	42,4	28	39,4	59	41,3
<i>Situación laboral</i>						
Trabajador	113	55,7	40	56,3	84	58,7
Desempleado	90	44,3	31	43,7	59	41,3
<i>Permiso de residencia:</i>						
Con permiso de residencia legal	184	90,6	63	88,7	137	95,8 ^a
Sin permiso de residencia legal	19	9,4	8	11,3	6	4,2 ^a
<i>Estado de salud autopercebida</i>						
Excelente	38	18,7	18	25,4	28	19,6
Bueno	114	56,2	36	50,7	76	53,1
Regular	41	20,2	14	19,7	31	21,7
Malo	5	2,5	0	0,0	4	2,8
Muy malo	4	2,0	3	4,2	3	2,1
No responde	1	0,5	0	0,0	1	0,7

^a Prueba de la chi al cuadrado con diferencia significativa $p < 0,05$.

que el estado de salud autopercebido es un factor predictivo de la demanda de estos servicios¹¹. Consecuentemente, se observó un mayor uso de servicios de salud en la población encuestada que declaró tener una salud mala o muy mala.

Se observaron diferencias en cuanto a la percepción y el uso de los servicios sanitarios según las distintas regiones de origen. Los encuestados que provienen de países con menor renta per cápita muestran menores exigencias en materia de calidad, oportunidad y acceso¹². Resaltan así las diferencias de acceso al sistema dependientes de clase social ya que los inmigrantes con menor nivel socioeconómico reciben menos servicios sanitarios¹³. Este podría ser uno de los motivos por los cuales quienes vienen de países asiáticos valoraron mejor los servicios en todos los aspectos evaluados, seguidos por los latinoamericanos, mientras que quienes provienen de Europa del Este dieron una valoración más crítica sobre el sistema.

Los resultados mostraron que el acceso resultó más difícil para quienes no hablan español, en concordancia con estudios previos, que apuntan a la falta de competencia lingüística como el obstáculo más importante para acceder a los servicios¹⁴. Dicha barrera aumenta el riesgo de malas prácticas en el sistema, la sobreutilización de los servicios¹⁵ y mayores riesgos para la salud de estas personas¹⁶.

Todas los orígenes geográficos analizados se asociaron a la existencia de percepción de discriminación en la atención sanitaria en más de un 60%, siendo este porcentaje aún más elevado en las personas provenientes de Asia, hecho que podría afectar la satisfacción de las personas sobre la atención global sanitaria¹⁷.

En cuanto a la utilización de los servicios, tras la atención primaria de salud, el servicio más utilizado fue el de urgencias, corroborando resultados obtenidos en estudios previos en Barcelona y Zaragoza, donde se encontró que entre los inmigrantes de países de renta baja la utilización

Tabla 4 Valoración de los servicios sanitarios (n_{total} = 225)

	Ha recibido un trato respetuoso		Ha recibido información del acto asistencial		Ha obtenido respuesta a sus preguntas		Ha sido fácil comunicarse		Han dado solución a su problema	
	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)
<i>Sexo</i>										
Hombre	81,4 (71,1)	22 (19,3)	64 (56,1)	26 (22,8)	65 (57,0)	21 (18,4)	65 (57,0)	21 (18,4)	58 (50,9)	32 (28,1)
Mujer	72 (64,9)	25 (22,5)	71 (64,4)	18 (16,2)	67 (60,4)	23 (20,7)	64 (57,7)	22 (19,8)	63 (56,8)	17 (15,3)
<i>Edad (años)</i>										
< 30	61 (77,2)	10 (12,7)	51 (64,6) ^a	14 (17,7) ^a	46 (58,2)	14 (17,7)	41 (5,9)	14 (17,7)	44 (55,7)	16 (20,3)
30-45	66 (64,7)	25 (24,5)	61 (59,8) ^a	24 (23,5) ^a	64 (62,7)	19 (18,6)	63 (61,8)	18 (17,6)	56 (54,9)	20 (19,6)
45	26 (59,1)	12 (27,3)	23 (52,3) ^a	6 (13,6) ^a	22 (50,0)	11 (25,0)	25 (56,8)	11 (25,0)	21 (47,7)	7 (15,9)
<i>Región de origen</i>										
América Central/ Suramérica	78 (60,0) ^a	35 (26,9) ^a	68 (52,3) ^a	30 (23,1) ^a	67 (51,5) ^a	34 (26,2) ^a	84 (64,6) ^a	26 (20,0) ^a	61 (46,9) ^a	35 (26,9) ^a
Asia	62 (86,1) ^a	5 (6,9) ^a	56 (77,8) ^a	10 (13,9) ^a	57 (79,2) ^a	7 (9,7) ^a	37 (51,4) ^a	13 (18,1) ^a	51 (70,8) ^a	10 (13,9) ^a
Europa Occidental	4 (57,1) ^a	2 (28,6) ^a	3 (42,9) ^a	1 (14,3) ^a	2 (28,6) ^a	1 (14,3) ^a	2 (28,6) ^a	1 (14,3) ^a	2 (28,6) ^a	1 (14,3) ^a
Europa del Este	3 (60,0) ^a	2 (40,0) ^a	2 (40,0) ^a	1 (20,0) ^a	1 (20,0)	2 (40,0) ^a	3 (60,0) ^a	1 (20,0) ^a	2 (40,0) ^a	1 (20,0) ^a
África	6 (54,5) ^a	3 (27,3) ^a	6 (54,5) ^a	2 (18,2) ^a	5 (45,5) ^a	0 (0,0) ^a	3 (27,3) ^a	2 (18,2) ^a	5 (45,5) ^a	2 (18,2) ^a
Total	153 (68,0)	47 (20,9)	135 (60)	44 (19,6)	132 (58,7)	44 (19,6)	129 (57,3)	43 (19,1)	121 (53,8)	49 (21,8)

^a Prueba de la chi al cuadrado con diferencia significativa p < 0,05.

Tabla 5 Valoración global del sistema de salud respecto al país de origen ($n_{\text{total}} = 225$)

Variables	Mejor que en su país de origen		Igual que en su país de origen		Peor que en su país de origen	
	N	%	N	%	N	%
<i>Sexo</i>						
Hombre	81	71,1	24	21,1	9	7,9
Mujer	69	62,2	32	28,8	10	9,0
<i>Edad</i>						
< 30 años	54	68,4	18	22,8	7	8,9
30-45 años	71	69,6	24	23,5	7	6,9
45 años	25	56,8	14	31,8	5	11,4
<i>Permiso de residencia:</i>						
Con permiso de residencia legal	133	65,5	51	25,1	19	9,4
Sin permiso de residencia legal	17	77,3	5	22,7	0	0,0
<i>País de origen</i>						
América Central/Suramérica	92	70,8 ^a	27	20,8 ^a	11	8,5 ^a
Asia	51	70,8 ^a	19	26,4 ^a	2	2,8 ^a
Europa Occidental	0	0,0 ^a	3	42,9 ^a	4	57,1 ^a
Europa del Este	1	20,0 ^a	3	60,0 ^a	1	20,0 ^a
África	6	54,7 ^a	4	36,4 ^a	1	9,1 ^a
<i>Han dado solución a su problema</i>						
Siempre	86	71,1 ^a	31	25,6 ^a	4	3,3 ^a
Casi siempre	36	73,5 ^a	8	16,3 ^a	5	10,2 ^a
Algunas veces	19	51,4 ^a	11	29,7 ^a	7	18,9 ^a
Nunca	6	46,2 ^a	4	30,8 ^a	3	23,1 ^a
No responde	3	60,0 ^a	2	40,0 ^a	0	0,0 ^a
Total	150	66,7	56	24,9	19	8,4

^a Prueba de la chi al cuadrado con diferencia significativa $p < 0,05$.

de urgencias era muy elevada^{7,12}, hecho que se atribuyó a la utilización de los servicios cuando existen síntomas reales de enfermedad o por facilidad en los horarios que permite la combinación de trabajo y asistencia médica^{18,19}. En Noruega y en Holanda, donde los inmigrantes usan menos servicios de salud que los nativos, esta utilización de urgencias se atribuye a una falta de familiaridad con el sistema, a problemas de comunicación y a divergencia con las expectativas^{20,21}.

Nuestros resultados son diferentes a los obtenidos en el 2010, en un estudio que recolectó información sobre la utilización de los servicios por los inmigrantes y describió las frecuentaciones hospitalarias como eventos de necesidad específica²². En nuestro estudio, el 78% dijo haber utilizado algún servicio en los últimos 6 meses. Esta cifra se debe, seguramente, a que parte de las encuestas se hicieron en un CAP. Una gran proporción de los participantes describen que las buenas prácticas sanitarias dependen de las competencias técnicas y culturales, comprendiendo la relación médico-paciente. Los problemas de trato interpersonal se han relacionado con rupturas en la relación médico-paciente, obstaculizando el acceso a los servicios en mayor medida que los errores técnicos²³.

Las mujeres refirieron sentirse más vulnerables al trato y al tiempo de espera. Se ha observado que las mujeres experimentan mayor sensibilidad en la atención médica, siendo más exigentes con el sistema de atención sanitaria²⁴.

Este estudio pone en evidencia que los temas interpersonales de fácil abordaje son cruciales (trato, información o resolución de incidentes), coincidiendo con las hipótesis planteadas por Surmond y Col¹⁴ en su análisis cualitativo sobre las experiencias negativas de los servicios de salud de los inmigrantes. La valoración del sistema depende de la satisfacción con las experiencias interpersonales en el ámbito sanitario, por lo que se debe tener en cuenta que factores como hablar otro idioma o haber nacido en otro país ya es suficiente para que las personas sean tratadas de manera diferente²⁵. Aun así, existen datos publicados que refieren que en la asistencia pública la evaluación de satisfacción de los usuarios es menos exigente¹⁶. Destaca la importancia que cobra la calidad de la información recibida y la comunicación médico-paciente para la población encuestada en línea con otros estudios realizados con población inmigrante^{22,23,26}.

Entre las fortalezas del presente estudio destacamos que permitió una participación heterogénea, incluyendo a pacientes en situación legal no regularizada, recogiendo las percepciones de un grupo vulnerable de difícil acceso. El estudio aporta las perspectivas de un grupo de inmigrantes encuestados que puede resultar clave para conocer la opinión de este tipo de población. La selección de la muestra fue basada en centros situados en barrios de alta privación socioeconómica perdiendo representatividad de la toda la población inmigrante de Barcelona pero suponiendo una

ventaja en cuanto al acceso a la población vulnerable. La inmediatez de la encuesta realizada en el momento del contacto del inmigrante con el sistema sociosanitario supone una ventaja de validez interna. Sin embargo, haber realizado las encuestas en un CAP y 2 Centros de Atención Sociosanitaria pudo suponer un sesgo en cuanto que estos no son entornos neutros para el tema que se trató en el estudio.

La dificultad de acceder a las bolsas de población inmigrante puede dificultar la representatividad de la muestra en cuanto al porcentaje de respuesta, en este estudio 9 personas se negaron pese a cumplir todos los criterios de inclusión. El posible sesgo de estacionalidad relacionado con la realización de este estudio en el periodo estival puede haber disminuido la participación de inmigrantes con mayores recursos económicos que, pese a la situación de vulnerabilidad, pudieran no haberse encontrado en la ciudad durante el desarrollo del estudio; sin embargo las entidades donde se desarrollaron las encuestas tienen programas específicos para atender a la población inmigrante durante el verano y no registran variaciones de participación de los inmigrantes. La realización de un elevado número de encuestas en centros sociosanitarios puede suponer un sesgo en la población encuestada con respecto a centros menos especializados pese a que los CAP de estos distritos se encuentran muy especializados en la atención dirigida a los colectivos vulnerables. No obstante, este medio de obtención de encuestas facilita, a su vez, la identificación de las bolsas de inmigrantes más vulnerables que eran, a su vez, la población diana del estudio. El alto número de frecuentación en hospitalización puede ser debido a la interpretación de hospitalización como cualquier actividad asistencial médica realizada dentro del hospital.

Al igual que las limitaciones presentadas en el estudio «Migración y salud en la UE», realizado por el Observatorio Europeo de los Sistemas y Políticas de Salud²⁷, encontramos también dificultades para establecer definiciones precisas de migración, legalidad de residencia y acceso a sistema sanitario.

Este estudio mostró deficiencias del sistema en cuanto a los aspectos psicosociales de la atención sanitaria a inmigrantes en Barcelona. Los profesionales de la salud deben intentar siempre explicar y aclarar las dudas²⁷, evitando así cualquier forma de inequidad. La existencia de un sistema sanitario público universal y equitativo aumenta la competitividad y los ingresos, y reduce la pobreza²⁸. Así mismo disfrutar de un buen estado de salud permite a los individuos ser más productivos^{29,30}. Consideramos interesante la realización de una segunda evaluación empleando la misma herramienta, para evaluar los posibles cambios y repercusiones en el nuevo contexto normativo español. El actual marco normativo junto con los posibles cambios de la población inmigrante, que es altamente cambiante, hacen necesario conocer y asegurar la vinculación e integración de este colectivo vulnerable los sistemas de salud^{7,12,27,31}.

Es importante aunar las estrategias sanitarias e implementar mecanismos de salud en todas las políticas, propiciando una mejor convivencia, una mayor equidad, una sociedad más justa y así un sistema sanitario de mayor calidad.

Lo conocido sobre el tema

- La población migrante en España ha crecido considerablemente, al igual que en otros países europeos, y ha cambiado su perfil en los últimos 20 años, incluyendo un gran número de personas provenientes de países no hispanófonos.
- La bibliografía analizada refleja el estudio de los inmigrantes y su relación con el sistema sanitario, principalmente en términos de utilización de recursos.
- Actualmente, desde la Unión Europea se trabaja para que los sistemas sanitarios asuman políticas y buenas prácticas, integrando a esta población a fin de garantizar su acceso a la salud.

¿Qué aporta el estudio?

- La población inmigrante en España proviene de una diversidad muy amplia de lugares.
- Para mejorar las prácticas en los servicios sanitarios es necesario no solo analizar la utilización de los servicios sociosanitarios, sino también la manera en que los inmigrantes acceden y utilizan los servicios, y la percepción que ellos tienen del sistema y sus principales componentes.
- El presente estudio analiza estos aspectos concretos en un grupo de inmigrantes encuestados residentes en Barcelona.

Financiación

Ninguna. Los autores no recibieron ninguna financiación para la elaboración de este proyecto.

Conflicto de intereses

La participación de los investigadores ha sido voluntaria, libre y declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales del CAP «Dr. Lluís Sayé» y de los CAS «Fundació Servei Solidari» y «Fedelatina», así como a todas las personas que voluntariamente participaron en este estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2015.01.015](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015).

Bibliografía

1. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2012;105:1-9.

2. Ine.es. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España [citado 4 Agos 2012]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_migrac.htm.
3. Gencat.cat. Generalitat de Catalunya [Internet]. Catalunya [citado 4 Agos 2012]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem>.
4. Bcn.cat. Ajuntament de Barcelona. Catalunya [Internet] [citado 4 Agos 2012]. Disponible en: http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/estudis/pob_estrangera.2012.pdf.
5. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sanchez E, Díaz JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009; 88 Supl 1:4-11.
6. Proyecto ESOP06 Europe Sociale Opportunités Portes Ouvertes. [Internet]. Paris. Francia [citado 14 Sept 2012]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/esopoeuropesociale/>.
7. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona. *Gac Sanit*. 2002;16:376-84.
8. Trout A, Magnusson R, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency Department: What does the literature say? *Acad Emerg Med*. 2000;7:695-709.
9. Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins ChC. Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Inf Technol Learn Perform J*. 2001;19:43-50.
10. Ajuntament de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
11. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610-9.
12. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilization patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011;11:432.
13. Lie RK. Health, human rights and mobilization of resources for health. *BMC International Health and Human Rights*. 2004; 4:4.
14. Surmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:10.
15. Karlner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42:727-54.
16. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:60-7.
17. Benkert R, Peters RM, Clark R, Keves-Foster K. Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *J Natl Med Assoc*. 2006;98:1532-40.
18. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of health-care resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*. 2009;9:201.
19. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Díaz JM, et al. Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health*. 2011;56:567-76.
20. Småland Goth UG, Berg JE. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract*. 2011;17:28-33.
21. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:701-7.
22. Saurina C, Vall-Llosera L, Saenz M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. *BMC Public Health*. 2010;10:379.
23. Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, Engel JD, LaVeist TA, Vincent C, et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann Fam Med*. 2004;2:333-40.
24. García-Ramírez M, de la Mata ML, Paloma V, Hernández-Plaza S. A liberation psychology approach to acculturative integration of migrant populations. *Am J Community Psychol*. 2011; 47(1-2):86-97.
25. Lauderdale DS, Wen M, Jacobs EA, Kandula NR. Immigrant perceptions of discrimination in health care: The California Health Interview Survey 2003. *Med Care*. 2006;44:914-20.
26. Pacheco TL, Ramirez MA, Capitman JA. Policy barriers to health care access fuel discriminatory treatment: The role of Promotoras in overcoming malos tratos. *J Ambul Care Manage*. 2012;35:2-14.
27. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy*. 2012;105:10-6.
28. Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M, et al. The health of irregular and illegal immigrants: Analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Intern Emerg Med*. 2013;8:561-6.
29. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:412-9.
30. Lateef FJ. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *J Emerg Trauma Shock*. 2011;4:163-7.
31. Moszynski P. Definition of refugee is inadequate for current patterns of migration in armed conflicts, report says. *BMJ*. 2011;343:d7390.